

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA**

**ÂNGELA KEMEL ZANELLA**

**AVALIAÇÃO DA CONSCIÊNCIA DA MUSCULATURA DO ASSOALHO  
PÉLVICO E SUA RELAÇÃO COM A INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM  
IDOSAS**

Porto Alegre

2016

ÂNGELA KEMEL ZANELLA

**AVALIAÇÃO DA CONSCIÊNCIA DA MUSCULATURA DO ASSOALHO  
PÉLVICO E SUA RELAÇÃO COM A INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM  
IDOSAS**

Tese doutorado apresentada à banca examinadora como requisito para obtenção do título de Doutor (a) em Gerontologia Biomédica pelo Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

**ORIENTADOR: ÂNGELO JOSÉ GONÇALVES BÓS**

Porto Alegre

2016

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Kemel Zanella, Ângela

Avaliação da consciência corporal da musculatura do  
assoalho pélvico e sua relação com a incontinência  
urinária em idosas / Ângela Kemel Zanella -2016.

176 p.; 30cm

Orientador: Ângelo José Gonçalves Bós

Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica do  
Rio Grande do Sul, Instituto de Geriatria e  
Gerontologia, Programa de Pós Graduação em Gerontologia  
Biomédica, Porto Alegre, RS, 2016

1. Incontinência Urinária 2. Assoalho Pélvico 3.  
Mulher idosa 4. Auto percepção 5. Gerontologia I.  
Gonçalves Bós, Ângelo José II. Título.

ÂNGELA KEMEL ZANELLA

**AVALIAÇÃO DA CONSCIÊNCIA DA MUSCULATURA DO ASSOALHO  
PÉLVICO E SUA RELAÇÃO COM A INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM  
IDOSAS**

Tese doutorado apresentada à banca examinadora como requisito para obtenção do título de Doutor (a) em Gerontologia Biomédica pelo Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

---

Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bós – IGG PUCRS

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mara Regina Knorst – PUCRS

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Patrícia Krieger Grossi – PUCRS

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Melissa Medeiros Braz – UFSM

---

Prof. Dr. Newton José Terra (Suplente) - PUCRS

Porto Alegre, 2016.

“Aos mestres da vida, meus exemplos, meu orgulho, minha inspiração, minha base:

**Minha Família! ”**

## AGRADECIMENTOS

“... Toda chegada é o princípio de uma nova partida. “ Autor desconhecido

Para chegar ao final, muitos são os que passam pelo caminho, transformam sua vida e te impulsionam a seguir em frente. Eis que durante toda a caminhada presenças essenciais e constantes foram primordiais para que fosse possível concluir esta etapa. Anjos... em forma de pais, irmãos, professores, amigos e colegas.

Primeiramente preciso agradecer sempre e fundamentalmente à DEUS que me ensinou que a fé não está na chegada, e sim na caminhada. Devo agradecer a Ele também, por minha saúde, por minha vocação e por ter me dado a oportunidade de ter presente as pessoas que me deram o dom da VIDA, meus pais.

“... Anda, vai e doma a leitura, te amansa em literatura, e prende no laço a ciência, que ao longo de tua ausência, hei de rezar ao senhor, prá que volte à querência, um verdadeiro doutor. ”

Parafraseando o poema de Wilson Paim, agradeço a vocês, meus pais, Irineo e Marta, que mesmo com todos os desafios da vida me incentivaram, seguraram minha mão nas horas difíceis e são os exemplos de caráter, humildade, profissão e zelo que levo para minha vida. Dois anjos, dois professores, dois amores, duas vidas e que me deram a alegria de compartilhar a vida com meus irmãos Andrisa e Andrigo, que assim como meus pais, estiveram presentes mesmo nas ausências, nas distâncias, nas conquistas e em todos os momentos da minha vida.

“... Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina. ” Cora Coralina

Meus agradecimentos mais que especiais ao meu mestre, meu orientador e exemplo de dedicação aos alunos, à sua causa e seu propósito, Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bós. Muito obrigada por acreditar em mim, por toda dedicação e por todos os ensinamentos durante todo o caminho.

Aproveito também para estender meu agradecimento a todos os professores que de uma forma ou outra contribuíram cientificamente para que eu chegasse até aqui. Todos foram exemplos para que eu construísse minha identidade profissional e humana.

Agradeço também às Prof<sup>as</sup>. Dr<sup>as</sup>. Mara Regina Knorst, Patrícia Grossi e Melissa Medeiros Braz pelas contribuições a este trabalho e pela disponibilidade de tirarem um tempo em suas inúmeras tarefas para avalia-lo.

Agradeço também ao Instituto de Geriatria e Gerontologia e ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da PUCRS pela oportunidade de aprender, aplicar e transformar meu conhecimento em ações efetivas que possam modificar a realidade da vida dos idosos.

“... Cada novo amigo que ganhamos no decorrer da vida aperfeiçoa-nos e enriquece-nos, não tanto pelo que nos dá, mas pelo que nos revela de nós mesmos.” Miguel Unamuno

Agradeço aos novos amigos do AMPAL, em especial ao Joel, Patrícia, Maria Marina, Magda Aline e Luísa, pela parceria não só acadêmica, mas também profissional. Obrigada por me proporcionarem novos olhares sob minha forma de ver o mundo.

Também devo agradecer aos colegas do mestrado e doutorado que me acompanharam durante este tempo pela troca de experiências, pelos trabalhos em conjunto e pelo aprendizado proporcionado. Em especial, agradeço à Pamela Schopf, uma amizade alicerçada na parceria, nos bons e maus momentos, desde os primórdios em Uruguaiana, RS.

Meu agradecimento especial para a universidade com a qual tenho muito orgulho de fazer parte, Universidade Federal do Pampa, campus Uruguaiana. Saí para fazer o doutorado como professora substituta e voltei no meio, como efetiva. Minha alegria, minha motivação, minha realização profissional e todo o meu empenho são também oriundos dela.

Assim como a Unipampa, a cidade de Uruguaiana me proporcionou grandes descobertas e amizades. Por isso, devo agradecer imensamente aos meus colegas da universidade, aos enfermeiros e aos agentes de saúde das Estratégias de Saúde da Família do Município de Uruguaiana, pelo carinho e pelo empenho que dedicaram ao meu trabalho.

Também não posso deixar de agradecer minhas alunas: Luciana Araújo, Micheli Bourscheidt, Paula Tachenco e Bibiana Cabreira por me ajudarem nas coletas, por participarem ativamente das buscas por idosas e por acreditarem no meu trabalho.

“A amizade... nem mesmo a força do tempo irá destruir. Somos verdade... nem mesmo este samba de amor pode nos resumir. Quero chorar o seu choro, quero sorrir seu sorriso. Valeu por você existir amigo!” Djalma Falcão

Mais do que uma amizade verdadeira, é uma amizade para a vida. Muito obrigada a todos os meus amigos por serem a razão de muitos dos meus sorrisos, das minhas lágrimas, pela parceria de sempre, de perto, de longe. Meu agradecimento mais que especial às amicíssimas do coração Juliana Katzer e Marta Cristina Rodrigues da Silva pelos momentos de inspiração, acadêmicos ou não e pela felicidade de fazer valer a pena. À família Granada Martins, Diego, Daiane, Daniel, Tia Nice e Tio Moacyr (*in memoriam*), minha segunda família. E também aos meus novos amigos do coração espalhados pelo mundo, especialmente em Uruguaiana, os quais me receberam de braços abertos ao meu retorno.

Não poderia deixar de agradecer às amigas de Porto Alegre me deu. Parceiras de apartamento, de histórias de vida, de estudos, de viagens, de confidências e muito mais. Meu sincero muito obrigada à Patrícia Gabbi e Eloá Maria dos Santos Chiquetti por tudo o que vivemos e ainda viveremos nesta eterna amizade.

Por fim, meu agradecimento a todos as idosas participantes e a todos os pacientes que são as razões pela qual estudo, trabalho e desenvolvo meus pensamentos. Aos demais, que não foram citados aqui e que também fizeram parte desta caminhada, deixo meus sinceros agradecimentos, na certeza de que cada um sabe da sua importância em minha vida.

Ao findar esta caminhada, novos rumos estão por vir. Sendo assim:

“... Se pensar é o destino do ser humano, continuar sonhando é o seu grande desafio. E isto, é lógico, implica em trajetórias com riscos, em vitórias, com muitas lutas, e não poucos obstáculos pelo caminho. Apesar de tudo, seja ousado. Liberte sua criatividade. E NUNCA DESISTA DOS SEUS SONHOS, pois eles transformarão sua vida em uma grande aventura...” Augusto Cury.

**Muito Obrigada!**



“Eu sou aquela mulher que fez a escalada da montanha da vida, removendo pedras e plantando flores”.

*Cora Coralina*

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – GRÁFICO DA RELAÇÃO ENTRE A FUNCIONALIDADE GLOBAL E A IDADE.....	25
FIGURA 2 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA EM DOIS GRUPOS.....	52
FIGURA 3 - IMAGEM ILUSTRATIVA DA PALPAÇÃO BI DIGITAL DO CANAL VAGINAL.....	54
FIGURA 4 - RESPOSTAS AO COMANDO DE CONTRAÇÃO DA MAP. FONTE: DE FIGUEIREDO PINHEIRO, BRENDA, ET AL. "FISIOTERAPIA PARA CONSCIÊNCIA DO ASSOALHO PÉLVICO" (2012). .....	54
FIGURA 5 - ESCALA DE OXFORD DE GRADUAÇÃO DE FORÇA DA MAP. FONTE: LAYCOCK J. FEMALE PELVIC FLOOR ASSESSMENT: THE LAYCOCK RING OF CONTINENCE (1994).....	54
FIGURA 6 – GRÁFICO DE DISPERSÃO DAS IDOSAS CONTINENTES E INCONTINENTES DE ACORDO COM AS ESCALAS DE OXFORD E DE FIGUEIREDO.....	79
FIGURA 7 – GRÁFICO DE DISTRIBUIÇÃO DAS PONTUAÇÕES ENTRE OS GRUPOS. ....	81
FIGURA 8 – DIAGRAMA DE DISPERSÃO DOS RESULTADOS DA AUTO PERCEÇÃO DA MAP E DA ESCALA DE OXFORD ENTRE OS GRUPOS CONTINENTE E INCONTINENTE. ....	81
FIGURA 9 – MÉDIA DO ESCORE TOTAL DO KHQ ENTRE AS IDOSAS CONTINENTES E INCONTINENTES. ....	86
FIGURA 10 – HISTOGRAMA DE DISPERSÃO DO ESCORE TOTAL DO KQH ENTRE AS IDOSAS CONTINENTES E INCONTINENTES.....	87
FIGURA 11 – DIAGRAMA DE DISPERSÃO DO ESCORE TOTAL DO KHQ E AUTO PERCEÇÃO DA MAP.....	88

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS ENTRE AS IDOSAS CONTINENTES E INCONTINENTES. ....	70
TABELA 2 – MÉDIA DE IDADE DAS IDOSAS AVALIADAS DE ACORDO COM A PERDA URINÁRIA.....	71
TABELA 3 – RESULTADO DA REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA A CHANCE DE OCORRÊNCIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM RELAÇÃO A IDADE, IDADE DA MENARCA, IDADE DA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL E IDADE DA MENOPAUSA. ....	71
TABELA 4 – MÉDIA DE OCORRÊNCIA DOS FATORES DE RISCO RELACIONADOS À INCONTINÊNCIA URINÁRIA ENTRE AS IDOSAS CONTINENTES E INCONTINENTES. ..	72
TABELA 5 – DOENÇAS CRÔNICAS AUTO REFERIDAS PELAS IDOSAS CONTINENTES E INCONTINENTES.....	73
TABELA 6 – FREQUÊNCIA DE RELAÇÃO E ATIVIDADE SEXUAL ENTRE AS IDOSAS CONTINENTES E INCONTINENTES. ....	74
TABELA 7 – AUTO PERCEPÇÃO DE SAÚDE DAS IDOSAS CONTINENTES E INCONTINENTES. ....	75
TABELA 8 – PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA, FREQUÊNCIA E TIPO DE ATIVIDADE ENTRE AS IDOSAS CONTINENTES E INCONTINENTES. ....	76
TABELA 9 – CONSUMO E FREQUÊNCIA DE USO DE CIGARRO, BEBIDA ALCOÓLICA E DROGAS IDOSAS CONTINENTES E INCONTINENTES.....	77
TABELA 10 – FREQUÊNCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS E BEBIDAS RICOS EM CAFEÍNA E IRRITATIVOS DO DETRUSOR ENTRE AS IDOSAS CONTINENTES E INCONTINENTES. ....	77
TABELA 11 – RELAÇÃO PERDA DE URINA COM RESULTADO DA PALPAÇÃO BI DIGITAL ENTRE IDOSAS CONTINENTES E INCONTINENTES. ....	79
TABELA 12 – ESCORE TOTAL DO INSTRUMENTO DE AUTO PERCEPÇÃO DA MAP ENTRE AS IDOSAS CONTINENTES E INCONTINENTES. ....	80
TABELA 13 – RESULTADO DA REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA A CHANCE DE OCORRÊNCIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM RELAÇÃO ÀS PERGUNTAS DO INSTRUMENTO DE AUTO PERCEPÇÃO DA MAP. ....	83
TABELA 14 - RESULTADO DA REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA A CHANCE DE OCORRÊNCIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM RELAÇÃO AOS INSTRUMENTOS DE AUTO PERCEPÇÃO DA MAP.....	84

TABELA 15 – MÉDIA DO ESCORE TOTAL DO KHQ ADAPTADO APLICADO ÀS IDOSAS CONTINENTES E INCONTINENTES. ....	84
TABELA 16 – DIVERGÊNCIA ENTRE A QUEIXA AUTO REFERIDA DE PERDA URINÁRIA E RESPOSTA AO KHQ ADAPTADO. ....	85
TABELA 17 – MÉDIA E DESVIO PADRÃO DAS CATEGORIAS DO KHQ ADAPTADO ENTRE OS GRUPOS CONTINENTES E INCONTINENTES .....	89
TABELA 18 – CORRELAÇÕES ENTRE OS DIFERENTES DOMÍNIOS DO KHQ ADAPTADO, O ESCORE TOTAL DO KHQ ADAPTADO E DA AUTO PERCEPÇÃO DA MAP.....	90
TABELA 19 - RESULTADO DA REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA ENTRE A VARIÁVEL DEPENDENTE ESCORE TOTAL DO KHQ ADAPTADO OS DIFERENTES INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA MAP. ....	90

**LISTA DE SIGLAS**

AFA – Avaliação Funcional do Assoalho Pélvico  
AVE - Acidente Vascular Encefálico  
BN – Bexiga Neurogênica  
CC - Comissão Científica  
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa  
DCNTs – Doenças Crônicas Não Transmissíveis  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
GC – Grupo Continente  
GI – Grupo Incontinente  
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica  
HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos  
IAM - Infarto Agudo Do Miocárdio  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
ICIDH - Classificação internacional de deficiências, incapacidades e desvantagens  
ICS - International Continence Society  
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano  
IIPE - Programa de Intervenção em Incontinência para Idosos  
IU – Incontinência Urinária  
IUE – Incontinência Urinária de Esforço  
IUM – Incontinência Urinária Mista  
IUU – Incontinência Urinária de Urgência  
KHQ – King's Health Questionnaire  
MAP – Músculos do Assoalho Pélvico  
MEEM – Mini exame do estado mental  
NANDA - North American Nursing Diagnosis Association  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
PAISM - Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher  
PIB - Produto Interno Bruto  
PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
RN – Recém-Nascido

RS - Rio Grande do Sul

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TUI - Trato Urinário Inferior

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNIPAMPA – Universidade Federal do Pampa

## RESUMO

A incontinência urinária (IU) em mulheres acomete milhões de pessoas de diversas idades, em especial idosas. Este objetivou comprovar a relação entre a consciência da MAP e o resultado do toque bi digital do canal vaginal em idosas. Caracterizou-se por ser um estudo transversal descritivo, dividido em duas fases. A primeira a elaboração de um instrumento de avaliação da auto percepção da consciência corporal da musculatura do assoalho pélvico e segunda a aplicação do instrumento, juntamente com a avaliação bi digital do canal vaginal, avaliação uroginecológica, King's Health Questionnaire e Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Foi aplicado em 99 idosas, divididas em dois grupos: Grupo Continência e Grupo Incontinência. Para a análise estatística foram criados os escores da consciência do assoalho pélvico e suas médias foram calculadas para os grupos continentais e incontinentes, ajustadas por idades, nível socioeconômico, gestações, etc. As médias foram testadas pelo teste t de *Student*. Os dados foram analisados por meio do programa EPI INFO 7.1.3. Foram avaliadas 99 idosas com média de idade de 67,94 ( $\pm 1,14$ ) anos, sendo 49 (49%) declaradas como continentais e 50 (51%) declaradas como incontinentes. Observou-se uma relação positiva entre a auto percepção da MAP e a força do assoalho pélvico entre as idosas incontinentes ( $p < 0,001$ ). No entanto, uma relação inversa foi observada entre as idosas continentais que apresentaram escores piores de auto percepção da MAP com o aumento da força. Estes resultados apontam uma melhor auto percepção da MAP das incontinentes em relação às continentais.

**Palavras-chave:** Assoalho Pélvico; Incontinência Urinária; Idosas de 60 anos ou mais.

## ABSTRACT

Urinary incontinence (UI) in women affects millions of people of different ages, especially aged. This aimed to prove the relationship between body awareness of pelvic floor muscle (PFM) and the result of digital palpation of bi vaginal canal in elderly women. It is characterized by being a cross-sectional descriptive study, divided into two phases. First the development of an assessment tool of self perception of body awareness of pelvic floor muscles and the second application of the instrument, along with a bidigital evaluation of the vaginal canal, evaluation urogynecological, King's Health Questionnaire, Mini-Mental state examination (MEEM). It was applied to 99 elderly women, divided into two groups: Group Continence and Incontinence Group. For statistical analysis the scores of body awareness were created and their averages were calculated for the continent and incontinent groups, adjusted by age, socioeconomic status, pregnancies, etc. Means were tested by the Student t test. Data were analyzed using EPI INFO 7.1.3 program. 99 elderly women were evaluated with a mean age of 67.94 ( $\pm$  1.14) years, 49 (49%) declared continents and 50 (51%) declared incontinent. There was a positive relationship between MAP and self perception of the strength of the pelvic floor among incontinent women ( $p < 0.001$ ). However, an inverse relationship was observed between continents women who had lower scores self perception of MAP with increasing force. These results show a better self perception of PFM of incontinent regarding continents.

**Key words:** pelvic floor, urinary incontinence, aged than 60 years or more.



## SUMÁRIO

<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>6</b>
<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	<b>10</b>
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	<b>11</b>
<b>LISTA DE SIGLAS</b> .....	<b>13</b>
<b>RESUMO</b> .....	<b>15</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>16</b>
<b>SUMÁRIO</b> .....	<b>16</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>20</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>24</b>
2.1 O processo do envelhecimento .....	24
2.2 O envelhecimento feminino .....	26
2.3 – Envelhecimento do trato gênito urinário.....	28
2.4 Incontinência Urinária .....	32
2.5 Consciência da Musculatura do Assoalho Pélvico (MAP).....	34
2.6 Atenção Primária ao idoso.....	38
<b>3 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>43</b>
<b>3.1 Questão da pesquisa</b> .....	<b>43</b>
<b>3.2 Hipótese do estudo</b> .....	<b>43</b>
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	<b>45</b>
<b>4.1 Objetivo Geral</b> .....	<b>45</b>
4.1.1 Objetivos Específicos.....	45
4.1.2 Objetivos secundários .....	45
<b>5 METODOLOGIA</b> .....	<b>46</b>
<b>5.1 Caracterização da Pesquisa</b> .....	<b>46</b>
<b>5.2 Delimitação da Pesquisa</b> .....	<b>46</b>
<b>5.3 Fase Qualitativa</b> .....	<b>46</b>
5.3.1 Elaboração do instrumento .....	46

5.3.2 Escolha dos entrevistados .....	46
5.3.3 Análise das entrevistas .....	47
5.3.4 Estudo Piloto .....	48
5.3.5 Teste do instrumento.....	49
<b>5.4. Fase Quantitativa .....</b>	<b>49</b>
5.4.1 População da pesquisa .....	49
5.4.2 Distribuição das amostras .....	52
5.4.3 Critérios de Seleção .....	53
5.4.4 Instrumentos de Coleta de Dados .....	53
5.4.4.4 Mini Exame do Estado Mental (MEEM).....	55
<b>5.5 Análise estatística.....</b>	<b>56</b>
<b>5.6 Variáveis de estudo .....</b>	<b>57</b>
<b>5.7 Aspectos Éticos .....</b>	<b>57</b>
<b>6. Resultados .....</b>	<b>59</b>
<b>6.1 Fase Qualitativa .....</b>	<b>59</b>
6.1.1 Pré-análise: .....	60
6.1.2 Categorizações dos dados.....	63
<b>6.2. Fase Quantitativa .....</b>	<b>68</b>
6.2.1 Descrição da Amostra .....	68
6.2.2 Consciência de contração MAP .....	78
6.2.3 Razão de chance para ocorrência de Incontinência Urinária .....	83
6.2.4 Impacto na qualidade de vida .....	84
<b>7. Discussão: .....</b>	<b>91</b>
7.1 – Auto percepção da MAP .....	92
7.2 Força da MAP em idosas.....	94
7.3 Aspectos socioeconômicos.....	95
7.4 Variáveis clínicas .....	97
7.4 Impacto na Qualidade de vida .....	100
7.4 Impacto na Qualidade de vida .....	102

<b>8. CONCLUSÕES</b> .....	<b>103</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>106</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>120</b>
<b>ANEXO I - REGISTRO E APROVAÇÃO SIPESQ</b> .....	<b>121</b>
<b>ANEXO II - REGISTRO E APROVAÇÃO SIPESQ</b> .....	<b>121</b>
<b>ANEXO III – PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA PUCRS</b> .....	<b>122</b>
<b>ANEXO IV – Ficha de Avaliação Uroginecológica</b> .....	<b>123</b>
<b>ANEXO V – INSTRUMENTO DE AUTO PERCEPÇÃO DA MAP COM 34 PERGUNTAS</b> .....	<b>126</b>
<b>ANEXO VI – KING’S HEALTH QUESTIONNARIE</b> .....	<b>126</b>
<b>ANEXO VII ARTIGO ACEITO: Treinamento muscular e auto percepção da musculatura do assoalho pélvico em mulheres idosas com incontinência urinária: uma revisão sistemática</b> .....	<b>129</b>
<b>ANEXO VIII ARTIGO SUBMETIDO: Perfil sociodemográfico e clínico de idosas continentes e incontinentes</b> .....	<b>146</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>172</b>
<b>APÊNDICE A</b> .....	<b>173</b>
<b>APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	<b>174</b>
<b>APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	<b>175</b>
<b>APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	<b>176</b>

## INTRODUÇÃO

Diante do aumento crescente da expectativa de vida nos últimos anos, principalmente nos países em desenvolvimento (DEDICAÇÃO *et al.*, 2009), observa-se a criação de um grande desafio à saúde pública que é a atenção integral primária, que vise à independência funcional e diminuição da morbidade da população idosa (GABRIELA *et al.*, 2013). Outro desafio enfrentado é como proporcionar o acesso a ações efetivas e especializadas no cuidado dessa população.

Por consequência deste aumento, o indivíduo idoso fica mais predisposto a ser acometido por condições de saúde crônicas, que mesmo não sendo causas graves e que interponham risco à sua vida, comprometem de forma significativa a independência das atividades de vida diária, favorecendo o isolamento social, a incapacidade funcional e o aparecimento da depressão (SILVA; LOPES, 2009). Tais acometimentos além de afetar significativamente a qualidade de vida dos idosos, também favorece o consequente aumento da ocorrência de sintomas crônicos, especialmente em mulheres, dos quais a incontinência urinária (IU) torna-se muito recorrente (LOLLAR; CREWS, 2003; JEREZ-ROIG *et al.*, 2013).

A IU é definida como qualquer perda involuntária de urina de acordo com a *Continence International Society* (ICS) (ABRAMS *et al.*, 2003; HAYLEN *et al.*, 2010), e embora seja uma condição que pode estar presente em todos os períodos da vida, a IU torna-se mais frequente com o envelhecimento, especialmente em mulheres. Acomete milhões de pessoas de idades variadas, afetando significativamente sua qualidade de vida. Smith *et al.* (2010) apontam que a prevalência de IU em mulheres com mais de 60 anos é 29,5%, e em um estudo de inquérito populacional brasileiro é equivalente a 26,2% da população. (TAMANINI *et al.*, 2009).

O tipo mais frequente de IU é a incontinência urinária de esforço, causada pelo excesso da pressão vesical sob a uretral, sem ação do músculo detrusor (MITRANO, 2009). Sabe-se, porém, que os diferentes tipos de incontinência urinária são decorrentes da fraqueza da musculatura do assoalho pélvico e frouxidão dos ligamentos pélvicos (NASCIMENTO, 2009). Observa-se que cerca de 30 a 50% das mulheres são incapazes de realizar contração

adequada da musculatura do assoalho pélvico (MAP) quando lhes solicitado, inclusive as jovens (PINHEIRO *et al.*, 2012).

Segundo dados da Associação Portuguesa de Urologia, estima-se que a proporção de casos de incontinência urinária seja de três mulheres para cada homem (ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE UROLOGIA [APU], 2010). A prevalência da IU feminina varia de acordo com a metodologia adotada em cada estudo, no entanto observa-se que aumenta com a idade. Estudos realizados na Noruega apontam uma prevalência de 25% em mulheres com 20 anos ou mais (HUNSKAAR *et al.*, 2000), passando para 46% entre as mulheres mais idosas (80-85 anos) (BJÖRNSDÓTTIR *et al.*, 1998). Em estudo realizado nos Estados Unidos, observou-se que aproximadamente 13 milhões de adultos já apresentaram algum episódio de IU, dos quais 11 milhões (85%) são mulheres (AHCPR, 2003).

Infelizmente a falta de estudos recentes que abordem a epidemiologia e a prevalência da IU no Brasil, subestimando o número real de casos, em especial na população longeva. Por ser comum em mulheres, estudos abordam que esta condição pode acometer cerca de 50% delas, em alguma fase de suas vidas (LUFT, 1998; HANNESTAD *et al.*, 2012). Um estudo realizado por Guarisi *et al.* (1998) revelou que a IU mais comum entre mulheres de 35 a 81 anos, no Brasil, é a de IU de esforço (30,7%), seguida pela de IU de urgência (14,2%) e pela IU mista (10%).

Diversos são os fatores de risco relacionados à ocorrência da IU em idosas, tais como a menopausa e os efeitos do parto sob a musculatura do assoalho pélvico (ZARPELLON MAZO, 2015). Além disso, grande parte da incoordenação dos músculos do assoalho pélvico (MAP) ocorre pela diminuição da auto percepção da ação da MAP (FARIA; MENEZES, [S.d.]; TAMANINI *et al.*, 2009).

A fisioterapia surge com importante papel terapêutico, uma vez que auxilia na reabilitação e melhora da função da musculatura do assoalho pélvico, facilitando a consciência corporal e diminuindo os riscos causados pela IU, dentre eles infecções urinárias recorrentes, repercussão na vida social e sexual, depressão, entre outros (BOTELHO; GODOI, 2003; DRIUSSO; CHIARELLO, 2007; HIGA *et al.*, 2008). Cabe ao fisioterapeuta despertar no

paciente a consciência e a propriocepção desta região, a fim de melhorar suas funções (PORTERO, 2007).

A fisioterapia é considerada uma alternativa de tratamento conservador (SILVA et al., 2015) e entre as principais condutas fisioterapêuticas, os exercícios de treinamento muscular estimulam a força do esfíncter externo da uretra, além de reforçar o mecanismo de continência e auto percepção da coordenação do funcionamento da MAP (KIM, 2001; OLIVEIRA, RODRIGUES, 2010). Um desafio para o tratamento fisioterapêutico da IU em mulheres é compreender como a consciência corporal da MAP pode intervir na ocorrência da IU, além de saber se os exercícios terapêuticos, tais como o treinamento muscular, podem interferir na auto percepção da MAP e nos sintomas da IU.

Desta forma, a avaliação fisioterapêutica, é de extrema importância para uma detecção correta dos aspectos clínicos e funcionais da musculatura do assoalho pélvico, bem como para a elaboração de um plano terapêutico seguro e eficaz para cada caso. Estudos recentes apontam que entre as diversas intervenções clínicas conhecidas para a IU, o treinamento muscular tem se mostrado como mais recomendado e de primeira linha (NEUMANN et al. 2005; NEUMANN et al. 2006). Pinheiro et al. (2012) revela que as técnicas cinesioterapêuticas, bem como o toque bi digital são ótimas opções para o ganho de consciência corporal para as mulheres.

Em consequência de poucos estudos que abordem a temática da consciência corporal e sua relação com a incontinência urinária, é que este trabalho foi proposto. Vários são os estudos que revelam que a abordagem fisioterapêutica auxilia neste processo (SILVA et al., 2009; GOMES et al. 2013; KNORST et al. 2014). Da mesma forma, crê-se na importância de desenvolver um instrumento de avaliação da consciência da MAP que seja de fácil aplicação na rede de atenção básica de saúde e que possa ser um meio de triagem para indicação ou não da intervenção fisioterapêutica.

Tendo em vista a realidade das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e do crescente número de idosos e, conseqüentemente, do número de casos de IU, a fisioterapia tem um papel fundamental no atendimento dessa população, uma vez que os custos para a realização de sessões terapêuticas são baixos e não requerem grandes recursos infra estruturais. As UBSs, baseadas na Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), visam o atendimento integral da

população, através de ações de promoção, prevenção, educação e recuperação da saúde, tendo assim, papel fundamental na implementação de ações em saúde que reduzam a morbidade por causas previsíveis ou evitáveis, incluindo condições crônicas como a IU (CAMMU *et al.*, 2000).

Tomando como base o cenário relatado anteriormente, este estudo visou elaborar um instrumento que avaliasse a consciência da MAP, bem como inferir possíveis relações com a incontinência urinária em idosas, buscando alternativas de intervenção de fácil acesso, eficazes e de baixo custo dentro da Atenção Primária.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 O processo do envelhecimento

O envelhecimento da população é um processo universal, progressivo e gradual que representa a consequência e/ou efeitos da passagem do tempo no corpo humano (DE MORAES, 2008). O mesmo caracteriza-se por não ser unitário, ou seja, não acontece simultaneamente em todo o organismo e não está associado à doença. No entanto, envolve fatores endógenos e exógenos que devem ser considerados em situações diagnósticas (PALÁCIOS, 2004).

Este é um dos fenômenos em maior evidência no mundo atual. Decorrente da diminuição das taxas de natalidade e aumento gradual da expectativa de vida, a compreensão do seu processo facilita no desenvolvimento de ações e estratégias não apenas curativas, mas também que visem prevenir os efeitos da senescência garantindo qualidade de vida, independência e funcionalidade no último ciclo da vida (VERAS, 2009).

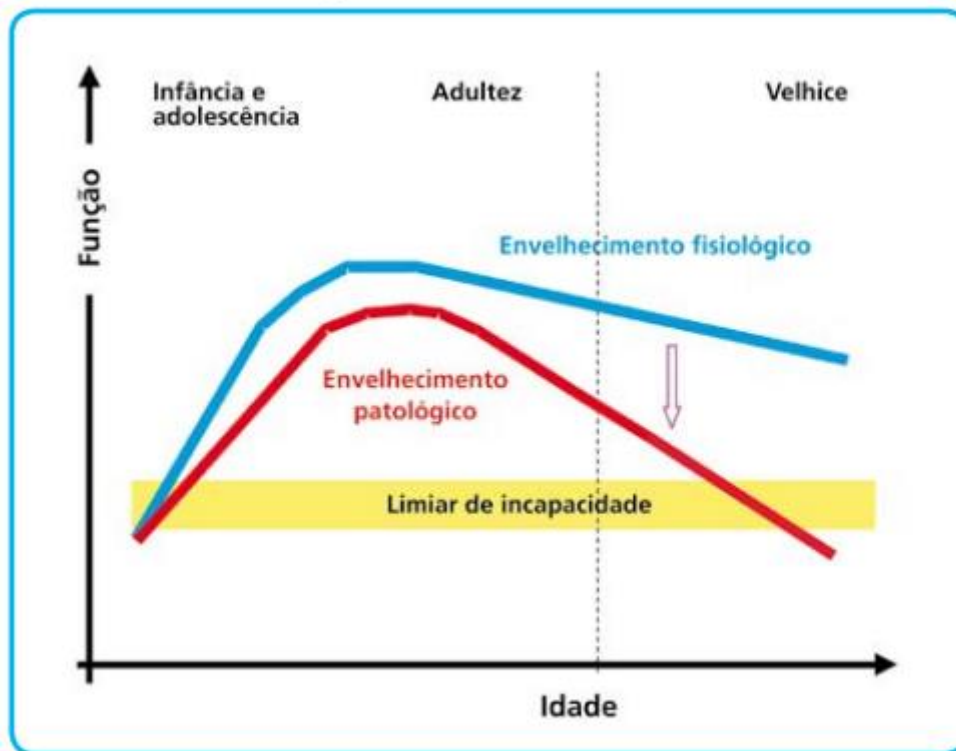
Conceitualmente, o envelhecimento caracteriza-se por um conjunto de alterações morfológicas, bioquímicas, físicas e funcionais que de forma progressiva e dinâmica, apontam o declínio da função. Tais ocorrências contribuem para a limitação progressiva do organismo, dificultando o desempenho de tarefas (motoras ou cognitivas), impedindo a adaptação do indivíduo ao meio, e por consequência, deixando-o mais suscetível às manifestações intrínsecas e extrínsecas do ambiente (HAYWOOD & GETCHELL, 2004).

Estima-se que o ser humano possa viver entre 110 a 120 anos. No entanto, a maturidade biológica ocorre entre os 25 a 30 anos, período este caracterizado pelo ápice da vitalidade (SANTOS et al., 2009). Entre os 30 a 40 anos, o indivíduo atinge o máximo de suas funções orgânicas e entre os 40 a 50 anos ocorre uma estabilização. A partir daí, observa-se um declínio funcional progressivo (MORAES, 2008). A Figura 1 representa este processo e revela a importância de uma reserva funcional para minimizar a repercussão do declínio fisiológico. Essa reserva pode ser compreendida por todas as ações protetoras do envelhecimento, tais como: bons hábitos de vida, prática regular de atividade física, alimentação saudável, pouca exposição a agentes químicos



e biológicos, boa qualidade de sono, redução de estresse, entre outros (SOUSA & RODRÍGUEZ-MIRANDA, 2015).

Gráfico 1 – Funcionalidade global x idade



Fonte: Moraes (2008).

Figura 1 – Gráfico da relação entre a funcionalidade global e a idade.

O envelhecimento biológico pode ser considerado fisiológico (senescência) ou patológico (senilidade). A senescência ou envelhecimento fisiológico atinge todos os indivíduos após o período reprodutivo, sendo considerada uma característica genética da espécie (BIRREN & SCHROOTS, 1996). O mesmo possui efeito cumulativo, por sofrer influência direta dos fatores determinantes do envelhecimento, tais como: exercícios físicos, dieta, estilo de vida, exposição a eventos adversos, nível educacional e social (FECHINE; TROMPIERI, 2012). A senilidade ou envelhecimento patológico caracteriza-se pelas inúmeras modificações determinadas por afeções que acometem a pessoa idosa, tais como o declínio cognitivo e motor (MOREIRA, 2001).

O envelhecimento ainda pode ser classificado como primário, secundário e terciário (WOOLLACOTT, 2003). O primeiro considera-se como geneticamente programado ou determinado, sendo comum a todos os indivíduos. O secundário refere-se a patologias que não estão necessariamente relacionadas ao envelhecimento, sendo elas, lesões cardiovasculares, acidentes, determinados tipos de câncer, entre outros (BIRREN & SCHROOTS, 1996). O mesmo é resultado das interações das influências internas e externas, e varia de acordo com cada indivíduo. Já o terciário, também conhecido como terminal é caracterizado pelo importante e significativo declínio físico e cognitivo, ocasionado pela ação cumulativa dos efeitos do envelhecimento e das patologias relacionadas à idade (WALSON et al., 2006).

## **2.2 O envelhecimento feminino**

Vários são os marcos concretos e definitivos que apontam o processo do envelhecimento já estabelecido. Estes podem ser biológicos, físicos, sociais, entre outros. No entanto, um marco biológico marca o fim da vida reprodutiva da mulher e tem profunda ligação com o processo de senescência, a menopausa (LORENZI *et al.*, 2009).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) a menopausa ou a última menstruação é um evento biológico espontâneo que marca o fim da atividade folicular ovariana (WHO, 1996). A mesma ocorre em torno dos 45 a 55 anos e pode ser classificada como precoce quando ocorre antes dos 40 anos e tardia quando ocorre após os 55 anos. Pode-se considerar a menopausa propriamente instituída quando por 12 meses consecutivos não há registro menstrual (FERREIRA; CHINELATO, CARVALHO; CATRO; FERREIRA, 2013)

O processo de transição entre o período reprodutivo para o não reprodutivo é denominado de climatério. O mesmo não ocorre subitamente, podendo iniciar aos 35 anos, caracterizado pela Peri menopausa, com a presença de ciclos menstruais irregulares e com duração de 8 a 12 anos (RIBEIRO et al., 2015). Os primeiros sintomas são sentidos pelas mulheres em torno dos 45 anos, mas podem haver variações de acordo com as

predisposições genéticas, estilo de vida, prática de atividade física e histórico prévio de depressão (DOS SANTOS et al, 2015).

O climatério pode ser compreendido como um processo fisiológico e de mudança física e emocional, pois é uma fase de transição da mulher em virtude da extinção do ciclo ovariano. O mesmo pode ser classificado (BARACHO, 2007):

- **Compensado:** quando não há grandes manifestações ou essas são bem toleradas.
- **Descompensado:** quando a intensidade das manifestações prejudica ao bem-estar físico e social da mulher, provocando intercorrências e diminuindo sua qualidade de vida.

As mulheres que se encontram neste período apresentam três principais problemas: a instabilidade vasomotora, a atrofia tissular e distúrbios emocionais. Considerados uma das manifestações mais comuns do climatério e da menopausa, os fogachos (sensação de calor e vermelhidão repentina na região da face e tórax) representam um grande incômodo às mulheres e são causados pela instabilidade vasomotora. Como consequência podem levar a insônia, uma vez que costumam ser mais frequentes no período da noite, mas podem ocorrer durante vários períodos do dia, pode ser seguido por sudorese excessiva e calafrios e, em casos mais graves, levam a irritabilidade predispondo a depressão e redução da libido (TORRES et al., 2009).

Como consequência da atrofia tissular observamos a degeneração das fibras de colágeno e elastina que possuem a função de elasticidade da pele e dos tecidos, bem como a formação de rugas (ORTOLAN et al., 2013). A pele torna-se mais fina e escamosa e o cabelo apresenta-se mais fino e sem brilho. Além disso, observamos também a diminuição do comprimento, tamanho, elasticidade e número de fibras musculares, favorecendo a redução da força muscular com o avanço da idade (FECHINE & TROMPRIERI, 2012). Estudos apontam que tais mudanças hormonais e suas consequências são as principais responsáveis pela alta taxa de desconforto musculoesqueléticos nessa população (DE VITTA et al., 2003, DE LORENZI et al., 2005). É importante ressaltar que com a queda hormonal, há uma redução da massa magra e um

aumento da massa gorda que favorece a ocorrência de osteopenia e posteriormente, a osteoporose (LORENZI, 2009).

Neste período observa-se também alterações no metabolismo das gorduras, favorecendo a dislipidemia. Ou seja, com a diminuição do estrogênio, observa-se um aumento dos níveis séricos de colesterol LDL e diminuição do HDL, aumentando o risco de eventos aterogênicos como infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular encefálico (AVE) (ALDRIGHI et al., 2002). Também é observada a redução da lubrificação da mucosa vaginal, tornando-a mais fina e seca, uma vez que as glândulas de Bartholin secretam menos lubrificação vaginal. O hipoestrogenismo ainda contribui para a diminuição do tamanho do útero e ovário, favorece a dispareunia (dor durante o ato sexual) causando desconforto, mal-estar e infelicidade e provoca a atrofia mamária por redução da gordura subcutânea e estruturas mamárias. Outra manifestação é a ocorrência de problemas no trato urinário inferior, pois as estruturas de apoio do útero, bexiga e reto (parede anterior e posterior da vagina) perdem o tônus, favorecendo a ocorrência de prolapso pélvicos (MOREIRA & BRAITT, 2015). Da mesma forma, há uma redução do tônus do esfíncter, contribuindo para a ocorrência da polaciúria e disúria (MELO et al., 2012).

Por fim, outra manifestação do climatério e menopausa são os distúrbios emocionais causados por todas essas alterações que ocorrem neste período, sendo caracterizada pelo aparecimento de um ou mais sintomas, tais como: cefaleia, nervosismo, palpitação, taquicardia, depressão, insônia, fadiga e fraqueza. Muitas mulheres associam a menopausa ao fim de sua vida não só reprodutiva, mas também com a proximidade da aposentadoria. Outras também associam a mesma à proximidade da morte, a inutilidade e ao envelhecimento, podendo provocar também reações hipocondríacas como o medo da ocorrência de doenças como o câncer de mama, entre outros (PEREIRA et al., 2009).

