

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

PRISCILA ALMEIDA INHOTI

INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES IDOSAS DE UM  
MUNICÍPIO DO NOROESTE DO PARANÁ: PREVALÊNCIA E  
EFEITO DE UM PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS

MARINGÁ  
2016

PRISCILA ALMEIDA INHOTI

**INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES IDOSAS DE  
UM MUNICÍPIO DO NOROESTE DO PARANÁ:  
PREVALÊNCIA E EFEITO DE UM PROGRAMA DE  
EXERCÍCIOS FÍSICOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sonia Maria Marques Gomes Bertolini

Coorientador: Prof. Dr. Diógenes Aparício Garcia Cortez

MARINGÁ  
2016

**PRISCILA ALMEIDA INHOTI**

**INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES IDOSAS DE UM  
MUNICÍPIO DO NOROESTE DO PARANÁ: PREVALÊNCIA E EFEITO DE  
UM PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro  
Universitário de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em  
Promoção da Saúde pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

**COMISSÃO JULGADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sonia Maria Marques Gomes Bertolini  
Centro Universitário Cesumar - UniCesumar (Presidente)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rute Grossi Milani  
Centro Universitário Cesumar - Unicesumar (Membro interno)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Carmem Patrícia Barbosa  
Universidade Estadual de Maringá – UEM (Membro externo)

Aprovado em: 29 de Fevereiro de 2016

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais, Ana Maria de Almeida Inhoti e Celso Carlos Inhoti, pelo amor incondicional, incentivo e apoio sem reservas durante todos os anos de estudo.

Ao meu marido Vicente D'Alessio Junior, por estar ao meu lado, sendo sempre o meu suporte necessário. O seu companheirismo, conselhos, força e, sobretudo, amor, são essenciais para mim.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus a oportunidade ofertada para a realização deste sonho.

Agradeço, também, a todos que de alguma forma, direta ou indiretamente, me ajudaram durante estes dois anos de estudo e pesquisa. Reconheço a importância de cada um neste trajeto e destaco alguns nomes:

À Professora Dra. Sonia Maria Marques Gomes Bertolini, obrigada pela sua orientação, dedicação e partilha do saber. Nossos encontros foram momentos valiosos para mim;

À Secretaria do Mestrado de Promoção da Saúde, especialmente à Maria Sueli Rufino. Obrigada pelo apoio e por tornar mais prazeroso o árduo caminho acadêmico;

À Raíssa Biff Costa, minha amiga e companheira nestes dois anos de estudos. Muito obrigada por me amparar e me ajudar nas horas mais difíceis. O seu companheirismo não me deixou esmorecer;

Ao Professor PhD. Marcelo Piccini Bernuci agradeço os ensinamentos, a compreensão, a paciência e os conselhos ao longo deste trajeto;

Ao Professor PhD. Diógenes Cortez, obrigada pela contribuição durante todo o processo de co-orientação. Sou grata pela paciência, cooperação e por ajudar a construir caminhos de conhecimento que certamente serão resgatados por toda a vida, seja acadêmica ou pessoal.

Ao UNICESUMAR, obrigada pela bolsa de estudos ofertada e pela oportunidade de desenvolver este trabalho;

Aos familiares e amigos que, de diferentes formas, se interessaram e contribuíram para com esta pesquisa. O meu eterno agradecimento!

## EPÍGRAFE

*“ O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo.  
Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas  
admiráveis.”*