### **2.3 – Envelhecimento do trato gênito urinário**

Como o processo do envelhecimento é dinâmico, progressivo e irreversível, o mesmo ocorre em todos os sistemas do corpo humano, bem como pele, tecidos, função cognitiva e também do trato gênito urinário inferior

(TUI). Estas ocorrem mesmo sem a presença de doenças, observando assim a diminuição da função renal, atrofia da uretra, enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico (MAP), bem como diminuição da capacidade vesical e capacidade de controlar a micção, o qual ocorrem em ambos os sexos (SOUZA, 2002; CARDOSO,2009). Da mesma forma, observa-se um aumento das contrações involuntárias da musculatura vesical e do volume residual pós-miccional com o aumento da idade (REIS, 2003).

Em termos morfológicos, o envelhecimento representa ao TUI menor deposição de colágeno que repercute na não inibição das contrações do músculo detrusor por consequência da denervação da bexiga. Sendo assim, o aumento do volume residual reduz a capacidade de armazenamento de urina, bem como fatores extra vesicais também podem alterar a função da bexiga, tais como: a obesidade, paridade, doenças neurológicas ou metabólicas, entre outras (CARVALHO, 2006). Essa instabilidade detrusora pode sugerir que exista uma relação entre urge-incontinência e sua maior frequência em idosos, inferindo que a mesma seja menos frequente em pessoas idosas do que em jovens (REIS et al.,2003).

Observa-se também, durante o envelhecimento, a diminuição e/ou perda da complacência vesical que determina as alterações urinárias de urgência, incontinência e refluxo vesico-uretral. Esta ação ocorre pela alteração extracelular do colágeno que se deposita de forma desordenada no músculo detrusor e altera a contratilidade vesical, acarretando sintomas urinários como a noctúria e a urgência miccional (SOBRAC, 2003).

A noctúria é uma das alterações mais frequentes no hábito urinário do idoso. Diante das alterações hormonais decorrentes do envelhecimento, entre elas o aumento da vasopressina e do hormônio natriurético, resultam no aumento da eliminação dos líquidos ingeridos durante a noite, mesmo na ausência de insuficiência venosa, cardíaca, doenças renais ou obstrução prostática (REIS et al., 2003). Em associação com os distúrbios do sono, resulta a ocorrência de um ou dois episódios de noctúria em pessoas com mais de 65 anos (MILLER, 2000). No entanto, quando há a presença de doenças de base e condições crônicas observa-se o aumento da noctúria por diversos fatores, entre eles uso de fármacos, redução sensorial periférica, alterações metabólicas e hormonais.

Em ocorrência da menopausa, decorrente do processo fisiológico do envelhecimento feminino, observa-se a diminuição da função ovariana e redução dos níveis de estrogênio circulante, levando ao hipoestrogenismo. O hipoestrogenismo leva a uma redução da deposição de colágeno e elastina nas paredes do detrusor e da musculatura do assoalho pélvico, resultando na redução do trofismo, da vascularização, da pressão máxima de fechamento uretral e do comprimento uretral, além do menor número de células da musculatura estriada do esfíncter vesical (PFISTERER et al., 2006), e conseqüentemente, na incontinência urinária (BATISTA et al., 2010). Os receptores moleculares de estrogênio são encontrados nas células que compõem os tecidos da vagina, na bexiga, na uretra e nos MAP. Sendo estes tecidos receptivos e funcionalmente ativos ao estrogênio, é provável que sua deficiência possa levar à IU (MOEHRER; HEXTALL; OESTROGENS, 2007).

Várias são as alterações do trato urinário inferior feminino em decorrência do hipoestrogenismo. Em virtude do excesso de pressão vesical sob a uretral, decorrente do aumento da pressão intra-abdominal, refere à fraqueza dos músculos e ligamentos do assoalho pélvico, favorecendo a ocorrência da perda involuntária de urina durante os esforços (NASCIMENTO, 2009; SILVA, 2012).

O hipoestrogenismo leva a uma relação hormônio-dependente dos receptores de estrogênio e progesterona, levando a possíveis deslocamentos da bexiga, das junções vesico-uretrais, bem como dos elementos de suspensão e sustentação dos órgãos pélvicos, sendo eles os ligamentos e fâscias que compõem o diafragma pélvico e urogenital. Como a continência urinária é diretamente dependente da ação estrogênica, tendo suas funções ligadas ao tônus, ao trofismo e ao colágeno dos tecidos do assoalho pélvico, este processo é diminuído em virtude da ocorrência do envelhecimento (FERNANDES et al., 1990).

Em decorrência da abertura do assoalho pélvico para a passagem da cabeça do feto durante o trabalho de parto, leva a uma dilatação do canal vaginal, sendo uma possível causa de incontinência urinária em mulheres (BARBOSA et al., 2005). A gênese da IU feminina é de origem multifatorial, onde alguns dos fatores de risco para o seu desenvolvimento são: o

envelhecimento, fatores genéticos, gravidez, parto, menopausa, obesidade e hysterectomia (AMARO et al., 2005).

O envelhecimento, por si só, não é a única causa da IU, entretanto leva a mudanças funcionais e estruturais já mencionadas anteriormente, que vão afetar também o sistema urinário, predispondo à perda involuntária de urina (MACIEL, 2006, RETT et al., 2007). Contudo a continência urinária não depende somente da integridade do trato urinário inferior, e vários são os fatores extrínsecos que podem influenciar este processo, sendo eles: motivação, independência e funcionalidade, lucidez, existência de DCNTs (HAS e diabetes melittus), alimentação, entre outros. Estes fatores podem interferir na manifestação da IU seja por meio de estímulo por via de fármaco ou alimento, ou então, por dificultarem a ocorrência do ato miccional, seja por diminuição da funcionalidade e independência, de maneira a não comprometer significativamente do trato urinário inferior (SARTORI et al., 2015). Embora essas alterações sejam raras nos pacientes jovens, são frequentemente encontradas no idoso e podem agravar ou causar incontinência urinária (REIS et al., 2003).

A mulher com IU tende ao isolamento social, uma vez que a perda urinária em situações públicas, são as mais temidas pelas mesmas. Fora isso, o impedimento da realização de atividades diárias tais como: ir ao mercado, fazer uma caminhada, entre outras, tornam a idosa mais restrita ao ambiente de casa, bem como restringe seu círculo social (RETT et al., 2007). Tais situações são sinalizadoras de fragilidade no idoso, justamente por afetar questões sociais, físicas, psíquicas e profissionais, elas podem ser um indicativo de declínio funcional e, por consequência, terão um impacto direto na qualidade de vida e na independência da mesma (HAYLEN et al., 2010; SILVA et al., 2012).

Infelizmente, as idosas somente procuram tratamento quando a autoestima e a qualidade de vida são muito afetadas, por considerarem uma condição comum ao envelhecimento ou por vergonha (MORENO, 2009; FERREIRA; SANTOS, 2012). As mulheres com IU possuem vergonha e constrangimento e tem dificuldades em aceitar sua condição. Vários são os estudos que relatam que esta condição pode afetar não só a qualidade de vida, especialmente nas idosas, como também levam a problemas físicos, sociais,

psicológicos, domésticos, sexuais e econômicos dos pacientes de todas as faixas etárias (SINCLAIR; RAMSAY, 2011; DE SOUZA et al., 2015).

## 2.4 Incontinência Urinária

A Incontinência Urinária (IU) é uma condição crônica de íntima ligação com o envelhecimento. Tal ocorrência afeta muito frequentemente a população idosa em seus aspectos físicos, psicológicos e sociais, restringindo sua independência e qualidade de vida (RODRIGUES *et al.*, 1994; RETT *et al.*, 2007). Estudos realizados com mulheres com IU revelam que as limitações ocorrem em vários níveis, dentre eles nas atividades sociais, domésticas, no desempenho profissional e sexual e na autoestima (LOPES *et al.*, 2007).

Segundo a International Continence Society (ICS), a IU é caracterizada por toda e qualquer perda involuntária de urina (ABRAMS *et al.*, 2003), a IU tem sido amplamente discutida na literatura, especialmente devido sua alta prevalência entre as mulheres (WESNES *et al.*, 2012), com causas variadas. A literatura aponta que a prevalência de IU aumenta com a idade (HANNESTAD *et al.*, 2000), tornando possível inferir que podem haver mais casos de IU em mulheres mais idosas, porém sem atendimento para a intervenção de tal afecção.

Partindo desde princípio, a IU predispõe a ocorrência de fatores associados à depressão, contribuindo assim, para a morbidade do idoso. Por ser uma patologia comum no envelhecimento, muitos portadores de IU não procuram intervenção, ou por acharem normal, ou pela dificuldade de aceitação da condição vivida (BLANES *et al.*, 2001; DA SILVA *et al.*, 2005).

Estudos relatam que são fatores de risco para a IU: idade avançada, raça branca, partos vaginais, deficiência de estrogênio, condições associadas ao aumento da pressão intra-abdominal, tabagismo, neuropatias, histerectomia prévia, medicamentos e processos inflamatórios do trato geniturinário (RODRIGUES *et al.*, 1994; BARACHO *et al.*, 2007). Suas principais causas são por razões anatômicas da uretra feminina, vascularização e trofismo da musculatura do assoalho pélvico. Em virtude da diminuição de estrogênicos, na mulher, após o climatério, ou por doenças prostáticas ou neurológicas em homens (HANNESTAD *et al.*, 2000). Entretanto sabe-se que em sua grande



maioria a fraqueza da musculatura do assoalho pélvico contribui para o agravo da IU (GUARISI *et al.*, 1998; DEDICAÇÃO *et al.*, 2003).

A North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2005) define dois tipos de IU: de esforço, caracterizada pela perda de urina menor que 50 ml decorrente do aumento da pressão abdominal; e de urgência caracterizada pela perda involuntária de urina imediatamente após uma forte sensação de urgência para urinar ou hiperatividade vesical. Segundo Sociedade Internacional de Continência (ICS), além destes dois tipos também há a IU mista (BUSHNELL *et al.*, 2005), caracterizada pela perda de urina associada à urgência e aumento da pressão intra-abdominal, ou seja, união dos sintomas das duas primeiras (COYNE *et al.*, 2003; MARGALITH *et al.*, 2004).

A IU classifica-se em quatro principais tipos (KANNAN *et al.*, 2009; BARTOLI *et al.*, 2010):

- **Incontinência Urinária de Esforço (IUE):** caracterizada pela perda de urina que ocorre aos esforços (tossir, espirar, durante atividade física) decorrente do excesso da pressão vesical sob a uretral, sem ação eficiente da musculatura do assoalho pélvico.
- **Incontinência Urinária de Urgência (IUU):** consiste em uma necessidade súbita e involuntária de urinar, com ou sem urgência urinária.
- **Incontinência Urinária Mista (IUM):** é a associação da perda urinária de esforço e urgência. Caracteriza-se pela presença de contrações involuntárias, não inibidas, do detrusor durante o enchimento vesical associadas a situações de esforço
- **Bexiga Neurogênica (BN):** perda involuntária de urina por qualquer alteração no controle neurológico da bexiga.

Para Baracho (2012) e Silva *et al.* (2012) ainda existem duas outras classificações mais recentes que também se incluem nos tipos de IU, são elas:

- **Incontinência Urinária Funcional:** Pode se instalar a partir de uma imobilidade ou dificuldade de locomoção independente.
- **Incontinência Urinária por Transbordamento:** Retenção crônica de urina sem desejo miccional que leva ao transbordamento de urina.

Para classificar os diferentes tipos de IU, existem exames, testes e questionários que auxiliam o terapeuta, no processo de diagnóstico diferencial, avaliação do impacto e quantificação da perda urinária. Dentre eles destacam-se: Teste da Perda Urinária, Volume Residual Pós-miccional, Urocultura e exame de urina (rotina), Teste do absorvente, Exame Urodinâmico (Fluxometria), Perineometria, Diário Miccional e os questionários sobre Qualidade de Vida (*SF-36; King's Health Questionnaire*) (MARQUES, SILVA, AMARAL, 2011).

Ainda de acordo com Talasz et al. (2012) o manejo adequado para o tratamento da IU deve preconizar quatro aspectos respectivamente: a terapia comportamental, seguida pela fisioterapia, terapia medicamentosa e, como último recurso o tratamento conservador cirúrgico.

A incontinência urinária é uma das afecções que mais acometem idosos, em especial mulheres, muitas vezes sem diagnóstico médico que considera a perda da urina como algo comum ao envelhecimento (DRIUSSO; CHIARELLO, 2007). Um dos principais desafios do setor primário da saúde é detectar esse tipo de patologia e propor alternativas fáceis, pouco dispendiosas e de bom efeito, na intervenção dessa população (CAMMU *et al.*, 2000). A fisioterapia vem tornando-se, nos últimos anos, uma possibilidade terapêutica capaz de trazer bons resultados sem os custos de hospitalização, além de menor risco de comorbidades decorrentes da mesma.

Entretanto, poucos são os estudos e publicações nacionais que apontam quais as melhores intervenções para a incontinência com amostras apenas com a população idosa. Da mesma forma, também encontramos dificuldades de acesso a informações quanto à prevalência e incidência da IU nessa população (SILVA *et al.*, 2005).

## **2.5 Consciência da Musculatura do Assoalho Pélvico (MAP)**

Estudos apontam que com a alta prevalência e incidência de IU entre as mulheres, maiores são os gastos do governo com a sua intervenção. Um estudo realizado recentemente estima que o governo dos Estados Unidos da América gaste de 10 a 16 bilhões de dólares na intervenção de mulheres

incontinentes por ano, já no Brasil, não se tem estimativas quanto aos gastos atuais (COYNE *et al.*, 2003; BUSHNELL *et al.*, 2005).

Esta realidade aponta para a necessidade de buscar intervenções alternativas, de baixo custo, porém com boa efetividade para o tratamento desta condição. A fisioterapia é considerada uma alternativa para o proposto, uma vez que não necessita de grandes quantidades de recursos financeiros e infra estruturais (NASCIMENTO *et al.*, 2009). Bernardes *et al.* (2000) revelou que a fisioterapia para a reabilitação do assoalho pélvico contribuiu para melhora parcial ou total dos seus indivíduos estudados, independente de cinesioterapia com exercícios perineais ou da eletroestimulação endovaginal, porém os últimos eram mais eletivos durante a intervenção (BLATES *et al.*, 2001).

Para a realização de uma intervenção eficaz, faz-se necessário uma boa avaliação clínica que dá condições ao profissional de montar um protocolo de intervenção de acordo com a patologia (NASCIMENTO *et al.*, 2009), a fim de que os resultados sejam positivos, prevenindo novos episódios de IU e melhorando a qualidade de vida das pacientes em questão. Estudos recentes apontam o impacto negativo da IU sobre a qualidade de vida de mulheres (HUANG *et al.*, 2000; VAN DER VAART *et al.* 2002). A melhora da função do assoalho pélvico além de minimizar ou cessar a ocorrência da incontinência também promove melhora da qualidade de vida e sua reinserção social, em qualquer fase de suas vidas (BARACHO, 2007).

A fisioterapia lança mão de várias alternativas de intervenção, entre elas a contração voluntária da musculatura do assoalho pélvico para a reeducação e aumento do tônus muscular (HADDAD *et al.*, 1999). Vários são os protocolos de intervenção existentes, em suas diferentes formas de aplicação. No entanto, entre as variações, observa-se modificações quanto ao tempo de contração e repouso, a magnitude das resistências aplicadas, bem como o posicionamento adequado a região pélvica (GROSSE & SENGLER, 2000).

A cinesioterapia visa através do fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, a repetição de movimentos voluntários, os quais proporcionam aumento da força e consciência muscular (MATHEUS *et al.*, 2006). Contribuindo assim, para incrementar a força de sustentação do

esfíncter vesical, sob o aumento da pressão intra-abdominal (GROSSE & SENGLER, 2000).

Outra forma de promover a consciência dessa região é usando o *biofeedback* e a eletroestimulação. O *Biofeedback* é muito útil para melhorar a sinestesia da região perineal, porém mais dispendioso (BLANES et al., 2002). É um instrumento que por meio de uma sonda inflável inserida dentro do canal vaginal, quantifica a variação de pressão dentro da sonda, através da contração da musculatura perineal, que é detectada pelo aparelho e mostrado ao paciente, por meio de sinais luminosos, permitindo à ele uma maior consciência de sua contração (MORKVED et al., 2002). Da mesma maneira, a eletroestimulação promove a propriocepção do assoalho pélvico através o comando contrátil e ganho de força muscular, mesmo para os indivíduos que não possuem comando voluntário de contração do MAP (HERRMANN et al., 2003).

Sabe-se, todavia, que a conscientização do assoalho pélvico não é de fácil aprendizado para a grande maioria das mulheres, sendo o fisioterapeuta imprescindível para o uso correto do comando verbal e facilitador deste processo. Assim sendo, ao terapeuta também compete conhecer todos os elementos anatômicos, fisiológicos e biomecânicos da região pélvica, para propor de forma sistemática exercícios que trabalhem não apenas a musculatura do assoalho pélvico como também todos os músculos com ligação a estrutura pélvica (AMARO et al., 2000).

Moreno; Mitrano (2009) apontam que 37% das mulheres não possuem consciência corporal da MAP, e, por consequência, passam a ser incapazes de realizar a contração dos músculos do assoalho pélvico de maneira adequada. Por se tratar de uma região pouco conhecida pelas mulheres, em virtude dos 'tabus' que a rodeiam e a ausência do hábito de explorar o próprio corpo, a MAP pode tornar-se fraco e dessensibilizado, em virtude da inatividade muscular (GALHARDO; KATAYAMA, 2007).

Herrman et al., (2003) e Di Benedetto et al. (2004) corroboram com a ideia de que para se obter êxito na intervenção da IU é necessário que as mulheres possuam consciência corporal e percepção do assoalho pélvico para que possam realizar as contrações de tal musculatura. Por isso, Marques (2011) reforça que o fisioterapeuta é quem possui papel fundamental nesse

processo, a fim de promover o reequilíbrio pélvico, elaborar orientações sobre a maneira correta de realização dos /movimentos pélvicos e da respiração, tornando-se um facilitador da consciência corporal da mulher.

Estudos realizados apontam que mulheres que possuem IU possuem menor força da musculatura da MAP e controle motor quando comparadas com as mulheres continentas (THOMPSON *et al.*, 2006; MADILL *et al.*, 2009; SOUZA *et al.*, 2009). KNORST *et al.* (2014) apresentou que mulheres continentas também podem ter fraqueza da musculatura do assoalho pélvico, propondo um paradoxo de que tal eventualidade pode haver, ou não, relação com a IU. No entanto, mais uma vez ressalta-se que a consciência corporal possui uma íntima ligação com a IU, uma vez que com a melhora da auto percepção da MAP há uma diminuição dos casos dos eventos de IU, conforme relatado por Virtuoso *et al.* (2011), Silva *et al.* (2012) e Knorst *et al.* (2014).

O treinamento de força da MAP é um tratamento eficaz para IU de esforço, urgência e mista, em comparação a nenhum tratamento em curto prazo (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH CLINICAL EXCELLENCE, 2006). Esta evidência pode ser comprovada em vários ensaios clínicos controlados e revisões sistemáticas publicadas na biblioteca Cochrane (DUMOULIN C, 2010). Um estudo realizado por Slake *et al.* (2008) reforça que os resultados são ainda melhores quando realizados pelo período de três meses. Embora existam apenas dois artigos que avaliam o efeito do treinamento muscular na auto percepção dos MAP em mulheres idosas com IU, observa-se que ambos realizaram o treinamento de força pelo período de dois a três meses e também apresentaram resultados que corroboram com os achados apontados acima (KIM, 2001; SOUZA *et al.*, 2011).

A contração muscular da MAP ou exercícios perineais possibilitam a melhora da força e da resistência de tal grupo muscular, por consequência aumentando a força de fechamento da uretra sobre o aumento da pressão abdominal (BARACHO, 2011; MORVED, BO, 2002) justificando os resultados positivos encontrados em estudos. O treinamento muscular não diminui seu efeito com o aumento da idade de seus praticantes, demonstrando médias satisfatórias em qualquer período da vida, podendo ser indicado no tratamento de mulheres idosas (SARTORI *et al.*, 2015). Além disso, o mesmo repercute

muito bem no tratamento da IU de esforço, urgência e mista (CAMMU, VAN NYLEN, 2001).

A principal dificuldade de avaliar a MAP pela AFA através da palpação do canal vaginal deve-se à variabilidade da anatomia, bem como da experiência do avaliador (SLIEKER-TEM et al., 2009). Estudos recentes mostram que esta técnica quando realizada por avaliadores diferentes podem apresentar resultados diferentes, portanto não fidedignos (FITZGERALD, et al., 2007; FRAWLEY et al., 2006). No entanto, De Sousa et al. (2011) não utilizou apenas a AFA para avaliar a força dos MAP, mas também o perineômetro (cmH<sub>2</sub>O) que reforçou os resultados encontrados na avaliação funcional. Já o estudo de Kim (2004) a avaliação de força da MAP foi realizada da mesma maneira com a AFA, no entanto com denominação e escala de graduação diferentes (Escala de Oxford).

Estudos revelam a importância da orientação correta e adequada de como executar a contração da MAP para a eficácia no tratamento da IU, sendo o risco de recidiva em cinco anos de 30%, caso a idosa não receba boa orientação (BERNARDES, PERES, SOUZA, 2000). Este pode ser o motivo pelo qual os participantes do estudo de KIM (2001) apresentaram uma alta aderência ao Programa de Intervenção em Incontinência para Idosos (IIPE). A Escala de Auto percepção da Continência foi desenvolvida e utilizada por Kim (2004) que tem por objetivo avaliar a confiança do indivíduo sob sua continência (KIM & KANAGAWA, 1998). Este (KIM, 2001) comprovou sua teoria da auto percepção da continência, pelo qual um treinamento de exercícios pélvicos foi capaz de melhorar a confiança sob a continência.

De acordo com estudo realizado por Kim (2004) a avaliação da auto percepção da continência em idosos, está intimamente relacionada com a intervenção adequada de modo a diminuir incidência de incontinência urinária de esforço e depressão, uma vez que um programa de exercícios perineais é facilitador do processo de tomada de consciência e auto percepção do funcionamento da MAP.

## 2.6 Atenção Primária ao idoso

Por ser um fenômeno mundial, o envelhecimento apresenta um importante crescimento nas últimas décadas, em especial nos países em desenvolvimento. Este se caracteriza por ser um processo dinâmico e progressivo comum à vida humana, o qual é marcado por alterações morfológicas e fisiológicas em todos os sistemas do corpo humano (TROEN, 2003). Por consequência, envelhecer de forma saudável é o principal objetivo dos pesquisadores e estudiosos do envelhecimento (ELSNER, 2002).

O envelhecimento populacional no Brasil atingiu cerca de 11% da população que possuía idade igual ou superior a 60 anos, nos anos 50 e 60 (CAMARANO & KANSO, 2011), e de acordo com projeções populacionais em 2020 o número de idosos será mais de 13,8 milhões e em 2050 haverá uma representação de 35% da população brasileira, aproximadamente 58,4 milhões de idosos. (IBGE, 2010). Esse número tão expressivo aponta para uma realidade que já se faz presente no cotidiano do país, fazendo necessário a criação de estratégias de saúde pública que visem melhor atender essa população (LENARDT *et al.*, 2013), nos seus três níveis de atenção.

A Atenção Primária à Saúde é constituída como o primeiro nível de contato de um indivíduo com o sistema de saúde, bem como, pode ser considerada como o primeiro passo de um processo contínuo de atenção (LOPESI, 2014). O atendimento em saúde priorizado pelo Ministério da Saúde baseia-se na criação de ações de promoção, prevenção e educação em saúde, a fim de diminuir os custos onerosos de intervenção (CARBONI *et al.*, 2009). No entanto, um dos maiores desafios enfrentados atualmente, é a assistência ao idoso, especialmente no setor primário.

Com o surgimento da Política Nacional do Idoso em 1999, o Estatuto do Idoso em 2004 e da Política Nacional da Saúde Idosa em 2006, a atenção ao idoso tornou-se pauta de discussão nos diversos âmbitos da saúde, possibilitando a estruturação de programas a essa população (CAMARANO *et al.*, 2004). Tais programas foram estruturados a partir da concepção do envelhecimento em sua totalidade, dando atenção especial aos ciclos da senilidade. Estas políticas também foram de extrema importância para ressignificar a compreensão de idoso, bem como promoverem a solidariedade entre as gerações e desenvolvendo prioridades baseadas nas demandas populacionais (SAYEG *et al.*, 2002).

O papel essencial da atenção básica de saúde na promoção do envelhecimento saudável, diz respeito ao cuidado dos idosos na oferta de estruturas que possibilitem o acesso e o acolhimento adequado de acordo com as limitações individuais e proporcionais relacionadas aos idosos e o envelhecimento (PICCININI *et al.*, 2006). Infelizmente esta é uma realidade que ainda não ocorre por completo, devido a inúmeros fatores, entre eles a falta de acesso ao cuidado e atenção, bem como o número de trabalhadores, falta de acessibilidade, formação dos profissionais, entre outros (BRASIL, 2001).

O processo fisiológico do envelhecimento predispõe o idoso, ao acometimento por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que causam o declínio das atividades fisiológicas (RODRIGUES *et al.*, 2007). Como consequência, observa-se a diminuição da independência e da realização das atividades da vida diária, comprometendo sua qualidade de vida e sua capacidade funcional e vital (RAMOS, 2002). Em conjunto com esse processo, observava-se uma mudança no perfil da morbimortalidade desta população, caracterizada inicialmente por doenças infectocontagiosas e atualmente pelas DCNTs (FRAZEN *et al.*, 2007).

As DCNTs caracterizam-se por possuírem um longo período de latência favorecendo ao aparecimento de fatores de risco conhecidos como incapacidade funcional e menor potencial de cura (CARVALHO *et al.*, 2015).

De acordo com a Organização Pan-americana de saúde (GOULART & DE ANDRADE, 2011) a referida transição demográfica acelerada se associa com a transição de natureza epidemiológica, devido ao aumento crescente das DCNTs em relação às doenças transmissíveis. Atualmente, as mesmas caracterizam 66% das doenças brasileiras. As DCNTs mais prevalentes são as doenças cardiovasculares, as respiratórias, o diabetes e o câncer (WHO, 2012).

Diante desta realidade, surge nas últimas décadas a crise dos sistemas de atenção à saúde, a qual predominam as condições crônicas, no entanto preconizam uma assistência episódica e reativa, voltada para as condições agudas, agudizações das condições crônicas e pautada na sintomatologia (GOULART & DE ANDRADE, 2011;).

A partir deste panorama, observa-se que as prioridades relacionadas à atenção à saúde da população idosa representam um desafio para a



construção de novas práticas voltadas à prevenção das complicações relacionadas às DCNTs, bem como práticas educativas que envolvam o indivíduo no processo de tratamento e manutenção de boas condutas em saúde.

Para a obtenção dessas condutas faz-se necessário conhecer as particularidades e consequências naturais do envelhecimento e doenças crônicas para que sejam elaboradas boas estratégias na atenção primária que proporcionem um envelhecimento saudável e com qualidade de vida (STARFIELD, 2002). A ocorrência de condições crônicas como a incontinência urinária, as alterações sensoriais, motoras, cognitivas, funcionais e físicas do idoso reforçam a necessidade de uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, realidade esta que ainda não é rotina nos serviços de saúde (MOTTA; AGUIAR, 2007). Embora a interdisciplinaridade seja uma característica do Sistema Único de Saúde (SUS), a mesma vem sendo considerada insuficiente diante da fragmentação do cuidado (Brito-Silva et.al., 2012).

De acordo com De Alencar *et al.* (2014) é importante analisar o impacto da IU em idosos, de modo a diminuir suas consequências e prevalência, com ações que perpassem a educação em saúde com intuito de prevenir e conscientizar o idoso de que a mesma possui tratamento e que não deve ser caracterizada por uma condição comum ao envelhecimento.

Para a elaboração e execução de estratégias eficazes na atenção primária que visem à prevenção e a educação em saúde, sugere mudanças na abordagem de atenção à pessoa idosa, especialmente da equipe multiprofissional. Os fatores de risco para essas condições necessitam ser triados a fim de implementar uma assistência voltada para as condições não modificáveis, modificáveis, preventivas e curativas (MENDES, 2012).

O modelo de atenção à saúde que vigora não vem proporcionando respostas adequadas às necessidades de saúde da população idosa devido diversos fatores, entre eles a formação profissional (MENDES, 2012). O envelhecimento vem sendo estudado de forma isolada, dificultando as iniciativas multidisciplinares. Desta forma, a atenção primária no idoso só atenderá as necessidades desta população de forma adequada quando houver a intersecção dos conhecimentos da equipe multiprofissional, proporcionando

intervenções diversificadas e pautadas na visão integral do indivíduo, sejam elas de promoção ou prevenção, visando uma assistência mais resolutiva, humanizada e que promova a qualidade de vida.

Desta forma, de acordo com as evidências disponíveis e levantadas com base nesta revisão de literatura, conclui-se que a relação entre o treinamento de força dos músculos do assoalho pélvico e a melhora da consciência da MAP não pode ser afirmada devido à escassez de estudos que abordem esta temática, especialmente em idosas. Sugere-se a realização de estudos adicionais para explorar essa relação, especialmente ensaios clínicos randomizados. Os resultados embora insuficientes, serviram para embasar a presente tese, especialmente para o desenvolvimento de novas hipóteses.

Sendo assim, diante da realidade levantada nesta revisão de literatura e de acordo com o aumento do envelhecimento populacional, surge a necessidade da elaboração de um instrumento que possa ser aplicado na atenção primária que sinalize possíveis características que possam auxiliar na prevenção ou intervenção precoce da incontinência urinária.

### **3 JUSTIFICATIVA**

Justifica-se o presente estudo considerando a possibilidade de inferir as contribuições que a consciência da musculatura do assoalho pélvico (MAP) poderá intervir sobre prevalência da incontinência urinária em idosas. Da mesma forma auxiliará a observar a predição da palpação bi digital na incontinência urinária em idosas, intervindo na prevenção e diagnóstico desta uma condição crônica e comum no envelhecimento, possibilitando melhora não apenas no quadro clínico da doença, mas também sua adaptação e funcionalidade às atividades diárias e melhora da qualidade de vida.

Infelizmente, poucos são os estudos na literatura que contemplam esta realidade e as novas técnicas terapêuticas aplicadas nesta população. Embora o treinamento da MAP perineais sejam a terapia mais utilizada na reabilitação da musculatura do assoalho pélvico, pouco se sabe sobre a consciência dessa população quanto a MAP e sua função.

A relevância deste contexto é construída a partir da necessidade de buscarmos intervenções de fácil acesso e pouco custo aos cofres públicos, em vista do crescente aumento da população idosa no país. Desta forma, o presente estudo poderá propor alternativas que sejam preventivas da IU, bem como contribuir para a comunidade acadêmica com a publicação de estudos e um instrumento de avaliação da Consciência da MAP relevantes dentro da atenção à pessoa idosa no país.

#### **3.1 Questão da pesquisa**

Quanto à consciência da musculatura do assoalho pélvico (MAP) está relacionado com a incontinência urinária em idosas?

#### **3.2 Hipótese do estudo**

##### **Hipótese Nula**

- A consciência corporal da MAP não está associada ao resultado do toque bi digital do canal vaginal em idosas.

**Hipótese Alternativa**

- A consciência corporal da MAP está associada ao resultado do toque bi digital do canal vaginal em idosas.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo Geral**

Investigar a relação entre a consciência corporal da MAP e o resultado da força dos músculos do assoalho pélvico em idosas.

#### **4.1.1 Objetivos Específicos**

- Desenvolver um teste de avaliação da consciência da MAP em idosas.
- Avaliar a consciência corporal da musculatura do assoalho pélvico de idosas e o resultado da palpação bi digital do canal vaginal.
- Conhecer o perfil sócio-demográfico e clínico das idosas participantes do estudo.
- Avaliar a função cognitiva e a qualidade de vida das idosas continentemente e incontinentemente.
- Avaliar a relação entre o instrumento de auto percepção da MAP e o impacto na qualidade de vida de idosas.

#### **4.1.2 Objetivos secundários**

- Comparar a auto percepção da consciência corporal com a percepção do terapeuta.
- Verificar a razão de chance do indivíduo de apresentar IU se apresentar um escore menor de consciência corporal da MAP.

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 Caracterização da Pesquisa**

Estudo transversal, analítico e descritivo, dividido em duas fases: qualitativa e quantitativa.

### **5.2 Delimitação da Pesquisa**

A pesquisa teve como universo profissionais peritos em Urologia e Ginecologia e como população alvo, idosas com mais de 60 anos.

### **5.3 Fase Qualitativa**

Primeiramente foi realizado um estudo qualitativo visando à identificação de parâmetros a serem utilizados na elaboração de um instrumento de avaliação da auto percepção da consciência corporal da musculatura do assoalho pélvico, o qual foi validado em um piloto, para verificar sua real mensuração.

#### **5.3.1 Elaboração do instrumento**

A elaboração do instrumento será baseada na análise de conteúdo de entrevistas realizadas com profissionais peritos no assunto, os quais responderam perguntas norteadoras em um roteiro semiestruturado (APÊNDICE A). Houve uma busca aprofundada com informações relevantes que serão discutidas, vindo ao encontro dos objetivos do estudo.

#### **5.3.2 Escolha dos entrevistados**

Foram convidados a participar da entrevista cinco profissionais peritos em Incontinência Urinária, sendo eles: um médico urologista, dois médicos ginecologistas e dois fisioterapeutas especialistas em uroginecologia.

Para a realização das entrevistas, foi estabelecido um primeiro contato com os sujeitos selecionados. Neste momento foram apresentadas as características básicas da investigação (problema e objetivos) e do tipo de colaboração desejada (entrevista), tal qual encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Aqueles que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), no qual constava a identificação dos responsáveis pela pesquisa, os propósitos dela e os aspectos relativos ao uso das informações, dos riscos da participação e dos cuidados para garantir o sigilo da identidade dos informantes. Cientes dos termos da participação, depois de assinarem o referido termo, os sujeitos selecionados responderam às questões que constavam no roteiro.

O produto destas entrevistas (registradas no formato digital) foi, então, submetido a um procedimento de transcrição, através do qual os seus conteúdos expressados através da fala foram transformados em textos. No decorrer desta ação, foram produzidos ajustes textuais (correção de problemas gramaticais e supressão de vícios de linguagem), atentando para o fato de que tais modificações não alterariam o sentido das afirmações.

### 5.3.3 Análise das entrevistas

A análise do produto das entrevistas baseou-se na técnica da análise de conteúdo elaborado e construído por Bardin. A análise de conteúdo não se constitui numa simples técnica, mas pode ser considerada como uma metodologia variada e em permanente revisão. Possibilita o atendimento de inúmeras necessidades de pesquisadores envolvidos na análise de dados de comunicação, especialmente aqueles voltados a uma abordagem qualitativa, além de poder estar presente tanto em estudos fenomenológicos, como dialéticos e etnográficos (MORAES, 1999).

A análise de conteúdo compreende as seguintes etapas: a pré-análise, a exploração do material e, na intervenção dos resultados, a inferência e a interpretação. É importante ressaltar que essa metodologia implica em um processo de categorização dos dados coletados. Essa categorização é descrita

como o processo de classificação e diferenciação, reagrupando os sujeitos de acordo com suas divergências e convergências (BARDIN, 2011).

De acordo com as orientações de Bardin (2011) e Minayo (2004), a análise foi realizada em três fases, sendo elas: a pré-análise, os eixos temáticos e a categorização dos dados. A primeira consistiu-se em uma leitura atenta das entrevistas a partir dos objetivos do estudo, o qual deu origem às primeiras hipóteses correspondentes aos fatores de auto percepção da consciência corporal e os fatores de risco para incontinência urinária; a segunda foi composta pela organização dos dados em eixos temáticos considerados relevantes pelos peritos, facilitando assim, o processo de criação dos tópicos a serem avaliados no instrumento; e por fim, a terceira etapa foi constituída da codificação dos recortes decorrentes dos eixos temáticos, categorizando os mais frequentes em tópicos que ajudaram a responder os objetivos do estudo, e posteriormente transformados em perguntas para elaboração do instrumento.

Por fim, o instrumento foi criado a partir dessa análise. Sendo assim, a criação do instrumento, bem como suas escalas de classificação, foi definida de acordo com os resultados encontrados na análise das entrevistas, conforme sugestão dos participantes.

#### 5.3.4 Estudo Piloto

Após o retorno e aprovação dos peritos, foi realizado um estudo piloto, que contou com 10% da amostra deste estudo (16 idosas), para avaliar a aplicabilidade, possíveis interferências, bem como vieses de estudo. Na amostra foram identificadas 16 mulheres referenciadas pelo serviço de ginecologia, sendo que 8 não reconheciam contração do assoalho pélvico e outras 8 que reconheciam a contração do assoalho pélvico ao exame de palpação bi digital. As participantes que participaram do estudo piloto assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).



### 5.3.5 Teste do instrumento

O teste discriminatório entre consciência da MAP pelo instrumento ocorreu com base nos resultados apresentados no estudo piloto, calculando a sensibilidade, especificidade do mesmo para diferentes pontos de referência. Foi considerado que a força da MAP está relacionada à consciência corporal, visto que existe a necessidade da consciência para realizar a tarefa. Sendo assim, mulheres com fraqueza da MAP apresentaram um escore menor de consciência corporal, enquanto as mulheres com força normal à excelente da MAP apresentaram escores maiores de consciência corporal. A definição do valor de referência a ser utilizado ocorreu com base na relação entre sensibilidade e especificidade, buscando o ponto que atingiu um grau de equivalência entre eles.

O instrumento inicial foi composto por 34 perguntas, os quais após uma análise de regressão logística para observar a razão de chance para ocorrência de IU entre as perguntas, apenas 15 foram utilizadas para fins de análise. Diante destes resultados, foi realizada uma estratificação de pontuação de acordo com a média e mediana da amostra, o qual encontra-se representado abaixo:

<b>PERCENTUAL DA MEDIANA</b>	<b>PONTUAÇÃO NO INSTRUMENTO</b>
0%	0 a 3 pontos
25%	4 a 6 pontos
50%	7 a 9 pontos
75%	10 a 12 pontos
100%	13 a 15 pontos

## 5.4. Fase Quantitativa

### 5.4.1 População da pesquisa

#### 5.4.1.1 O Estado do Rio Grande do Sul

O envelhecimento populacional, resultante do aumento da população idosa, vem demonstrando-se mais presente nos países em desenvolvimento.

Em casos de países como o Brasil, observa-se uma mudança na dinâmica demográfica, onde há uma redução dos níveis de fecundidade e diminuição das taxas de mortalidade (BRASIL, 2006).

De acordo com o Censo de 2010, observou-se um aumento de 43,3% da população idosa, em vista de 12,3% nos anos 2000, no Brasil. Na mesma avaliação, constatou-se que 13,6% da população do Rio Grande do Sul (RS) era composta por idosos, sendo o Estado com maior número de idosos do país. O mesmo observou-se com a cidade de Porto Alegre, que foi considerada a capital brasileira com maior percentual de idosos 15,04% (IBGE, 2011).

Sendo assim, a população do Rio Grande do Sul vem apresentando um acelerado processo de envelhecimento populacional, diferenciando-se pelos padrões de morbimortalidade para faixas etárias superiores a 60 anos. Tal característica decorre pelo fato do Estado possuir o maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), e conseqüentemente, maior expectativa de vida e proporção de idosos na população (GOOTBLIEB et al., 2011).

Por ser o Estado mais meridional do Brasil, fazendo fronteira com o Uruguai e a Argentina, o RS ocupa em torno de 3% do território nacional. De acordo com os níveis socioeconômicos, o mesmo possui um dos maiores Produto Interno Bruto (PIB) do país. Estes dados resultam de avaliações dos indicadores educacionais, de renda e longevidade que possui papel fundamental na construção da população gaúcha.

O RS possui uma grande heterogeneidade étnica o qual conta com a miscigenação de imigrantes alemães, italianos, portugueses e espanhóis, juntamente com diversas tribos indígenas, negros oriundos da África, além de outras etnias (poloneses, árabes, russos, japoneses, etc.) (HERÉDIA, 2001). Por muitos anos, o avanço tecnológico e desenvolvimento do Estado ocorreu em virtude do conhecimento trazido por essa população. Da mesma maneira, a medida que ocorre o desenvolvimento socioeconômico, científico e tecnológico, ocorrem melhorias nas condições de vida, no controle da fecundidade e natalidade, aumentam-se as condições de trabalho e saúde, e conseqüentemente observa-se um aumento na expectativa de vida (BRAGA, 2004).

O crescente aumento da expectativa de vida e da longevidade da população gaúcha, deve-se também ao controle das doenças infecciosas na

infância, na queda da mortalidade infantil e nas melhorias médico sanitárias (GOOTBLIEB et al, 2011).

#### 5.4.1.2 A cidade de Uruguaiana

A cidade de Uruguaiana está localizada no extremo oeste do estado do Rio Grande do Sul, na microrregião da campanha ocidental, limitando-se ao norte com o município de Itaqui, ao sul com a República Oriental do Uruguai, ao leste com Alegrete e Quaraí e a oeste com a República da Argentina. Sua área é de 5.713 km<sup>2</sup> com uma população de 129.580 habitantes, localizados, em sua maioria, na zona urbana da cidade. (IBGE, 2014). O município é o 4º maior do Estado em extensão territorial e está a 634 km de distância de Porto Alegre.

A formação étnica da cidade é originada essencialmente por indígenas, colonizadores espanhóis, portugueses e africanos. No entanto, no início do século XX, passou a receber correntes migratórias de italianos, alemães, espanhóis, franceses e árabes.

Entre as principais atividades econômicas do município estão a agricultura, essencialmente por extensas lavouras de arroz (cerca de 500.000 toneladas) e pecuária de gado de corte (cerca de 380.000 cabeças). Além disso, o município é a maior porta de entrada de turistas estrangeiros do Estado e possui o maior porto seco da América Latina, escoando cerca de 80% da produção nacional pela Ponte Internacional que liga Uruguaiana à Paso de Los Libres, município argentino.

Diante de tal panorama, a cidade é uma das mais desenvolvidas da região, sendo referência em saúde para os municípios da região oeste e campanha do Estado. Com cerca de 13.694 de pessoas com mais de 60 anos, 12.966 idosos são residentes no meio urbano e 728 no meio rural (IBGE, 2014), representando cerca de 11% do total da população.

Um grande desafio da cidade é justamente a atenção primária à população, principalmente aos indivíduos com doenças crônicas. Apenas no ano de 2014 é que foram criadas estratégias de saúde da família e a contratação de novos agentes de saúde, a fim de atender a população

uruguaianense dentro dos princípios e diretrizes da atenção básica. Neste estudo quatro foram Unidades Básicas de Saúde os quais as idosas estavam adscritas. Estas foram escolhidas por serem mais distantes do centro da cidade e pela dificuldade de acesso da população idosa à atenção da equipe de saúde.

Chama atenção para o grande número de pacientes com diabetes e hipertensão no ano de 2013, em torno de 4342 (DATASUS, 2015). Já entre os indivíduos apenas com hipertensão esses números chegam a 75% da população (10.070 idosos), salientando que esses são apenas os casos diagnosticados, sendo excluídos àqueles idosos que possuem dificuldade de acesso ou subdiagnosticados (DATASUS, 2015).

#### 5.4.2 Distribuição das amostras

Foram identificadas mulheres idosas continentas e incontinentes que são atendidas em Estratégias de Saúde da Família do município de Uruguaiana, ao qual foram convidadas a participarem do estudo através de busca ativa. A amostra foi composta por 99 mulheres idosas sendo dividida de acordo com sua condição auto referida: continente e incontinente (Figura 1).

Grupo Continência (GC, n=49): A amostra foi composta por idosas continentas as quais foram avaliadas pela Ficha Uroginecológica, Avaliação da Resposta da MAP e Avaliação da auto percepção da consciência da MAP.

Grupo Incontinência (GI, n=50): A amostra foi por idosas incontinentes as quais foram avaliadas pela Ficha Uroginecológica, Avaliação da Resposta da MAP e Avaliação da auto percepção da consciência da MAP.

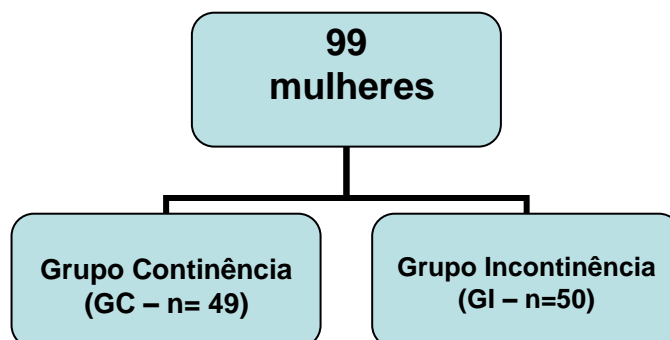


Figura 2 - Distribuição da amostra em dois grupos

### 5.4.3 Critérios de Seleção

#### 5.4.3.1 Inclusão

- Idosas com idade igual ou superior a 60 anos, atendidas em Unidades Básicas de Saúde (UBSs) do Município de Uruguaiana, RS, que aceitaram participar do estudo.

#### 5.4.3.2 Exclusão

- Mulheres que não fossem capazes de realizar avaliação da palpação do canal vaginal e/ou possuírem vaginismo e terem realizados cirurgias no trato geniturinário.
- Idosas que se recusaram a realizar as avaliações.

### 5.4.4 Instrumentos de Coleta de Dados

#### 5.4.4.1 Ficha de avaliação uroginecológica:

Constituída por um questionário com dados pessoais e socioeconômicos da participante, além de informações quanto o fluxo urinário, frequência, história ginecológica e obstétrica e hábitos de vida, desenvolvidos pela pesquisadora.

#### 5.4.4.2 Avaliação da resposta de contração da MAP

Realizada através da palpação bi digital do canal vaginal, o qual o examinador, com auxílio de uma luva lubrificada, introduz o 2º e 3º dedos no terço médio do canal (3-4cm) e solicita que a paciente realizasse a contração (Figura 3). O teste foi realizado por um fisioterapeuta que será cegado quanto à composição dos grupos Continência e Incontinência.



**Figura 3 - Imagem ilustrativa da palpação bi digital do canal vaginal.**

Foram considerados dois tipos de respostas para os resultados da palpação bi digital: a primeira via escala de Oxford e a segunda conforme estudo de Pinheiro *et al.*, (2012), dispostos na figura 4 e 5.

**Quadro 1 - Respostas ao comando de contração do AP (2)**

Resposta 1	Resposta 2	Resposta 3	Resposta 4
Se o comando voluntário for correto, a conscientização será fácil e concluída brevemente.	A resposta do AP é fraca, perturbada pelas contrações simultâneas dos músculos abdominais, adutores e glúteos, com apneia acentuada.	Ausência total de contração do AP, simplesmente com presença de contrações parasitas.	Inversão do comando; a paciente realiza a manobra de valsalva.

**Figura 4 - Respostas ao comando de contração da MAP. Fonte: de Figueiredo Pinheiro, Brenda, et al. "Fisioterapia para consciência do assoalho pélvico" (2012).**

GRAU DE FORÇA	ESCALA DE OXFORD MODIFICADA
0	Ausência de resposta muscular
1	Esboço de contração não-sustentada
2	Presença de contração de pequena intensidade, mas que se sustenta
3	Contração moderada, sentida como um aumento de pressão intravaginal, que comprime os dedos do examinador com pequena elevação cranial da parede vaginal
4	Contração satisfatória, a que aperta os dedos do examinador com elevação da parede vaginal em direção à sínfise púbica
5	Contração forte, compressão firme dos dedos do examinador com movimento positivo em direção à sínfise púbica.

**Figura 5 - Escala de Oxford de graduação de força da MAP. Fonte: Laycock J. Female pelvic floor assessment: the Laycock ring of continence (1994).**

#### 5.4.4.3 Instrumento de Avaliação da auto percepção da Consciência Corporal da MAP

Aplicação do instrumento de avaliação da auto percepção da consciência da musculatura do assoalho pélvico, anteriormente testado em estudo piloto. Esse instrumento tem por objetivo avaliar se a participante consegue compreender e realizar a contração da MAP, conseqüentemente mostrando se possui consciência do funcionamento e ação desta região. Este instrumento foi aplicado por um fisioterapeuta que não conhece o grupo e nem sua distribuição, ou seja, quem é continente ou incontinente, bem como não tem acesso às respostas da palpação bi digital do canal vaginal, realizado por um segundo fisioterapeuta.

#### 5.4.4.4 Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

O Mini exame do estado mental (MEEM) é um teste utilizado para avaliar a função cognitiva, de fácil aplicação, não requerendo material específico. O mesmo deve ser utilizado como instrumento de rastreamento, porém não de diagnóstico, avaliando vários domínios, entre eles: orientação espacial, temporal, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho.

O mesmo não serve como teste diagnóstico, mas auxilia a para indicar funções que precisam ser investigadas. Cada pergunta equivale a um ponto, o qual o escore total equivale a 30 pontos. São considerados resultados normais o somatório acima de 27 pontos, e 24 pontos para casos de menos de 4 anos de estudo. Escores menores do que os mencionados acima, são considerados como indicativos de declínio cognitivo e que merecem ser investigados (DUNCAN, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Para o presente estudo utilizou-se a pontuação mínima de 24 pontos para as idosas com mais de 5 anos de escolarização e 17 pontos para as analfabetas ou que tiveram até 5 anos de escolarização.

#### 5.4.4.5 *King's Health Questionnaire* (KHQ) adaptado

O *King's Health Questionnaire*, foi produzido e validado por dois médicos ingleses, Kelleher e colaboradores (1997), com a finalidade de avaliar o impacto da IU na Qualidade de Vida (QV) de acordo com a auto referência das pessoas com IU. O mesmo foi traduzido e validado para o Brasil por Tamanini et al. (2002) (Anexo C).

O mesmo é composto de 21 questões, divididas em oito domínios, sendo eles: percepção geral de saúde (um item), impacto da incontinência urinária (um item), limitações de atividades diárias (dois itens), limitações físicas (dois itens), limitações sociais (dois itens), relacionamento pessoal (três itens), emoções (três itens), sono/disposição (dois itens). Além destes domínios, existem duas outras escalas independentes: uma avalia a gravidade da incontinência urinária (medidas de gravidade) e outra a presença e a intensidade dos sintomas urinários (escala de sintomas urinários).

As perguntas são respondidas em forma de escalas, tipo *likert*, que são graduadas em quatro opções de respostas (“nem um pouco, um pouco, moderadamente, muito” ou “nunca, às vezes, frequentemente, o tempo todo”), exceção feita ao domínio percepção geral de saúde com cinco opções de respostas (“muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim”) e ao domínio relações pessoais (“não se aplica, nem um pouco, um pouco, moderadamente e muito”).

O KHQ é pontuado por cada um de seus domínios e a soma de todos gera o escore geral. Os escores variam de 0 a 100 e quanto maior a pontuação obtida, maior é o impacto na qualidade de vida relacionada àquele domínio ou ao todo.

Considerado um questionário específico para avaliação da qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária a ICS classifica o KHQ como: “altamente recomendável”, ou nível “A”, para utilização em pesquisas clínicas. No presente estudo, trocamos a expressão “problema da bexiga” apenas por “bexiga”, a fim de poder aplicá-lo também à idosas continentais.

## 5.5 Análise estatística

Na análise descritiva os escores da consciência corporal e da palpação bi digital tiveram suas médias serão calculadas para os grupos continentais e



incontinentes por faixa etária, nível socioeconômico e estado conjugal. As médias serão testadas pelo teste t de *Student*.

As correlações entre a avaliação da resposta de contração da MAP com o instrumento de auto percepção da consciência corporal foram testadas em modelos de regressão linear ajustados pelos fatores identificados como significativos para as variáveis de interesse na análise descritiva.

A razão de chance para ocorrência de IU entre os diferentes instrumentos avaliados foi realizada através da Regressão Logística. Os resultados foram expressos em razão de chance e intervalos de confiança de 95%, e a interpretação foi semelhante à do risco relativo. Fatores com razão de chance acima de um serão considerado risco e fatores menores do que um como fator protetor, e o intervalo de confiança foi utilizado como avaliador do nível de significância.

Os dados foram analisados por meio do programa EPI INFO 7.1.3. Níveis de significância menores do que 5% serão considerados estatisticamente significativos, entre 5 e 10% indicativos de significância e menores que 1% muito significativos.

## **5.6 Variáveis de estudo**

O presente estudo contou com duas variáveis de estudo: a dependente consiste na análise da resposta da contração da MAP, avaliada por meio da manobra bi digital e a independente na auto percepção da consciência corporal da musculatura da MAP, avaliada por meio do instrumento que foi elaborado. E houveram variáveis secundárias, como incontinência urinária, faixa etária, nível socioeconômico e estado conjugal.

## **5.7 Aspectos Éticos**

A presente pesquisa, de acordo com a resolução 466/12, foi submetida à apreciação da Comissão Científica (CC), sob código do SIPESQ nº 5860, e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), registrado no CAAE nº 37283914.1.0000.5336. Os pesquisadores atenderam todas as normativas e resoluções solicitadas, bem

como comprometeram-se a manter o sigilo e o anonimato de todos os dados coletados e inclusos neste estudo.

Cada participante da pesquisa recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que informou os propósitos da mesma, com linguagem fácil e acessível, além de esclarecer que o estudo é voluntário, podendo ser abandonado a qualquer momento sem que isto lhe cause qualquer prejuízo (APÊNDICE D).

## 6. Resultados

### 6.1 Fase Qualitativa

Esta fase foi constituída por entrevistas com peritos na área de Uroginecologia, aos quais responderam perguntas abertas ao pesquisador a fim de buscar orientações sobre os principais fatores a serem investigados para a elaboração do instrumento de Auto percepção do MAP.

Sendo assim, foram entrevistados cinco profissionais peritos em Incontinência Urinária, sendo eles: um médico urologista, dois médicos ginecologistas e dois fisioterapeutas especialistas em uroginecologia. A entrevista foi composta por quatro perguntas norteadoras que facilitariam as respostas e buscaram responder questões acerca da elaboração do instrumento.

Todas as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas para facilitar o processo de análise de conteúdo. Inicialmente, foi realizada uma leitura atenta das entrevistas a partir dos objetivos do estudo, o qual deu origem às primeiras hipóteses correspondentes aos fatores de auto percepção da consciência corporal e os fatores de risco para incontinência urinária; a segunda foi composta pela organização dos dados em eixos temáticos considerados relevantes pelos três peritos, facilitando assim, o processo de criação dos tópicos a serem avaliados no instrumento; e por fim, a terceira etapa foi constituída da codificação dos recortes decorrentes dos eixos temáticos, categorizando os mais frequentes em tópicos que ajudarão a responder os objetivos do estudo, e posteriormente transformados em perguntas para elaboração do instrumento.

Por fim, o instrumento foi criado a partir dessa análise e aplicado através de um estudo piloto para avaliar a aplicabilidade, possíveis interferências, bem como vieses de estudo. Na amostra foram identificadas 16 mulheres referenciadas pela ginecologia, sendo que 8 não reconheciam a contração perineal e outras 8 que reconheciam a contração da MAP ao exame de toque bi digital. Sendo assim, a criação do instrumento, bem como suas escalas de classificação, foi definida de acordo com os resultados encontrados na análise das entrevistas, conforme sugestão dos participantes.

### 6.1.1 Pré-análise:

#### 6.1.1.1 Importância da avaliação da consciência do MAP como possível preditor de IU

Quando questionados sobre a importância de estudar a consciência do MAP as narrativas dos peritos referiram-se à relevância do mesmo, uma vez que há ausência de instrumentos que avaliem a mesma.

*“...Acho essencial ter um instrumento para avaliar a consciência dessas mulheres, muitas vezes a gente...bom na minha prática, né, cansei de procurar para ver se esse instrumento já existia e nunca encontrei. Acho essencial pesquisar sobre a consciência dessa musculatura.” – Perito A*

*“...Muitas vezes eu vou avaliar as pacientes e eu peço para elas contraírem o ânus e a vagina e me olham com uma cara que não fazem ideia do que eu estava falando, mesmo depois de eu explicar com prancha anatômica a musculatura, o papel da musculatura, elas não sabem como achar isso no corpo.” – Perito D*

Ainda foi ressaltado a dificuldade que a mulher idosa possui em relação à consciência do MAP.

*“...Com certeza, é muito importante. Bom quanto à prática clínica a gente tem percebido que quando maior é a idade, pior é a percepção do assoalho pélvico e que muitas vezes mulheres jovens não tem esse conhecimento de auto percepção e da contração.” – Perito B*

Outro aspecto abordado foi em relação a importância da auto percepção para a realização de um tratamento eficiente.

*“... Eu acho fundamental e hoje é uma grande dificuldade na prática clínica, desde a fase da avaliação, em relação ao próprio entendimento do paciente em relação a qual musculatura tu está querendo recrutar. Uma grande dificuldade é a auto percepção, as mulheres não reconhecem essa musculatura e as vezes tem dificuldade na realização da contração adequada.” – Perito C*

#### 6.1.1.2. Como estudar a consciência da MAP em mulheres idosas

Uma questão que gerou dúvida e dificuldade de resposta foi como estudar a consciência do MAP. Em alguns momentos foram citados questionários, figuras, perguntas mistas, o próprio toque, mas não foi possível chegar a uma conclusão específica.

*“...Boa pergunta, ótima pergunta. Não sei...é difícil a gente também fazer uma analogia para elas com a questão sexual, porque muitas têm muito pobre isso. Se a gente pudesse falar: Ah! É aquele musculo que a gente contrai durante o orgasmo.... Mas isso dificulta assim...não sei te responder.” - Perito D*

*“... A paciente vem consultar geralmente ela tem incontinência ou prolapso, quando eu vou examinar, eu palpo ela e vejo que ela contrai. As vezes inclui outras musculaturas, mas em geral a maioria das pacientes tem capacidade de contração, algumas pacientes com mais idade ou déficit cognitivo tem dificuldade de contração.” - Perito E*

*“... Eu acho que essa é a parte mais complicada, né. De se ter uma fórmula. Porque o que a gente percebe é que cada paciente tem uma forma diferente de se perceber. Vai depender muito da linguagem, da técnica, conforme a compreensão, as vezes uma palavra, o contrai é diferente do segura, que é diferente do puxa, do segura lá pra dentro e deve ser modificado de acordo com o tratamento de cada paciente. Mas ainda acho que com a ilustração e a palpação e com o toque na musculatura é que a gente consegue um resultado melhor.” – Perito C*

É importante ressaltar que embora não obtenhamos uma conclusão sobre como estudar a consciência, todos os aspectos abordados durante as entrevistas pelos peritos foram considerados, para posteriormente acrescentar no instrumento de auto percepção.

#### 6.1.1.3 Aspectos importantes a serem avaliados no instrumento

Esse questionamento veio ao encontro do objetivo proposto desta tese de avaliar a auto percepção do MAP e a sua relação com a força dessa

musculatura. Desta forma, os principais aspectos citados para serem avaliados no instrumento foram:

*“... Eu acho que sim, que tem muitas coisas, como por exemplo eu atendo muitas idosas que são virgens, é difícil realizar uma avaliação sem a palpação bi digital. É um desafio, é muito mais percepção corporal assim nessas mulheres. E também a parte da questão religiosa, que está mais subliminar, porque ninguém vai te dizer que não toca naquela região porque não é certo, até mesmo nos homens.” – Perito E*

*“... A questão de meninas que foram abusadas ou tiveram uma educação bem castradora assim, elas têm uma modificação da imagem corporal, as vezes elas estão tencionando essa musculatura, mas não conseguem compreender, as vezes aqui no consultório eu peço pra elas relaxarem e elas acabam contraindo. ” - Perito B*

*“... O conhecimento dela, esclarecimento anterior com imagem, estudo, com uma peça anatômica, ela vai ter uma ideia do que é o assoalho pélvico e pela auto percepção eu acredito que seria isso. E o autoconhecimento, para auto percepção, é isso. ” - Perito C*

*“... Um pouco é na avaliação do exame físico, a integridade da sensibilidade, história prévia a procedimentos cirúrgicos, via de parto, com episotomia e sem episotomia, pode ter alguma lesão nervosa, muitas das pacientes com que a gente trabalha elas têm prolapso, isso tudo acaba muitas vezes influenciando ou dificultando. As pacientes com prolapso têm uma fraqueza muscular maior. ” – Perito D*

#### 6.1.1.4 Características pessoais que podem afetar a resposta das mulheres idosas na avaliação da consciência da MAP

Entre as diversas características pessoais abordadas pelos peritos, destacamos a avaliação da função cognitiva, investigação da escolaridade, histórico de abuso sexual e aspectos socioculturais como a religião.

*“As mulheres que tem problema cognitivo ou uma doença neurológica que dificulte a compreensão do que tu tá dizendo pode influenciar na resposta.” – Perito A*

*“As pacientes com mais idade, com baixa escolaridade têm mais dificuldade em alguns momentos de entender o que se está solicitando, o que muitas vezes acaba interferindo no resultado do tratamento.” - Perito C*

*“O risco sempre é com as pacientes que tem uma compreensão um pouco mais comprometida e usar isso como exercício e pode ser que ocorra o inverso, levando a retenção e posteriormente a infecção urinária.” – Perito E*

#### 6.1.1.5 Estrutura do instrumento, tipo de perguntas e de respostas.

Os peritos foram questionados também sobre como deveriam ser feitas as perguntas e qual seria a estrutura do mesmo. Os trechos a seguir revelam os principais aspectos abordados:

*“...Figuras, sem estrutura, só as imagens, a perna aberta e aponta a região que, primeiro eu acho importante apontar quais as estruturas que tem ali, primeiro em onde é a uretra, onde sai os bebês, onde sai o xixi e o coco. E aonde ela tá contraindo, o que ela se percebe. Por exemplo, perna glúteo.” - Perito B*

*“... Eu acho que um questionário sempre é viável com essas noções e perguntas de conhecimento da região mesmo, eu acho bem viável, para poder pelo menos ter uma ideia do conhecimento prévio dela.” - Perito C*

*“... Eu acho que talvez o sim ou o não facilita para o paciente para ficar mais reto, né.” - Perito A*

*“... Se desse para ser misto assim, figuras e perguntas isso ia ser bem interessante.” – Perito E*

#### 6.1.2 Categorizações dos dados

Com a intenção de responder ao problema do estudo e os objetivos desta primeira fase, os dados coletados previamente foram analisados e, por meio da análise categorial de Bardin (2011) realizou-se o desmembramento do

texto nas categorias agrupadas abaixo. Optou-se por essa análise pelo fato de ser uma boa alternativa para estudar opiniões, conceitos e valores em estudos qualitativos.

O processo de categorização ocorreu após a seleção do material e a exploração foi realizada através da codificação. Optou-se por utilizar como meio de codificação a repetição das palavras, que uma vez trianguladas com os resultados observados, constituíram-se em unidades de registro, a fim de efetuar a categorização progressiva (BARDIN, 2011).

### **Consulta Ginecológica**

Foi considerado importante pelos entrevistados, saber a ocorrência da última consulta ao ginecologista, especialmente após a menopausa. Bem como, reforçou-se a idéia de questionar se o médico ensinou como ocorre o mecanismo da contração do MAP e como executá-lo.

*“... É importante conhecer se a mulher vai ao ginecologista, isso é um sinal de que ela se preocupa com o seu corpo. Também seria interessante perguntar se o médico ensinou ela a fazer a contração.” - Perito E*

### **Continência (Trato Genitourinário)**

Questões relacionadas a continência, tais como segurar a urina por um determinado período, capacidade de conter o ato miccional, bem como a percepção da idosa em relação à ocorrência miccional diária.

*“... A senhora consegue trancar a urina durante o ato de urinar, talvez essa fosse uma forma, que não a única, juntamente com perguntas sobre a ação miccional.” – Perito D*

*“... O tempo que a mulher consegue segurar quando está com vontade de fazer xixi, se ela costuma ir ao banheiro muitas vezes, essas coisas...” – Perito B*

### **Atividades Sociais**

De acordo com os entrevistados, a importância de sabermos as atividades sociais das idosas, ajudará a saber o quanto as disfunções do MAP interfere na sua vida social. Sendo assim, questões como: sair de casa por longos períodos de tempo, sair de casa com vontade de urinar, evitar de tomar



líquidos antes de sair de casa, se está fora de casa, e sente vontade de urinar, o que faz. Esses aspectos quando olhados sob a perspectiva de que a idosa incontinente tende a ter mais dificuldade de executar algumas dessas tarefas, podem identificar o quanto a frequência miccional e funcionamento do MAP dificultam sua vida. Além disso, espera-se que a idosa que consegue responder essas perguntas de forma objetiva, tem maior consciência do MAP, em relação às que não as executam.

*“... Assim, as mulheres incontinentes têm mais dificuldade de saída de casa, né?! Então, acho que questionar elas se a incontinência urinária afeta ela sair de casa ou não é relevante.” – Perito C*

*“... Muitas deixam de realizar tarefas básicas como ir no mercado, ou deixam de tomar líquido antes de sair de casa para evitar o desejo miccional.” – Perito E*

### **Hábitos De Vida**

A investigação de hábitos de vida, tais como a ingestão diária de líquidos, além da forma como realiza a higiene após urinar e/ou defecar foram questões abordadas por quatro profissionais. Outro aspecto levantado é o uso de pomadas internas, absorvente interno, diafragma, entre outros, uma vez que exige-se um certo conhecimento corporal para a aplicação destes na região perineal, ou seja, exige uma maior percepção corporal.

*“Acho relevante também perguntar sobre as questões de hábitos de vida, ingestão hídrica, número de vezes que urina, coisas assim...” – Perito C*

*“ Outra coisa que pode contribuir para a consciência do períneo é o uso de supositório, pomada vaginal, coisas que tenham exigido da mulher um toque, um conhecimento prévio da região.” – Perito E*

### **Auto Percepção**

Um elemento muito abordado, porém de muita dificuldade em um consenso, foi especialmente em relação a esta subcategoria. Como questionar a paciente de forma que ela responda de maneira adequada, foi um dos questionamentos que muitas vezes ficaram sem respostas. No entanto, entre as entrevistas algumas idéias surgiram, especialmente quanto à contração da musculatura do MAP, neste caso, da vagina, dificuldade de segurar a urina

após a menopausa, quando urina contrai ou relaxa a musculatura, auto percepção do cheiro desta região e o conhecimento prévio das estruturas que compõem o assoalho pélvico.

*“... Qual a percepção das mudanças nessa musculatura após a menopausa, o que elas perceberam que mudou.” – Perito B*

*“... Muito legal seria se pudessemos perguntar para ela se quando vai urinar ela contrai ou relaxa a musculatura, se ela compreende a presença de odores nessa região, se ela sabe como funciona a contração do períneo.” – Perito E*

### **Atividade Sexual**

Outro aspecto repetido muitas vezes foi a atividade sexual da idosa e sua percepção sob o ato sexual. Alguns peritos relataram que a falta de consciência do MAP, pode se refletir na qualidade da vida sexual da idosa em questão, bem como dificultar o processo de autocompreensão da estrutura pélvica. Sendo assim, questões sobre tocar sua vagina, masturbação, sensações de dor e de prazer devem ser investigadas a fim de avaliar a compreensão da mulher, sobre as ações e funcionamento do MAP durante o ato sexual.

*“Eu acho que uma coisa interessante assim...se as mulheres sabem quantos orifícios as mulheres têm no assoalho pélvico, estão fazendo um estudo entre as colegas universitárias e pós-graduandas e muitas têm dificuldade de dizer quantos orifícios e onde eles estão. A questão do toque da musculatura, se sabe reconhecer os odores que mostrem que algo não estão indo bem, percepção de dor e prazer, se consegue conectar o prazer e a dor com um determinado músculo.” – Perito A*

*“Acho importante questionar elas sobre a vida sexual assim, dificuldade de penetração, dor, ardência, coisas assim...”- Perito C*

### **Desenho da MAP**

Foi unânime entre os entrevistados que a presença de um desejo para realizar perguntas facilitaria o processo. Desta forma, foi apontado que seria interessante questionar sobre as estruturas e sua função com perguntas bem

específicas, como: por onde sai a urina, as fezes e os bebês na hora do parto, que estruturas devem estar envolvidas na função de controle miccional e contração perineal.

*“... Eu acho que figuras é bem interessante, eu acho que até pode fazer alguma percepção antes e depois com espelhinho, das que não se viram.” – Perito A*

*“Com certeza, e a gente sempre pede pra ela tocar, ela se ver, a gente tenta mostrar uma imagem para que ela se reconheça e para que ela possa entender onde ela tem que contrair, para poder fazer a continência.” – Perito B*

### 6.1.3. Criação do instrumento

Após essa categorização, iniciamos a elaboração do instrumento o qual está disponível no anexo 5. O mesmo foi composto por 34 perguntas com respostas de “Sim” e “Não” sendo considerados 1 ponto para as respostas afirmativas e 0 pontos para as negativas. Cada categoria descrita na categorização das entrevistas deu origem a um conjunto de perguntas do instrumento. No entanto, após o desenvolvimento do piloto e realização da análise estatística do instrumento, através da regressão logística, no projeto piloto com 16 participantes; foram mantidas apenas as perguntas que indicavam possível fator de risco para ocorrência da incontinência urinária (intervalo de confiança de 95% não incluindo o 1,  $p < 0,05$ ). Desta forma, o mesmo foi reduzido para 15 perguntas que deram origem aos resultados apresentados neste estudo.

## **6.2. Fase Quantitativa**

Após serem realizados os contatos com a Secretaria Municipal de Saúde de Uruguiana e contato com os postos de saúde, iniciaram-se as buscas ativas por idosas com mais de 60 anos para realizarem as avaliações. Esta busca ativa caracterizou-se pelo contato direto dos pesquisadores juntamente com os agentes comunitários de saúde, o qual visitaram todas as casas mapeadas e não mapeadas dentro da área de atuação da ESF.

Ao chegar nas casas, após serem realizadas as apresentações, o projeto foi apresentado às idosas e estas foram convidadas a participar da pesquisa em um horário previamente agendado no posto de saúde a qual estavam todas adscritas. Para as idosas que não tinham condições de chegar ao posto por dificuldades de locomoção ou acesso, a coleta era feita na residência da mesma, em dia e hora previamente estipulados entre as partes.

As idosas (n=99) foram submetidas a 6 instrumentos de avaliação, sendo 4 deles questionários com perguntas e respostas (Ficha de Avaliação, Mini Exame do Estado Mental e Instrumento de Auto percepção) e outros dois realizados em uma avaliação ginecológica através da Avaliação Funcional da MAP (Escala de Oxford e Escala de Figueiredo). Todos os instrumentos foram realizados igualmente para os dois grupos por pesquisadores treinados e cegados.

Os avaliadores que aplicavam os questionários não eram os mesmos que realizavam a avaliação funcional da MAP, garantindo a sim o cegamento do resultado da palpação bi digital.

### **6.2.1 Descrição da Amostra**

#### **6.2.1.1 Características sócio demográficas**

Este estudo avaliou 99 mulheres idosas com média de idade de 67,94 ( $\pm 1,14$ ) anos, sendo 49 (49%) declaradas como continentes e 50 (51%) declaradas como incontinentes.

Na tabela 1 estão relacionadas as principais características sociodemográficas das idosas. Em relação ao estado civil, observou-se que 36% das idosas são casadas, entre as quais há uma divisão igualitária entre os dois grupos (continentes e incontinentes); 30% são solteiras, sendo a maior parte (18%) continente; e 24% são viúvas, sendo 7% continentais e 17% incontinentes. Quando questionadas sobre a sua religião 60,6% apresentou-se como católica, sendo 37% incontinentes e 23% continentais; e 28,3% relataram serem evangélicas, das quais 19% eram continentais e 9% incontinentes.

Na variável anos de estudo, embora não tenha-se observado diferença significativa, observou-se que 49% das idosas estudou até 5 anos e 21% entre 5 a 8 anos. Vale salientar que as idosas continentais tinham menos anos de estudos do que as incontinentes, mais frequentes entre 8 anos ou mais. Outra variável questionada às idosas estava relacionada à profissão. Desta forma, é possível ressaltar que 43% declaram-se aposentadas ou pensionistas, 26% trabalham no lar e 25% encontram-se economicamente ativas, ou seja, realizam algum tipo de atividade remunerada. Neste último grupo, as incontinentes (10%) apresentaram-se menos ativas economicamente do que as continentais (14%).

Tabela 1 – Características sócio demográficas entre as idosas continentes e incontinentes.

Variável	Continente	%	Incontinente	%	Total	%	p
<b>Estado Civil</b>							
Solteira	9	18	6	12	30	30	0,144
Casada	9	18	9	18	36	36	
Separada/ Divorciada	2	5	1	3	8	9	
Viúva	3	7	8	17	24	24	
União Estável	0	1	0	0	1	1	
<b>Religião</b>							
Católica	23	11	37	18,5	60	60	0,109
Evangélica	19	9	9	4,5	28	28	
Outras	7	3	4	2	11	12	
<b>Anos de Estudo</b>							
Analfabeta	6	12	4	8	10	10	0,197
Até 5 anos	29	59	21	42	50	49	
De 5 a 8 anos	6	12	15	30	21	21	
De 8 a 12 anos ou mais	8	16	10	20	18	18	
<b>Profissão</b>							
Aposentada ou Pensionista	23	46,94	26	52	49	50	0,311
Do lar	11	22,45	15	30	26	26	
Economicamente ativas	14	28,57	10	20	24	24	

Fonte: elaborada pela autora.

### 6.2.1.2 Características clínicas

As idosas foram questionadas sobre informações consideradas relevantes para a ocorrência da incontinência urinária, em especial os fatores de risco. Em relação à idade, idade da menarca, da primeira relação sexual e da menopausa observamos os resultados na Tabela 2. As idosas continentes apresentaram média da menarca 12,63 ( $\pm 0,28$ ) anos e das incontinentes de 13,04 ( $\pm 0,27$ ) anos e média da idade da menopausa de 44,98 ( $\pm 0,94$ ) anos e 47,76 ( $\pm 0,81$ ) anos, respectivamente. Este dado confirma que as mulheres continentes estiveram mais tempo expostas à ação do hipoestrogênio do que as incontinentes, uma vez que apresentaram menor tempo em período reprodutivo. Quando relatada a idade da primeira relação sexual, observou-se uma média de 19,08 ( $\pm 1,01$ ) anos para as continentes e 18,82 ( $\pm 0,27$ ) entre as incontinentes, reforçando que as idosas continentes tiveram a primeira relação

sexual mais tarde que as incontinentes. Todas estas médias são estatisticamente significativas comprovadas através do teste *t* de Student para amostras independentes ( $p < 0,001$ ).

Tabela 2 – Média de idade das idosas avaliadas de acordo com a perda urinária.

	Continente		Incontinente		t	p
	Média	S. D	Média	S. D		
Idade	67,94	(±1,14)	68,28	(±0,88)	94,70	<0,001
Idade Menarca	12,63	(±0,28)	13,04	(±0,27)	65,09	<0,001
Idade Primeira Relação Sexual	19,08	(±1,01)	18,82	(±0,57)	73,12	<0,001
Idade Menopausa	44,98	(±0,94)	47,76	(±0,81)	32,88	<0,001

Fonte: elaborada pela autora.

Na tabela 3 encontram-se o resultado da razão de chance para incontinência urinária de acordo com as variáveis apresentadas acima. Como é possível observar, apenas a idade da menopausa apresentou correlação significativa ( $p < 0,05$ ) com a IU. No entanto, ressalta-se que a cada 1 ano de idade a mais, representa um aumento de 2% para a ocorrência de IU, bem como 1 ano a mais na idade da menarca representa 10% mais predisposição à IU e 7% a mais para a menopausa. Da mesma forma, a idade da primeira relação sexual mostrou-se como fator de risco para incontinência urinária, onde a cada 1 ano mais tarde para a primeira relação sexual representou 2% de chance da ocorrência de proteção para IU.

Tabela 3 – Resultado da Regressão Logística para a chance de ocorrência da incontinência urinária em relação a idade, idade da menarca, idade da primeira relação sexual e idade da menopausa.

	Razão de Chance	95%	p
Idade	1,02	0,96-1,08	0,16
Idade Menarca	1,10	0,88-1,37	0,36
Idade Primeira Relação Sexual	0,98	0,91-1,06	0,73
Idade Menopausa	1,07	1,00-1,15	0,03

Fonte: elaborada pela autora.

Ao serem avaliados os fatores de risco para incontinência urinária entre os grupos Continente e Incontinente, destacam-se que todas as variáveis apresentadas na tabela 4 apresentaram médias maiores para as idosas

incontinentes, exceto o número de partos vaginais que foi menor, sendo 2,86 ( $\pm 0,37$ ) partos para incontinentes e 3,67 ( $\pm 0,47$ ) para as continentas. Vale ressaltar que o número de gestações não foi muito diferente entre os grupos, no entanto, a realização de cesáreas, conhecida por ser um fator protetor para IU (RUDGE et al., 2011), foi mais frequente nas incontinentes ( $0,96 \pm 0,15$ ). Outros aspectos relacionados à história gestacional e ginecológica, observou-se que o número de abortos foi maior para as incontinentes ( $0,70 \pm 0,20$ ) em comparação às continentas ( $0,39 \pm 0,10$ ). Em relação ao peso dos recém-nascidos também foi maior para as incontinentes, onde obtiveram uma média de 3,82 ( $\pm 0,14$ ) quilogramas (kg) para o RN Maior e 2,94 ( $\pm 0,14$ ) para o RN menor. Todos estes resultados foram estatisticamente significativos de acordo com o teste t de *Student* ( $p < 0,001$ ).

Tabela 4 – Média de ocorrência dos fatores de risco relacionados à incontinência urinária entre as idosas continentas e incontinentes.

	Continente		Incontinente		t	p
	Média	S. D	Média	S. D		
Gestação	4,16	( $\pm 0,45$ )	4,24	( $\pm 0,34$ )	15,03	<0,001
Partos vaginais	3,67	( $\pm 0,47$ )	2,86	( $\pm 0,37$ )	10,88	<0,001
Cesáreas	0,22	( $\pm 0,08$ )	0,96	( $\pm 0,15$ )	6,57	<0,001
Aborto	0,39	( $\pm 0,10$ )	0,70	( $\pm 0,20$ )	4,81	<0,001
Peso do RN Maior (kg)	3,41	( $\pm 0,21$ )	3,82	( $\pm 0,14$ )	28,94	<0,001
Peso do RN Menor (kg)	2,14	( $\pm 0,21$ )	2,94	( $\pm 0,14$ )	19,31	<0,001

Fonte: elaborada pela autora.

Ao serem questionadas sobre as principais doenças crônicas auto referidas 81% referiram possuir Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), destas 84% eram incontinentes, 27% apresentaram diabetes mellitus, sendo 30% incontinentes, 29% possuem problemas de audição, das quais 30% eram incontinentes, 57% referiram possuir osteoartrose, mais recorrente entre as continentas 67%, 23% possuem catarata e 9% já apresentaram pelo menos um episódio de pneumonia após a menopausa. Em ambos os casos o grupo incontinente apresentou maior frequência de tais comorbidades (Tabela 5).



Tabela 5 – Doenças crônicas auto referidas pelas idosas continentas e incontinentes.

	Continente	%	Incontinente	%	Total	%	p
HAS	38	78	42	84	80	81	0,41
Diabetes	12	24	15	30	27	27,	0,53
Cardiopatia	5	10	12	24	17	17	0,87
Audição	14	29	15	30	29	29	0,53
Osteoartrose	33	67	24	48	57	58	0,51
Catarata	13	27	10	20	23	23	0,44
Pneumonia	4	8	5	10	9	9	0,75

Fonte: elaborada pela autora.

Outro aspecto que também pode apresentar relação à incontinência urinária das idosas, a atividade sexual também foi um fator avaliado (Tabela 6). Desta forma, observou-se que 34% das idosas sexualmente ativas, as quais a maior parte era continente (37%). No entanto, entre as que possuem vida sexual inativa (66%) a maior parte pertence ao grupo incontinente (68%). Em relação à frequência de relação sexual 56% tiveram relação sexual a mais de um ano, seguidas por 20% que tiveram relação sexual na última semana e 11% no último mês. Nestes três períodos as continentas foram mais frequentes do que as incontinentes, exceto as que tiveram relação sexual no último mês.

Outros dois aspectos relacionados à vida sexual das idosas e de extrema relevância também foram abordados na ficha de avaliação, sendo eles a realização de relação sexual contra sua vontade e mudanças no desejo sexual após a menopausa. Observou-se que 10% das idosas entrevistadas referiram terem relação sexual contra sua vontade pelo menos uma vez. Destas, a maior frequência foi no grupo continente. Já em relação às mudanças no desejo sexual após a menopausa, 48% relataram que sentiram diferença e 52% não notaram diferença no desejo sexual, ou seja, as idosas continentas foram as que mais notaram essa diferença (Tabela 6).

Vale salientar que durante as conversas informais realizadas durante as coletas, muitas idosas relataram nunca terem sentido libido. Este fato pode estar relacionado ao fato do alto número de idosas que não notaram diferença após a menopausa. O mesmo ocorreu com as idosas que mantinham relações sexuais com o companheiro para cumprir uma formalidade (compromisso) do casamento, nem sempre com desejo sexual. Embora essas relações sexuais

fossem consentidas, não significaram qualidade, satisfação e prazer para as mulheres entrevistadas.

Tabela 6 – Frequência de Relação e Atividade Sexual entre as idosas continentas e incontinentes.