José de Alencar

## RESUMO

**Introdução:** A incontinência urinária (IU) é descrita como qualquer perda involuntária de urina e pode ser classificada em três tipos principais considerando os sintomas: incontinência urinária de esforço (IUE), que é a perda urinária associada às atividades e manifestações que aumentam a pressão intra-abdominal; incontinência urinária de urgência (IUU), definida como perda involuntária de urina associada a um forte desejo de urgência de urinar, e incontinência urinária mista (IUM), quando existe associação dos sintomas de incontinência de esforço e de urgência. Apesar de acometer ambos os sexos, sua prevalência é maior nas mulheres, principalmente após os 60 anos. Os quadros IU geram implicações sociais, emocionais, ocupacionais, econômicas e na qualidade de vida da população. **Objetivo:** verificar a prevalência de IU em idosas cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Maringá – PR, analisar sua influência na qualidade de vida dessa população e avaliar o efeito da cinesioterapia uroginecológica nas mulheres consideradas fisicamente ativas. **Materiais e métodos:** trata-se de um estudo de abordagem quantitativa constituído por duas fases. Na primeira fase foi realizada uma pesquisa do tipo transversal, de base populacional, com mulheres idosas residentes na cidade de Maringá – Paraná, cujos dados foram coletados entre março e agosto de 2015, em visitas domiciliares. A segunda fase caracterizou-se por um programa de intervenção com 10 sessões de exercícios físicos, duas vezes por semana, realizados por idosas fisicamente ativas selecionadas a partir da primeira fase. Em ambas as fases participaram do estudo mulheres com idade  $\geq 60$  anos. Para a primeira fase da pesquisa o tamanho da amostra ( $n=376$ ) foi calculado aplicando-se regra para o cálculo de amostras para proporções, considerando-se o fator de correção para populações finitas. Para verificar a frequência, quantidade de perda urinária e o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida das idosas, utilizou-se um questionário validado para o português, específico para incontinência urinária, o *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF). O questionário usado como instrumento para avaliar o nível de atividade física foi o IPAQ - *International Physical Activity Questionnaire*, versão adaptada, o qual é utilizado para populações especiais, como é o caso do idoso. Para analisar a presença de ansiedade, empregou-se a primeira parte do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Da amostra de 376 idosas, foram selecionadas 30 que eram praticantes de atividades físicas regularmente. Estas senhoras se submeteram a um protocolo de intervenção caracterizado por exercícios físicos para o fortalecimento do assoalho pélvico (10 sessões, duas vezes por semana, com duração de 45 minutos). O pré e pós-teste se deram por meio da aplicação do *pad test* de uma hora (teste do absorvente), o qual possibilita uma avaliação objetiva da IU. Os dados foram analisados no programa SAS versão 9.3. Para os testes de hipóteses, o nível de significância adotado foi de 5%. **Resultados:** A média de idade das participantes foi de  $73,36 \pm 4,53$  anos. A prevalência de IU foi de 74,73%. A maioria das idosas (60,90%) não possuía nenhuma escolaridade ou tinha o ensino fundamental incompleto. O número de gestações apresentou associação com a IU ( $p = 0,0295$ ). O tipo de IU mais comum foi a mista (51,60%). Não foi encontrada associação entre o nível de atividade física e a presença de IU. As idosas com relatos de maior interferência da IU na qualidade de vida (48,93%) apresentaram maiores níveis de ansiedade ( $p=0,0051$ ). Verificou-se forte correlação entre o escore da IU e o impacto da perda de urina na qualidade de vida ( $p=0,0001$ ). Em relação à intervenção, a comparação entre o peso do absorvente nos momentos pré ( $1,1856g \pm 1,77g$ ) e pós-protocolo ( $0,2443 \pm 0,39$ ) demonstrou diminuição significativa de perda de urina entre as idosas ( $p=0,0001$ ). **Conclusão:** A prevalência de incontinência urinária identificada neste estudo foi alta, com forte influência negativa na qualidade de vida das idosas, o que alerta

para a necessidade de medidas de intervenção para essa população. Conclui-se, ainda, que as 10 sessões de cinesioterapia reduziu a perda de urina das idosas.

**Palavras-chave:** Incontinência Urinária. Idosa. Exercícios físicos. Promoção da Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** Urinary incontinence ( UI) is described as any involuntary loss of urine and can be classified into three main types considering the symptoms: stress urinary incontinence ( SUI ), which is urine leakage associated with activities and events that increase the pressure intraabdominal; urge urinary incontinence ( UUI ) , defined as involuntary loss of urine associated with a strong desire of urgency to urinate , and mixed urinary incontinence ( MUI ) , when there are associated symptoms of stress incontinence and urgency. Although affect both sexes, its prevalence is higher in women, especially after 60 years. The UI frames generate social, emotional, occupational, economic and people's quality of life. **Objective:** To determine the prevalence of UI in older enrolled in Basic Health Units in the city of Maringa - PR , analyze their influence on the quality of life of this population and evaluate the effect of kinesiotherapy urogynecological in women considered physically active. **Methods:** This is a quantitative approach study consists of two phases. In the first phase a survey was conducted cross-sectional, population-based, with elderly women living in the city of Maringa - Paraná, whose data were collected between March and August 2015, on home visits. The second phase was characterized by an intervention program with 10 sessions of physical exercise twice a week, conducted by active elderly women selected from the first phase. In both phases in the study women aged  $\geq 60$  years. For the first phase of the study sample size ( $n = 376$ ) was calculated by applying a rule for calculating samples for proportions, considering the correction factor for finite populations. To check the frequency, number of urinary leakage and the impact of urinary incontinence on quality of life of older, used a questionnaire validated for the Portuguese, specific to urinary incontinence, the International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF). The questionnaire used as an instrument to assess the level of physical activity was the IPAQ - International Physical Activity Questionnaire, adapted version, which is used for special populations such as the elderly. To analyze the presence of anxiety, we used the first part the Trait Anxiety Inventory-State (STAI). Sample of 376 elderly, were selected 30 who were practicing regular physical activity. These ladies have undergone an intervention protocol characterized by physical exercises to strengthen the pelvic floor (10 sessions, twice a week, lasting 45 minutes). The pre- and post-test is given by applying the *pad test* an hour (*pad test*), which enables an objective assessment of the UI. The data were analyzed with SAS version 9.3 program. For hypothesis testing, the significance level was 5%. **Results:** The mean age of participants was  $73.36 \pm 4.53$  years. The prevalence of UI was 74.73%. Most older (60.90%) had no schooling or had not finished elementary school. The number of pregnancies was associated with UI ( $p = 0.0295$ ). The most common type of incontinence was mixed (51.60%). No association was found between the level of physical activity and the presence of UI. The elderly women with UI more interference reports on quality of life (48.93%) showed higher anxiety levels ( $p = 0.0051$ ). There was a strong correlation between the score of the UI and the impact of urine loss in quality of life ( $p = 0.0001$ ). Regarding the intervention, the comparison between the weight of the absorbent in the pre- ( $1,1856g \pm 1,77g$ ) and post-protocol ( $0.2443 \pm 0.39$ ) showed significant reduction of urine loss among older ( $p = 0.0001$ ). **Conclusion:** The

prevalence of urinary incontinence identified in this study was high, with strong negative influence on the quality of life of older, which warns of the need for intervention measures for this population. It follows also that the 10 sessions of therapeutic exercise reduced the loss of urine of elderly.

**Keywords:** Urinary Incontinence. Elderly. Physical Exercises. Health Promotion.

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1</b> – Correlação entre o impacto da IU na qualidade de vida e o escore da IU (ICIQ-SF) .....	38
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

## LISTA DE TABELAS

### ARTIGO 1

- TABELA 1** - Características sociodemográficas das idosas do estudo. Maringá - PR, 2015 ..... 35
- TABELA 2** - Teste de Mann-Whitney (*Wilcoxon rank-sum test*) comparando os dois grupos de idosas que apresentam ou não incontinência urinária (IU) em relação às diferentes variáveis, cadastradas nas unidades básicas de saúde da cidade de Maringá - PR, 2015 ..... 36
- TABELA 3** - Teste de Kruskal- Wallis, seguido do teste de comparações múltiplas *post hoc* de Dunn, comparando o grau de incontinência urinária (IU) e a idade, para as idosas, cadastradas nas unidades básicas de saúde da cidade de Maringá - PR, 2015. .... 37
- TABELA 4** - Teste de Kruskal- Wallis, seguido do teste de comparações múltiplas *post hoc* de Dunn, comparando o tipo de incontinência urinária (IU) e a Idade e o tipo de incontinência urinária (IU) e a quantidade de gestações das pacientes idosas, cadastradas nas unidades básicas de saúde da cidade de Maringá - PR, 2015 ..... 37
- TABELA 5** - Teste de Kruskal- Wallis, seguido do teste de comparações múltiplas *post hoc* de Dunn, comparando o impacto da incontinência urinária (IU) e a média IDATE de pacientes idosas, cadastradas nas unidades básicas de saúde da cidade de Maringá - PR, 2015 ..... 38