Relação Sexual Ativa	Continentes	%	Incontinentes	%	Total	%	p
Não	31	63	34	68	66	66	0,62
Sim	18	37	16	32	34	34	
Frequência da Atividade Sexual							
Na última semana	11	22	9	18	20	20	0,43
No último mês	5	10	6	12	11	11	
Nos últimos 6 meses	2	4	7	14	9	9	
No último ano	0	0	1	2	1	1	
A mais de um ano	30	61	25	50	55	56	
Não lembra	1	2	2	4	3	3	
Relação sexual contra vontade							
Não	42	86	47	94	89	90	0,17
Sim	7	14	3	6	10	10	
Mudanças no desejo sexual após a menopausa							
Não	25	51	26	52	51	52	0,92
Sim	24	49	24	48	48	48	
Total	49	49	50	51	99	100	

Fonte: elaborada pela autora.

A tabela 7 apresenta a auto percepção de saúde das idosas. Quando lhes foi questionado: “Como você avalia a sua saúde”, 39% das idosas responderam normal, seguidas por 32% que consideram sua saúde boa e 18% ruim. Quando comparados entre os grupos continentas e incontinentes, observou-se que a resposta normal foi mais referida pelas idosas incontinentes e a resposta boa, maior no grupo continente. Salienta-se assim, que somente 4% das idosas considera sua saúde muito ruim e 6% considera muito boa. Em ambos os casos a frequência foi a mesma entre os grupos (continente e incontinente).

Tabela 7 – Auto percepção de saúde das idosas continentes e incontinentes.

Avalia sua Saúde	Continentes	%	Incontinentes	%	Total	%	p
Muito ruim	2,	4	2	4	4	4	0,66
Ruim	9	18	9	18	18	18	
Normal	16	33	23	46	39	39	
Boa	19	39	13	26	32	32	
Muito Boa	3	6	3	6	6	6	
Total	49	49	50	51	99	100	

Fonte: elaborada pela autora.

A prática da atividade física entre as idosas também foi avaliada, o qual a frequência e o tipo de atividade estão descritos na tabela 8. Salienta-se que apenas 36% das idosas praticam algum tipo de atividade física contra 64% que são sedentárias. Nestes dois casos, a maior frequência foi no grupo continente. Em relação à frequência de atividade física, entre as ativas, 17% praticam pelo menos duas vezes por semana, 14% todos os dias e 4% uma vez ao mês. O tipo de atividade mais frequente foram as atividades aeróbicas, relacionadas à ginástica, dança, grupos de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos), entre outros, com 17%. Já a caminhada foi a segunda atividade mais frequente entre as idosas com 14%.

Na tabela 9 estão representados os resultados referentes ao consumo e frequência de bebida alcoólica, tabagismo e dependência. 19% das idosas relataram fazer uso de cigarro, entre as quais a maior parte é incontinente. 17% revelaram fumar todos os dias e 2% fumam semanalmente. Já em relação ao consumo de bebida alcoólica, 18% relatam consumir, sendo 16% consomem eventualmente e 2% semanalmente. Entre essas a maior parte é incontinente. As idosas também foram questionadas sobre serem ex-dependentes, observamos que 5% já possuíram algum tipo de dependência. 3% revelaram serem ex-dependentes de cigarro e 2% de álcool. Nestes dois casos, a maior frequência correspondeu ao grupo continente.

Tabela 8 – Prática de Atividade Física, Frequência e Tipo de Atividade entre as idosas continentas e incontinentes.

Atividade Física	Continentes	%	Incontinentes	%	Total	%	p
Não	33	67	30	60	63	64	0,44
Sim	16	32	20	40	36	36	
Frequência de Atividade Física							
Não se aplica	33	67	29	58	62	62	0,20
Uma vez por mês	1	2	3	6	4	4	
Quinzenal	1	2	0	0	1	1	
Uma vez por semana	0	0	1	2	1	1	
Duas vezes por semana	5	10	12	24	17	17	
Todos os dias	9	18	5	10	14	14	
Tipo de Atividade Física							
Não se aplica	33	67	29	58	62	62	0,38
Treinamento Funcional	1	2	3	6	4	4	
Musculação	1	2	0	0	1	1	
Pilates	0	0	1	2	1	1	
Atividade aeróbica	5	10	12	24	17	17	
Caminhada	9	18	5	10	14	14	
Total	49	49	50	51	99	100	

Fonte: elaborada pela autora.

Antes de iniciar as avaliações as idosas foram avaliadas quanto à função cognitiva, através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), o qual estabeleceu-se o mínimo de pontuação de 24 pontos para as idosas com mais de 5 anos de escolarização e 17 pontos para aquelas que estudaram menos de 5 anos ou eram analfabetas.

Desta forma, verificou-se uma média geral do MEEM foi de 21,3 ( $\pm 6,29$ ). Na divisão entre os grupos continente e incontinente, observamos uma média de 20,45 ( $\pm 0,96$ ) para as idosas continentas e 22,14 ( $\pm 0,81$ ) para o grupo incontinente, o qual apresentou-se estatisticamente significativo ( $p < 0,001$ ). Este resultado é esperado, uma vez que o grupo Incontinente apresentou mais anos de estudo do que o grupo Continente.

Tabela 9 – Consumo e frequência de uso de cigarro, bebida alcoólica e drogas idosas continentemente e incontinentemente.

Cigarro	Continentes	%	Incontinentes	%	Total	%	p
Não	42	86	38	76	80	81	0,22
Sim	7	14	12	24	19	19	
Frequência							
Diariamente	6	12	11	22	17	17	0,43
Semanalmente	1	2	1	2	2	2	
Bebida Alcoólica							
Não	42	86	39	78	81	82	0,32
Sim	7	14	11	22	18	18	
Frequência							
Semanalmente	1	2	1	2	2	2	0,57
Eventualmente	6	12	10	20	16	16	
Ex-dependente							
Não	46	94	48	96	94	94	0,63
Sim	3	6	2	4	5	5	
Total	49	49	50	51	99	100	

Fonte: elaborada pela autora.

Na tabela 10 está explícito o consumo de alimentos e bebidas ricos em cafeína e, por consequência, irritativos da bexiga. Nela observa-se que o consumo de chocolate e do chimarrão apresentaram diferença e indicativo de diferença significativa ( $p < 0,05$ ). Esses dados apontam uma relação do consumo dos mesmos com a IU, em especial nas idosas incontinentes.

Tabela 10 – Frequência de consumo de alimentos e bebidas ricos em cafeína e irritativos do detrusor entre as idosas continentemente e incontinentes.

	Continentes	%	Incontinentes	%	Total	%	p
Alimentos estimulantes							
Café	36	36	34	34	70	71	0,55
Chocolate	18	18	27	27	48	48	0,08
Chimarrão	48	48	38	38	86	87	<0,01
Chá com cafeína	43	43	38	38	41	41	0,12
Frutas cítricas	43	43	42	42	85	86	0,59
Comida Apimentada	5	5	9	9	14	14	0,26
Refrigerante	28	28	32	32	60	61	0,48

Fonte: elaborada pela autora.

### 6.2.2 Consciência de contração MAP

Na tabela 11 estão apresentados os resultados da palpação bi digital, de acordo com a escala de Oxford e escala de Figueiredo, na subdivisão dos grupos continentais e incontinentais. É possível observar que 6% das idosas apresentavam força da MAP grau 0, ou seja, não apresentaram contração, entre as quais a maior parte pertence ao grupo incontinente. O mesmo aconteceu para as idosas que apresentaram força da MAP grau 1 (32%). As que apresentaram grau 2 de força da MAP representam 41% da amostra, onde o grupo continente foi o mais frequente. O grau 3 correspondeu a 13% da amostra e o grau 4 de força da MAP, correspondeu a 7%. Estas últimas foram as melhores respostas de contração da MAP e encontraram-se mais frequentes no grupo continente.

Quando avaliadas de acordo com a escala de resposta de contração da MAP de Figueiredo, 43% apresentaram a resposta 2 que significa que a resposta de contração era baixa, conturbada por contrações de musculaturas parasitas, e 35% apresentaram resposta 1, onde a contração era correta e sem nenhuma perturbação e 17% apresentaram a resposta 3, onde havia apenas contração da musculatura adjacente (proximais aos músculos do assoalho pélvico) e parasita (músculos que não devem ser contraídos durante a ação da MAP), ao invés da contração da MAP e, por fim, 7% inverteram o comando e realizaram manobra de valsava. A resposta 1, consideradas a melhor resposta em relação à consciência da MAP, foi mais frequente no grupo das continentais, assim como na resposta 3, considerada uma das piores respostas. Já as respostas 2 e 4 o qual relatam uma boa e uma ruim consciência da MAP, respectivamente, foram mais frequentes no grupo incontinente (Tabela 11).

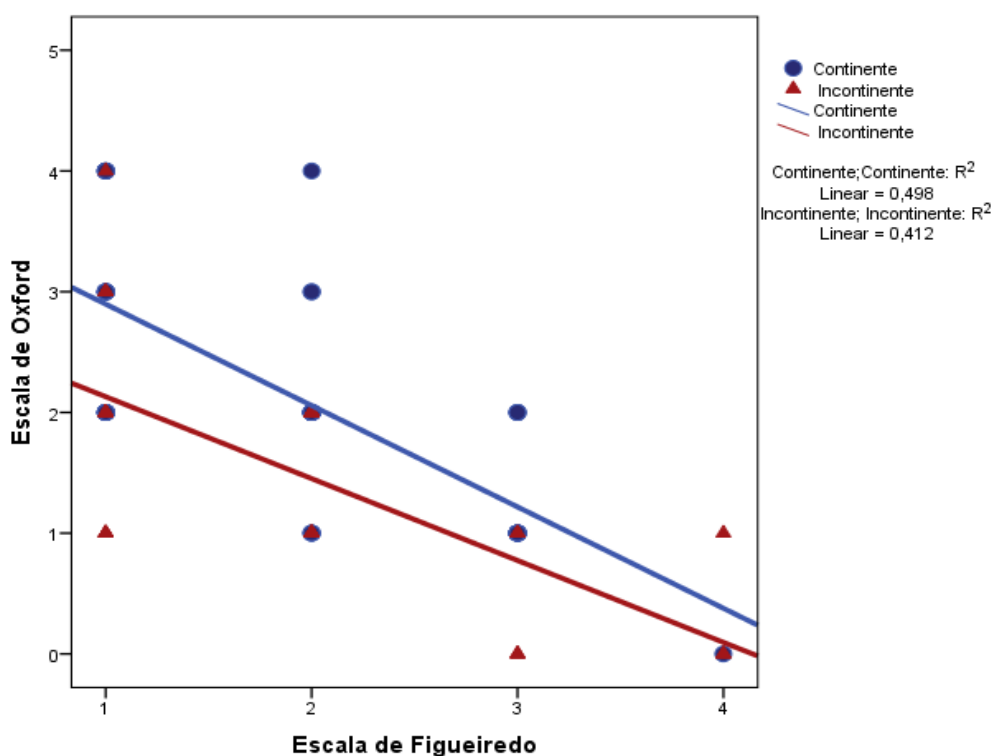
Um aspecto relevante a ser destacado é que as idosas apresentaram resultados esperados em relação às duas escalas em questão (Figura 1). Observamos que tanto as continentais como as incontinentais que apresentaram graus maiores de força da MAP apresentaram respostas menores e, portanto, resultados mais satisfatórios na escala de Figueiredo. E da mesma forma, os que apresentaram graus menores de força da MAP,

apresentaram piores resultados na escala de Figueiredo, com as repostas 3 e 4.

Tabela 11 – Relação perda de urina com resultado da palpação bi digital entre idosas continentas e incontinentes.

	Continentes	%	Incontinentes	%	Total	%	p
<b>Escala de Oxford</b>							
Grau 0	1	2	5	10	6	6	
Grau 1	11	22	21	42	32	32	
Grau 2	23	47	18	36	41	41	0,03
Grau 3	8	16	5	10	13	13	
Grau 4	6	12	1	2	7	7	
<b>Escala de Figueiredo</b>							
Resposta 1	18	37	17	34	35	35	
Resposta 2	19	39	24	48	43	43	
Resposta 3	11	22	6	12	17	17	0,63
Resposta 4	1	2	3	6	4	4	

Fonte: elaborada pelo autor.



Fonte: elaborada pela autora.

Figura 6 – Gráfico de dispersão das idosas continentas e incontinentes de acordo com as escalas de Oxford e de Figueiredo.

O instrumento de auto percepção conta com 15 perguntas com respostas de sim ou não. Para cada resposta sim somou-se um ponto e não

representou o valor de zero, totalizando assim 15 pontos. Sob a distribuição entre os quartis de 25, 50, 75 e 100%, os escores totais das idosas foram divididos em quatro subcategorias de pontuação, conforme mostra a tabela 12. Entre os resultados foi possível observar que nenhuma das idosas zerou ou obteve pontuação menor que 3 pontos, bem como não houveram idosas que pontuaram mais de 12 pontos. No entanto, 13% das idosas pontuaram 3 pontos, entre as quais a maior parte pertenceu ao grupo continente. Entre as que pontuaram entre 4 a 7 pontos, observamos a frequência de 40% e 46% pontuaram de 8 a 12. Em ambos os casos o grupo incontinente foi mais frequente. A figura 7 apresenta a distribuição da pontuação entre os grupos. Nota-se que a distribuição das idosas continentes apresentaram pontuações menores do que as incontinentes.

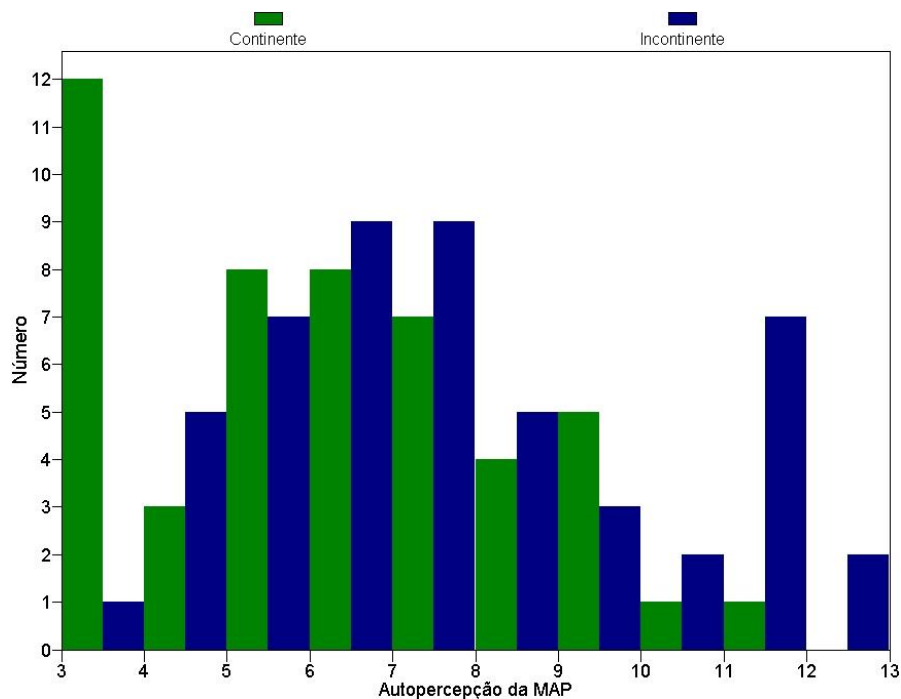
Tabela 12 – Escore total do instrumento de auto percepção da MAP entre as idosas continentes e incontinentes.

Escore Total	Continentes	%	Incontinentes	%	Total	%	p
0 a 3 pontos	12	24	1	2	13	13	
4 a 7 pontos	19	39	21	42	40	40	0,04
8 a 12 pontos	18	37	28	56	46	46	
Total	49	49	50	51	99	100	

Fonte: elaborada pelo autor.

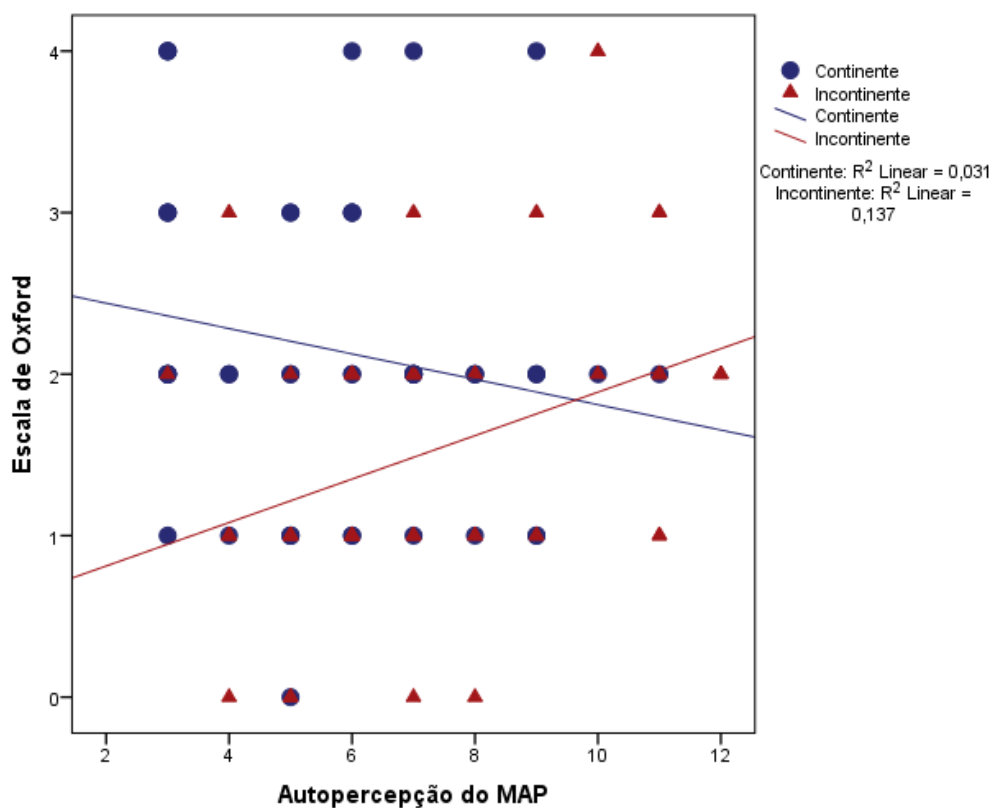
A figura 8 apresenta a dispersão das idosas nos resultados do escore total do instrumento de auto percepção e da escala de Oxford. Este resultado confirma a relação entre a auto percepção e a força da MAP, no entanto de maneira contrária ao esperado. Observamos ao final das coletas que as mulheres incontinentes apresentaram melhores resultados no instrumento de auto percepção, porém menor força da MAP, ou seja, as mulheres incontinentes possuem melhor consciência da MAP do que as continentes. Este dado é comprovado pela própria dispersão das continentes que apresentaram melhores graus de força da MAP e piores resultados no escore total da auto percepção.





Fonte: elaborada pela autora.

Figura 7 – Gráfico de distribuição das pontuações entre os grupos.



Fonte: elaborada pela autora.

Figura 8 – Diagrama de dispersão dos resultados da Auto percepção da MAP e da escala de Oxford entre os grupos continente e incontinente.

O instrumento inicial contou com 34 perguntas (ANEXO V) que, após a realização de uma análise estatística sobre os possíveis fatores de risco e de proteção, no projeto piloto com 16 participantes; restaram 15 perguntas reunidas no instrumento em questão. Na tabela 13, observa-se a razão de chance da ocorrência da IU a partir da resposta de cada pergunta que compõe o instrumento de auto percepção da MAP.

Desta forma, pode-se observar que entre as 15 perguntas, 10 se apresentaram como fatores de risco e 5 como fatores de proteção. Entre as principais, com estatística significativa, o fato da idosa ter feito uso de alguma pomada interna, absorvente interno, supositório ou camisinha feminina, representou um risco três vezes maior para a ocorrência de IU ( $p=0,04$ ). Do mesmo modo, a pergunta relacionada com conseguir contrair sua vagina, aumenta em duas vezes o risco para cada resposta sim ( $p=0,06$ ). A pergunta “A senhora possui (ia) dificuldade de penetração durante a relação sexual?” também representou risco para ocorrência de IU, em sete vezes ( $p=0,02$ ).

Em virtude do aumento da amostra do estudo piloto, realizado inicialmente com 16 idosas, para o final desta coleta (99 idosas), algumas perguntas que antes era fatores de risco, agora não relacionadas ao fator de proteção.

Tabela 13 – Resultado da Regressão Logística para a chance de ocorrência da incontinência urinária em relação às perguntas do instrumento de auto percepção da MAP.

Instrumento de Auto percepção da MAP – Pergunta	Razão de Chance	95%	p
Consultou ao ginecologista após a menopausa (Sim/Não)	0,72	0,23-2,24	0,57
Ele lhe ensinou a contrair sua vagina (Sim/ Não)	3,67	0,58-23,40	0,17
A senhora segura a urina se necessário (Sim/Não)	0,60	0,20-1,80	0,36
Faz uso de alguma pomada interna, absorvente interno, supositório ou camisinha feminina (Sim/ Não)	3,07	1,03-9,14	0,04
Consegue contrair sua vagina (Sim/No)	2,77	0,97-7,87	0,06
A senhora notou alguma diferença para segurar a urina após a menopausa (Sim/ Não)	1,18	0,77-3,90	0,18
A senhora toca sua vagina por algum motivo (Sim/ Não)	1,08	0,21-5,45	0,93
A senhora sentiu dor na sua primeira relação sexual (Sim/Não)	3,31	0,88-12,47	0,08
A senhora tem (tinha) dor durante a relação sexual (Sim/ Não)	0,31	0,05-1,95	0,21
A senhora possui (ia) dificuldade de penetração durante a relação sexual (Sim/Não)	7,16	1,40-36,59	0,02
Eu possuo um desenho do períneo e gostaria de fazer algumas perguntas sobre ele, a senhora se importa de eu lhe mostrar (Sim/ Não)	2,25	0,52-9,71	0,28
A senhora sabe apontar por onde sai a urina (Sim/ Não)	0,51	0,16-1,57	0,24
A senhora sabe o que é clitóris (Sim/ Não)	1,64	0,34-7,88	0,54
A senhora sabe apontar onde aperta para segurar a urina (Sim/ Não)	0,91	0,34-2,39	0,84
A senhora sabe apontar por onde saem as fezes (Sim/ Não)	3,02	0,72-12,58	0,13

Fonte: elaborada pela autora.

### 6.2.3 Razão de chance para ocorrência de Incontinência Urinária

A tabela 14 apresenta a razão de chance para ocorrência de IU em relação aos instrumentos de avaliação da MAP utilizados neste estudo. Desta forma, a cada 1 ponto a mais no instrumento de auto percepção aumenta em 37% a chance de ocorrência de IU. Já na escala de Oxford, a cada grau menos de força da MAP corresponde de fator de proteção de 23%. E a escala de Figueiredo que avalia a resposta de contração da MAP, a cada 1 ponto a mais corresponde a um fator de proteção de 36% para a ocorrência da IU. Em todas as variáveis os resultados foram estatisticamente significativos ( $p < 0,05$  e  $p < 0,001$ ).

Tabela 14 - Resultado da Regressão Logística para a chance de ocorrência da incontinência urinária em relação aos instrumentos de auto percepção da MAP.

	Razão de Chance	IC 95%	p
Instrumento de Auto percepção (Escore Total)	1,37	1,11-1,68	0,003
Escala de Oxford	0,23	0,11-0,50	<0,001
Escala de Figueiredo	0,36	0,16-0,79	0,010

Fonte: elaborada pela autora.

#### 6.2.4 Impacto na qualidade de vida

Outro instrumento de avaliação aplicado às idosas durante as coletas foi o *King's Health Questionnaire* adaptado. O mesmo avalia o impacto dos problemas de bexiga sob a qualidade de vida das idosas avaliadas. O mesmo serve para ser aplicado às idosas incontinentes, porém os pesquisadores adaptaram o para ser aplicado também às continentas. Desta forma, ao invés de usar o termo “problema da bexiga” passamos a utilizar o termo “bexiga” para realizar as perguntas.

Após a avaliação do KHQ adaptado, observou-se que a média do escore total entre as avaliadas foi de 44,44 ( $\pm 13,58$ ) pontos, entre os quais o grupo continente apresentou média de 38,06 ( $\pm 7,55$ ) pontos e o grupo incontinente apresentou média de 50,07 ( $\pm 15,24$ ). Este resultado apresentou-se estatisticamente significativo ( $p < 0,001$ ) (Tabela 15).

Tabela 15 – Média do Escore Total do KHQ adaptado aplicado às idosas continentas e incontinentes.

	Continente		Incontinente		t	p
	Média	S. D	Média	S. D		
Escore Total	38,06	50,70	1,079	2,155	-5,24	<0,001

Fonte: elaborada pela autora.

Estes resultados estão dispostos também na figura 9, o qual revela que as incontinentes apresentaram um grau de impacto maior na qualidade de vida do que as continentas. No entanto, existem idosas continentas que também apresentam um grau importante de impacto da bexiga na qualidade de vida, melhor explicitado na figura 5. Observa-se na figura 10 que apresenta um histograma de dispersão do escore total do KHQ adaptado entre os grupos que

houve idosas continentas que apresentaram impacto de até 57 pontos na qualidade de vida, resultado este que pode estar relacionado com outro resultado obtido, onde idosas continentas relataram possuir perdas urinárias em determinadas situações, conforme explicitado na tabela 18.

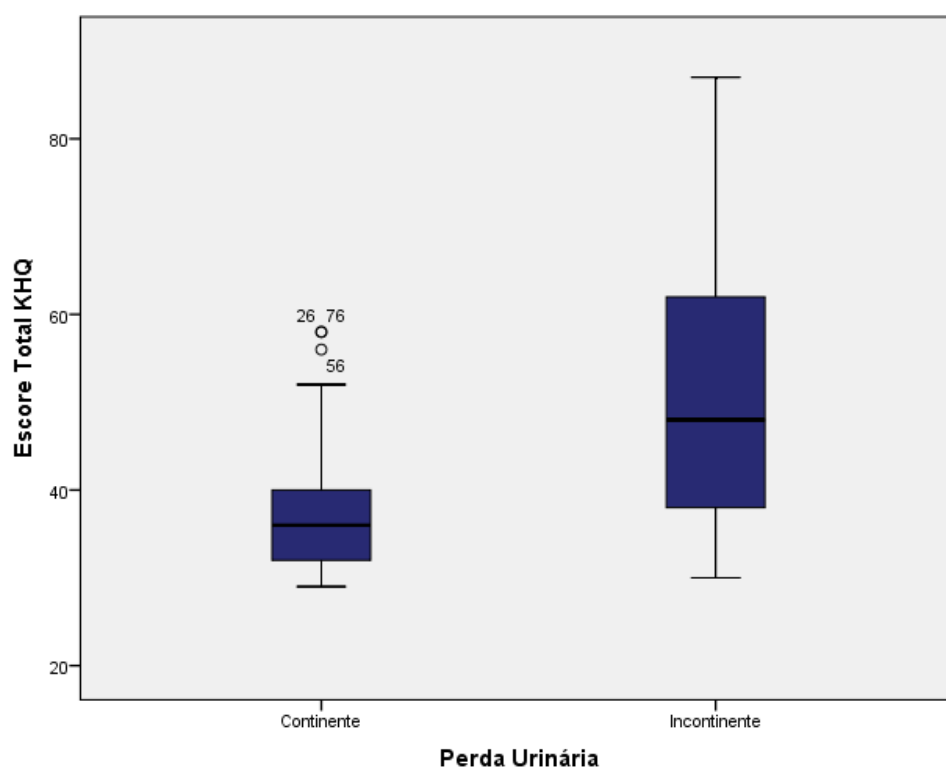
Tabela 16 – Divergência entre a queixa auto referida de perda urinária e resposta ao KHQ adaptado.

	Continentes	%	Incontinentes	%	Total	%	p
<b>Urgência</b>							
Um pouco	10	20	15	30	25	25	
Mais ou Menos	5	10	9	18	14	14	<0,01
Muito	2	4	15	30	17	17	
<b>Bexiga Hiperativa</b>							
Um pouco	8	16	14	28	22	22	
Mais ou Menos	0	0	10	20	10	10	<0,01
Muito	0	0	11	22	11	11	
<b>IUE</b>							
Um pouco	8	16	14	28	22	22	
Mais ou Menos	3	6	4	8	7	7	0,39
Muito	0	0	22	44	22	22	
<b>Noctúria</b>							
Um pouco	30	61	17	34	47	47	
Mais ou menos	8	16	10	20	18	18	0,02
Muito	7	14	19	38	26	26	
<b>No intercurso sexual</b>							
Um pouco	1	2	2	4	3	3	0,21

Fonte: elaborada pela autora.

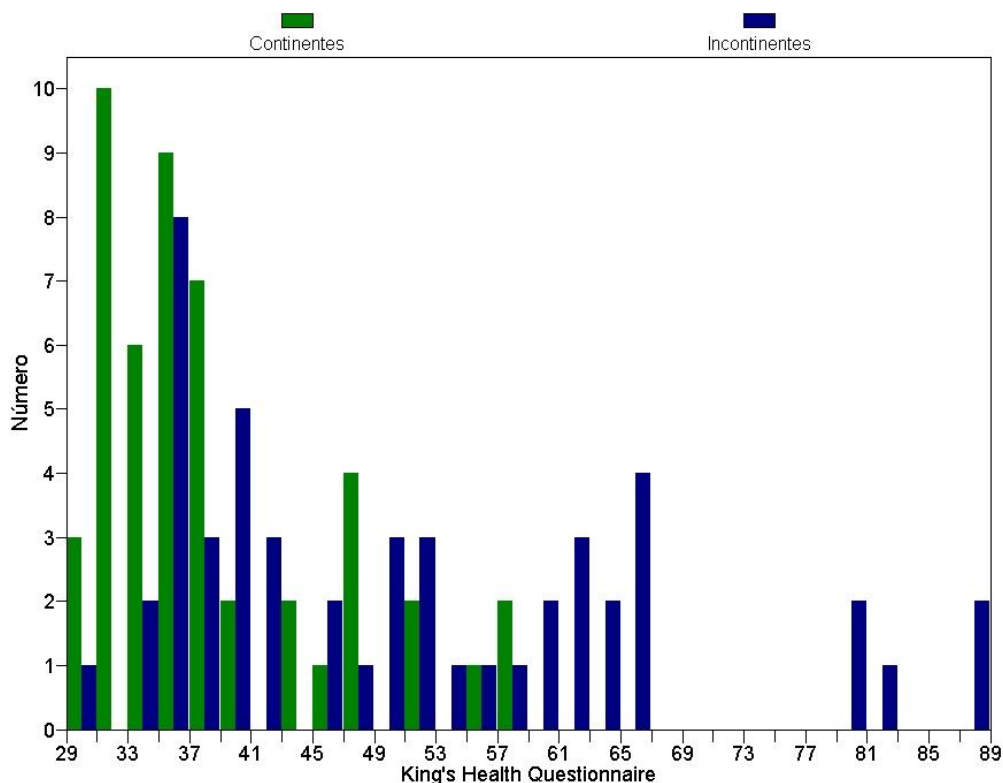
Na tabela 16, observamos as diferenças nas respostas entre os grupos das continentas e incontinentes. Podemos observar que no quesito urgência, 20% das que revelaram possuir “um pouco” de urgência miccional eram continentas, 10% das que responderam “mais ou menos” eram continentas e 4% relataram possuir “muita” urgência urinária eram continentas. Já em relação à bexiga hiperativa, 16% das idosas continentas afirmam possuírem “um pouco” de perda urinária quando tem vontade súbita de urinar”. No quesito IUE, 16% das idosas continentas afirmaram perder “Um pouco” de urina aos esforços, tais como espirar, tossir e carregar peso, e 6% relataram “mais ou

menos. No quesito Noctúria, 61% do grupo continente referiu a resposta “um pouco”. Por fim, quanto a perda urinária no intercuro sexual, 1 mulher continente (2%) relatou perder urina durante o ato sexual, referindo-se a uma possível incontinência urinária. Talvez a perda urinária relatada pelas mulheres continentas não seja suficiente para que as mesmas se considerem incontinentes, no entanto, apresentam um impacto na qualidade de vida das mesmas.



Fonte: elaborada pela autora.

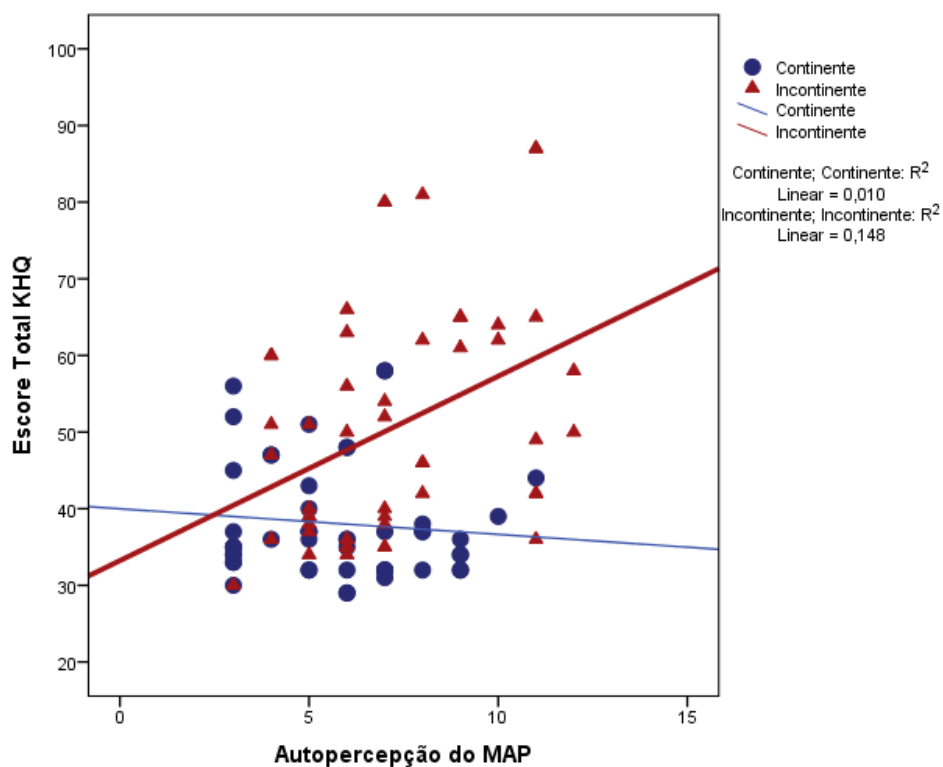
Figura 9 – Média do escore total do KHQ adaptado entre as idosas continentas e incontinentes.



Fonte: elaborada pela autora.

Figura 10 – Histograma de dispersão do escore total do KHQ adaptado entre as idosas continentas e incontinentes.

A figura 11 representa a dispersão do escore total do KHQ adaptado e auto percepção da MAP. Neste caso observamos a mesma relação apresentada na figura 8, onde as idosas incontinentes que apresentaram maior pontuação na auto percepção da MAP obtiveram um impacto maior na qualidade de vida. No entanto, para as idosas continentas, observamos uma relação diferente. As que obtiveram maiores escores de auto percepção da MAP apresentaram menor impacto na qualidade de vida e as que tiveram menores escores da auto percepção apresentaram um impacto maior na qualidade de vida. Este dado reforça a ideia de que as idosas continentas que possuem maior impacto na qualidade de vida em virtude da bexiga, são aquelas que apresentam situações de desconforto no assoalho pélvico, como por exemplo: urgência miccional, pequenas perdas ao tossir, entre outros. Esse fato, pode estar relacionado com os dados apresentados na tabela 18, o qual revela que existem mulheres continentas que declaram possuir pequenas perdas e, portanto, maiores escores do KHQ adaptado.



Fonte: elaborada pela autora.

Figura 11 – Diagrama de dispersão do escore total do KHQ **adaptado** e auto percepção da MAP.

Ainda em relação ao KHQ adaptado as idosas foram avaliadas de acordo com os diferentes domínios do instrumento, os quais estão representados na Tabela 19 através de suas médias calculadas para cada grupo. Nela é possível observar que os domínios onde se obteve maior diferença entre os grupos foram Limitação no Desempenho de Tarefas (Escore 1) com média de  $51,24 \pm 4,08$  pontos nas incontinentes e  $31,65 \pm 2,63$  para as continentas, no Impacto da Continência (Escore 4) com  $37,88 (\pm 1,15)$  para as continentas e  $50,82 (\pm 2,16)$  para as incontinentes, Emoções (Escore 5) com  $34,35 (\pm 2,64)$  para o grupo continente e  $50,16 (\pm 3,73)$  para o grupo incontinente, Sono/ Energia (Escore 6) com  $36,33 (\pm 2,39)$  pontos para as continentas e  $50,06 (\pm 3,28)$  para as incontinentes e Percepção de Saúde (Escore 8) com média de  $19,01 (\pm 1,36)$  para as continentas e  $29,10 (\pm 2,16)$  para as incontinentes, os quais apresentaram significância estatística ( $p < 0,001$ ), exceto para o Escore 4 que não houve significância. No entanto, os domínios Relações Pessoais (Escore 3) e Medidas de gravidade (Escore 7) mostraram um impacto próximo entre os grupos, sendo um indicativo que as



idosas continentes também sentem que a bexiga interfere na sua qualidade de vida, em especial nestes domínios. Estes dois últimos escores também apresentaram médias estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ).

Tabela 17 – Média e desvio padrão das categorias do KHQ adaptado entre os grupos continentes e incontinentes

	Continente		Incontinente		t	p
	Média	S.D	Média	S.D		
Limitação no desempenho de tarefas	31,65	(±2,63)	51,24	(±4,08)	-4,02	
Limitação Física/ Social	28,71	(±1,24)	42,12	(±3,08)	-4,03	<0,001
Relações Pessoais	38,41	(±0,91)	40,86	(±2,42)	-0,94	<0,001
Impacto da Continência	37,88	(±1,15)	50,82	(±2,16)	-5,24	
Emoções	34,35	(±2,64)	50,16	(±3,73)	-3,45	<0,001
Sono/ Energia	36,33	(±2,39)	50,06	(±3,28)	-3,37	<0,001
Medidas de gravidade	44,14	(±2,62)	58,10	(±2,83)	-3,61	<0,001
Percepção de Saúde	19,01	(±1,36)	29,10	(±2,16)	-3,94	<0,001

Fonte: elaborada pela autora.

Outro aspecto relevante encontrado no estudo é a correlação dos diferentes domínios do KHQ adaptado com o instrumento de auto percepção da MAP (Tabela 18). Desta forma, observa-se que os únicos domínios que não apresentaram correlação foram: o escore 3 referente às relações pessoais, o escore 5 referente às emoções e o escore 6 referente ao sono energia. Todos os outros domínios apresentaram correlação significativa com o instrumento de auto percepção. No entanto, vale salientar que os escores 4 e 8, impacto da continência e percepção de saúde, apresentaram estatísticas significativas para  $p < 0,001$ . O coeficiente de correlação entre a auto percepção da MAP e o KHQ adaptado foi de 0,33, ou seja, a MAP responde por 33% da qualidade de vida relacionada à incontinência urinária. Essa correlação assinala para os principais aspectos relacionados à qualidade de vida das pacientes e uma possível relação direta com a auto percepção da MAP.

Foi possível observar também, na tabela 19, que o valor de f (12,69) foi significativo para  $p < 0,01$  e, portanto, confirma que os resultados da auto percepção da MAP possui uma correlação significativa com o escore total do KHQ adaptado. No entanto, valor de f (-0,32) da escala de Oxford e f (1,18) da escala de Figueiredo, não são significativos e divergem com o instrumento de

auto percepção da MAP e, portanto, não possuem correlação significativa com o escore do total do KHQ adaptado.

Tabela 18 – Correlações entre os diferentes domínios do KHQ adaptado, o escore total do KHQ adaptado e da auto percepção da MAP.

	Auto percepção da MAP	p
Limitação no desempenho de tarefas	0,22	0,02
Limitação Física/ Social	0,23	0,01
Relações Pessoais	0,17	0,07
Impacto da Continência	0,40	<0,01
Emoções	0,15	0,12
Sono/ Energia	0,14	0,14
Medidas de gravidade	0,21	0,03
Percepção de Saúde	0,28	<0,01
Escore Total KHQ adaptado	0,33	<0,01

*Spearman Correlation*

Fonte: elaborada pela autora.

Tabela 19 - Resultado da regressão linear múltipla entre a variável dependente escore total do KHQ adaptado os diferentes instrumentos de avaliação da MAP.

	Coefficiente de regressão	f	p
Auto percepção da MAP (Escore Total)	1,91	12,69	<0,001
Escala de Oxford	-0,32	0,035	0,850
Escala de Figueiredo	1,18	0,777	0,380

Fonte: elaborada pela autora.

## 7. Discussão:

A incontinência urinária pode ser considerada como uma condição comum ao envelhecimento e sua prevalência chega a 30% da população que vive em comunidade e 50% dos indivíduos institucionalizados, especialmente em mulheres entre 30 a 60 anos (ROSENBERG et al., 2006; ABRAMS et al., 2010). Embora descrita amplamente na literatura, bem como com o surgimento de diversos tratamentos e técnicas, a mesma é uma condição pouco identificada e subtratada entre os profissionais da saúde (PALMER, 2008). Muitos pacientes não relatam a ocorrência da IU na assistência primária, dificultando e, ao mesmo tempo, reforçando a importância do rastreamento e triagem da mesma a cada 1 ou 2 anos no indivíduo idoso (KNORST et al, 2013).