### ARTIGO 2

- TABELA 1** – Características das idosas fisicamente ativas submetidas à cinesioterapia uroginecológica ..... 56
- TABELA 2** – Peso do absorvente do *pad test* pré e pós-cinesioterapia uroginecológica..... 56
- TABELA 3** – Classificação da incontinência urinária de acordo com o *pad test* pré e pós-cinesioterapia uroginecológica ..... 57

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
1.2	OBJETIVOS .....	16
1.2.1	Objetivo geral .....	16
1.2.2	Objetivos específicos .....	16
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>18</b>
2.1	Envelhecimento ativo .....	18
2.2	Qualidade de vida .....	19
2.3	Ansiedade em idosas.....	20
2.4	Recursos diagnósticos para IU.....	21
2.5	Recursos educativos para IU .....	23
2.6	Exercícios de fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico .....	24
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>26</b>
<b>4</b>	<b>ARTIGO 1 .....</b>	<b>30</b>
4.1	Normas da revista do artigo 1 .....	44
<b>5</b>	<b>ARTIGO 2 .....</b>	<b>50</b>
5.1	Normas da revista do artigo 2 .....	64
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>69</b>
<b>7</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>70</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>74</b>
	Anexo A – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) .....	74
	Anexo B – Parecer consubstanciado do CEP .....	76
	Anexo C – ICIQ-SF .....	78
	Anexo D – IPAQ .....	79
	Anexo E – IDATE .....	82

## 1 INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida da população tem despertado o interesse para as questões de saúde envolvidas no envelhecimento e a busca pela qualidade de vida vem se tornando um grande desafio, uma vez que a saúde está intimamente relacionada com a qualidade de vida, bem como os preconceitos em relação à velhice (ASSIS, 2005). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2005) estima-se que o Brasil em 2025 será o sexto país com maior número de idosos, mas ainda existe uma grande lacuna no que se diz respeito aos desafios que o envelhecimento populacional trará para a saúde pública.

O envelhecimento saudável não é apenas aquele com ausência de doenças, mas que preserve as condições de autonomia e funcionalidade. O envelhecimento ativo predispõe ao equilíbrio biopsicossocial e a capacidade de desenvolver suas potencialidades e sendo assim, deve ser estimulado (FERREIRA et al., 2012). Elaborado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, juntamente com a Unidade de Envelhecimento e Curso de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS), o projeto de Política de Saúde foi criado com intuito proporcionar informações para uma discussão e formulação de planos de ação que visem promover o envelhecimento ativo e saudável (OMS, 2005). O envelhecimento ativo pode ser afetado pelos quadros de incontinência urinária, uma vez que geram implicações severas na saúde e na qualidade de vida da população.

A incontinência urinária (IU) é definida, segundo a International Continence Society, como qualquer queixa de perda involuntária de urina (ABRAMS et al., 2002). Dentre as suas classificações, destacam-se a incontinência urinária de esforço, de urgência e mista. A incontinência urinária de esforço é caracterizada como qualquer perda involuntária de urina durante o esforço, atividade física, espirro ou tosse. Já a incontinência urinária de urgência é conhecida como um desejo miccional acompanhado pela perda involuntária de urina. A incontinência urinária mista apresenta uma associação dos dois tipos de incontinência (AMARO et al., 2005).

Considerada como um problema de saúde mundial, a IU atinge grande parte da população idosa, pois sua prevalência aumenta com o envelhecimento, impactando de forma negativa na qualidade de vida desses indivíduos (HONÓRIO e SANTOS, 2009). Segundo a Sociedade Brasileira de Urologia (2014), apesar de acometer homens e mulheres, a sua prevalência é maior no sexo feminino e as mulheres com faixa etária entre 60 e 75 anos diagnosticadas com IU representam 22,3% da população e acima de 75 anos esse percentual aumenta para 38%.

De acordo com a Associação Brasileira de Ajuda e Formação sobre Incontinência Urinária (ABAFI) no Brasil, a cada quatro indivíduos com IU, três deles tem mais de 65 anos. A IU afeta 900 mil pessoas (homens, mulheres e crianças) no estado do Paraná. Em Curitiba, estima-se que 10% da população, ou seja, 150 mil indivíduos são atingidos por essa afecção (ABAFI, 2014).