Entre a literatura há uma clara divergência entre a mesma ser considerada uma condição, um sintoma ou uma doença. De acordo com o Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde (CID-10) a IU aparece em duas grandes categorias: N39 outras doenças do trato urinário quando caracterizada por refluxo, esforço ou superfluxo; N32 outros transtornos da bexiga, para os casos de bexiga hiperativa ou hiperatividade detrusora (OMS, 1997). Desta forma, embora a mesma possa ser causada por outras doenças de base como por exemplo: infecções urinárias, diabetes, entre outras, e ser considerada uma condição aguda, a mesma pode ser classificada também como doença, vindo ao encontro de que esta não é uma condição crônica natural do envelhecimento e sim comum devido aos diversos fatores que serão explicitados a seguir (PALMER, 2008).

De acordo com a Medicare Health Outcomes Survey (2004), a incontinência urinária auto relatada nos últimos 6 meses possui uma prevalência de 37%. Entre as principais condições relatadas, a IU estava fortemente associada à precariedade de saúde e função física (MARDON et al., 2008). Assim sendo, os diversos aspectos abordados neste estudo serão descritos no decorrer dessa discussão e debatidos com os resultados de pesquisas relevantes sobre a temática em questão e que reforcem a importância do planejamento de propostas de prevenção.

### 7.1 – Auto percepção da MAP

Estudos que abordem a incontinência urinária em idosos vem crescendo muito nos últimos anos, especialmente, diante do impacto da mesma na qualidade de vida desta população, e conseqüentemente, ser um sinalizador de fragilidade no idoso (HAYLEN et al., 2010; SILVA et al, 2012). Diante deste panorama, após uma breve busca por ensaios clínicos randomizados que abordassem a incontinência urinária em idosas, foram encontrados, nos últimos 10 anos, 1285 artigos publicados no Pubmed, apenas 6 artigos no Scielo, 828 estudos disponíveis na biblioteca Cochrane, 39 na biblioteca PEDro e 1054 estudos no Medline.

No entanto, após a busca por estudos que apresentassem algum tipo de instrumento de avaliação da auto percepção ou consciência da MAP, foram identificados apenas 2 artigos. O primeiro deles (KIM, 2004) aplicou a Escala de Auto percepção da Continência desenvolvida e utilizada por ele mesmo (KIM, 2001-22), a qual que tem por objetivo avaliar a confiança do indivíduo sob sua continência (KIM & KANAGAWA, 1998). O estudo mostra ainda que o treinamento do assoalho pélvico através de exercícios é capaz de melhorar a confiança sobre a continência e, portanto sobre a consciência da continência (KIM, 2001). No segundo estudo, De Sousa et al. (2010) descreve a melhorara da força da MAP através de exercícios perineais, no entanto, não descreve de forma clara como foi realizada a avaliação da auto percepção.

Após este breve panorama é possível compreender a importância da elaboração de um instrumento que avalie a auto percepção seja da continência, como do funcionamento do próprio assoalho pélvico. Desta forma, conforme observamos nos resultados, há uma relação proporcional entre a consciência da MAP e o resultada força do MAP através do toque bi digital do canal vaginal em idosas incontinentes. O estudo de Moreira et al. (2002) relata a ocorrência de uma média inferior da AFA em mulheres incontinentes após a menopausa do que em mulheres continentas. De Sousa et al. (2011) reforça a ideia que as incontinentes apresentam maior fraqueza do assoalho pélvico do que as sem perda urinária.

Sendo assim, Akkus & Pinar (2015) avaliaram a compreensão das mulheres sobre a incontinência urinária e observaram que as que possuíam menor conhecimento sobre a doença, estruturas e função da MAP obtiveram

um impacto maior na qualidade de vida dos mesmos. Neste estudo, observamos exatamente esta relação, a figura 11 expõe o indicativo de correlação entre a qualidade de vida e a auto percepção da MAP. Diante do princípio que quanto maior a auto percepção das incontinentes, maior é a força da MAP, é possível inferir uma relação entre o instrumento de auto percepção, o impacto na qualidade de vida e a graduação da força da MAP. No entanto, embora a relação entre o instrumento de auto percepção e o escore total do KHQ adaptado sejam diretamente proporcionais, a graduação de força é inversamente proporcional, como exposto na figura 8. Ou seja, não é possível inferir a relação entre as três variáveis para o grupo continente.

A falta de auto conhecimento corporal é um fator extremamente relevante no contexto da mulher em todos os seus períodos da vida, especialmente no envelhecimento, uma vez que a mesma auxilia na percepção de acontecimentos inesperados. Um exemplo disso é o auto exame das mamas, as mulheres que o praticam e conhecem o seu corpo percebem mais precocemente quando há algo errado e buscam tratamento mais cedo. Infelizmente, o mesmo não acontece com a IU. Diante de uma sociedade cheia de pudores, demandas culturais, religiosas e sociais, grande parte das mulheres não conhece o perineo e suas funções. Como observado durante as coletas, a maioria das idosas nunca se olhou num espelho e não conhece as estruturas básicas do assoalho pélvico. Se todas as mulheres olhassem o seu perineo como olham a sua mama, sem dúvida grande parte dos problemas do trato urinário inferior seriam resolvidos.

Outra questão é a necessidade da criação de políticas públicas que apontem a IU como uma condição que, embora comum ao envelhecimento, não é natural, e portanto, precisa ser investigada. Infelizmente essa é uma barreira que precisaremos ultrapassar, uma vez que não há registro de avaliação da queixa de IU no Datasus, bem como na Pesquisa Nacional de Saúde. Reforça-se aqui a relevância dos estudos desenvolvidos no Brasil sobre a IU, em seus diversos períodos da vida. Embora não haja uma relação direta de grandes gastos aos cofres públicos, existe uma demanda muito grande relacionada às intercorrências que a IU traz à vida das pessoas, especialmente as idosas, entre elas destaca-se: o declínio funcional, a depressão e a menor participação social.

O instrumento de auto percepção da MAP apresentou uma eficiência relativamente grande para avaliação da consciência de tal grupo muscular, especialmente no grupo incontinente, e possui uma boa aplicabilidade dentro da atenção primária, pois pode ser considerado uma ferramenta de baixo custo e fácil aplicação. No entanto, novos estudos devem dar continuidade a este, a fim de realizar uma análise fatorial com posterior análise de confiabilidade interna, medida pelo alpha de Cronbach, cujo o n amostral deva ser recalculado. Por isso, novos estudos com reavaliação, comparação das avaliações inter e intra-avaliadores, deverá ser realizada a fim de validar o instrumento para mulheres idosas incontinentes. Estudos futuros poderão ser realizados com mulheres de diferentes faixas etárias para observar a ocorrência da auto percepção e realizar a validação do mesmo para essa população.

A razão de pensarmos nesta nova abordagem foi devido à diferença encontrada no estudo piloto, que envolveu um número pequeno de mulheres (n=16), onde algumas questões do instrumento passaram a não ser significativas para a predição de IU, após o fim do estudo com o total da amostra (n=99). Por outro lado, o instrumento não tem como objetivo principal a detecção de IU, mas sim identificar quem possui a melhor capacidade consciente de contração da MAP. Desta forma, mais do que uma tese, o presente trabalho é o início de uma linha de pesquisa que a autora pretende seguir na sua, agora, carreira de pesquisadora.

## **7.2 Força da MAP em idosas**

Em nosso estudo observamos que as mulheres incontinentes possuem um grau de força da MAP menor que as continentas, no entanto, haviam mulheres continentas que possuíam fraqueza da MAP e mulheres incontinentes que possuíam excelente graduação de força (Tabela 10). Estes achados corroboram com o estudo de Langoni et al. (2014) o qual avaliaram a força da MAP de 178 idosas com e sem incontinência urinária através da palpação bi digital e perineometria, onde as idosas continentas apresentaram melhores escores do que as incontinentes. Da mesma forma, Souza et al. (2009) avaliaram idosas com e sem perda urinária, através dos mesmos meios de avaliação que Langoni et al. (2014) e obtiveram resultado semelhantes aos

encontrados neste estudo, onde as incontinentes apresentaram valores significativamente menores de força da MAP.

Sartori et al. (2015) avaliaram a força do assoalho pélvico em mulheres de quatro grupos com faixas etárias distintas (30 a 40 anos; 41 a 50 anos; 51 a 60 anos; mais de 60 anos), no entanto não encontraram diferença significativa na força da MAP entre as diferentes idades. Embora nossos dados tenham apresentado diferença significativa de força da MAP entre as mulheres idosas, houveram mulheres com maior idade e que apresentaram maior contração da MAP, vindo ao encontro com o resultado acima.

Estudos atribuem estes resultados ao processo de envelhecimento e deficiência de estrogênio decorrente do climatério (PFISTERER et al., 2006; VIRTUOSO et al., 2011). Com a conseqüente diminuição das fibras de colágeno e hipotrofia das fibras musculares, levando a um aumento de células adiposas na região pélvica, a IU torna-se mais frequente em mulheres pós menopáusicas, especialmente com o avanço da idade (DANFORTH et al., 2006; FECHINE & TROMPRIERI, 2012).

De acordo com a Classificação internacional de deficiências, incapacidades e desvantagens (ICIDH), o não da MAP ocorre pela redução na capacidade de gerar força e tempo de contração insuficiente, causando uma menor coordenação da contração muscular, levando à ocorrência da IU (BO et al., 2005).

No entanto, estas não parecem serem as únicas causas da IU, entre elas reforçamos os aspectos socioeconômicos e as características clínicas das participantes, a fim de compreender quais são os determinantes que possam contribuir para auto percepção da MAP e menor razão de chance para incontinência urinária.

### **7.3 Aspectos socioeconômicos**

De acordo com as diretrizes para a incontinência urinária a história prévia da mulher é essencial para caracterização, grau de incômodo, o tempo e a presença ou ausência de sintomas (SYAN et al., 2015). Desta forma, o grau de escolaridade e o estado civil são dados relevantes para a qualidade de vida

e para o autocuidado e conhecimento sobre a doença em questão (ANDERSON, 2014).

Tamanini et al. (2003) observaram que 23,7% de 119 mulheres não possuíam nenhum tipo de estudo. No caso do presente estudo esse valor foi representado apenas por 10% da amostra, no entanto, 49% das participantes estudaram até 5 anos. Estes dados revelam a importância do questionário ser lido e respondido pelo pesquisador, a fim de facilitar a compreensão da participante e a não ocorrência de fatores de confusão nas repostas (DA SILVA et al., 2005).

Outro aspecto importante a ser ressaltado é que quanto maior a idade, menor parece ser o grau de escolaridade das participantes. Streit et al. (2015) observaram que a média de escolarização em idosos centenários foi de apenas quatro anos, valor este que se aproxima dos resultados encontrados neste estudo, porém com idosas mais novas.

Já Fernandes et al. (2015) com mulheres com IU apontaram que o estado civil tem uma relação direta com a qualidade de vida das idosas, através do KHQ, onde as mulheres casadas tiveram um impacto maior na qualidade de vida do que as solteiras. Em nosso estudo observamos que a maior parte das mulheres eram casadas (36,4%), sem grandes diferenças entre os grupos continentais e incontinentes. Da Silva et al. (2005) observou a frequência de 62,3% em 77 idosos com casados ou que possuíam companheiros. Este valor em nosso estudo corresponde a 36% da amostra. Diante da vergonha de perder urina na frente do marido no dia a dia, ou no intercurso sexual, além da tristeza e constrangimento afetando diretamente a qualidade de vida da participante (LOPES & HIGA, 2006), o presente dado deve ser levado em consideração.

Frare et al. (2011) avaliaram o perfil de mulheres incontinentes, o qual observou a frequência de 59,45% de católicas e 20,28% evangélicas. Esses resultados assemelham-se a esta pesquisa que contou com 60% das participantes católicas e 28% eram evangélicas. A religião é um elemento essencial para a análise e compreensão de como a idosa compreende o seu corpo e a própria incontinência urinária. O estudo de Senra & Pereira (2015) apontam que a religião é um fator de negação e distorção da doença, bem como tem um impacto direto na qualidade de vida. Por isso, embora



negligenciado, esse questionamento deve ser levado em consideração, especialmente no caso dos idosos.

Em relação à profissão das idosas, Frare et al. (2011) observou que 46% da amostra era no lar, 6% eram aposentadas e 32,31% eram economicamente ativas (comerciantes, domésticas, agricultoras, entre outros). Em contrapartida observamos que 46,94% das idosas eram aposentadas e 28,57% eram economicamente ativas. Esse dado pode haver relação com o fato das mulheres neste estudo serem mais velhas que as do estudo anterior.

#### **7.4 Variáveis clínicas**

Onur et al. (2009) e Yagmur et al. (2010) apontam que o risco de ocorrência para IU aumenta com o avanço da idade, especialmente em pessoas do sexo feminino. Esses dados corroboram com os achados de Smith et al. (2010) que encontrou uma prevalência de 29,5% em idosas, valor este próximo ao encontrado por Tamanini et al. (2009) que observaram uma prevalência de 26,2%. No entanto, em um inquérito populacional no Rio Grande do Sul, onde foram avaliados 7315 idosos, foi possível observar que apenas 3,9% (283) da amostra referiu possuir perda urinária (BÓS et al., 2015).

Virtuoso et al. (2015) avaliaram a incontinência urinária em mulheres praticantes de atividade física e relatou uma média de idade de 68,5 anos. Esse dado é próximo ao encontrado neste estudo, onde a média de idade das participantes foi de 68,28 anos. Ghafouri et al. (2015) estimou que a frequência da IU aumentou consideravelmente nas mulheres entre os 60 a 69 anos.

MacLennann et al. (2000) apontaram que com o aumento da idade há uma relação crescente entre a idade, a paridade, a profissão, o nível educacional são essenciais para a manutenção de uma boa qualidade de vida, além de estar associada a disfunção da MAP. Pérez-Lopez et al. (2012) reforçam a ideia de que o menor tempo de exposição ao estradiol está associado ao aumento progressivo da gravidade e desconforto da IU. No entanto, os níveis de estrogênio sérico não estão relacionados com a transição da menopausa (MISHRA et al., 2010; WAETJEN et al., 2011).

Embora em nosso estudo a idade da menopausa tenha uma relação direta com a ocorrência da incontinência urinária, ainda há muitas controvérsias na literatura, não sendo possível concluir se a mesma tem relação com a IU,

embora ela surja em sua grande maioria durante este período (GUARISI et al., 2001).

Outro aspecto descrito na literatura como fator importante para a ocorrência da incontinência urinária é a função cognitiva, ao qual torna a idosa mais predisposta a desenvolver a IU (DOWD et al., 2000; GARLEY et al., 2006). Esse dado é importante, pois as idosas incluídas neste estudo não poderiam apresentar comprometimento da função cognitiva. Ghafouri et al. (2015) afirmam a importância de que no exame físico das pacientes sejam incluídos testes de rastreio cognitivo, funcionais e que avaliem as condições potenciais para o desenvolvimento de comorbidades.

Akos & Pinar (2015) revelaram em seu estudo que a idade, a cafeína e os riscos obstétricos haviam uma relação direta com a incontinência urinária. A multiparidade, tipo de parto e tamanho do RN (maior que 4 kg) e pós menopausa apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre as continentas e incontinentes. Estes dados corroboram com os encontrados neste estudo, o qual apresentaram as incontinentes uma média de 4,24 gestações.

Um aspecto importante a ser observado é que as mulheres continentas apresentaram uma média de idade da menopausa, menor que das incontinentes. Diferentemente do padrão encontrado nas demais variáveis ginecológicas (tabela 4), a média de parto vaginal no grupo continente foi maior do que no grupo incontinente, divergindo o que já foi descrito na literatura (GUARISI et al., 2001; HIGA et al., 2005; MENEZES et al., 2015). No entanto, o peso do recém-nascido (RN) também pode ser um fator de risco para a incontinência urinária (IU) (AMORIM et al., 2015; SOUZA et al., 2015). Desta forma, o peso do RN maior e do RN menor teve média maior nas incontinentes. Vale salientar ainda que o número de cesárias foi maior no grupo incontinentes do que no continente, também discordando de estudos que apontam o parto cesário como fator de proteção para IU (BORTOLOTTI et al., 2000). Em contrapartida Smith et al. (2010) afirma que o tipo de parto não é considerado fator de risco para a ocorrência da mesma.

Neste estudo as idosas foram questionadas sobre a vida sexual, sua frequência, queixas e mudanças após a menopausa. O estudo de De Lorenzi & Saciloto (2006) relatam que a prevalência das queixas sexuais aumenta para

60% após a menopausa. Neste trabalho, 34,34% das idosas eram sexualmente ativas, as quais a maior parte era continente (36,73%). Cavalcanti et al. (2014) em seu estudo com mulheres pós menopáusicas revelou que a incontinência urinária aumentou em duas vezes a chance de queixas de disfunções sexuais. Este resultado corrobora com nosso estudo, o qual a maior parte das idosas ativas (34,34%) pertencia ao grupo continente (68%).

Valadares et al. (2008) relatou que em um grupo de mulheres entre 40 a 65 anos, o nível de incontinência urinária associou-se a piores escores de disfunções sexuais. Essa realidade pode ser justificada pelo fato das idosas possuírem medo da perda urinária durante a relação sexual (DALPIAZ et al., 2008). No entanto, percebe-se que a atividade sexual é menos frequente pelo fato da maior parte das mulheres serem casadas (FIGUEROA et al., 2009), uma vez que a IU pode alterar a frequência e a qualidade das atividades sexuais (CAVALCANTI et al., 2014). As idosas incontinentes são tomadas por sentimentos de vergonha e negativismo em até 70% dos casos, apontando um grande impacto na qualidade de vida (LOPES & HIGA, 2006).

Neste estudo observamos a ocorrência da realização de relação sexual contra a vontade, onde 10,1% das idosas já haviam sofrido algum tipo de abuso. Esse dado é alarmante, pois pode ser caracterizado como violência sexual, expressa pela utilização do corpo da pessoa idosa, sem seu consentimento, para obtenção de satisfação sexual (DE SOUZA, 2015). De acordo com dados do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) 21.019 mulheres idosas foram vítimas de violência no ano de 2014, entre as quais e mudanças no desejo sexual após a menopausa (48,48%).

As idosas deste estudo também foram questionadas sobre a prática da atividade física e a frequência da mesma, o qual observamos que 63% das mesmas não realiza nenhum tipo de atividade física. Esse dado é alarmante, diante, porém esperado, pois a prevalência de inatividade física aumenta com o envelhecimento e é alta em toda população idosa (CORSEUIL et al., 2011). Entretanto, a falta da prática de atividade física é considerada um grande problema na saúde pública moderna uma vez que o idoso fica mais predisposto a desenvolver DCNTs (GUALANO; TINUCCI, 2011; HALLAL et al., 2012).

Entre as principais doenças crônicas referidas pelas idosas deste estudo, as principais foram a hipertensão e a diabetes. De acordo com Rett et al., ambas patologias podem agravar ou causarem a IU, sendo dois fatores importantes para ocorrência da mesma. A presença de hipertensão arterial é uma condição que exige o uso de diuréticos, os quais podem ser considerados também um fator de risco para IU (SONG et al., 2005), Virtuoso et al. (2015) reforçam a importância da prática da atividade física e da adoção de hábitos saudáveis de vida com o abandono do tabagismo e redução do consumo de bebida alcoólica para essa população uma vez que ajuda no controle da HAS, minimiza os elementos irritativos à bexiga e melhora a qualidade de vida das idosas.

Por fim outro hábito investigado neste estudo foi o consumo de alimentos e bebidas irritativas da bexiga em virtude do alto teor de cafeína. Foi possível observar diferença significativa nas mulheres que consumiam chocolate e chimarrão, as quais a maioria era incontinente. Colla et al. (2015) também observaram o maior consumo de chimarrão como um fator de predisposição à IU, bem como demais alimentos que contenham grandes concentrações de cafeína. Desta forma, possível compreender que todos os fatores abordados anteriormente possuem uma relação com a ocorrência da incontinência urinária, mesmo não sendo de forma direta.

Diante do exposto, é importante ressaltar que mesmo que a idosa apresente força satisfatória da MAP ela pode ser incontinente, e da mesma forma, aquela que apresentar força fraca da MAP pode ser continente. Vários são os motivos para ocorrência deste resultado, especialmente relacionados aos fatores de risco à IU, a auto percepção e o tipo de IU. Neste estudo reforçaram-se os fatores de risco tempo de exposição ao estrogênio, através da idade da menarca e da menopausa, número de gestações, número de partos vaginais, peso do RN, alimentação, prática de atividades físicas e comorbidades crônicas como HAS e diabetes mellitus.

#### **7.4 Impacto na Qualidade de vida**

A incontinência urinária provoca grandes mudanças na vida dos indivíduos que por ela são acometidos, trazendo momentos de angústia,

estresse e depressão (RETT et al., 2007; LOPES et al., 2007). Diante disso, a ICS recomenda o rastreio e investigação da qualidade de vida, seja na prática clínica como também nos ensaios clínicos randomizados (BLAIVAS et al, 1997; TAMANINI et al, 2003).

Em virtude de sua ocorrência a qualquer hora do dia, a participação social de idosas fica reduzida e restrita ao ambiente doméstico. Este fato impacta diretamente na qualidade de vida, através do isolamento social, do estresse emocional, sentimentos de inferioridade, de velhice, associado a problemas físicos, sociais e financeiros, comuns nesta fase da vida (DELLÚ et al., 2008). De acordo com Fernandes et al. (2015) a qualidade de vida é influenciada pela idade, situação profissional, número de filhos, lesões pélvicas, tipo de parto, peso da criança ao nascer, tempo de perda de urina, entre outros.

Entre as diversas alterações que a IU provoca na vida da mulher idosa as limitações fisiológicas impostas pela doença, o desconforto psicológico em meio à vergonha do convívio social e familiar, são muito frequentes. Para Knorst, Resende & Goldim (2010) os sintomas que mais afetam a qualidade de vida de mulheres idosas estão relacionados à urgência miccional, ao esforço, frequência urinária e incontinência de urgência. Esse dado corrobora com os achos neste estudo, mesmo que não tenhamos achado diferenças estatisticamente significativas no domínio impacto da continência tanto nas mulheres incontinentes como continentas. Este fato, pode estar relacionado com o desconforto que a bexiga traz às idosas continentas, que no domínio impacto da Continência dizem perder urina em uma ou mais situações (tabela 16).

Diante de tal fato, a qualidade de vida sofre influência dos diversos fatores de risco já mencionados, porém neste trabalho observamos uma relação diretamente proporcional do escore total do KHQ adaptado com a auto percepção da MAP nas idosas (figura 11). Sendo assim, é possível concluir que quanto maior o número de fatores de risco à IU que a idosa está predisposta, maior será o seu impacto na qualidade de vida e, maior será a auto percepção da idosa.

O estudo de Faria et al. (2015) revelou o maior impacto nos domínios limitação no desempenho de tarefas, emoções e relações pessoais. Já o

estudo de Bomfim et al. (2014) comparou a qualidade de vida de pacientes atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e de serviços privados na cidade de Maceió (Alagoas), o qual também encontrou limitações nestes mesmos domínios. Neste estudo, observamos o impacto maior nos domínios medidas de gravidade, limitações no desempenho de tarefas e emoções, achados que corroboram com os estudos anteriores.

#### **7.4 Impacto na Qualidade de vida**

Como fator limitante deste estudo, destaco a não classificação do tipo de IU de cada mulher, uma vez que estas não possuíam um diagnóstico e apresentaram a queixa auto referida. Outro aspecto não abordado neste estudo, está relacionado com o índice de massa corporal (IMC) e o peso (Kg) das idosas em questão, os quais não foram mencionados, pois estes resultados não foram coletados em todas as idosas.

Outra limitação do estudo foi não atingir a amostra intencionada de 142 idosas, sendo 71 incontinentes e 71 continentas. Isso ocorreu por diversos motivos, mas a dificuldade de contato com as pacientes ou de aceitação para a participação na pesquisa foi um fator limitador. Foram visitadas mais de 300 idosas no município de Uruguaiana e apenas um terço delas participaram do mesmo. No entanto, salientamos que conseguimos resultados significativos mesmo com a amostra de 99 participantes.

O desenho metodológico deste estudo, com característica descritiva, não permitiu acompanhar as participantes e nem fazer intervenção. Todavia, novos estudos com aumento do  $n$  amostral, acompanhamento e intervenção das idosas estão sendo realizados no grupo de estudos da pesquisadora, na Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Acreditamos que destes trabalhos conseguiremos fazer ligações e responder perguntas que surgiram com os resultados apresentados nesta pesquisa.

## 8. CONCLUSÕES

Diante dos resultados apresentados, observou-se que existe uma relação entre a auto percepção da MAP e a força da MAP especialmente no grupo incontinente. Essa relação com as idosas incontinentes pode ser melhor compreendida pelo fato das mesmas encontrarem-se mais expostas a eventos que exijam uma maior contração da MAP, mesmo que de forma inadequada. Este resultado nos atenta para outro fator relevante que é a menor percepção das idosas continententes sobre o funcionamento do assoalho pélvico. Desta forma, sugere-se a execução de novos estudos para tentar desenvolver ações estratégicas de prevenção e educação das mesmas, uma vez que este grupo não possui queixas, mas pode apresentar vários fatores de risco para a ocorrência de IU.

Como objetivo específico deste estudo foi desenvolver um teste de avaliação da consciência da MAP em idosas. Objetivo este atingido, uma vez que foi construído com base em entrevistas com peritos no assunto e que muito contribuíram para a elaboração do mesmo. Observamos que as idosas incontinentes apresentaram melhores escores de auto percepção que as idosas continententes. Desta forma, o instrumento possui maior indicação para aplicação em idosas com IU. Este resultado difere do esperado, uma vez que considerávamos que as idosas continententes, por não possuírem queixas, apresentavam uma melhor consciência. Entretanto, talvez este fato não seja determinante para a IU, mas é fundamental no tratamento e prevenção da mesma.

Outro objetivo deste estudo, avaliação da consciência corporal da musculatura do assoalho pélvico de idosas e o resultado da palpação bi digital do canal vaginal, foi realizado através de um comparativo entre o resultado do instrumento de auto percepção e o resultado da avaliação funcional da MAP. Neste caso observamos que entre as idosas incontinentes existe uma relação crescente, onde quanto maior a auto percepção do Assoalho Pélvico, maior a força muscular. No entanto, no caso das idosas continententes, ocorreu justamente o contrário, aquelas que diziam ter maior auto percepção, com escores maiores do instrumento, apresentaram resultados piores de força de contração da MAP.

Este resultado responde ao objetivo secundário deste estudo que foi comparar a auto percepção da consciência corporal com a percepção do terapeuta, onde revelou-se que há divergência na percepção da MAP entre paciente e terapeuta. É possível inferir que o instrumento de auto percepção da MAP pode ser aplicado a idosas incontinentes sem a necessidade da avaliação funcional do mesmo, contudo, entre as continentas, a avaliação funcional ainda continua sendo importante para mensurar a classificação da idosa que reconhece e não reconhece a contração, bem como seus graus de força. Estes dados, são muito importantes, pois pré-dispõem a idosa a IU no futuro, ou, no caso de melhores escores, podem ser fatores de proteção.

Este estudo também objetivou verificar a razão de chance do indivíduo de apresentar IU se apresentar um escore menor de consciência corporal da MAP. Desta forma, foi possível observar que quanto maior a pontuação do instrumento de auto percepção, maior é a chance de desenvolver IU, portanto, não podendo ser considerado como um instrumento preditivo para IU, uma vez que essa mesma analogia não ocorre com as idosas continentas.

Diante do exposto, sugere-se que novos estudos sejam realizados a fim de complementar os resultados apresentados nesta tese. O acompanhamento destas idosas, a curto e médio prazo, é essencial para a prevenção da ocorrência da IU ou para o diagnóstico e tratamento precoce das idosas afetadas. O serviço de fisioterapia da UNIPAMPA montou um banco de dados com todas as avaliadas e conforme disponibilidade estão sendo chamadas para receber atendimento, dando prioridades àquelas com incontinência urinária.

Está sendo desenvolvido pela pesquisadora e seu grupo de estudos, uma cartilha com informações pertinentes ao assoalho pélvico e exercícios descritos de maneira fácil e clara para que as pacientes com risco de IU possam realizar em casa. A estas será orientado a realização destes exercícios por três meses e retornar para uma nova reavaliação.

É importante salientar também que todas as idosas receberão os resultados dos seus testes, os quais ficarão disponíveis nos postos de saúde ao qual são usuárias e foram avaliadas. Elas receberão o aviso pelos agentes de saúde e poderão retirar os mesmos para anexar aos seus exames pessoais. As idosas que apresentaram possível indicativo de IU ou declínio cognitivo



receberão uma solicitação de encaminhamento para um profissional especialista e para a realização de exames mais detalhados.

Por fim este estudo concluiu que as idosas incontinentes apresentaram maior percepção dos músculos do assoalho pélvico que as continentas. Concluiu-se também que há uma relação entre a auto percepção da MAP e a escala de Oxford e de Figueiredo neste grupo e uma relação contrária nas continentas. O mesmo revelou que a auto percepção da MAP também tem relação com o impacto na qualidade de vida das idosas incontinentes, assim como os fatores de risco avaliados demonstraram possuir uma relação direta com a ocorrência da incontinência urinária.

Entretanto este instrumento não pode ser considerado como preditivo para a IU, mas pode auxiliar na avaliação do seu comprometimento, ainda na atenção básica, facilitando o manejo da mesma. Este estudo reforça a importância de uma boa avaliação e investigação desta condição para que seja realizado um encaminhamento correto e adequado para o serviço especializado. Os profissionais de geriatria e gerontologia devem atentar para essa condição crônica e buscar os encaminhamentos necessários. Diante da repercussão da mesma nos diversos âmbitos da vida do idoso, sendo um possível sinalizador de fragilidade, tais ações são primordiais para conseguiremos reduzir o impacto da IU, além de valorizar de maneira correta o aparecimento deste sintoma.

## REFERÊNCIAS

ABRAMS, P. et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. **Urology**, v. 61, n. 1, p. 37-49, 2003.

ABRAMS, P. et al. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. **Neurourology and urodynamics**, v. 29, n. 1, p. 213-240, 2010.

AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH (AHCPR). **Overview: urinary incontinence in adults clinical practice guideline update.** [online] Rockville, MD. March 1996. Available from: <http://www.ahcpr.gov/clinic/uiovervw.htm> (02 ago. 2014).

AKKUS, Y.; PINAR, G. Evaluation of the prevalence, type, severity, and risk factors of urinary incontinence and its impact on quality of life among women in Turkey. **International urogynecology journal**, p. 1-7, 2015

ALDRIGHI, J. M.; ALDRIGHI, C. M. S.; ALDRIGHI, Ana Paula S. Alterações sistêmicas no climatério. **Rev Bras Med**, v. 59, n. 4, p. 15-21, 2002.

AMARO JL, GAMEIRO MO. **Intervenção clínico da incontinência urinária feminina: eletroestimulação endovaginal e exercícios perineais [livre docência]**. Botucatu: Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Medicina; 2000.

AMARO, J. L. et al. Prevalence and risk factors for urinary and fecal incontinence in Brazilian women. **International braz j urol**, v. 35, n. 5, p. 592-598, 2009..

ANDERSSON G. **The Internet and CBT: A Clinical Guide**, Boca Raton: CRC Press: 2014

BALMFORTH, J. R. et al. A prospective observational trial of pelvic floor muscle training for female stress urinary incontinence. **BJU international**, v. 98, n. 4, p. 811-817, 2006.

BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia**. Guanabara Koogan, 2007.

BARBOSA, A. M. P. et al. Efeito da via de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 11, p. 677-82, 2005.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70. Acedido em 29, abril, 2011. 2004.

BATISTA, R.L.A.; SOUZA, F.O.; DIAS, L.A.R.; SILVA, A.C.J.S.R.; FREITAS, M.M.S.; SÁ, M.F.S.; FERREIRA, C.H.J. Revisão sistemática das influências do hipoestrogenismo e do treinamento sobre a incontinência urinária. **Femina**, v.38, n.3, p.135-140, 2010

BIANCHI, L. R. O. ENVELHECIMENTO MORFOFUNCIONAL: DIFERENÇA ENTRE OS GÊNEROS. **Arquivos do Museu Dinâmico Interdisciplinar**, v. 18, n. 2, p. 33-46, 2015.

BIRREN, J. E.; SCHROOTS, J. JF. **History, concepts, and theory in the psychology of aging**. 1996.

BJÖRNSDÓTTIR, L. T.; GEIRSSON, R. T.; JÓNSSON, P. V. Urinary incontinence and urinary tract infections in octogenarian women. **Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica**, v. 77, n. 1, p. 105-109, 1998.

BLAIVAS, J. G. et al. Standards of efficacy for evaluation of treatment outcomes in urinary incontinence: recommendations of the Urodynamic Society. **Neurourology and urodynamics**, v. 16, n. 3, p. 145-147, 1997.

BLANES, L.; PINTO, R. CT; SANTOS, V. L. C. G. Urinary incontinence. Knowledge and attitudes in São Paulo. **Brazilian Journal Urology**, v. 27, n. 3, p. 281-8, 2001.

BO, S. M. K. Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength. **Physical Therapy**. v. 85, p. 269-82, 2005.

BOMFIM, I. Q. M.; SOUTINHO, R. S. R.; DE ARAÚJO, E. N.. Comparação da Qualidade de Vida das Mulheres com Incontinência Urinária Atendidas no Sistema de Saúde Público e Privado. **UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 16, n. 1, 2014.

BORTOLOTTI A, BERNARDINI B, COLLI E, DI BENEDETTO P, GIOCOLI NACCI G, LANDONI M, et al. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in Italy. **European Urology** , v.30, n.37, p.30-35, 2000.

BOTELHO LAA, GODOI JAF. Eletromiografia-Biofeedback na medicina de reabilitação. In: Lianza S. **Medicina de Reabilitação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 257-64

BÓS, Â. J. G. **EpilInfo, sem mistérios: um manual prático**. Edipucrs, 2004.

BÓS, A.J. G. et al. **Perfil dos idosos do Rio Grande do Sul**. Org. Ângelo José Gonçalves Bós, Andrea Ribeiro Mirandola, Andressa Lewandowski e Claudine Lamanna Schirmer. Secretaria da Saúde. Escola de Saúde Pública. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.– Porto Alegre, 2015.

BRAGA, C.; LAUTERT, L. Caracterização sociodemográfica dos idosos de uma comunidade de Porto Alegre, Brasil. **Revista gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre. Vol. 25, n. 1 (abr. 2004), p. 44-55, 2004.

BRITO-SILVA, K.; BEZERRA, A. F. B.; TANAKA, O. Y. Direito a saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para a sua efetivação. **Interface: Comunicação, saúde e educação**, v.16, n.40, p.249-59, 2012.

BUSHNELL, D. M. et al. Quality of life of women with urinary incontinence: cross-cultural performance of 15 language versions of the I-QOL. **Quality of Life Research**, v. 14, n. 8, p. 1901-1913, 2005.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2011. p. 58-73.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, Ana A. **Os Novos Idosos Brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253-92.

CAMMU H, NYLEN M, AMY JJ. A 10-year follow-up after Kegel pelvic floor muscle exercises for genuine stress incontinence. **BJU International**, Bruxelas, v. 85, p. 655-658, 2000.

CARBONI, R. M.; REPPETTO, M. Â.. Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 1, 2009.

CARDOSO, A. F.. Particularidades dos idosos: uma revisão sobre a fisiologia do envelhecimento. **Revista Digital Buenos Aires**, v. 13, p. 130, 2009.

CARVALHO, F.J.W. Envelhecimento do aparelho urinário. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; CANÇADO, F.A.X.; DOLL, J.; GORZONI, M.L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.690-694., 2006.

CAVALCANTE, K. V. M. et al. Prevalência e fatores associados à incontinência urinária em mulheres idosas. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 27, n. 2, p. 216-223, 2014.

COLLA, C.; GHISLENI, A. P.; PAIVA, L. L.. Perfil de Usuários que Buscam Atendimento Fisioterapêutico para Incontinência Urinária em um Centro de Saúde do Município de Porto Alegre. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 8, n. 3, p. 45-54, 2015.

CORSEUIL, M. W. et al. Perception of environmental obstacles to commuting physical activity in Brazilian elderly. **Preventive medicine**, v. 53, n. 4, p. 289-292, 2011.

COYNE, K. S. et al. The impact on health-related quality of life of stress, urge and mixed urinary incontinence. **BJU international**, v. 92, n. 7, p. 731-735, 2003.

DA SILVA, A. P. M.; DE GOUVEIA SANTOS, V. L. C. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 39, n. 1, p. 36-45, 2005.

DALPIAZ, O. et al. Female sexual dysfunction: a new urogynaecological research field. **BJU international**, v. 101, n. 6, p. 717-721, 2008.

DANFORTH, K. N. et al. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 194, n. 2, p. 339-345, 2006.

DE ALENCAR, D. L. et al. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, 2014.

DE CARVALHO, T. A. M. et al. TRABALHO MULTIPROFISSIONAL: NECESSIDADES REAIS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS NA ATENÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA. **Ciência Atual–Revista Científica Multidisciplinar das Faculdades São José**, v. 5, n. 1, 2015.

DE LORENZI, D. R. S.; BARACAT, E. C. Climatério e qualidade de vida. **Femina**, v. 33, n. 12, p. 899-903, 2005.

DE LORENZI, D. R. S.; SACIOTO, B.. Frequência da atividade sexual em mulheres menopausadas. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 52, n. 4, p. 256-60, 2006.

DE MORAES, E. N. **Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso**. 6ª Ed., Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

DE SOUZA, D. C. F.; OLIVEIRA, M. H.; FERRI, M. E. C. Violência familiar contra idosos: uma proposta metodológica para a superação desta violação de direitos. **SEMINÁRIO INTEGRADO-ISSN 1983-0602**, v. 7, n. 7, 2015.

DE VITTA, A.; NERI, A. L.; PADOVANI, Carlos R. Nível de atividade física e desconfortos músculo-esqueléticos percebidos em homens e mulheres, adultos e idosos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 7, n. 1, p. 45-52, 2003.

DEDICAÇÃO, A. C. et al. Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. **Brazilian Journal of Physical Therapy (Impr.)**, v. 13, n. 2, p. 116-122, 2009.

DELLÚ, M. C.; ZÁCARO, P. M. D.; SCHMITT, A. C. B. Prevalência de sintomas urinários e fatores obstétricos associados em mulheres adultas. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 12, n. 6, p. 482-7, 2008.

DI BENEDETTO, P. Female urinary incontinence rehabilitation. **Minerva ginecologica**, v. 56, n. 4, p. 353-369, 2004.

DOS REIS, R. B. et al. Incontinência urinária no idoso1. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 18, n. Supl 5, 2003.

DOS SANTOS, A. B. V. et al. Factors Related to Depressive Complaints on Climacteric: a Cross-Sectional Study. **International Archives of Medicine**, v.8, n.1, 2015.

DOS SANTOS, F. H.; ANDRADE, V. M.; BUENO, O. F. A. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicologia em estudo**, v. 14, n. 1, p. 3-10, 2009.

DOWD, T.; KOLCABA, K.; STEINER, R. Using cognitive strategies to enhance bladder control and comfort. **Holistic Nursing Practice**, v. 14, n. 2, p. 91-103, 2000.

DRIUSSO. P.; CHIARELLO. B. **Fisioterapia Gerontológica**. Editora Manole Ltda, 2007.

DUNCAN B.B., SCHMIDT M.I., GIUGLIANI, E.R.J. (org.) **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3 Ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2004.

ELSNER, R. J.F. Changes in eating behavior during the aging process. **Eating behaviors**, v. 3, n. 1, p. 15-43, 2002.

FARIA, C. A. et al. Effect of the type of urinary incontinence on the quality of life of patients in the public healthcare system in Southeastern Brazil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, n. 8, p. 374-380, 2015.

FERNANDES, C. E. et al. Consenso Brasileiro Multidisciplinar de Assistência à Saúde da Mulher Climatérica. **SOBRAC**. Editora Segmento, p. 219-270, 2003.

FERNANDES, S. et al . Calidad de vida en mujeres con Incontinencia Urinária. **Revista Enfermagem de Referência**, Coimbra , v. serIV, n. 5, jun. 2015 . Disponível em <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832015000200011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000200011&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 08 jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14042>

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O. Processo de Envelhecimento: As principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**, v. 1, n. 7, p. 106-194, 2012.

FIGUEROA, R. et al. Prevalencia de disfunción sexual en mujeres climatéricas. **Revista médica de Chile**, v. 137, n. 3, p. 345-350, 2009.

FRANZEN, E. et al. Adultos e idosos com doenças crônicas: implicações para o cuidado de enfermagem. **Revista Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre. Vol. 27, n. 2 (2007), p. 28-31, 2007.

FRARE, J. C.; DE SOUZA, F. T.; DA SILVA, J. R. Perfil de mulheres com incontinência urinária submetidas a procedimento cirúrgico em um hospital de

ensino do sul do país. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 32, n. 2, p. 185-198, 2011.

GABRIELA, A. *et al.* Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. 181–192, 2013.

GALHARDO, C., KATAYAMA, M. Anatomia e fisiologia do trato urinário inferior feminino. In: CHIARAPA T.R. CACHO C.P., ALEVES, A.F.D. **Incontinência urinária feminina: assistência fisioterapêutica e multidisciplinar**. 1ed. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora: 2007.

GARLEY, A.; UNWIN, J. A case series to pilot cognitive behaviour therapy for women with urinary incontinence. **British journal of health psychology**, v. 11, n. 3, p. 373-386, 2006.

GOTTLIEB, M. G. V. *et al.* Envelhecimento e longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 2, p. 365-80, 2011.

GOULART, F. A. A.; ANDRADE, D. E. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os Sistemas de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

GROSSE, D.; SENGLER J. **Reeducação do assoalho pélvico**. São Paulo: Manole; 2000.

GUALANO, B.; TINUCCI, T. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, p. 37-43, dez. 2011.

GUARISI, T. *et al.* Sintomas urinários e genitais em mulheres climatéricas. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, v. 108, n. 4, p. 125-30, 1998.

HADDAD J. M., RIBEIRO, R.M., CARVALHO, F.M. **Avaliação clínica de mulheres com incontinência urinária de esforço tratadas com cone vaginal**. Departamento de Ginecologia Universidade de São Paulo USP; 1999.

HALLAL, P. C. *et al.* Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. **The lancet**, v. 380, n. 9838, p. 247-257, 2012.

HANNESTAD, Y. S. *et al.* A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence:: The Norwegian EPINCONT Study. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 53, n. 11, p. 1150-1157, 2000.

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

HAYWOOD, K. M. E GETCHELL, N. **Desenvolvimento motor ao longo da vida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

HERÉDIA, V. A imigração europeia no século XIX: o Programa de Colonização no Rio Grande do Sul. **Scripta Nova: revista electrónica de geografia y ciencias sociales**, n. 5, p. 10, 2001.

HERRMANN, V. et al. Eletroestimulação transvaginal do assoalho pélvico no intervenção da incontinência urinária de esforço: avaliações clínica e ultrasonográfica. **Revista Associação Médica Brasileira**. v. 49, n. 4, p. 401-5, 2003.

HIGA, R.; DE MORAES LOPES, M. H.B.; DOS REIS, M. J. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 42, n. 1, p. 187, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA (IBGE). **Estimativas da população residente com data de referência** (junho de 2014). D.O.U em 28/08/2014. Rio de Janeiro: IBGE-DEPIS. Disponível em:www.ibge.gov.br.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA (IBGE). **Projeção da população no Brasil por sexo e idade 1980-2050**. Revisão 2008. Rio de Janeiro: IBGE-DEPIS. Disponível em:www.ibge.gov.br.

JEREZ-ROIG, J.; SOUZA, D. L. B.; LIMA, K. C. Incontinência urinária em idosos institucionalizados no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 4, p. 865-79, 2013.

KIM, J. The development and evaluation of an incontinence intervention program for the elderly women at elderly welfare center. **Journal of Korean Academy of Nursing**, v. 34, n. 8, p. 1427-1433, 2004.

KIRKWOOD, T. B. L. A systematic look at an old problem. **Nature**, v. 451, n. 7179, p. 644-647, 2008.

KNORST, M. R.; RESENDE, T. L.; GOLDIM, J. R. Clinical profile, quality of life and depressive symptoms of women with urinary incontinence attending a university hospital. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 15, n. 2, p. 109-116, 2011.

KNORST, M. R. et al. Quality of life assessment before and after a physical therapy intervention for urinary incontinence. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 20, n. 3, p. 204-209, 2013.

LAYCOCK, J. Female pelvic floor assessment: the Laycock ring of continence. **Journal National Women Health Group Australian Physiotherapy Association**, p. 40-51, 1994.



LENARDT, M. H., CARNEIRO, N.H.K. "Associação entre as características sociodemográficas e a capacidade funcional de idosos longevos da comunidade." **Cogitare Enfermagem**, v.18., n. 1, 2013.

LIMA, S. V. S. Fisioterapia: A Relevância no Tratamento da Incontinência Urinária. **Revista Eletrônica Novo Enfoque**, v. 10, n. 10, p. 144-160, 2010.

LOLLAR, D.; CREWS, J. Redefining the role of public health in disability. **Annual Review of Public Health [S.l.]**, v. 24, p. 195-208, 2003.

LOPES, M. H. B. M.; HIGA, R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 1, p. 34-41, 2006.

LOPESI, G. V. D. O. et al. Acolhimento: quando o usuário bate à porta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 1, p. 104-110, 2014.

LORENZI, D. R. S. et al. Assistance to the climacteric woman: new paradigms. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 2, p. 287-293, 2009.

LUFT, J.; VRIHEAS-NICHOLS, A. A. Identifying the risk factors for developing incontinence: Can we modify individual risk?. **Geriatric nursing**, v. 19, n. 2, p. 66-72, 1998.

MACIEL, A.C. Incontinência Urinária. In: FREITAS, E. V.; PY L.; CANÇADO, F.A.X.; DOLL, J.; GORZONI, M.L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.723-732.

MACLENNAN, A. H. et al. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 107, n. 12, p. 1460-1470, 2000.

MADILL, S. J.; HARVEY, M.A.; MCLEAN, L. Women with SUI demonstrate motor control differences during voluntary pelvic floor muscle contractions. **International Urogynecology Journal**, v. 20, n. 4, p. 447-459, 2009.

MARDON, R. E. et al. Management of urinary incontinence in Medicare managed care beneficiaries: results from the 2004 Medicare Health Outcomes Survey. **Archives of internal medicine**, v. 166, n. 10, p. 1128-1133, 2006.

MARGALITH, I., GILLON, G.; GORDON, D. Urinary incontinence in women under 65: quality of life, stress related to incontinence and patterns of seeking health care. **Quality of Life research**, v. 13, n. 8, p. 1381-1390, 2004.

MARQUES, A. A.; PINTO, E. M. P.; AMARAL, M. T. P. **Tratado de Fisioterapia em Saúde da Mulher**. São Paulo: Roca, 2011.

MATHEUS, L. M., et al. "Influência dos exercícios perineais e dos cones vaginais, associados à correção postural, na intervenção da incontinência urinária feminina." **Revista Brasileira de Fisioterapia** v.4., n10, 2006, p.387-92.

MELO, B. E. S. et al. Correlation between signs and symptoms of urinary incontinence and self-esteem in elderly women. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 1, p. 41-50, 2012.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. In: **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, L. C. B.; CAPRARA, A. Interdisciplinary bachelor's degree in health: analysis of a new higher education curriculum in Brazil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 42, p. 719-731, 2012.

MENEZES, E. C. et al. Risk factors for urinary incontinence in elderly women practicing physical exercises. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, v. 37, n. 2, p. 82-86, 2015.

MILLER, M. Nocturnal polyuria in older people: pathophysiology and clinical implications. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 48, n. 10, p. 1321-1329, 2000.

MINAYO M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica - Brasília : **Cadernos de Atenção Básica**, n. 19, Ministério da Saúde, p.192, 2006.

MISHRA, G. D.; CARDOZO, L.; KUH, D. Menopausal transition and the risk of urinary incontinence: results from a British prospective cohort. **BJU international**, v. 106, n. 8, p. 1170-1175, 2010.

MITRANO P. Fisiopatologia e Classificação da incontinênciaa urinária. In: Moreno AL. **Fisioterapia em Uroginecologia**. Barueri, SP: Manole; 2004. p.29-37.

MOEHRER, B.; HEXTALL, A.; JACKSON. S. **Oestrogens for urinary incontinence in women (Cochrane Review)**. Cochrane Library Review, Issue 3, p.CD001405, 2007.

MORAES, R. Uma experiência de pesquisa coletiva: introdução à análise de conteúdo. **A construção do conhecimento e sua mediação metodológica**. Porto Alegre: EDIPUCRS, p. 111-129, 1998.

MOREIRA, M. A.; BRAITT, L. L.. As alterações biopsicossociais no climatério e a inter-relação com a qualidade de vida: um estudo de revisão integrativa. **Memorialidades**, v. 11, n. 21, p. 57-84, 2015.

MOREIRA, S. F. S. et al. Mobilidade do colo vesical e avaliação funcional do assoalho pélvico em mulheres continentas e com incontinência urinária de esforço, consoante o estado hormonal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 24, n. 6, 2002.

MORENO AL, MITRANO P. Avaliação do assoalho pélvico: avaliação funcional. In: Moreno AL. **Fisioterapia em Uroginecologia**. Barueri, SP: Manole; 2004 p.107-112.

MORKVED, S.; BO, K.; FJORTOFT, T. Effect of adding biofeedback to pelvic floor muscle training to treat urodynamic stress incontinence. **Obstetrics & Gynecology**, v. 100, n. 4, p. 730-739, 2002.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p.363- 372, 2007.

NASCIMENTO, S.M. do. Avaliação fisioterapêutica da força muscular do assoalho pélvico na mulher com incontinência urinária de esforço após cirurgia de Wertheim-Meigs: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 2, p. 157-163, 2009.

NEUMANN, P. B. et al. Physiotherapy for female stress urinary incontinence: a multicentre observational study. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 45, n. 3, p. 226-232, 2005.

NEUMANN, P. B.; GRIMMER, K. A.; DEENADAYALAN, Y. Pelvic floor muscle training and adjunctive therapies for the treatment of stress urinary incontinence in women: a systematic review. **BMC Women's Health**, v. 6, n. 1, p. 11, 2006.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2003 - 2004**. Tradução de Cristina Correa. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ONUR, R. et al. Prevalence and risk factors of female urinary incontinence in eastern Turkey. **International journal of urology**, v. 16, n. 6, p. 566-569, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10<sup>a</sup> rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.2.

ORTOLAN, M. C. A. B. et al. Influência do envelhecimento na qualidade da pele de mulheres brancas: o papel do colágeno, da densidade de material elástico e da vascularização. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 28, n. 1, p. 41-48, 2013.

PALACIOS, J. Mudança e desenvolvimento durante a idade adulta e a velhice. **Desenvolvimento Psicológico e Educação Psicologia Evolutiva**, v. 1, p. 2, 2004.

PALMER, R.M. Management of common clinical disorders in geriatric patients. **American College of Physicians Medicine**. v.1, n.27, 2008.

PEREIRA, W. M. P. et al. Ansiedade no climatério: prevalência e fatores associados. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, v. 19, n. 1, p. 89-97, 2009

PÉREZ-LÓPEZ, F. R. et al. Urinary incontinence, related factors and menopause-related quality of life in mid-aged women assessed with the Cervantes Scale. **Maturitas**, v. 73, n. 4, p. 369-372, 2012.

PETROSKI, E. L.; BEM, M. F. L.; PIRES-NETO, C. S. Maturação sexual e somática em escolares recém-maturadas de diferentes níveis socioeconômicos. **Revista APEF de Londrina**, v. 10, 1995

PFISTERER, M. H.-D. et al. The effect of age on lower urinary tract function: a study in women. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 54, n. 3, p. 405-412, 2006.

PICCINI, R. X. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 657-67, 2006.

PORTERO, Henri. Éducation du contrôle périnéal chez la femme. **Kinésithérapie scientifique**, n. 474, p. 34-36, 2007.

RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et Al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 72-78.

REIS, R. B. Incontinência urinária do idoso. **Acta Cirúrgica Brasileira - Vol 1**. p.47-48, 2003.

RETT, M. T.; SIMÕES, J. A.; HERRMANN V.; GURGEL, S. C.; MORAIS, S. S. Qualidade de vida em mulheres após intervenção da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.29, n.3., p134-140, 2007.

RIBEIRO, A. S. et al. Avaliação dos sintomas e da qualidade de vida das mulheres no climatério DOI: [http://dx. doi. org/10.5892/ruvrd. v13i1. 1837](http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v13i1.1837). **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 13, n. 1, p. 48-65, 2015.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Política Nacional de Atenção ao Idoso e a Contribuição da Enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.16, n. 3, p. 536-45, jul/set. 2007.

RODRIGUES, R. A. P.; MMR, M. Incontinência urinária em idosos: proposta para a conduta da enfermeira. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 2, n. 2, p. 5-20, 1994.

ROSENBERG, L. J.; GRIFFITHS, D. J.; RESNICK, N. M. Factors that distinguish continent from incontinent older adults with detrusor overactivity. **The Journal of urology**, v. 174, n. 5, p. 1868-1872, 2005.

RUDGE, M. V. et al. The safe motherhood referral system to reduce cesarean sections and perinatal mortality-a cross-sectional study [1995-2006]. **Reproductive Health**, v. 8, n. 1, p. 34, 2011.

SARTORI, D. V.B. et al. Confiabilidade da avaliação dos músculos do assoalho pélvico em força continente mulheres saudáveis. **BMC Urologia**, v. 15, n. 1, p. 29 de 2015.

SAYEG, M. A.; MESQUITA, R. A. V. Políticas Públicas de Saúde para o Envelhecimento. IN: FREITAS, Elisabete V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 1083-89.

SENRA, C.; PEREIRA, M. G. Quality of life in women with urinary incontinence. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 61, n. 2, p. 178-183, 2015.

SILVA, A. P. M. and SANTOS, V. L. C. G. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. **Revista Escola de Enfermagem. USP** [online]. 2005, vol.39, n.1, pp. 36-45. ISSN 1980-220X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000100005>.

SINCLAIR, A.J.; RAMSAY, I.N. Review The psychosocial impact of urinary incontinence in women. **The Obstetrician & Gynecologist**, v.13, p.143-148, 2011.

SMITH, A. L. et al. Correlates of Urinary Incontinence in Community-Dwelling Older Latinos. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 58, n. 6, p. 1170-1176, 2010.

SONG, Y. F. et al. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in Fuzhou Chinese women. **Chinese medical journal**, v. 118, n. 11, p. 887-892, 2005.

SOUSA, C. S.; RODRÍGUEZ-MIRANDA, F. P. Envelhecimento e Educação para Resiliência no Idoso. **Educação & Realidade**, v. 40, n. 1, p. 33-51, 2015.

SOUZA, Cláudia EC et al. Estudo comparativo da função do assoalho pélvico em mulheres continentas e incontinentes na pós menopausa. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 13, n. 6, p. 535-41, 2009.

SOUZA, Cláudia EC et al. Comparative study of pelvic floor function in continent and incontinent postmenopausal women. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 13, n. 6, p. 535-541, 2009.

SOUZA, R. S. Anatomia do envelhecimento. In: Papaléo Neto, M.; Carvalho Filho, E. T. **Geriatría: Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. São Paulo. Atheneu. p.35-42, 2002.

STARFIELD, B. Atenção primária. **Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, 2002.

STREIT, I. A. et al. Nível de atividade física e condições de saúde em idosos centenários. **DO CORPO: ciências e artes**, v. 5, n. 1, 2015.

TALASZ, H. et al. Phase-locked parallel movement of diaphragm and pelvic floor during breathing and coughing—a dynamic MRI investigation in healthy females. **International urogynecology journal**, v. 22, n. 1, p. 61-68, 2011.

TAMANINI, J. T. N. et al. Validação do " King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 2, p. 203-11, 2003.

TAMANINI, J. T. N. et al. Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brazil: SABE Study (Health, Wellbeing and Aging). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1756-1762, 2009.

THOMPSON, J. A. et al. Assessment of voluntary pelvic floor muscle contraction in continent and incontinent women using transperineal ultrasound, manual muscle testing and vaginal squeeze pressure measurements. **International Urogynecology Journal**, v. 17, n. 6, p. 624-630, 2006.

TORRES, A. C. N. M.; LEITE, J. L. F. Atuação Fisioterapêutica na Manifestações Climatéricas Decorrentes do Hipoestrogenismo. **REVISTA INSPIRAR**, v.1, n.3, p. 7., 2009.

TROEN, R.B. The biology of aging. **Mt. Sinai J. Med.**, n. 70, v. 1, p. 3-22, 2003.

VALADARES, A. L. et al. Sexuality in Brazilian women aged 40 to 65 years with 11 years or more of formal education: associated factors. **Menopause**, v. 15, n. 2, p. 264-269, 2008.

VIRTUOSO, J. F.; MAZO, G. Z.; MENEZES, E. C. Urinary incontinence and do pelvic floor muscle function in physically active and sedentary elderly women. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 15, n. 4, p. 310-317, 2011.

VOORHAM–VAN DER ZALM, PETRA J. et al. Effects of magnetic stimulation in the treatment of pelvic floor dysfunction. **BJU international**, v. 97, n. 5, p. 1035-1038, 2006.

WALSTON, J. et al. Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 54, n. 6, p. 991-1001, 2006.

WAETJEN, L. E. et al. Serum estradiol levels are not associated with urinary incontinence in mid-life women transitioning through menopause. **Menopause** (New York, NY), v. 18, n. 12, p. 1283, 2011.

WESNES, S. L.; RORTVEIT, G.; HUNSKAAR, S. **Epidemiology of urinary incontinence in pregnancy and postpartum**. INTECH Open Access Publisher, 2012.

WOOLLACOTT, A. S.C.; M.H. **Controle motor: teoria e aplicações práticas**. São Paulo: Manole, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Research on the menopause in the 1990s**: Report of a WHO Scientific Group. 1996. Acesso em: 01/12/2015

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Chronic diseases**. Disponível em [www.who.int](http://www.who.int): Acesso em: 01/12/2015

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Towards a common language for functioning, disability and health**. Geneva, 2002. Acesso em: 01/12/2015

YAĞMUR, Y.; ULUKOCA, N.. Urinary incontinence in hospital-based nurses working in Turkey. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 108, n. 3, p. 224-227, 2010.

ZARPELLON MAZO, G. Fatores de risco para incontinência urinária em mulheres idosas praticantes e exercícios físicos. **CEP**, v. 88080, p. 350., 2015.

**ANEXOS**



<b>Menu Projetos</b>
Projetos
Editais
Histórico de Submissões
Relatórios
Certificados Solicitados
Carga-horária em projetos
Arquivos download
<b>Bolsistas &amp; Voluntários</b>
Processos de Seleção de Bolsistas
Bolsistas
Voluntários
<b>Estágios</b>
Processos de Seleção
Estagiários
Solicitar Estagiário
Histórico de Solicitações
<b>Avaliador</b>
Minhas avaliações

### AVALIAÇÃO DA CONSCIÊNCIA CORPORAL DA MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO E SUA RELAÇÃO COM A INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM IDOSAS

A incontinência urinária (IU) em mulheres acomete milhões de pessoas de diversas idades, em especial idosas. A fisioterapia surge com importante papel terapêutico, uma vez que auxilia na reabilitação e melhora da função da musculatura perineal, facilitando a consciência corporal e diminuindo os riscos causados pela IU. Este estudo visa elaborar um instrumento que avalie a consciência da Musculatura do Assolho Pélvico (MAP), bem como inferir possíveis relações com a incontinência urinária em idosas. Idosas, buscando alternativas de intervenção de fácil acesso, eficazes e de baixo custo dentro da Atenção Primária. O mesmo tem por objetivo: estudar a relação entre a consciência corporal da MAP e o resultado palpato bidigital do canal vaginal em idosas. Caracteriza-se por ser um estudo transversal descritivo com análise qualitativa e quantitativa, dividido em duas fases. A primeira consistirá na elaboração de um instrumento de avaliação da percepção da consciência corporal da musculatura do assoalho pélvico, o qual será validado em um piloto, para verificar sua real mensuração. Esse instrumento terá por objetivo avaliar se a participante consegue compreender e realizar a contração da MAP. A segunda será a aplicação deste instrumento, juntamente com a avaliação bidigital do canal vaginal e avaliação uroginecológica, em 142 idosas, selecionadas através do critério de inclusão: ser idosa com idade superior 60 anos, ser atendida nos Postos de Saúde da cidade de Uruguaiana e aceitar participar do estudo. Como critérios de exclusão: Mulheres que não forem capazes de realizar avaliação da palpato do canal vaginal e/ou possuem prolapso, vaginismo e terem realizados cirurgias no trato geniturinário e idosas que se recusarem a realizar as avaliações. A amostra será dividida aleatoriamente em dois grupos: Grupo Continência composto por mulheres continententes (GC = 71) e Grupo Incontinência composto por mulheres incontinentes (GI = 71). Para a análise estatística serão criados os escores da consciência corporal e suas médias serão calculadas para os grupos continententes e incontinentes, ajustadas por idades, nível socioeconômico, no. de filhos, etc. As médias serão testadas pelo teste t de student. Os dados serão analisados por meio do programa EPI INFO 7.1.3. Níveis de significância menores do que 5% serão considerados estatisticamente significativos, entre 5 e 10% indicativos de significância e menores que 1% muito significativos.

#### Identificação da Ação

Início previsto 01/07/2015  
Término previsto 31/07/2016  
Última atualização 01/06/2015 21:16



Área de conhecimento Ciências da Saúde

Cursos envolvidos: Fisioterapia

#### Equipe Executora

Nome	CPF	Função	Carga-horária semanal	Início das atividades	Fim das atividades
Angela Kemel Zanella	013.755.050-25	Docente	10 horas	01/07/2015	31/07/2016

#### Histórico de Homologações

Horário	Passou de	Para	Arquivos
01/06/2015 21:16	Solicitação de Registro	Aguardando homologação do campus	
23/06/2015 16:28	Aguardando homologação do campus	Aguardando homologação da pró-reitoria	
29/06/2015 08:14	Aguardando homologação da pró-reitoria	Registrado	

[Voltar](#)



**SIPEE versão 2.0**

Sistema de Informação de Projetos de  
Pesquisa, Ensino e Extensão

**ANEXO II - REGISTRO E APROVAÇÃO SIPESQ**

**SIPESQ**  
Sistema de Pesquisas da PUCRS



---

Código SIPESQ: 5860

Porto Alegre, 22 de setembro de 2014.

Prezado(a) Pesquisador(a),

A Comissão Científica do INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA da PUCRS apreciou e aprovou o Projeto de Pesquisa "AVALIAÇÃO DA CONSCIÊNCIA CORPORAL DA MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO E SUA RELAÇÃO COM A INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM IDOSAS" coordenado por ANGELO JOSE GONCALVES BOS. Caso este projeto necessite apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e/ou da Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA), toda a documentação anexa deve ser idêntica à documentação enviada ao CEP/CEUA, juntamente com o Documento Unificado gerado pelo SIPESQ.

Atenciosamente,

Comissão Científica do INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

---

## ANEXO III – PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA PUCRS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA CONSCIÊNCIA CORPORAL DA MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO E SUA RELAÇÃO COM A INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM IDOSAS

**Pesquisador:** Ângelo José Gonçalves Bós

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 37283914.1.0000.5336

**Instituição Proponente:** UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 882.623

**Data da Relatoria:** 23/10/2014

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de tese de doutorado que será desenvolvido no Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica pela doutoranda Ângela Zanella sob orientação do prof. Ângelo Bós. A pesquisa será desenvolvida em duas etapas: qualitativa (que envolverá três experts em incontinência urinária e um estudo piloto com 16 idosas referenciadas pela ginecologia, sendo que 8 não reconhecem contração perineal e 8 que reconhecem a contração perineal ao exame de palpação bidigital) e quantitativa (cujo público alvo serão 142 idosas atendidas no Centro de Extensão Universitária Vila Fátima, sendo 71 continentes e 71 incontinentes).

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Geral:** Estudar a relação entre a consciência corporal do MAP e o resultado palpação bidigital do canal vaginal em idosas.

**Objetivos Específicos:** Desenvolver um teste de avaliação da consciência corporal do MAP em idosas. Avaliar a consciência corporal da musculatura perineal de idosas e o resultado da palpação bidigital do canal vaginal. Observar a frequência de incontinência urinária em idosas.

**Objetivos secundários:** Comparar a auto percepção da consciência corporal com a percepção do terapeuta. Verificar a razão de chance do indivíduo de apresentar IU se apresentar um escore menor de consciência corporal do MAP.

Endereço: Av.Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505  
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

## ANEXO IV – Ficha de Avaliação Uroginecológica

### FICHA DE AVALIAÇÃO: FISIOTERAPIA EM UROGINECOLOGIA

Data 1ª avaliação:	Avaliador
<b>DADOS PESSOAIS</b>	
Nome:	Idade:
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Data de Nascimento:
Endereço:	
Telefone:	
Médico:	
Profissão:	
<b>Queixa Principal:</b>	
<b>Diagnóstico:</b> <input type="checkbox"/> urge <input type="checkbox"/> IUE <input type="checkbox"/> mista	
<b>Fluxo urinário</b> <input type="checkbox"/> perde antes de iniciar a urina <input type="checkbox"/> o jato começa e recomeça <input type="checkbox"/> disúria <input type="checkbox"/> sensação de esvaziamento incompleto <input type="checkbox"/> esforço para urinar <input type="checkbox"/> perde após urinar <input type="checkbox"/> hesitação <input type="checkbox"/> gotejamento pós-miccional <input type="checkbox"/> enurese	
Como você urina? <input type="checkbox"/> sentada em vaso sanitário <input type="checkbox"/> em pé <input type="checkbox"/> em fossa	
Em quais atividades você perde mais urina? <input type="checkbox"/> tosse <input type="checkbox"/> espirro <input type="checkbox"/> agachamento <input type="checkbox"/> caminhada	

<input type="checkbox"/> erguimento de peso <input type="checkbox"/> relação sexual <input type="checkbox"/> riso <input type="checkbox"/> contato com água <input type="checkbox"/> outro _____	
Quantidade de perda de urina <input type="checkbox"/> em gotas <input type="checkbox"/> em jato <input type="checkbox"/> contínua	
Há quanto se iniciaram os sintomas? <input type="checkbox"/> menos de 6 meses <input type="checkbox"/> menos de 1 ano <input type="checkbox"/> de 1 a 4 anos <input type="checkbox"/> de 4 a 8 anos <input type="checkbox"/> de 8 a 12 anos <input type="checkbox"/> mais de 12 anos <input type="checkbox"/> mais de 20 anos	
Sistema intestinal <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> todos os dias <input type="checkbox"/> constipação <input type="checkbox"/> ____ vezes/dia <input type="checkbox"/> hemorroidas <input type="checkbox"/> ____ vezes/semana	
Usa algum tipo de medicamento para evacuar: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Qual: _____ Frequência: _____	
<b>História ginecológica e obstétrica</b>  Gesta: _____ Cesárea: _____ Normal: _____ Aborto: _____ Peso RN maior: _____ Peso RN menor: _____	
<b>Cirurgia ginecológica</b> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Qual? _____ Quantas? _____ Tempo: _____ Menarca: _____ Menopausa: _____ Houve melhorar dos sintomas: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
<b>Atividade Física / Hábitos / Alimentos</b>	
Atividade física <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Pgressa: _____ Frequência/tempo: _____ Cigarro <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Quantos/dia: _____ Álcool <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Quantos/dia: _____ Drogas <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Quantos/dia: _____ <input type="checkbox"/> café <input type="checkbox"/> adoçante <input type="checkbox"/> frutas ácidas <input type="checkbox"/> refrigerantes <input type="checkbox"/> comidas apimentadas <input type="checkbox"/> chás com cafeína <input type="checkbox"/> chocolates	
<b>Atividade sexual:</b> <input type="checkbox"/> ativa    Frequência: _____ <input type="checkbox"/> inativa Há quanto tempo? _____	
<b>Observações:</b>  	

## ANEXO V – INSTRUMENTO DE AUTO PERCEPÇÃO DA MAP COM 34 PERGUNTAS

### Instrumento de Aupercepção dos Músculos do Assoalho Pélvico

#### Consulta ginecológica

- ★ A senhora já se consultou com ginecologista depois de adulta e/ou da menopausa?
- ★ Ele lhe ensinou como contrair sua vagina?

0 - Não  
1 - Sim

#### Continência (trato genito-urinário)

- Se você está com vontade de fazer xixi, você consegue segurar por 20 minutos?
- Durante o ato de urinar, você consegue interromper (segurar) a urina, se necessário?
- A senhora sente que urina bastante?

#### Atividades Sociais

- A senhora sai de casa por longos períodos de tempo?
- Você costuma sair de casa mesmo quando está com alguma vontade de fazer urinar?
- A senhora evita de tomar líquidos antes de sair de casa?
- Se você está na rua e sente vontade de fazer urinar, a senhora volta para casa?
- Ou vai ao banheiro mais próximo?
- ★ Ou consegue segurar por um tempo?

#### Hábitos de vida

- A senhora bebe de 1,5 a 2 litros de líquidos por dia?
- A senhora já tocou sua vagina algum dia que não fosse para se limpar, após urinar ou defecar (fazer cocô)?
- ★ A senhora já fez uso de alguma pomada interna vaginal ou supositório ou absorvente interno ou diafragma ou camisinha feminina?

#### Auto percepção

- ★ A senhora consegue contrair sua vagina?
- ★ A senhora notou alguma diferença no segurar a urina após a menopausa?
- Quando a senhora vai urinar, a senhora contrai ou relaxa a musculatura?
- Sabe reconhecer quando tem cheiro na vagina?

Entre as pernas as mulheres possuem um espaço que nós chamamos de perineo. A senhora sabe quantos orifícios esta região possui?

0 - Não  
1 - Sim

#### Atividade sexual

- ★ A senhora costuma tocar a sua vagina por algum motivo?
- A senhora se masturba ou já se masturbou?
- ★ A senhora sentiu dor na sua primeira relação sexual?
- ★ A senhora sentia/sente contrair sua musculatura durante o ato sexual?
- A senhora sente prazer durante a relação sexual?
- A senhora tem dor durante a relação sexual?
- ★ Tem dificuldade de penetração?
- A senhora sente prazer durante a penetração?



**Relacionado com a figura:**

- ★ Eu possuo um desenho do períneo e gostaria de saber sobre ele. A senhora se importa de eu lhe mostrar?
- ★ A senhora sabe apontar por onde sai a urina?
- A senhora sabe apontar onde é a vagina (por onde saem os bebês)?
- ★ A senhora sabe o que é o clitóris?
- A senhora sabe onde fica o clitóris? Aponte.
- ★ A senhora sabe por onde saem as fezes? Aponte.
- ★ A senhora sabe apontar onde a senhora aperta para segurar a urina durante o ato de urinar?

<input type="text"/>
0 - Não
1 - Sim



- ★ Perguntas que fizeram parte do instrumento final.

## ANEXO VI – KING'S HEALTH QUESTIONNARIE

**Quadro 1 - Questionário de qualidade de vida em incontinência urinária após validação.**

Nome: _____	Freqüência: Você vai muitas vezes ao banheiro?
Idade: _____ anos	Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
Data: _____	Noctúria: Você levanta a noite para urinar?
	Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
	Urgência: Você tem vontade forte de urinar e muito difícil de controlar?
	Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
	Bexiga hiperativa: Você perde urina quando você tem muita vontade de urinar?
	Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
	Incontinência urinária de esforço: Você perde urina com atividades físicas como: tossir, espirrar, correr?
	Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
	Enurese noturna: Você molha a cama à noite?
	Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
	Incontinência no intercursos sexual: Você perde urina durante a relação sexual?
	Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
	Infecções freqüentes: Você tem muitas infecções urinárias?
	Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
	Dor na bexiga: Você tem dor na bexiga?
	Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
	Outros: Você tem algum outro problema relacionado a sua bexiga?
	Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
	<b>Emoções</b>
	Você fica deprimida com seu problema de bexiga?
	Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou Menos ( ) Muito ( )
	Você fica ansiosa ou nervosa com seu problema de bexiga?
	Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou Menos ( ) Muito ( )
	Você fica mal com você mesma por causa do seu problema de bexiga?
	Não ( ) Às vezes ( ) Várias vezes ( ) Sempre ( )
	<b>Sono/Energia</b>
	Seu problema de bexiga atrapalha seu sono?
	Não ( ) Às vezes ( ) Várias vezes ( ) Sempre ( )
	Você se sente desgastada ou cansada?
	Não ( ) Às vezes ( ) Várias vezes ( ) Sempre ( )
	<b>Algumas situações abaixo acontecem com você? Se tiver o quanto?</b>
	Você usa algum tipo de protetor higiênico como: fralda, tomo, absorvente tipo Modess para manter-se seca?
	Não ( ) Às vezes ( ) Várias vezes ( ) Sempre ( )
	Você controla a quantidade de líquido que bebe?
	Não ( ) Às vezes ( ) Várias vezes ( ) Sempre ( )
	Você precisa trocar sua roupa íntima (calcinha), quando fica molhada?
	Não ( ) Às vezes ( ) Várias vezes ( ) Sempre ( )
	Você se preocupa em estar cheirando urina?
	Não ( ) Às vezes ( ) Várias vezes ( ) Sempre ( )

Como você avaliaria sua saúde hoje?	Muito boa ( ) Boa ( ) Normal ( ) Ruim ( ) Muito ruim ( )
Quanto você acha que seu problema de bexiga atrapalha sua vida?	Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
Abaixo estão algumas atividades que podem ser afetadas pelos problemas de bexiga. Quanto seu problema de bexiga afeta você?	
Gostaríamos que você respondesse todas as perguntas.	
Simplemente marque com um "X" a alternativa que melhor se aplica a você.	
<b>Limitação no desempenho de tarefas</b>	
Com que intensidade seu problema de bexiga atrapalha suas tarefas de casa (ex., limpar, lavar, cozinhar, etc.)	Nenhuma ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
Com que intensidade seu problema de bexiga atrapalha seu trabalho, ou suas atividades diárias normais fora de casa como: fazer compra, levar filho à escola, etc.?	Nenhuma ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
<b>Limitação física/social</b>	
Seu problema de bexiga atrapalha suas atividades físicas como: fazer caminhada, correr, fazer algum esporte, etc.?	Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
Seu problema de bexiga atrapalha quando você quer fazer uma viagem?	Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
Seu problema de bexiga atrapalha quando você vai a igreja, reunião, festa?	Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
Você deixa de visitar seus amigos por causa do problema de bexiga?	Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
<b>Relações pessoais</b>	
Seu problema de bexiga atrapalha sua vida sexual?	Não se aplica ( ) Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
Seu problema de bexiga atrapalha sua vida com seu companheiro?	Não se aplica ( ) Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
Seu problema de bexiga incomoda seus familiares?	Não se aplica ( ) Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
Gostaríamos de saber quais são os seus problemas de bexiga e quanto eles afetam você. Escolha da lista abaixo APENAS AQUELES PROBLEMAS que você tem no momento.	
<b>Quanto eles afetam você?</b>	



**ANEXO VII ARTIGO ACEITO: Treinamento muscular e auto percepção da musculatura do assoalho pélvico em mulheres idosas com incontinência urinária: uma revisão sistemática.**

**ZANELLA, Â. K; CHIQUETTI, E. M. S; BÓS, A. J. G.  
Treinamento muscular e auto percepção da musculatura do assoalho pélvico em mulheres idosas com incontinência urinária: uma revisão sistemática.**

Periódico: Femina

ISSN 0100-7254

Aceito em 17 de novembro de 2015

Qualis Capes: B3

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=51114c38f2&view=prc=FEVINA&q=+u+e+search=qu+y+o+m=151158d35b7a5021&siml=151158d35b7a5021&siml=151158d35b7a5021&siml=151158d35b7a5021&siml=151158d35b7a5021>

**Gmail**  
by Google

Angela Zanella <angelakemelzanella@gmail.com>

**Artigo 059-15 - Treinamento muscular e auto-percepção da musculatura do assoalho pélvico em mulheres idosas com incontinência urinária: uma revisão sistemática**

6 mensagens

Femina <femina@febrago.org.br>  
Para: Angela Zanella <angelakemelzanella@gmail.com>


17 de novembro de 2015 11:07

Prezada Dr<sup>a</sup> Angela, bom dia.

Informe que o Artigo 059-15 - Treinamento muscular e auto-percepção da musculatura do assoalho pélvico em mulheres idosas com incontinência urinária: uma revisão sistemática, foi encaminhado nesta data, para editoração. tão logo tenha a informação em que revista estará publicado, envio um e-mail.

Obrigada por colaborar com a revista Femina e esperamos contar com mais artigos.

Grata,


  
**Sandra Afonso - assistente administrativo**  
femina@febrago.org.br  
+ 55 21 2487-6336

www.febrago.org.br  
Av. das Américas, 8.445  
sala 711 - Barra da Tijuca  
Rio de Janeiro - RJ  
CPF: 27.939.061

## **TREINAMENTO MUSCULAR E AUTO PERCEPÇÃO DA MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO EM MULHERES IDOSAS COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Muscle Strength and Self Concept of muscle pelvic floor in elderly woman with urinary incontinence: a systematic review

Treino muscular e auto percepção da MAP em idosas

### **RESUMO:**

Este estudo visa revisar sistematicamente o efeito do treinamento muscular no desfecho auto percepção dos MAP em mulheres idosas (acima de 60 anos) com incontinência urinária. Foram selecionados ensaios clínicos randomizados que avaliaram o treinamento muscular dos músculos do assoalho pélvico (MAP) com o desfecho da auto percepção dessa musculatura em mulheres acima de 60 anos com incontinência urinária (IU) em 9 bancos de pesquisa no período de janeiro de 1980 a janeiro de 2015. Foram 86 artigos identificados, os quais apenas 2 estudos foram incluídos. As variáveis encontradas foram: aderência ao tratamento do IPE (Programa de Intervenção em Incontinência para Idosos, auto percepção da continência, Escala de Depressão Geriátrica (GDS), tipo de IU, Avaliação Funcional do Assoalho Pélvico (AFA), Perineometria, Graduação da força de acordo com a Escala de Ortiz e King's Health Questionnaire (KHQ ADAPTADO). A informação disponível sobre a temática é escassa. São necessários novos estudos prospectivos para elucidar se o treinamento muscular interfere na auto percepção da MAP em idosas com IU.

Palavras-chave: Treinamento muscular, incontinência urinária, mulher idosa e auto percepção.

### **Abstract:**

This study aimed to systematically review the effect of muscle training in the outcome self perception of MAP in elderly women (over 60 years) with urinary incontinence. Were selected clinical trials randomized evaluating muscle training of the pelvic floor muscles (MAP) with the outcome of the self-perception of this musculature in women over 60 years with urinary incontinence (UI) in nine databases between January 1980 to January 2015. There were 86 identified articles, but only two studies were included. Unable to perform meta-analysis because of variables and outcome measures are different. The variables were: adherence to treatment of IPE (Intervention Program for the Elderly incontinence), self-perception of continence, Geriatric Depression Scale (GDS), type of UI, Functional Evaluation of the Pelvic Floor (AFA), perineometry with graduation according to Ortiz Scale and King's Health Questionnaire (KHQ). The available information on the subject is scarce. Being needed new prospective studies to elucidate the muscle training interferes with the perception of MAP in elderly women with UI.

Key words: Muscle Strength, Urinary Incontinence, Elderly woman and Self-concept.

## INTRODUÇÃO

Diante do aumento da expectativa de vida nos últimos anos, principalmente nos países em desenvolvimento (DEDICAÇÃO *et al.*, 2009) observa-se o surgimento de um grande desafio à saúde pública que é a atenção integral primária, que vise a independência funcional e diminuição da morbidade da população idosa (GABRIELA *et al.*, 2013). Tal panorama favorece o consequente aumento da ocorrência de sintomas crônicos, especialmente em mulheres, dos quais a incontinência urinária (IU) torna-se muito recorrente (JEREZ-ROIG *et al.*, 2013).

A IU é classificada como a perda involuntária de urina que causa prejuízo funcional ou social de acordo com a Continence International Society, e embora seja uma condição que pode ser presente em todos períodos da vida, a IU torna-se mais frequente com o envelhecimento, especialmente em mulheres. Smith *et al.* (SMITH AL, WANG PC, ANGER JT, MANGIONE CM, TREJO L, RODRÍGUEZ LV, 2010) aponta que a prevalência de IU em mulheres com mais de 60 anos é 29,5%, e em um estudo de inquérito populacional brasileiro é equivalente a 26,2% da população (TAMANINI JTN, LEBRÃO ML, DUARTE YAO, SANTOS JLF, 2009).

Diversos são os fatores de risco relacionados a ocorrência da IU em idosas, tais como a menopausa e os efeitos do parto sob a musculatura do assoalho pélvico (ZARPELLON MAZO, 2015). Além disso, grande parte da incoordenação dos músculos do assoalho pélvico (MAP) ocorre pela diminuição da auto percepção da ação da MAP (FARIA; MARIA; MENEZES, [S.d.]; TAMANINI JTN, LEBRÃO ML, DUARTE YAO, SANTOS JLF, 2009).

A fisioterapia é considerada uma alternativa de tratamento não conservador (SILVA, RAFAELA ESTER GALISTEU; VIVAS, GLEM TENÓRIO; SILVA, 2015) e entre as principais condutas fisioterapêuticas, os exercícios de treinamento muscular estimulam a força do esfíncter externo da bexiga, além de reforçar o mecanismo de continência e auto percepção da coordenação do funcionamento desta musculatura (KIM, 2001; OLIVEIRA KAC, RODRIGUES ABC, 2010). Um desafio para o tratamento fisioterapêutico da IU em mulheres é compreender como a consciência corporal da MAP pode intervir na ocorrência da IU, além de saber se os exercícios terapêuticos, tais como o

treinamento muscular, podem interferir na auto percepção da MAP e nos sintomas da IU.

Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi revisar sistematicamente o efeito do treinamento muscular no desfecho auto percepção dos MAP em mulheres idosas (acima de 60 anos) com incontinência urinária.