Um estudo realizado por 100 idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria do Hospital de Clínicas da Unicamp demonstrou que 65% apresentavam IU. A maioria classificou como muito grave o impacto da incontinência em sua qualidade de vida. Os resultados dessa pesquisa indicaram que dentre os fatores associados à IU estão as infecções do trato urinário e as alterações da mobilidade (SILVA e D'ELBOUX, 2012).

De acordo com a OMS (2009), as mulheres vivem aproximadamente de 6 a 8 anos a mais do que os homens, podendo aumentar com o avançar da idade. Esse fenômeno conhecido como feminização do envelhecimento é relativamente recente. A expectativa de vida das mulheres acima dos 80 anos está presente em 35 países. Porém, essa longevidade muitas vezes não é acompanhada de boas condições de saúde, pois as chances de mulheres com mais de 60 anos apresentarem IU é de 4 a 5 vezes (SANTOS e SANTOS, 2010).

A incontinência urinária gera impactos negativos na vida do indivíduo, no que diz respeito a realização de suas atividades de vida diária, atividades de lazer, interferindo também nos aspectos psicossociais. A mulher incontinente, seja ela de qualquer faixa etária, acaba deixando de realizar as atividades nas quais ocorre a perda urinária, como exercícios físicos e caminhadas (MENEZES et al., 2012).

A IU acarreta custos à saúde pública brasileira que vão desde gastos com protetores íntimos até procedimentos cirúrgicos e internações. O Sistema Único de Saúde (SUS) dispõe dentro da Estratégia de Saúde da Família de atendimentos voltados para saúde da mulher em diversas áreas. Porém, em nenhum dos programas direcionados à saúde mulher é abordada e oferecida intervenção para IU. Grande parte das mulheres associam a incontinência urinária como inerente ao envelhecimento, considerando ser normal apresentarem alguma queixa de incontinência após o climatério (MENEZES et al., 2012).

Uma das formas de tratamento para a incontinência, seja ela urinária ou fecal, é por meio da fisioterapia. A reabilitação do assoalho pélvico, grupo muscular responsável pela continência, pode ser feita utilizando-se de várias técnicas. Destaca-se entre elas a eletroestimulação neuromuscular, a cinesioterapia, os cones vaginais e o biofeedback. Um dos principais objetivos da cinesioterapia é a realização de exercícios físicos com intuito de

fortalecer os músculos do assoalho pélvico (LEITE et al., 2001; AMARO et al., 2005; OLIVEIRA e GARCIA, 2011).

A criação de programas de reabilitação do assoalho pélvico pode causar impacto positivo na saúde da mulher. Os altos custos com a IU devido à demanda do uso de fraldas e outros dispositivos, implicam na economia pública e individual. Nesse sentido, além dos estudos sobre a prevalência, é importante que se implementem ações de intervenção para IU (SILVA e LOPES, 2009).

A sugestão de se criar programa de intervenção voltado especificamente para atender a demanda de mulheres idosas com incontinência urinária, proporcionaria uma melhora na qualidade de vida dessa população. Ao promover uma redução no número de idosas incontinentes através do tratamento conservador poderia prevenir o agravamento do quadro clínico e complicações do trato urinário inferior. Como consequência dessas ações, diminuiriam os gastos públicos com procedimentos cirúrgicos e internações.

Diante desse pressuposto, julgou-se necessário realizar uma pesquisa de caráter epidemiológico e de intervenção com mulheres idosas atendidas pelo SUS sobre IU. A partir desta análise, permite-se a implementação de ações de atenção à saúde voltadas diretamente para os problemas enfrentados pelas mulheres em decorrência do envelhecimento, com o intuito de suprir a demanda da saúde feminina, no que diz respeito ao acesso e abrangência, por meio de ações diagnósticas que visem a prevenção e o tratamento da IU.

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 OBJETIVO GERAL**

Verificar a prevalência de IU em idosas cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Maringá – PR, analisar sua influência na qualidade de vida dessa população e avaliar o efeito da cinesioterapia uroginecológica nas mulheres consideradas fisicamente ativas.