## **MÉTODOS**

### **Busca na literatura**

A busca foi realizada para selecionar ensaios clínicos randomizados que avaliaram o treinamento muscular da MAP com o desfecho da auto percepção dessa musculatura em mulheres acima de 60 anos. Os bancos de dados utilizados na pesquisa foram Medline via Pubmed, Embase, Scopus, Cochrane, Banco de Teses Capes, Plataforma Rebec, Clinical Trials, PEDro e Grey Publication no período de janeiro de 1980 a janeiro de 2015. A estratégia de busca incluiu termos referentes ao treinamento muscular, incontinência urinária, idoso e autopercepção: “Muscle Strength” OR “Strength, Muscle”, “Urinary incontinence” OR “Incontinence, Urinary”, “Aged” OR “Elderly”, “Self Concept” OR “Concept, Self” OR “Concepts, Self” OR “Self Concepts” OR “Self-Perception” OR “Self-Perceptions” OR “Self Perception” OR “Perception, Self” OR “Perceptions, Self” OR “Self Perceptions” OR “Self Esteem” OR “Esteem, Self” OR “Esteems, Self” OR “Self Esteems” e ao tipo de estudo (ensaio clínico randomizado) Apêndice. Termos similares foram pesquisados em outras bases de dados. Não houve restrição quanto ao idioma utilizado nas publicações. As referências de artigos incluídos na presente revisão foram consultadas para identificar outros estudos potencialmente elegíveis.

Títulos e resumos de todos os artigos identificados pela estratégia de busca foram avaliados independentemente por dois investigadores, em duplicata. Todos os resumos que não forneciam informações suficientes sobre os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados para avaliação do texto completo. Na segunda fase, os mesmos revisores independentemente avaliaram os textos completos dos artigos e fizeram a seleção de acordo com

os critérios de elegibilidade. As diferenças entre os revisores foram resolvidas por consenso.

### **Crítérios de Inclusão e Exclusão**

Foram incluídos estudos de ensaios clínicos randomizados que avaliaram o efeito do treinamento da musculatura pélvica em mulheres idosas com IU. Os desfechos considerados foram: ganho de força muscular, melhora da incontinência e auto percepção dos MAP. Como critérios de exclusão foram os estudos onde a população alvo eram mulheres com menos de 60 anos, ou seja, que não fossem idosas.

### **Seleção de estudos e extração dos dados**

Foram utilizados formulários padronizados onde os mesmos dois revisores, de forma independente, conduziram a extração de dados com relação às características metodológicas dos estudos, intervenções e resultados, o qual as diferenças também foram resolvidas por consenso. O principal resultado extraído foi a auto percepção dos MAP e a melhora da IU.

### **Risco de viés**

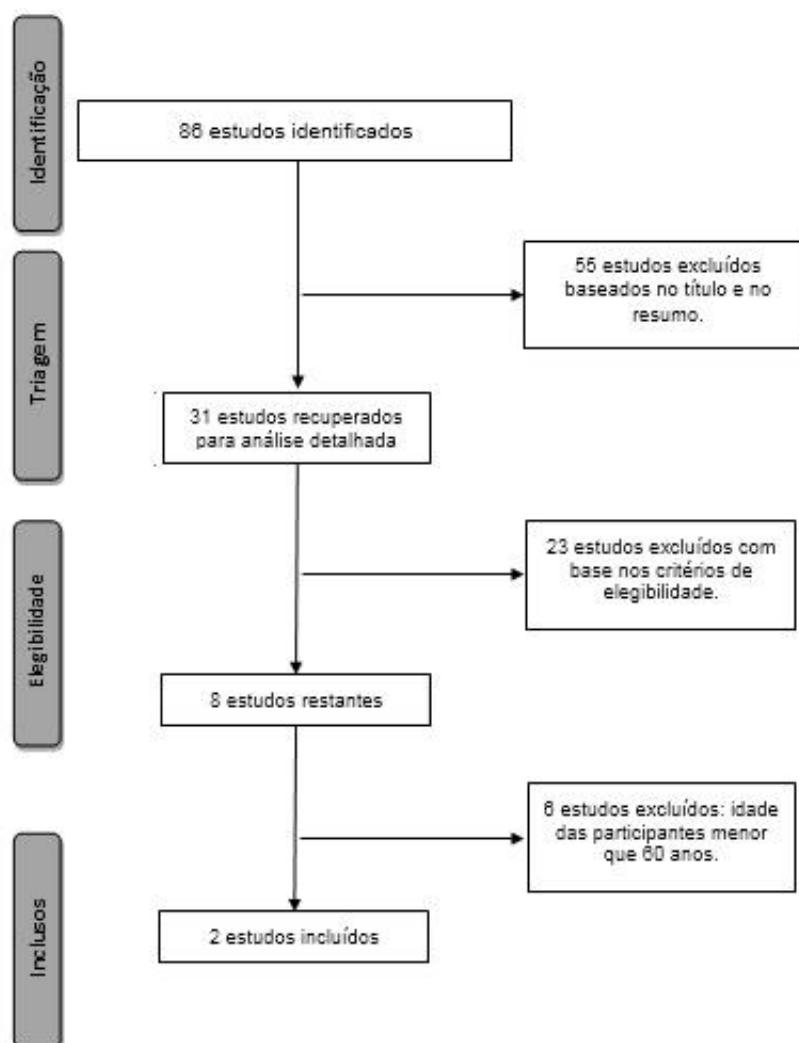
Para avaliação da qualidade dos estudos e risco de viés dos ensaios clínicos incluiu-se: randomização adequada, ocultação da alocação, cegamento, cegamento dos avaliadores dos desfechos, análise de intenção de tratar e descrição de perdas e exclusões. Os estudos que não possuíam uma descrição clara de como foi realizada a randomização foram considerados como inadequados para esse critério. A não descrição de como foi realizada a alocação foi considerado como falha de ocultação de alocação. A avaliação da qualidade foi realizada de forma independente pelos mesmos dois revisores.

## **Resultados**

### **Busca da Literatura**

Dos 86 artigos identificados, 55 foram excluídos com base no título e resumo, os quais não haviam relação com a intervenção e desfecho desta revisão. Os artigos que se encontraram duplicados entre as bases de dados pesquisadas, foram considerados unicamente. Após a análise dos títulos e resumos, 31 artigos foram selecionados para a leitura do texto completo. Após avaliar os textos completos, 23 artigos foram excluídos devido não atenderem os critérios de elegibilidade, restando 8 artigos. No entanto 6 artigos foram excluídos, pois a idade dos participantes era menor de 60 anos. Portanto, dois estudos foram incluídos na presente revisão(KIM, 2001; SOUZA *et al.*, 2011). O diagrama de fluxo de seleção dos estudos está exibido na Figura 1.

Figura 1 - Diagrama de fluxo de seleção do estudo.



### Características Gerais dos estudos

As principais características dos dois estudos incluídos estão descritas na Tabela 1. Um deles apresentando um desenho quase-experimental e outro com desenho experimental ambos realizados com mulheres com idades entre 63 a 89 anos. O primeiro estudo, em ordem cronológica, foi realizado com uma amostra de conveniência composta por 30 mulheres com média de idade de 73,25 ( $\pm 6,36$ ) anos, com e sem IU, residentes em um centro de bem-estar de idosos. O segundo estudo contou inicialmente com 25 mulheres pós



menopáusicas, com idade média de 65,64 ( $\pm 4,09$ ) anos atendidas pelo serviço de fisioterapia Uroginecológica e Obstetrícia de um hospital. Após avaliação, 3 idosas foram excluídas do grupo, totalizando assim 22.

Em ambos os estudos os protocolos de intervenção foram descritos, o primeiro sobre o Programa de Intervenção em Incontinência para Idosos (IIFE) e o segundo o desenvolvimento das sessões de fisioterapia e seus exercícios. Em relação ao tipo de protocolo de avaliação utilizado, ambos apresentaram detalhadamente cada instrumento, sendo que além da anamnese também foram observados graduação de força dos MAP nos dois estudos. O primeiro ainda avaliou a aderência ao tratamento do IIFE, auto percepção da continência, Escala de Depressão Geriátrica (GDS) e Tipo de IU. E o segundo utilizou a Avaliação Funcional do Assoalho Pélvico (AFA), Perineometria, Graduação da força de acordo com a Escala de Ortiz e King's Health Questionnaire (KHQ ADAPTADO).

A IU foi utilizada como desfecho principal nos dois estudos. Além disso, o primeiro também usou o desfecho a adesão ao IIFE, e o segundo o desfecho qualidade de vida. Os principais resultados de cada estudo incluídos na presente revisão são exibidos na Tabela 2 e discutidos.

Tabela 1 – Principais características dos estudos.

Referência	Sujeitos (média de idade)	Protocolo de Exercício	Intervenção	Controle	Desfechos
<b>KIM, 2001</b>	30 mulheres 73,25 anos ( $\pm 6,36$ )	Aderência ao Programa de Intervenção em Incontinência para idosos + Força de MAP (Escala de Oxford) + Auto percepção da continência + GDS+ Incontinência Urinária	1ª semana: Fase de Diagnóstico 2ª semana: Conteúdos Educativos Específicos 3ª semana -9ª semana: Exercícios 10ª semana: A aptidão física e instruções sobre MAP exercício para incontinência por fita de audiovisual avaliação IIPE.	Não	IU, Adesão ao Programa de Intervenção em Incontinência para idosos (IIPE).
<b>DE SOUSA et al., 2011</b>	22 mulheres 65,64 anos ( $\pm 4,09$ )	Anamnese + Avaliação Funcional do Assoalho Pélvico (AFA) com graduação da força através da Escala de Ortiz + Perineometria + King's Health Questionnaire	Exercícios de conscientização e da série de Kegel, duas vezes por semana, 30 minutos durante 12 sessões individuais de atendimento.	Não	IU de esforço ou mista, Qualidade de Vida.

## Principais achados dos estudos

Na análise descritiva de ambos os estudos, observou-se uma clara proximidade de média de IMC e número de partos (Tabela 2). O artigo de KIM (KIM, 2001) revelou resultados importantes referentes a aderência ao IIPE e uma significativa melhora na força dos MAP em cmH<sub>2</sub>O ( $p < 0,004$ ). Após 10 semanas de intervenção com treinamento de força dos MAP dentro do IIPE o autor também observou importante melhora na auto percepção de continência ( $p < 0,001$ ) e embora as variáveis de IU de Esforço e GDS não apresentaram significância estatística, houve uma melhora nos resultados apresentados.

Já o estudo de DE SOUSA et al. (SOUZA *et al.*, 2011) apontou que das 22 participantes, 14 apresentaram queixa clínica de incontinência de esforço e 8 IU mista. Na análise da AFA e no pico máximo de pressão resistido por 5 segundos, avaliado através do perineômetro apresentaram diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ) em relação ao pré e pós período de intervenção (12 sessões). Na análise do KHQ ADAPTADO não se observou estatística significativa, no entanto, os resultados revelaram melhora na qualidade de vida das mulheres incontinentes. Da mesma forma, também não foram encontrados resultados significativos em relação à resistência muscular.

Tabela 2 – Principais resultados dos estudos incluídos nesta revisão.

Autor (ano)	Principais Resultados				Conclusões
KIM, 2001	Média de IMC: 25,05 ± 3,53 Média de Partos: 5,33C± 2,40				Os enfermeiros dos centros de bem-estar de idosos devem aprender e aplicar o IIPE para orientar os idosos na realização dos exercícios da MAP. O IIPE é útil e de fácil aplicação.
		Pré	Pós	p	
	Aderência ao IIPE	23,50	45.5	(p=0.004)	
	Força do assoalho pélvico	1.56	2.61	(p=0.000)	
	Auto percepção da continência	85.95	109.4	(p=0.005)	
	Incontinência de esforço	26.80	25.3	(p=0.409)	
Escala de Depressão Geriátrica (GDS)	7.00	6.7	(p=0.790)	O tratamento cinesioterapêutico fortaleceu a musculatura do assoalho pélvico. Melhora da qualidade de vida em mulheres pós-menopáusicas com IU de esforço ou mista.	
DE SOUSA et al., 2011	Média de IMC 27,72±3,25; Média de Partos: 5,53±2,79; Média de Gestações:6,59±2,59. 14 mulheres queixa clínica de IUE (63,64%) e 8 de IUM (36,36%);				
		Pré	Pós	p	

AFA (Escala de Ortiz)	1,35±0,92	3,78±0,51	(p ≤ 0,001)
Pico de Resistência (cmH <sub>2</sub> O)	0,44±0,30	3,78±0,51	(p ≤ 0,001)
KHQ ADAPTADO	28,9±24,3	16,8±20,5	(p>0,05)

### Avaliação metodológica

A avaliação da qualidade metodológica está exibida na Tabela 3. Nenhum dos estudos incluídos satisfaz todos os critérios previamente estabelecidos para avaliar a qualidade metodológica. No entanto, os dois estudos tiveram como objetivo responder a uma pergunta clara e focada, bem como mantiveram o status de exposição de forma clara e padronizada. O mesmo ocorreu com a avaliação dos desfechos, todos avaliados de forma padronizada. Não encontraram-se informações claras referentes ao cegamento dos avaliadores do desfecho e possíveis fatores de confusão de estivessem presentes e pudessem interferir na análise dos dados.

Tabela 3 – Avaliação da qualidade metodológica

	KIM, 2004	DE SOUSA <i>et al.</i> , 2011
<b>Questão clara, focada e apropriada.</b>	Sim.	Sim.
<b>Status da exposição avaliado de forma válida e padronizada.</b>	Sim.	Sim.
<b>Desfechos avaliados de forma válida e padronizada.</b>	Sim.	Sim.
<b>Desfechos avaliados por investigadores cegados para exposição</b>	Não informado.	Não informado.
<b>Potenciais fatores de confusão considerados na análise de dados.</b>	Não informado.	Não informado.
<b>Resultados claramente apresentados e discutidos</b>	Sim.	Sim.

### Discussão

O objetivo da presente revisão sistemática foi avaliar o efeito do treinamento muscular na auto percepção dos MAP em mulheres idosas com IU. No entanto, a alta heterogeneidade clínica entre os estudos obtidos não possibilitou a realização de metanálise e a informação sobre este assunto é escassa e de baixa qualidade. Diante deste fato, optou-se por realizar apenas uma revisão sistemática.

O treinamento de força da MAP é um tratamento eficaz para IU de esforço e mista, em comparação a nenhum tratamento em curto prazo (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH CLINICAL EXCELLENCE, 2006). Esta evidência pode ser comprovada em vários ensaios clínicos controlados e revisões sistemáticas publicadas na biblioteca Cochrane (DUMOULIN C, 2010). Um estudo realizado por SLAKE et al. (SLACK A, HILL A, 2008) reforça que os resultados são ainda melhores quando realizados pelo período de três meses. Os estudos presentes nesta revisão sistemática realizaram o treinamento de força pelo período de dois a três meses e também apresentaram resultados, corroborando com os achados apontados acima.

O treinamento da muscular da MAP ou exercícios perineais possibilitam a melhora da força e da resistência de tal grupo muscular, por consequência aumentando a força de fechamento da uretra sobre o aumento da pressão abdominal (BARACHO, 2011; MORKVED S, BO K, 2002) justificando os resultados positivos encontrados nos estudos. O treinamento muscular não diminui seu efeito com o aumento da idade de seus praticantes, demonstrando médias satisfatórias em qualquer período da vida, podendo ser indicado no tratamento de mulheres idosas (SARTORI DVB ET AL., 2015). Além disso, o treinamento muscular repercute muito bem no tratamento da IU de esforço e mista (CAMMU H, VAN NYLEN M, 2001), tal qual os estudos desta revisão.

A principal dificuldade de avaliar a MAP pela AFA através da palpação do canal vaginal deve-se à variabilidade da anatomia, bem como da experiência do avaliador (SLIEKER-TEN HOVE MC, POOL-GOUDZWAARD AL, EIJKEMANS MJ, STEEGERS-THEUNISSEN RP, BURGER CW, 2009). Estudos recentes mostram que esta técnica quando realizada por avaliadores diferentes podem apresentar resultados diferentes, portanto não fidedignos (FITZGERALD MP, BURGIO KL, BORELLO-FRANCE DF, MENEFEE SA, SCHAFFER J, KRAUS S, 2007; FRAWLEY H, GALEA M, PHILLIPS B, SHERBURN M, 2006). No entanto, DE SOUSA et al. (SOUZA et al., 2011) não utilizou apenas a AFA para avaliar a força dos MAP, mas também o perineômetro que reforçou os resultados encontrados na avaliação funcional. Já o estudo de KIM (KIM, 2004) a avaliação de força da MAP foi realizada

da mesma maneira como a AFA, no entanto com denominação e escala de graduação diferentes (Escala de Oxford).

Apenas um dos dois estudos revisados foi avaliada a auto percepção da MAP em idosas (KIM, 2001). Embora o outro estudo apontasse importante melhora da força da MAP, não houve uma referência sob a auto percepção. No entanto, estudos revelam a importância da orientação correta e adequada de como executar a contração da MAP para a eficácia no tratamento da IU, sendo o risco de recidiva em cinco anos de 30%, caso a idosa não receba boa orientação (BERNARDES NO, PERES FR, SOUZA ELBL, 2000). Este pode ser o motivo pelo qual os participantes do estudo de KIM(KIM, 2001) apresentaram uma alta aderência ao IPE. A Escala de Auto percepção da Continência foi desenvolvida e utilizada por Kim(KIM, 2004) que tem por objetivo avaliar a confiança do indivíduo sob sua continência(KIM, J.I., & KANAGAWA, 1998). Este(KIM, 2001) comprovou sua teoria da auto percepção da continência, pelo qual um treinamento de exercícios pélvicos foi capaz de melhorar a confiança sob a continência.

Outro instrumento de avaliação utilizado nos estudos em questão, o perineômetro é um dos recursos mais utilizados na avaliação e reabilitação da MAP, de fácil aplicação e muito utilizado na fisioterapia(BOTELHO LAA, 2003). DE SOUSA et al.(SOUZA *et al.*, 2011) utilizaram a perineometria para as duas funções citadas anteriormente, no entanto KIM(KIM, 2004) cita nos instrumentos de avaliação o uso do mesmo, porém devido a possibilidade de gerar dor ou desconforto aos participantes, a avaliação com perineômetro não foi utilizada.

## **Conclusão**

De acordo com as evidências disponíveis e levantadas com base nesta revisão de literatura, conclui-se que a relação entre o treinamento de força dos músculos do assoalho pélvico e a melhora da consciência da MAP não pode ser afirmada devido a escassez de estudos que abordem esta temática, especialmente em idosas. Sugere-se a realização de estudos adicionais para explorar essa relação, especialmente ensaios clínicos randomizados. Os resultados embora insuficientes, poderão servir para estudos futuros na investigação do tema e no desenvolvimento de novas hipóteses.

## Potencial Conflito de Interesses

Declaramos não haver conflito de interesses.

## Vinculação Acadêmica

Este artigo é parte do desenvolvimento da tese de doutorado em Gerontologia Biomédica de Ângela Kemel Zanella, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

## Referências

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE UROLOGIA [APU]. *Semana da Incontinência Urinária*.

BARACHO, E. *Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia Uroginecologia e Aspectos de Mastologia*. 5ª ed. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koagan, 2011.

BERNARDES NO, PERES FR, SOUZA ELBL, Souza OL. Métodos de tratamento utilizados na incontinência urinária de esforço genuína: um estudo comparativo entre cinesioterapia e eletroestimulação endovaginal. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 22(1), p. 49–54, 2000.

BOTELHO LAA, Godoi JAF. Eletromiografia-Biofeedback na medicina de reabilitação. *Medicina de Reabilitação*. Rio de Janeiro: Guanabara Koagan, 2003. p. 257–64. Disponível em: <Guanabara Koagan>.

CAMMU H, VAN NYLEN M, Amy JJ. A 10 year follow up after Kegel's pelvic floor muscle exercises for genuine stress incontinence. *Br J Urol Int*, v. 85(6), p. 655–8, 2001.

DEDICAÇÃO, AC *et al*. Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v. 13, n. 2, p. 1–7, 2009.

DUMOULIN C, Hay Smith J. Pelvic floor muscle treatment versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*, v. 1, p. Art. No. CD005654., 2010.

FARIA, Carlos Augusto; MARIA, Ana; MENEZES, Neiva De. Incontinência urinária e noctúria : prevalência e impacto sobre qualidade de vida em idosas numa Unidade Básica de Saúde. p. 17–25, [S.d.].

FERREIRA, Vanessa Nolasco; CHINELATO, RENATA SILVA DE CARVALHO; CATRO, Marcela Rodrigues;; FERREIRA, E Maria Elisa Caputo; MENOPAUSA: MARCO BIOPSISSOCIAL DO ENVELHECIMENTO FEMININO. *Revista Psicologia & Sociedade*, v. 25, n. 2, p. 410–419, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v25n2/18.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

FITZGERALD MP, BURGIO KL, BORELLO-FRANCE DF, MENEFEE SA,

SCHAFFER J, KRAUS S, Et al. Pelvic-floor strength in women with incontinence as assessed by the brink scale. *Physical therapy*, v. 87, p. 1316–24, 2007.

FRAWLEY H, GALEA M, PHILLIPS B, SHERBURN M, Bø K. Effect of test position on pelvic floor muscle assessment. *Int Urogynecol J*, v. 17, p. 365–71, 2006.

GABRIELA, Ana *et al.* IMPACTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 27, n. 2, p. 181–192, 2013.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. Estimativas da população residente com data de referência 1 de julho de 2014 publicadas no Diário Oficial da União em 28/08/2014. *DOU*, 2014.

JEREZ-ROIG, Javier *et al.* Incontinência urinária em idosos institucionalizados no Brasil : uma revisão integrativa. p. 865–879, 2013.

KIM, Jeungim. Continence efficacy intervention program for community residing women with stress urinary incontinence in Japan. *Public Health Nursing*, v. 18(1), p. 64–72, 2001.

KIM, Jeungim. The development and evaluation of an incontinence intervention program for the elderly women at elderly welfare center. *Taehan Kanho Hakhoe chi*, v. 34, n. 8, p. 1427–1433, 2004.

KIM, J.I., & KANAGAWA, K. The development of continence self-efficacy scale in urinary incontinence. *J of Japan Academy of Gerontol Nurse*, v. 3(1), p. 72–78, 1998.

LORENZI, Dino Roberto Soares; *et al.* Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 62, n. 3, p. 287–293, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a19v62n2.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

MORKVED S, BO K, Fjortof T. Effect of adding biofeedback to pelvic floor muscle training to treat urodynamic stress incontinence. *Obstet Gynecol*, v. 100(4), p. 730–9, 2002.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH CLINICAL EXCELLENCE. Urinary incontinence: the management of urinary incontinence in women. *Clinical guideline 40*, 2006.

OLIVEIRA KAC, RODRIGUES ABC, Paula AB. Técnicas fisioterapêuticas no tratamento e prevenção da incontinência urinária de esforço na mulher. *Fapciencia [internet]*, v. 1(1), p. 31–34, 2010.

SARTORI DVB ET AL. Reliability of pelvic floor muscle strength assessment in healthy continent women. *BMC Urology*, v. 15:29, 2015.

SILVA, Lígia Da; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Incontinência urinária em mulheres : razões da não procura por tratamento. *Revista da Escola de Enfermagem - USP*, v. 43, n. 1, p. 72–78, 2009.

SILVA, RAFAELA ESTER GALISTEU; VIVAS, GLEM TENÓRIO; SILVA, Saionarya Leão. CINESIOTERAPIA NA PREVENÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO EM MULHERES IDOSAS E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA. *JOURNAL OF AMAZON HEALTH SCIENCE*, v. 1(1), p. 78–81, 2015.

SLACK A, HILL A, Jackson S. Is there a role for a specialist physiotherapist in the multi-disciplinary management of women with stress incontinence referred from primary care to a specialist continence clinic? *Obstet Gynaecol*, v. 28(4), p. 410–2,



2008.

SLIEKER-TEN HOVE MC, POOL-GOUDZWAARD AL, EIJKEMANS MJ, STEEGERS-THEUNISSEN RP, BURGER CW, Vierhout ME. Face validity and reliability of the first digital assessment scheme of pelvic floor muscle function conform the new standardized terminology of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*, v. 28, p. 295–300, 2009.

SMITH AL, WANG PC, ANGER JT, MANGIONE CM, TREJO L, RODRÍGUEZ LV, Et al. Correlates of urinary incontinence in community-dwelling older Latinos. *J Am Geriatr Soc.*, v. 58(6), p. 1170–6, 2010.

SOUZA, Juliana Gonçalves De *et al.* Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em idosas com incontinência urinária. *Fisioterapia e Movimento*, v. 24, n. 1, p. 39–46, 2011.

TAMANINI JTN, LEBRÃO ML, DUARTE YAO, SANTOS JLF, Laurenti R. Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brazil: SABE Study (Health, Wellbeing and Aging). *Cad Saúde Pública.*, v. 25(8), p. 1756–62, 2009.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista Saúde Pública*, v. 43, n. 3, p. 548–54, 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

WOOLLACOTT, A. Shumway-Cook; M.H. *Controle motor: teoria e aplicações práticas*. São Paulo: Manole, 2003.

ZARPELLON MAZO, Giovana. Fatores de risco para incontinência urinária em mulheres idosas praticantes e exercícios físicos. *CEP*, v. 88080, p. 350., 2015.

**ANEXO VIII ARTIGO SUBMETIDO: Perfil sociodemográfico e clínico de idosas continentales e incontinentes.**

ZANELLA, Â. K; BÓS, A. J. G.  
**Perfil sociodemográfico e clínico de idosas  
continentales e incontinentes.**  
Periódico: Biblioteca Las Casas  
ISSN 0100-7254  
Aceito em 18 de janeiro de 2016  
Qualis Capes: B1

18/01/2016

Gmail - Presentación del artículo



Angela Zanella &lt;angelakemelzanella@gmail.com&gt;

---

## Presentación del artículo

---

Angela Zanella <angelakemelzanella@gmail.com>  
 Para: secretaria@ciberindex.com, proyectolascasas@yahoo.es

18 de Janeiro de 2016 15:22

Hola buenas noches.

En gustaria expresar presentación Interés y publicación futura del artículo "Perfil sociodemográfico e clínico de Idosas continentas e Incontinentes." en la revista Las Casas. El tema del artículo in question aborda las cuestiones importantes área de la enfermería el y otros profesionales de la salud : el envejecimiento y de la incontinencia urinaria.




Quedo a la espera de acuse de recibo.  
 Sinceramente,

### Ângela Kemel Zanella

Ms., Doutoranda em Gerontologia Biomédica - PUCRS  
 Professora Assistente, Curso de Fisioterapia  
 Universidade Federal do Pampa - **UNIPAMPA**  
 Campus Uruguaiana, BR 472, KM 502, Caixa Postal 118 - CEP: 97500-970  
 Tel. campus: 55 30711-0200 - voip 4848  
<http://lattes.cnpq.br/5698478368912787>

---

#### 3 anexos

-  **artigoperfil14.01.docx**  
39K
-  **cartaapresentacao.docx**  
60K
-  **TabelasArtigo.docx**  
29K

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA - IGG  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA**

Porto Alegre, 14 de janeiro de 2016.

Sra. Editora de La Biblioteca Lascasas

Le remitimos el documento titulado "Perfil sociodemográfico e clínico de idosas continentes e incontinentes." para que sea considerada su publicación en la Biblioteca Lascasas en la sección Artículos Científicos Originales. El motivo de enviarlo a la Biblioteca Lascasas es Dado que este es un tema importante en el contexto de los ancianos, la incontinencia urinaria y su prevalencia es de suma importancia para los profesionales de la salud que trabajan en atención primaria. Sus autores, abajo firmantes, declaran: -Que es un trabajo original -Que no ha sido previamente publicado en otro medio -Que no ha sido remitido simultáneamente a otra publicación -Que todos los autores han contribuido intelectualmente en su elaboración -Que todos los autores han leído y aprobado la versión final del manuscrito remitido -Que, en caso de ser publicado el documento, transfieren todos los derechos de autor al editor, sin cuyo permiso expreso no podrá reproducirse ninguno de los materiales publicados en la misma. A través de este documento, la Fundación Index asume los derechos exclusivos para editar, publicar, reproducir, distribuir copias, preparar trabajos derivados en papel, electrónicos o multimedia e incluir el artículo en índices nacionales e internacionales o bases de datos.

Atenciosamente,

Autores:

  
Ángela Kemel Zanella

  
Angelo José G. Bós

**Título:** Perfil sociodemográfico e clínico de idosas continentas e incontinentes

**Title:** Sociodemographic and clinical profile of elderly women continents and incontinent

**Autores:** Ângela Kemel Zanella, Ângelo José Gonçalves Bós.

Instituto de Geriatria e Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, RS/ Brasil.

Endereço para correspondência:  
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Instituto de Geriatria e Gerontologia.  
Av. Ipiranga, 6690 - Prédio 81 - Sala 703  
CEP: 90610-000 - Porto Alegre - RS  
Telefone: (51) 3353.6031  
E-mail: [angelazanella@unipampa.edu.br](mailto:angelazanella@unipampa.edu.br)

**Resumo:**

Objetivo: conhecer o perfil de idosas continentes e incontinentes de acordo com as variáveis sócio demográficas e clínicas, atendidas em Unidades Básicas de Saúde. Resultados: Este estudo avaliou 99 mulheres idosas com média de idade de 67,94 ( $\pm 1,14$ ) anos, sendo 49 (49%) declaradas como continentes e 50 (51%) declaradas como incontinentes. 36,4% das idosas eram casadas, entre as quais há uma divisão igualitária entre os dois grupos (continentes e incontinentes); 30,3% eram solteiras, sendo a maior parte (18%) continente; e 24,2% eram viúvas, sendo 7% continentes e 17% incontinente; 60,6% apresentou-se como católica. A média da menarca das continentes foi de 12,63 ( $\pm 0,28$ ) anos e das incontinentes de 13,04 ( $\pm 0,27$ ) anos e média da idade da menopausa de 44,98 ( $\pm 0,94$ ) anos e 47,76 ( $\pm 0,81$ ) anos, respectivamente. As idosas continentes eram mais ativas sexualmente que as incontinentes e, estas apresentaram maior número de partos e maior peso dos recém-nascidos, maior número de parto normal e de cesáreas. Conclusão: As variáveis sócio demográficas, como estado civil, profissão, religião e anos de estudo, bem como as clínicas observadas, idade, idade da menarca e da menopausa, o número de gestações, o tipo de parto, o peso do recém-nascido, a exposição a DCNTs, tais como (HAS e diabetes mellitus), atividade sexual, prática de exercícios físicos e consumo de alimentos irritativos da bexiga ser investigadas e consideradas durante a abordagem à idosa na atenção básica.

**Palavras chave:** Incontinência Urinária, Assoalho Pélvico, Mulher Idosa, Perfil.

**Abstract:**

Objective: to know the profile in elderly women continents and incontinent of the agreement with variables such as sociodemographic and clinical treated at basic health units. Results: This study evaluated 99 elderly women with average age of 67.94 ( $\pm 1, 14$ ) years, and 49 (49%) declared the continents and 50 (51%) declared incontinent. 36.4% of married were elderly women, among what's equal division between the two groups (continents and incontinent); 30.3% were single, being the majority (18%) continent; and 24.2% were widows, and 7% and 17% continents and incontinent; 60.6% presented himself how catholic. The media menarche of the continents was 12.63 ( $\pm 0:28$ ) years and incontinent of 13.4 ( $\pm 0:27$ ) years and media menopausal age of 44.98 ( $\pm 0.94$ ) and year 47.76 ( $\pm 0.81$ ) years, respectively. The elderly women continents were most active that the sexually incontinent and these showed increased number of births and greater newborn weight, greater number of vaginal delivery, and cesaria. Conclusion: The sociodemographic variables, such status marital, occupation, religion and year of study, the well as observed clinics, age, age of menarche and menopause, number of pregnancies, type of delivery, the weight of newborn born, to chronic diseases exhibition, such the hypertension and diabetes mellitus, sexual activity, physical exercises practice and consumer irritative bladder food, must be investigated and approach considered during the elderly woman in primary care.

**Key-words:** Urinary incontinence, pelvic floor, elderly woman, profile.

**Introdução:**

Diante do aumento crescente da expectativa de vida nos últimos anos, principalmente nos países em desenvolvimento (DEDICAÇÃO *et al.*, 2009), observa-se a criação um grande desafio à saúde pública que é a atenção integral primária, que vise a independência funcional e diminuição da morbidade da população idosa. Outro desafio enfrentado é como proporcionar o acesso a ações efetivas e especializadas no cuidado dessa população.

Por consequência deste aumento, o indivíduo idoso fica mais predisposto a ser acometido por patologias crônicas, que mesmo não sendo causas graves e que interponham risco à vida, comprometem de forma significativa a independência das atividades de vida diária, favorecendo o isolamento social, a incapacidade funcional e o aparecimento da depressão. Tais acometimentos além de afetar significativamente a qualidade de vida dos idosos, também aumentam as probabilidades da prevalência de casos de incontinência urinária (ABRAMS *et al.*, 2003; LOLLAR; CREWS, 2003).

A incontinência urinária (IU) pode ser definida segundo a International Continence Society (ICS) como a "perda involuntária de urina que é um problema social ou higiênico" (2003). O tipo mais frequente é a incontinência urinária de esforço, causada pelo excesso da pressão vesical sob a uretral, sem ação do músculo detrusor (MITRANO, 2009). Sabe-se, porém, que os diferentes tipos de incontinência urinária são decorrentes da fraqueza da musculatura do assoalho pélvico e frouxidão dos ligamentos pélvicos (NASCIMENTO, 2009).

A prevalência da IU feminina varia de acordo com a metodologia adotada em cada estudo, no entanto aumenta com a idade (ABRAMS *et al.*, 2003). Estudos realizados na Noruega, apontam uma prevalência de 25% em mulheres com 20 anos ou mais (HUNSKAAR *et al.*, 2000), passando para 46% entre as mulheres mais idosas (80-85 anos) (BJÖRNSDÓTTIR *et al.*, 1998). Em estudo realizado nos Estados Unidos, observou que aproximadamente 13 milhões de adultos já apresentaram algum episódio de IU, dos quais 11 milhões (85%) são mulheres (AHCPR, 2003).

Infelizmente a falta de estudos recentes que abordem a epidemiologia e a prevalência da IU no Brasil, subestimando o número real de casos, em especial na população idosa. Por ser comum em mulheres, estudos abordam que a patologia pode acometer cerca de 50% delas, em alguma fase de suas vidas (Luft, 1998; Hannestad *et al.*, 2012). Um estudo realizado por Guarisi *et al.* (1998) revelou que a

IU mais comum entre mulheres de 35 a 81 anos, no Brasil, foi a de IU de esforço (30,7%), seguida pela de IU de urgência (14,2%), e pela IU mista (10%).

Mais recorrente no envelhecimento, a IU muitas vezes é menosprezada por ser considerada uma condição do idoso, especialmente se a perda urinária não seja em grandes quantidades e não atrapalhe sua vida diária. Inúmeras vezes, a falta de uma triagem adequada, juntamente com a realização de perguntas investigativas e de diversas formas, facilitam a resposta inadequada ou equivocada da resposta e assim, contribuindo para o subdiagnóstico de inúmeros casos de IU.

Tendo em vista a realidade das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e do crescente número de idosos e, conseqüentemente, do número de casos de IU, a triagem e a realização de perguntas sobre a continência nas diversas atividades da vida diária, tem um papel fundamental no atendimento dessa população. As UBSs, baseadas na Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), visam o atendimento integral da população, através de ações de promoção, prevenção, educação e recuperação da saúde, tendo assim, papel fundamental na implementação de ações em saúde que reduzam a morbidade por causas previsíveis ou evitáveis, incluindo patologias crônicas como a IU (CAMMU *et al.*, 2000).

Tomando como base o panorama relatado anteriormente, este estudo visa quais são conhecer o perfil de idosas continentas e incontinentes de acordo com as variáveis sócio demográficas e clínicas, atendidas em Unidades Básicas de Saúde.

## Materiais e métodos

O presente estudo caracteriza-se por ser transversal, analítico e descritivo, com abordagem quantitativa. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS (CAAE nº 37283914.1.0000.5336).

### Amostra

Foram identificadas através de busca ativa, 99 mulheres idosas atendidas em Estratégias de Saúde da Família do município de Uruguaiana.

### Critérios de Seleção

### Inclusão



- Idosas com idade igual ou superior a 60 anos, atendidas em uma UBS do município de Uruguaiana, que aceitaram participar do estudo.

#### Exclusão

- Mulheres que não fossem capazes de realizar avaliação da palpação do canal vaginal e/ou possuíssem vaginismo, terem realizados cirurgias no trato geniturinário e idosas que se recusarem a realizar as avaliações.

#### Instrumentos de Coleta de Dados

Foi utilizada como instrumento de avaliação das idosas uma ficha de avaliação uroginecológica o qual constava a pergunta sobre a perda urinária e demais informações sociodemográficas, ginecológicas e funcionais da paciente;

#### Análise estatística

Os dados foram analisados por meio do programa EPI INFO 7.1.3. Níveis de significância menores do que 5% serão considerados estatisticamente significativos, entre 5 e 10% indicativos de significância e menores que 1% muito significativos. O tratamento estatístico foi o descritivo e os padrões de normalidade foram testados e as médias foram testadas pelo teste *t* de *Student*.

#### **Características sócio demográficas**

Sendo assim, este estudo avaliou 99 mulheres idosas com média de idade de 67,94 ( $\pm 1,14$ ) anos, sendo 49 (49%) declaradas como continentas e 50 (51%) declaradas como incontinentes.

Na tabela 1 estão relacionadas as principais características sociodemográficas das idosas. Em relação ao estado civil, observa-se que 36,4% das idosas são casadas, entre as quais há uma divisão igualitária entre os dois grupos (continentes e incontinentes); 30,3% são solteiras, sendo a maior parte (18%) continente; e 24,2% são viúvas, sendo 7% continentas e 17% incontinente. Quando questionadas sobre a sua religião 60,6% apresentou-se como católica, sendo 37% incontinentes e 23% continentas; e 28,3% relataram serem evangélicas, das quase 19% eram continentas e 9% incontinentes.

Na variável anos de estudo, observa-se que 49,5% das idosas estudou até 5 anos e 20,79% entre 5 a 8 anos. Vale salientar que as idosas continentais tinham menos anos de estudos do que as incontinentes, mais frequentes entre 8 anos ou mais. Outra variável questionada às idosas estava relacionada à profissão. Desta forma, é possível ressaltar que 43,46% declaram-se aposentadas ou pensionistas, 26,26% trabalham no lar e 25,33% encontram-se economicamente ativas, ou seja, realizam algum tipo de atividade remunerada. Neste último grupo, as incontinentes (10%) apresentaram-se menos ativas economicamente do que as continentais (14%).

### **Características clínicas**

Foram questionadas informações consideradas relevantes para a ocorrência da incontinência urinária, em especial os fatores de risco. Ao serem questionadas sobre a idade, idade da menarca, da primeira relação sexual e da menopausa observamos os resultados na Tabela 2. As idosas continentais apresentaram média da menarca 12,63 ( $\pm 0,28$ ) anos e das incontinentes de 13,04 ( $\pm 0,27$ ) anos e média da idade da menopausa de 44,98 ( $\pm 0,94$ ) anos e 47,76 ( $\pm 0,81$ ) anos, respectivamente. Este dado confirma que as mulheres incontinentes estiveram mais tempo expostas à ação do estrogênio do que as continentais, uma vez que apresentaram maior tempo de período menstrual. Quando relatada a idade da primeira relação sexual, observa-se uma média de 19,08 ( $\pm 1,01$ ) anos para as continentais e 18,82 ( $\pm 0,27$ ) entre as incontinentes, reforçando que as idosas continentais tiveram a primeira relação sexual mais tarde que as incontinentes. Todas estas médias são estatisticamente significativas comprovadas através do teste *t* para amostras independentes ( $p < 0,001$ ).

Na tabela 3 encontram-se o resultado da razão de chance para incontinência urinária de acordo com as variáveis apresentadas acima. Como é possível observar, apenas a idade da menopausa apresentou correlação significativa ( $p < 0,05$ ) com a IU. No entanto, ressalta-se que a cada 1 ano de idade a mais, representa um aumento de 2% para a ocorrência de IU, bem como 1 ano a mais na idade da menarca representa 10% mais predisposição à IU e 7% a mais para a menopausa. No entanto, a idade da primeira relação sexual mostrou-se como fator de proteção

para incontinência urinária, onde a cada 1 ano mais tarde para a primeira relação sexual representou 98% de chance de proteção para IU.

Ao serem avaliados os fatores de risco para incontinência urinária entre os grupos Contínente e Incontínente, destaca-se que todas as variáveis apresentadas na tabela 4 apresentaram médias maiores para as idosas incontíntes, exceto o número de partos vaginais que foi menor 2,86 ( $\pm 0,37$ ) partos para incontíntes e 3,67 ( $\pm 0,47$ ) partos para as contíntes. Vale ressaltar que o número de gestações não foi muito diferente entre os grupos, no entanto, a realização de cesárias, conhecida por ser um fator protetor para IU (referência), foi mais frequente nas incontíntes ( $0,96 \pm 0,15$ ). Outros aspectos relacionados à história gestacional e ginecológica, observa-se que o número de abortos foi maior para as incontíntes ( $0,70 \pm 0,20$ ) em comparação às contíntes ( $0,39 \pm 0,10$ ). Em relação ao peso dos recém-nascidos também foi maior para as incontíntes, onde obtiveram uma média de 3,82 ( $\pm 0,14$ ) quilogramas (kg) para o RN Maior e 2,94 ( $\pm 0,14$ ) para o RN menor. Todos estes resultados foram estatisticamente significativos de acordo com o teste t para amostras independentes ( $p < 0,001$ ).

Ao serem questionadas sobre as principais doenças crônicas que auto referidas 80,81% referiram possuir Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), destas 84% eram incontíntes, 27,27% diabetes mellitus, sendo 30% incontíntes, 29,29% possuem problemas de audição, das quais 30% eram incontíntes, 57,58% referiram possuir osteoartrose, mais recorrente entre as contíntes 67%, 23,23% possuem catarata e 9,09% já apresentaram pelo menos um episódio de pneumonia após a menopausa. Em ambos os casos o grupo incontínente apresentou maior frequência de tais comorbidades (Tabela 5).

Outro aspecto que também pode apresentar relação à incontinência urinária das idosas, a atividade sexual também foi um fator avaliado (Tabela 6). Desta forma, observa-se que 34,34% das idosas sexualmente ativas, as quais a maior parte era contínente (36,73%). No entanto, entre as que possuem vida sexual inativa (65,66%) a maior parte pertence ao grupo incontínente (68%). Em relação à frequência de relação sexual 55,56% tiveram relação sexual a mais de um ano, seguidas por 20,20% que tiveram relação sexual na última semana e 11,11% no último mês. Nestes três períodos as contíntes foram mais frequentes do que as incontíntes, exceto as que tiveram relação sexual no último mês.

Outros dois aspectos relacionados à vida sexual das idosas e de extrema relevância foram abordados na ficha de avaliação, sendo eles a realização de relação sexual contra sua vontade e mudanças no desejo sexual após a menopausa. Observa-se que 10,10% das idosas entrevistadas referiram terem relação sexual contra sua vontade pelo menos uma vez. Destas, a maior frequência foi no grupo continente. Já em relação às mudanças no desejo sexual após a menopausa, 48,48% relataram que sentiram diferença e 51,52% não notaram diferença no desejo sexual. As idosas continentais foram as que mais notaram essa diferença (Tabela 6). Vale salientar que durante as conversas informais realizadas durante as coletas, muitas idosas relataram nunca terem sentido libido, podendo apresentar relação com o alto número de idosas que não notaram diferença após a menopausa. O mesmo ocorreu com as idosas que mantinham relações sexuais com o companheiro para cumprir uma formalidade (compromisso) do casamento, nem sempre com desejo sexual. Embora essas relações sexuais fossem consentidas, não significaram qualidade, satisfação e prazer para as mulheres entrevistadas.

A tabela 7 apresenta a auto percepção de saúde das idosas. Quando lhes questionado: “Como você avalia a sua saúde”, 39,39% das idosas responderam normal, seguidas por 32,32% que consideram sua saúde boa e 18,18% ruim. Quando comparados entre os grupos continentais e incontinentes, observa-se que a resposta normal foi mais referida pelas idosas incontinentes e a resposta boa, maior no grupo continente. Salienta-se que somente 4,04% das idosas considera sua saúde muito ruim e 6,06% considera muito boa. Em ambos os casos a frequência foi a mesma entre os grupos (continente e incontinente).

Foram avaliados também a prática da atividade física entre as idosas, a frequência e o tipo de atividade, os quais os resultados estão descritos na tabela 8. Salienta-se que apenas 34,36% das idosas praticam algum tipo de atividade física contra 63,64% que são sedentárias. Nestes dois casos, a maior frequência foi no grupo continente. Em relação à frequência de atividade física, entre as ativas, 17,17% praticam pelo menos duas vezes por semana, 14,14% todos os dias e 4,04% uma vez ao mês. O tipo de atividade mais frequente foram as atividades aeróbicas, relacionadas à ginástica, dança, grupos de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), entre outros, com 17,17%. Já a caminhada foi a segunda atividade mais frequente entre as idosas com 14,14%.

Na tabela 9 estão representados os resultados referentes ao consumo e frequência de bebida alcóolica, tabagismo e dependência. 19,91% das idosas relataram fazer uso de cigarro, entre as quais a maior parte é incontinente. 17,17% revelaram fumar todos os dias e 2,02% fumam semanalmente. Já em relação ao consumo de bebida alcóolica, 18,18% relatam consumir, sendo 16,16% consomem eventualmente e 2,02% semanalmente. Entre essas a maior parte é incontinente. As idosas também foram questionadas sobre serem ex-dependentes, observamos que 5,05% já possuíram algum tipo de dependência. 3,03% revelaram serem ex-tabagista e 2,02% ex-alcoolista. Nestes dois casos, a maior frequência correspondeu ao grupo continente.

Antes de iniciar as avaliações as idosas foram avaliadas quanto à função cognitiva, através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), o qual estabeleceu-se o mínimo de pontuação de 24 pontos para as idosas com mais de 5 anos de escolarização e 17 pontos para aquelas que estudaram menos de 5 anos ou eram analfabetas.

Desta forma, verificou-se uma média geral do MEEM foi de 21,3 ( $\pm 6,29$ ). Na divisão entre os grupos continente e incontinente, observamos uma média de 20,45 ( $\pm 0,96$ ) para as idosas continentes e 22,14 ( $\pm 0,81$ ) para o grupo incontinente, o qual apresentou-se estatisticamente significativo ( $p < 0,001$ ). Este resultado é esperado, uma vez que o grupo Incontinente apresentou mais anos de estudo do que o grupo Continente.

Na tabela 10 está explicito o consumo de alimentos e bebidas ricos em cafeína e, por consequência, irritativos da bexiga. Nela observa-se que o consumo de chocolate e do chimarrão apresentaram diferença e indicativo de diferença significativa ( $p < 0,05$ ). Esses dados apontam uma relação do consumo dos mesmos com a IU, em especial nas idosas incontinentes.

## **Discussão**

A incontinência urinária pode ser considerada como uma condição comum ao envelhecimento e sua prevalência chega a 30% da população que vive em comunidade e 50% dos indivíduos institucionalizados, especialmente em mulheres entre 30 a 60 anos (ROSENBERG et al., 2006; ABRAMS et al., 2010). Embora descrita amplamente descrita na literatura, bem como com o surgimento de diversos tratamentos e técnicas, a mesma é uma condição pouco identificada e subtratada

entre os profissionais da saúde (PALMER, 2008). Muitos pacientes não relatam a ocorrência da IU na assistência primária, dificultando e, ao mesmo tempo, reforçando a importância do rastreamento e triagem da mesma a cada 1 ou 2 anos no indivíduo idoso (KNORST et al, 2013).

Entre a literatura há uma clara divergência entre a mesma ser considerada uma condição, um sintoma ou uma doença. De acordo com o Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde (CID-10) a IU aparece em duas grandes categorias: N39 outras doenças do trato urinário quando caracterizada por refluxo, esforço ou superfluxo; N32 outros transtornos da bexiga, para os casos de bexiga hiperativa ou hiperatividade detrusora (OMS, 1997). Desta forma, embora a mesma possa ser causada por outras doenças de base como por exemplo: infecções urinárias, diabetes, entre outras, e ser considerada uma condição aguda, a mesma pode ser classificada também como doença, vindo ao encontro de que esta não é uma condição crônica natural do envelhecimento e sim comum devido aos diversos fatores que serão explicitados a seguir (PALMER, 2008).

De acordo com a Medicare Health Outcomes Survey (2004), a incontinência urinária auto relatada nos últimos 6 meses possui uma prevalência de 37%. Entre as principais condições relatadas, a IU estava fortemente associada à precariedade de saúde e função física (MARDON et al., 2008). Assim sendo, os diversos aspectos abordados neste estudo serão descritos no decorrer dessa discussão e debatidos com os resultados de pesquisas relevantes sobre a temática em questão e reforcem a importância do planejamento de propostas de prevenção.

De acordo com as diretrizes para a incontinência urinária a história prévia da mulher é essencial para caracterização, grau de incomodo, o tempo e a presença ou ausência de sintomas (SYAN et al., 2015). Desta forma, o grau de escolaridade e o estado civil são dados relevantes para a qualidade de vida e para o autocuidado e conhecimento sobre a doença em questão (ANDERSON, 2014).

Tamanini et al. (2003) observou que 23,7% de 119 mulheres não possuíam nenhum tipo de estudo. No caso do presente estudo esse valor foi representado apenas por 10% da amostra, no entanto, 49% das participantes estudaram até 5 anos. Estes dados revelam a importância do questionário ser lido e respondido pelo pesquisador, a fim de facilitar a compreensão da participante e a não ocorrência de fatores de confusão nas repostas (DA SILVA et al., 2005).

Outro aspecto importante a ser ressaltado é que quanto maior a idade, menor parece ser o grau de escolaridade das participantes. Streit et al. (2015) observou que a média de escolarização em idosos centenários foi de apenas quatro anos, valor este que se aproxima dos resultados encontrados neste estudo, porém com idosas mais novas.

Já Fernandes et al. (2015) com mulheres com IU apontou que o estado civil tem uma relação direta com a qualidade de vida das idosas, através do KHQ ADAPTADO. Em nosso estudo observamos que a maior parte das mulheres eram casadas (36,4%), sem grandes diferenças entre os grupos continentes e incontinentes. Da Silva et al. (2005) observou a frequência de 62,3% em 77 idosos com casados ou que possuíam companheiros. Este valor em nosso estudo corresponde a 36% da amostra, dado que deve ser levado em consideração especialmente, diante da vergonha do marido de perder urina no dia a dia, ou no intercurso sexual, além da tristeza e constrangimento afetando diretamente a qualidade de vida da participante (LOPES & HIGA, 2006).

FRARE et al. (2011) avaliou o perfil de mulheres incontinentes, o qual observou a frequência de 59,45% de católicas e 20,28% evangélicas. Esses resultados assemelham-se a esta pesquisa que contou com 60% das participantes católicas e 28% eram evangélicas. A religião é um elemento essencial para a análise e compreensão de como a idosa compreende o seu corpo e a própria incontinência urinária. O estudo de Senra & Pereira (2015) apontam que a religião é um fator de negação e distorção da doença, bem como tem um impacto direto na qualidade de vida. Por isso, embora negligenciado, esse questionamento deve ser levado em consideração, especialmente no caso dos idosos.

Em relação à profissão das idosas, FRARE et al. (2011) observou que 46% da amostra era no lar, 6% eram aposentadas e 32,31% eram economicamente ativas (comerciantes, domésticas, agricultoras, entre outros). Em contrapartida observamos que 46,94% das idosas eram aposentadas e 28,57% eram economicamente ativas. Esse dado pode haver relação com o fato das mulheres neste estudo serem mais velhas que as do estudo anterior.

Onur et al. (2009) e Yagmur et al. (2010) apontam que o risco de ocorrência para IU aumenta com o avanço da idade, especialmente em pessoas do sexo feminino. Esses dados corroboram com os achados de Smith et al. (2010) que encontrou uma prevalência de 29,5% em idosas, valor este próximo ao encontrado

por Tamanini et al. (2009) que observou uma prevalência de 26,2%. No entanto, em um inquérito populacional no Rio Grande do Sul, onde foram avaliados 7315 idosos, foi possível observar que apenas 3,9% (283) da amostra referiu possuir perda urinária (BÓS et al., 2015).

Virtuoso et al. (2015) avaliou a incontinência urinária em mulheres praticantes de atividade física e relatou uma média de idade de 68,5 anos. Esse dado é próximo ao encontrado neste estudo, onde a média de idade das participantes foi de 68,28 anos. Ghafouri et al. (2015) estimou que a frequência da IU aumentou consideravelmente nas mulheres entre os 60 a 69 anos.

MacLennann et al. (2000) apontou que com o aumento da idade há uma relação crescente entre a idade, a paridade, a profissão, o nível educacional é essencial para a manutenção de uma boa qualidade de vida, além de estar associada a disfunção da MAP. Pérez-Lopez et al. (2012) reforça a ideia de que o menor tempo de exposição ao estradiol está associado ao aumento progressivo da gravidade e desconforto da IU. No entanto, os níveis de estrogênio sérico não estão relacionados com a transição da menopausa (MISHRA et al., 2010; WAETJEN et al., 2011).

Embora em nosso estudo a idade da menopausa tenha uma relação direta com a ocorrência da incontinência urinária, ainda há muitas controvérsias na literatura, não sendo possível concluir se a mesma tem relação com a IU, embora ela surja em sua grande maioria durante este período (GUARISI et al., 2001).

Outro aspecto descrito na literatura como fator importante para a ocorrência da incontinência urinária é a função cognitiva, ao qual torna a idosa mais predisposta a desenvolver a IU (DOWD et al., 2000; GARLEY et al., 2006). Esse dado é importante, pois as idosas incluídas neste estudo não poderiam apresentar comprometimento da função cognitiva. Ghafouri et al. (2015) afirma a importância de que no exame físico das pacientes sejam incluídos testes de rastreio cognitivo, funcionais e que avaliem as condições potenciais para o desenvolvimento de comorbidades.

AKOS & PINAR (2015) revelaram em seu estudo que a idade, a cafeína e os riscos obstétricos haviam uma relação direta com a incontinência urinária. Onde a multiparidade, tipo de parto e tamanho do RN (maior que 4 kg) e pós menopausa apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre as continentes e



incontinentes. Estes dados corroboram com os encontrados neste estudo, o qual apresentaram as incontinentes uma média de 4,24 gestações.

Um aspecto importante a ser observado é que as mulheres continentas apresentaram uma média de idade da menopausa, menor que das incontinentes. Diferentemente do padrão encontrado nas demais variáveis ginecológicas (tabela 4), a média de parto vaginal no grupo continente foi maior do que no grupo incontinente, divergindo o que já foi descrito na literatura (GUARISI et al., 2001; HIGA et al., 2005; MENEZES et al., 2015). No entanto, o peso do recém-nascido (RN) também pode ser um fator de risco para a incontinência urinária (IU) (AMORIM et al., 2015; SOUZA et al., 2015). Desta forma, o peso do RN maior e do RN menor teve média maior nas incontinentes. Vale salientar ainda que o número de cesárias foi maior no grupo incontinentes do que no continente, também discordando de estudos que apontam o parto cesário como fator de proteção para IU (BORTOLOTTI et al., 2000). Em contrapartida Smith et al. (2010) afirma que o tipo de parto não é considerado fator de risco para a ocorrência da mesma.

Neste estudo as idosas foram questionadas sobre a vida sexual, sua frequência, queixas e mudanças após a menopausa. O estudo de De Lorenzi & Saciloto (2006) relatam que a prevalência das queixas sexuais aumenta para 60% após a menopausa. Neste trabalho, 34,34% das idosas eram sexualmente ativas, as quais a maior parte era continente (36,73%). Cavalcanti et al. (2014) em seu estudo com mulheres pós menopáusicas revelou que a incontinência urinária aumentou em duas vezes a chance de queixas de disfunções sexuais. Este resultado corrobora com nosso estudo, o qual a maior parte das idosas ativas (34,34%) pertencia ao grupo continente (68%).

Valadares et al. (2008) relatou que em um grupo de mulheres entre 40 a 65 anos, o nível de incontinência urinária associou-se a piores escores de disfunções sexuais. Essa realidade pode ser justificada pelo fato das idosas possuírem medo da perda urinária durante a relação sexual (DALPIAZ et al., 2008). No entanto, percebe-se que a atividade sexual é menos frequente pelo fato da maior parte das mulheres serem casadas (FIGUEROA et al, 2009), uma vez que a IU pode alterar a frequência e a qualidade das atividade sexuais (CAVALCANTI et al., 2014). As idosas incontinentes são tomadas por sentimentos de vergonha e negativismo em até 70% dos casos, apontando um grande impacto na qualidade de vida (LOPES & HIGA, 2006).

Neste estudo observamos a ocorrência a realização de relação sexual contra a vontade, onde 10,1% das idosas já haviam sofrido algum tipo de abuso. Esse dado é alarmante, pois pode ser caracterizado como violência sexual, expressa pela utilização do corpo da pessoa idosa, sem seu consentimento, para obtenção de satisfação sexual (DE SOUZA, 2015). De acordo com dados do SINAM 21.019 mulheres idosas foram vítimas de violência no ano de 2014, entre as quais e mudanças no desejo sexual após a menopausa (48,48%).

As idosas deste estudo também foram questionadas sobre a prática da atividade física e a frequência da mesma, o qual observamos que 63% das mesmas não realiza nenhum tipo de atividade física. Esse dado é alarmante, diante, porém esperado, pois a prevalência de inatividade física aumenta com o envelhecimento e é alta em toda população idosa (CORSEUIL et al., 2011). Entretanto, a falta da prática de atividade física é considerada um grande problema na saúde pública moderna uma vez que o idoso fica mais pré-disposto a desenvolver DCNTs (GUALANO; TINUCCI, 2011; HALLAL et al., 2012).

Entre as principais doenças crônicas referidas pelas idosas deste estudo, as principais foram a hipertensão e a diabetes. De acordo com Rett et al., ambas patologias podem agravar ou causarem a IU, sendo dois fatores importantes para ocorrência da mesma. A presença de hipertensão arterial é uma condição que exige o uso de diuréticos, os quais podem ser considerados também um fator de risco para IU (SONG et al., 2005), Virtuoso et al. (2015) reforça a importância da prática da atividade física e da adoção de hábitos saudáveis de vida com o abandono do tabagismo e redução do consumo de bebida alcóolica para essa população uma vez que ajuda no controle da HAS, minimiza os elementos irritativos à bexiga e melhora a qualidade de vida das idosas.

Por fim outro hábito investigado neste estudo foi o consumo de alimentos e bebidas irritativas da bexiga em virtude do alto teor de cafeína. Foi possível observar diferença significativa nas mulheres que consumiam chocolate e chimarrão, as quais a maioria era incontinente. Colla et al. (2015) também observaram o maior consumo de chimarrão como um fator de pré-disposição à IU, bem como demais alimentos que contenham grandes concentrações de cafeína. Desta forma, possível compreender que todos os fatores abordados anteriormente possuem uma relação com a ocorrência da incontinência urinária, mesmo não sendo de forma direta.

## Conclusão

Foi possível observar que a maior parte das idosas entrevistadas eram casadas e pertencentes à religião católica. No entanto, as incontinentes apresentaram maior grau de escolaridade em comparação com as continentas, bem entre as aposentadas também são a maioria. Entre as variáveis clínicas observou-se que a idade, idade da menarca e idade da menopausa das idosas incontinentes foi maior que as continentas, resultados estes que aumentam a razão de chance para a ocorrência de IU.

De acordo com as demais variáveis clínicas observadas, o número de gestações, o tipo de parto, o peso do recém-nascido, a exposição a DCNTs, tais como (HAS e diabetes mellitus), atividade sexual, prática de exercícios físicos e consumo de alimentos irritativos da bexiga são aspectos relevantes e que devem ser levados em consideração durante a abordagem clínica, para o rastreamento adequado e tratamento da IU na atenção básica, especialmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs).

## Referências

- ABRAMS P, CARDOSO L, FALL M, GRIFFITHS D, ROSIER P, ULMSTEN U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*. 2003; 61(1): 37-49.
- AMARO JL, GAMEIRO MO. Intervenção clínico da incontinência urinária feminina: eletroestimulação endovaginal e exercícios perineais [livre docência]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Medicina; 2000.
- BJÖRNSDÓTTIR LT, GEIRSSON RT, JÓNSSON PV. Urinary incontinence and urinary tract infections in octogenarian women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1998;77(1):105-9.
- BORTOLOTTI A, BERNARDINI B, COLLI E, DI BENEDETTO P, GIOCOLI NACCI G, LANDONI M, et al. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in Italy. **European Urology**, v.30, n.37, p.30-35, 2000.
- CAVALCANTE, Karla Veruska Marques et al. Prevalência e fatores associados à incontinência urinária em mulheres idosas. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 27, n. 2, p. 216-223, 2014.
- COLLA, Cássia; GHISLENI, Angela Peña; PAIVA, Luciana Laureano. Perfil de Usuários que Buscam Atendimento Fisioterapêutico para Incontinência Urinária em um Centro de Saúde do Município de Porto Alegre. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 8, n. 3, p. 45-54, 2015.
- CORSEUIL, Maruí W. et al. Perception of environmental obstacles to commuting physical activity in Brazilian elderly. **Preventive medicine**, v. 53, n. 4, p. 289-292, 2011.

- DALPIAZ, Orietta et al. Female sexual dysfunction: a new urogynaecological research field. **BJU international**, v. 101, n. 6, p. 717-721, 2008.
- DE LORENZI, DINO ROBERTO SOARES; SACIOTO, BRUNO. Frequência da atividade sexual em mulheres menopausadas. **Rev Assoc Med Bras**, v. 52, n. 4, p. 256-60, 2006.
- DE SOUZA, Denise Cassiana Florêncio; OLIVEIRA, Márcia Heloísa; FERRI, Maria Eduarda Costa. Violência familiar contra idosos: uma proposta metodológica para a superação desta violação de direitos. **SEMINÁRIO INTEGRADO-ISSN 1983-0602**, v. 7, n. 7, 2015.
- DEDICAÇÃO, Anny Caroline et al. Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. **Braz. J. Phys. Ther.(Impr.)**, v. 13, n. 2, p. 116-122, 2009.
- DOWD, Therese; KOLCABA, Katharine; STEINER, Richard. Using cognitive strategies to enhance bladder control and comfort. **Holistic Nursing Practice**, v. 14, n. 2, p. 91-103, 2000.
- FERNANDES, C. E. et al. Consenso Brasileiro Multidisciplinar de Assistência à Saúde da Mulher Climatérica. **SOBRAC. Editora Segmento**, p. 219-270, 2003.
- FERNANDES, Susana et al. Calidad de vida en mujeres con Incontinencia Urinária. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. serIV, n. 5, jun. 2015. Disponível em <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832015000200011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000200011&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 08 jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14042>
- FIGUEROA, Rodrigo et al. Prevalencia de disfunción sexual en mujeres climatéricas. **Revista médica de Chile**, v. 137, n. 3, p. 345-350, 2009.
- FRARE, Juliana Cristina; DE SOUZA, Francieli Tibes; DA SILVA, Joseane Rodrigues. Perfil de mulheres com incontinência urinária submetidas a procedimento cirúrgico em um hospital de ensino do sul do país. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 32, n. 2, p. 185-198, 2011.
- GALHARDO C, KATAYAMA M. Anatomia e fisiologia do trato urinário inferior feminino. In: CHIARAPA T.R. CACHO CP, ALEVES AFD. **Incontinência urinária feminina: assistência fisioterapêutica e multidisciplinar**. 1ed. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora: 2007.
- GALHARDO C, KATAYAMA M. Anatomia e fisiologia do trato urinário inferior feminino. In: CHIARAPA T.R. CACHO CP, ALEVES AFD. **Incontinência urinária feminina: assistência fisioterapêutica e multidisciplinar**. 1ed. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora: 2007.
- GARLEY, Ailyn; UNWIN, Jennifer. A case series to pilot cognitive behaviour therapy for women with urinary incontinence. **British journal of health psychology**, v. 11, n. 3, p. 373-386, 2006.
- HALLAL, Pedro C. et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. **The lancet**, v. 380, n. 9838, p. 247-257, 2012.
- HIGA, R.; DE MORAES LOPES, M. H.B.; DOS REIS, M. J. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **REVISTA-ESCOLA DE ENFERMAGEM UNIVERSIDADE DE SAO PAULO**, v. 42, n. 1, p. 187, 2008.
- LOLLAR, D.; CREWS, J. Redefining the role of public health in disability. *Annu Rev Public Health [S.I.]*, v. 24, p. 195-208, 2003.
- LOPES, M. H. B. M.; HIGA, R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev. esc. enferm.* 2006; 40(1).

- MARDON, Russell E. et al. Management of urinary incontinence in Medicare managed care beneficiaries: results from the 2004 Medicare Health Outcomes Survey. **Archives of internal medicine**, v. 166, n. 10, p. 1128-1133, 2006.
- MITRANO P. Fisiopatologia e Classificação da incontinência urinária. In: Moreno AL. Fisioterapia em Uroginecologia. Barueri, SP: Manole; 2004. p.29-37.
- NASCIMENTO, S.M. Avaliação fisioterapêutica da força muscular do assoalho pélvico na mulher com incontinência urinária de esforço após cirurgia de Wertheim-Meigs: revisão de literatura. *Rev Bras Cancerol*. 2009;55(2):157-63.
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2003 - 2004**. Tradução de Cristina Correa. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- ONUR, Rahmi et al. Prevalence and risk factors of female urinary incontinence in eastern Turkey. **International journal of urology**, v. 16, n. 6, p. 566-569, 2009.
- PALMER, R.M. Management of common clinical disorders in geriatric patients. **ACP Medicine**. v.1, n.27, 2008.
- REIS, R. B. Incontinência urinária do idoso. **Acta Cirúrgica Brasileira - Vol 1**. p.47-48, 2003.
- RETT, M. T.; SIMÕES, J. A.; HERRMANN V.; GURGEL, S. C.; MORAIS, S. S. Qualidade de vida em mulheres após intervenção da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2007; 29(3).
- SAYEG, M. A.; MESQUITA, R. A. V. Políticas Públicas de Saúde para o Envelhecimento. IN: FREITAS, Elisabete V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 1083-89.
- SENRA, Cláudia; PEREIRA, M. Graça. Quality of life in women with urinary incontinence. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 61, n. 2, p. 178-183, 2015.
- SILVA APM, SANTOS VLCG. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. *Rev Esc Enferm USP*. 2005; 39(1): 36-45.
- SILVA, Anderson Peterson Machado da and SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. **Revista Escola de Enfermagem. USP** [online]. 2005, vol.39, n.1, pp. 36-45. ISSN 1980-220X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000100005>.
- SMITH, Ariana L. et al. Correlates of Urinary Incontinence in Community-Dwelling Older Latinos. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 58, n. 6, p. 1170-1176, 2010.
- SONG, Yan-Feng et al. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in Fuzhou Chinese women. **Chinese medical journal**, v. 118, n. 11, p. 887-892, 2005.
- SOUSA, Carolina Silva; RODRÍGUEZ-MIRANDA, Francisco P. Envelhecimento e Educação para Resiliência no Idoso. **Educação & Realidade**, v. 40, n. 1, p. 33-51, 2015.
- TAMANINI, José Tadeu Nunes et al. Validação do " King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 2, p. 203-11, 2003.
- VALADARES, Ana L. et al. Sexuality in Brazilian women aged 40 to 65 years with 11 years or more of formal education: associated factors. **Menopause**, v. 15, n. 2, p. 264-269, 2008.
- YAĞMUR, Yurdagül; ULUKOCA, Neşe. Urinary incontinence in hospital-based nurses working in Turkey. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 108, n. 3, p. 224-227, 2010.

Tabela 20 – Características sócio demográficas entre as idosas continentes e incontinentes.

Variável	Continente	%	Incontinente	%	Total	%	p
<b>Estado Civil</b>							
Solteira	9	18	6	12	30	30	0,144
Casada	9	18	9	18	36	36	
Separada/ Divorciada	2	5	1	3	8	9	
Viúva	3	7	8	17	24	24	
União Estável	0	1	0	0	1	1	
<b>Religião</b>							
Católica	23	11	37	18,5	60	60	0,109
Evangélica	19	9	9	4,5	28	28	
Outras	7	3	4	2	11	12	
<b>Anos de Estudo</b>							
Analfabeta	6	12	4	8	10	10	0,197
Até 5 anos	29	59	21	42	50	49	
De 5 a 8 anos	6	12	15	30	21	21	
De 8 a 12 anos ou mais	8	16	10	20	18	18	
<b>Profissão</b>							
Aposentada ou Pensionista	23	46,94	26	52	49	50	0,311
Do lar	11	22,45	15	30	26	26	
Economicamente Ativas	14	28,57	10	20	24	24	

Fonte: elaborada pelo autor.

Tabela 21 – Média de idade das idosas avaliadas de acordo com a perda urinária.

	Continente		Incontinente		t	p
	Média	S.D	Média	S.D		
Idade	67,94	(±1,14)	68,28	(±0,88)	94,70	0,000
Idade Menarca	12,63	(±0,28)	13,04	(±0,27)	65,09	0,000
Idade Primeira Relação Sexual	19,08	(±1,01)	18,82	(±0,57)	73,12	0,000
Idade Menopausa	44,98	(±0,94)	47,76	(±0,81)	32,88	0,000

Fonte: elaborada pelo autor.

Tabela 22 – Resultado da Regressão Logística para a chance de ocorrência da incontinência urinária em relação a idade, idade da menarca, idade da primeira relação sexual e idade da menopausa.

	Razão de Chance	95%	p
Idade	1,02	0,96-1,08	0,16
Idade Menarca	1,10	0,88-1,37	0,36
Idade Primeira Relação Sexual	0,98	0,91-1,06	0,73
Idade Menopausa	1,07	1,00-1,15	0,03

Fonte: elaborada pelo autor.

Tabela 23 – Média de ocorrência dos fatores de risco relacionados à incontinência urinária entre as idosas continentas e incontinentes.

	Continente		Incontinente		t	p
	Média	S.D	Média	S.D		
Gestação	4,16	(±0,45)	4,24	(±0,34)	15,03	0,000
Partos vaginais	3,67	(±0,47)	2,86	(±0,37)	10,88	0,000
Cesárias	0,22	(±0,08)	0,96	(±0,15)	6,57	0,000
Aborto	0,39	(±0,10)	0,70	(±0,20)	4,81	0,000
Peso do RN Maior (kg)	3,41	(±0,21)	3,82	(±0,14)	28,94	0,000
Peso do RN Menor (kg)	2,14	(±0,21)	2,94	(±0,14)	19,31	0,000

Fonte: elaborada pelo autor.

Tabela 24 – Doenças crônicas auto referidas pelas idosas continentas e incontinentes.

	Continente	%	Incontinente	%	Total	%	p
HAS	38	78	42	84	80	80,81	0,41
Diabetes	12	24	15	30	27	27,	0,53
Cardiopatía	5	10	12	24	17	17	0,87
Audição	14	29	15	30	29	29	0,53
Osteoatrose	33	67	24	48	57	58	0,51
Catarata	13	27	10	20	23	23	0,44
Pneumonia	4	8	5	10	9	9	0,75

Fonte: elaborada pelo autor.

Tabela 25 – Frequência de Relação e Atividade Sexual entre as idosas continentas e incontinentes.

Relação Sexual	Continentes	%	Incontinentes	%	Total	%	p
<b>Ativa</b>							
Não	31	63	34	68	65	66	0,62
Sim	18	37	16	32	34	34	
<b>Frequência da Atividade Sexual</b>							
Na última semana	11	22	9	18	20	20	0,43
No último mês	5	10	6	12	11	11	
Nos últimos 6 meses	2	4	7	14	9	9	
No último ano	0	0	1	2	1	1	
A mais de um ano	30	61	25	50	55	56	
Não lembra	1	2	2	4	3	3	
<b>Relação sexual contra vontade</b>							
Não	42	86	47	94	89	90	0,17
Sim	7	14	3	6	10	10	
<b>Mudanças no desejo sexual após a menopausa</b>							
Não	25	51	26	52	51	52	0,92
Sim	24	49	24	48	48	48	
Total	49	49	50	51	99	100	

Fonte: elaborada pelo autor.

Tabela 26 – Auto percepção de saúde das idosas continentas e incontinentes.

Avalia sua Saúde	Continentes	%	Incontinentes	%	Total	%	p
Muito Ruim	2,	4	2	4	4	4	0,66
Ruim	9	18	9	18	18	18	
Normal	16	33	23	46	39	39	
Boa	19	39	13	26	32	32	
Muito Boa	3	6	3	6	6	6	
Total	49	49	50	51	99	100	

Fonte: elaborada pelo autor.



Tabela 27 – Prática de Atividade Física, Frequência e Tipo de Atividade entre as idosas continentas e incontinentes.

Atividade Física	Continentes	%	Incontinentes	%	Total	%	p
Não	33	67	30	60	63	63	0,44
Sim	16	32	20	40	36	36	
Frequência de Atividade Física							
Não se aplica	33	67	29	58	62	62	0,20
Uma vez por mês	1	2	3	6	4	4	
Quinzenal	1	2	0	0	1	1	
Uma vez por semana	0	0	1	2	1	1	
Duas vezes por semana	5	10	12	24	17	17	
Todos os dias	9	18	5	10	14	14	
Tipo de Atividade Física							
Não se aplica	33	67	29	58	62	62	0,38
Treinamento Funcional	1	2	3	6	4	4	
Musculação	1	2	0	0	1	1	
Pilates	0	0	1	2	1	1	
Atividade aeróbica	5	10	12	24	17	17	
Caminhada	9	18	5	10	14	14	
Total	49	49	50	51	99	100	

Fonte: elaborada pelo autor.

Tabela 28 – Consumo e frequência de uso de cigarro, bebida alcoólica e drogas idosas continentas e incontinentes.

Cigarro	Continentes	%	Incontinentes	%	Total	%	p
Não	42	86	38	76	80	81	0,22
Sim	7	14	12	24	19	19	
Frequência							
Diariamente	6	12	11	22	17	17	0,43
Semanalmente	1	2	1	2	2	2	
Bebida Alcoólica							
Não	42	86	39	78	81	82	0,32
Sim	7	14	11	22	18	18	
Frequência							
Semanalmente	1	2	1	2	2	2	0,57
Eventualmente	6	12	10	20	16	16	
Ex-dependente							
Não	46	94	48	96	94	94	0,63
Sim	3	6	2	4	5	5	
Cigarro	3	6,12	0	0	3	3	0,07
Álcool	1	1,01	1	1,01	2	2	
Total	49	49	50	51	99	100	

Fonte: elaborada pelo autor.

Tabela 29 – Frequência de consumo de alimentos e bebidas ricos em cafeína e irritativos do detrusor entre as idosas continentes e incontinentes.

	Continentes	%	Incontinentes	%	Total	%	p
<b>Alimentos estimulantes</b>							
Café	36	36	34	34	70	71	0,55
Chocolate	18	18	27	27	48	48	0,08
Chimarrão	48	48	38	38	86	87	0,00
Chá com cafeína	43	43	38	38	41	41	0,12
Frutas cítricas	43	43	42	42	85	86	0,59
Comida Apimentada	5	5	9	9	14	14	0,26
Refrigerante	28	28	32	32	60	61	0,48

Fonte: elaborada pelo autor.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

### Guia da Entrevista Semi-Estruturada

Observação: iniciar a entrevista com a definição do estudo e de consciência corporal.

Questões norteadoras:

1. Qual a importância que você dá na avaliação da consciência da MAP como possível preditor de IU?
2. Como acha que poderia ser estudada a consciência da MAP em mulheres idosas?
3. O que você considera importante avaliar no instrumento?
4. Quais são as características pessoais das pacientes poderiam afetar a resposta das mulheres idosas na avaliação da consciência da MAP?

## APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos convidando Sr (a) para participar da pesquisa: Avaliação da consciência corporal da musculatura do assoalho pélvico e sua relação com a incontinência urinária em idosas (1ª fase), de autoria da doutoranda Ângela Kemel Zanella do Curso de Doutorado em Gerontologia Biomédica da PUCRS. Esta pesquisa tem como objetivo estudar a relação entre a consciência corporal da MAP e o resultado palpação bi digital do canal vaginal em idosas.

A sua participação consistirá em uma entrevista semiestruturada gravada e com duração aproximada de 40 minutos, para verificar como deveria ser estudada a consciência corporal dos músculos do assoalho pélvico (MAP) em mulheres idosas.

O Senhor (a) pode solicitar esclarecimentos sobre qualquer questão referente ao estudo, tem liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar da pesquisa sem que lhe traga qualquer prejuízo ou afete seu atendimento no ambulatório. Garante-se o caráter confidencial das informações relacionadas à sua privacidade. O acesso às informações será garantido em todas as etapas do trabalho, inclusive no resultado. Os dados obtidos serão utilizados apenas para os fins a que esta pesquisa se propõe.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima, de maneira clara e detalhada. Recebi informações a respeito do estudo e esclareci minhas dúvidas. Quaisquer esclarecimentos adicionais sobre a pesquisa poderão ser obtidos com o Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUC/RS, localizado na Avenida Ipiranga, 6681, Prédio 40, 5º. andar, sala 505, CEP 90.619-900, Porto Alegre/RS, Telefone: (51) 3320-3345, e-mail:cep@pucrs.br, Horário de atendimento: Segunda a Sexta-feira - 8:30-12:00h ou 13:30-17:00h, orientador Ângelo Bós (51)33368153 ou com a pesquisadora Ângela Kemel Zanella (55)91501881. Declaro que recebi uma cópia do presente termo de consentimento.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome completo do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da entrevistada

\_\_\_\_\_  
Ângela Kemel Zanella  
Pesquisadora

## APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos convidando senhora para participar da pesquisa: Avaliação da consciência corporal da musculatura do assoalho pélvico e sua relação com a incontinência urinária em idosas (1ª fase), de autoria da doutoranda Ângela Kemel Zanella do Curso de Doutorado em Gerontologia Biomédica da PUCRS. Esta pesquisa tem como objetivo estudar a relação entre a consciência corporal da Musculatura do Assoalho Pélvico e o resultado da palpação bi digital do canal vaginal em idosas.

A sua participação será responder um questionário sobre sua auto percepção dos músculos do assoalho pélvico e realizar uma avaliação ginecológica do canal vaginal que irá avaliar a força de contração de sua musculatura do assoalho pélvico. Esses testes durarão aproximadamente 30 minutos e não causarão nenhum risco para sua saúde.

A senhora poderá esclarecer suas dúvidas sobre qualquer questão que diz respeito ao estudo, além de ter a liberdade de deixar de participar da pesquisa sem que você tenha qualquer prejuízo ou afete seu atendimento no ambulatório. Garantimos o anonimato e confidencialidade das informações fornecidas pela senhora. Você também poderá ter acesso às informações durante todas as etapas do estudo, inclusive nos resultados. Os dados obtidos com sua participação serão utilizados apenas para o objetivo que esta pesquisa se propõe.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui informada dos objetivos da pesquisa acima, de maneira clara e detalhada. Recebi informações a respeito do estudo e esclareci minhas dúvidas. Quaisquer esclarecimentos adicionais sobre a pesquisa poderão ser obtidos com o Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUC/RS, localizado na Avenida Ipiranga, 6681, Prédio 40, 5º. andar, sala 505, CEP 90.619-900, Porto Alegre/RS, Telefone: (51) 3320-3345, e-mail:cep@pucrs.br, Horário de atendimento: Segunda a Sexta-feira - 8:30-12:00h ou 13:30-17:00h, orientador Ângelo Bós (51)33368153 ou com a pesquisadora Ângela Kemel Zanella (55)91501881. Declaro que recebi uma cópia do presente termo de consentimento.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome completo do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da entrevistada

\_\_\_\_\_  
Ângela Kemel Zanella  
Pesquisadora

## APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos convidando senhora para participar da pesquisa: Avaliação da consciência corporal da musculatura do assoalho pélvico e sua relação com a incontinência urinária em idosas (2ª fase), de autoria da doutoranda Ângela Kemel Zanella do Curso de Doutorado em Gerontologia Biomédica da PUCRS. Esta pesquisa tem como objetivo estudar a relação entre a consciência corporal da Musculatura do Assoalho Pélvico e o resultado da palpação bi digital do canal vaginal em idosas.

A sua participação será responder algumas perguntas sobre seus hábitos de vida e sintomas uroginecológicos, responder um questionário sobre sua auto percepção dos músculos do assoalho pélvico e realizar uma avaliação ginecológica do canal vaginal que irá avaliar a força de contração de sua musculatura do assoalho pélvico. Esses testes durarão aproximadamente 45 minutos e não causarão nenhum risco para sua saúde.

A senhora poderá esclarecer suas dúvidas sobre qualquer questão que diz respeito ao estudo, além de ter a liberdade de deixar de participar da pesquisa sem que você tenha qualquer prejuízo ou afete seu atendimento no ambulatório. Garantimos o anonimato e confidencialidade das informações fornecidas pela senhora. Você também poderá ter acesso às informações durante todas as etapas do estudo, inclusive nos resultados. Os dados obtidos com sua participação serão utilizados apenas para o objetivo que esta pesquisa se propõe.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui informada dos objetivos da pesquisa acima, de maneira clara e detalhada. Recebi informações a respeito do estudo e esclareci minhas dúvidas. Quaisquer esclarecimentos adicionais sobre a pesquisa poderão ser obtidos com o Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUC/RS, localizado na Avenida Ipiranga, 6681, Prédio 40, 5º. andar, sala 505, CEP 90.619-900, Porto Alegre/RS, Telefone: (51) 3320-3345, e-mail:cep@pucrs.br, Horário de atendimento: Segunda a Sexta-feira - 8:30-12:00h ou 13:30-17:00h, orientador Ângelo Bós (51)33368153 ou com a pesquisadora Ângela Kemel Zanella (55)91501881. Declaro que recebi uma cópia do presente termo de consentimento.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome completo do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da entrevistada

\_\_\_\_\_  
Ângela Kemel Zanella  
Pesquisadora