### **1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar o grau e o tipo de IU em mulheres idosas atendidas pelo Sistema Único de Saúde;

- Verificar a correlação entre o impacto da IU na qualidade de vida das mulheres idosas e o escore da perda de urina;
- Comparar os escores de ansiedade e do nível de atividade física em mulheres com e sem IU.
- Comparar os resultados do *pad test* antes e após o protocolo de intervenção cinesioterapêutica.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

A incontinência urinária (IU) leva à implicações em vários aspectos da vida do indivíduo, no âmbito biopsicossocial. Pode-se citar, como exemplos, a má influência na qualidade de vida, quadros de ansiedade e sedentarismo devido ao isolamento social, interferindo diretamente no envelhecimento ativo. A reabilitação do assoalho pélvico não é o único aspecto trabalhado na atenção uroginecológica, busca-se também promover o conhecimento acerca de todas as questões envolvidas com o processo de incontinência urinária.

### 2.1 ENVELHECIMENTO ATIVO

Conforme a Organização Mundial da Saúde - OMS (2005), o envelhecimento ativo é caracterizado pelo processo de potencializar as oportunidades de saúde, participação e segurança, visando melhorar a qualidade de vida (QV) dos idosos. Este conceito se aplica tanto a nível pessoal (individual) quanto a grupos populacionais, com o objetivo de aumentar a expectativa de uma vida saudável e de qualidade.

Um envelhecimento bem sucedido não consiste apenas na ausência de alguma doença, mas sim na manutenção da autonomia funcional do indivíduo. A realização de qualquer tipo de atividade física contribui para melhorar e manter a capacidade funcional do idoso e melhora na QV (FERREIRA et al., 2012).

A feminização do envelhecimento, como já mencionado, leva à necessidade de implantar práticas que contribuam para melhorar os problemas deste gênero. Além dos benefícios individuais, idosas mais saudáveis e ativas geram benefícios socioeconômicos, reduzindo gastos com cuidados em longo prazo (OMS, 2009).

Conseqüentemente, idosas fisicamente ativas apresentam uma maior autonomia funcional em relação à idosas sedentárias e uma melhor QV (CARMO, MENDES, BRITO, 2008). A independência, autonomia e boas condições físicas contribuem para que os idosos se mantenham ativos, preservando a sua QV no decorrer dos anos (FARIAS e SANTOS, 2012).

Segundo Silva, Souza, D'Elboux (2011), a IU em idosos possui uma relação com uma menor velocidade de marcha. Em seu estudo, os idosos que apresentaram uma marcha diminuída possuíam cerca de cinco vezes mais chances de ter IU. Ainda conforme estes

autores, os idosos que apresentaram IU possuíram uma pontuação maior nos critérios de fragilidade.

A perda urinária influencia negativamente no envelhecimento ativo, como já mencionado. Um estudo realizado por Foley et al. (2012) com 5.474 idosos em Leicestershire demonstrou que existe uma associação entre grau de IU e o risco de quedas, limitações físicas e piora na qualidade de vida.

## 2. 2 QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida (QV) é definida segundo a OMS (2005) como a percepção que cada pessoa possui de sua posição na vida dentro de vários contextos e a relação com seus objetivos, padrões e preocupações. Este amplo conceito engloba alguns aspectos do indivíduo, como sua saúde física e mental, o nível de dependência, convívio social e suas crenças. Para esta Organização, a QV de uma pessoa idosa está diretamente relacionada com a sua capacidade de manter uma autonomia e independência.

A depressão é um dos sintomas comuns presentes no processo de envelhecimento que interfere na qualidade de vida do idoso. Segundo Melo et al. (2014), o exercício físico intervém nos quadros de depressão e QV. Sua pesquisa composta por 52 idosos com depressão maior, divididos em grupo exercício e grupo controle, demonstrou que os indivíduos que realizaram treinamento aeróbico e treino de força, com intensidades moderadas, apresentaram uma diminuição nos sintomas de depressão e uma melhora na QV.

A IU acarreta vários impactos negativos na vida do indivíduo. Um estudo de natureza qualitativa realizado por Borba et al. (2008) demonstrou que na amostra pesquisada, composta por mulheres, a IU gerou repercussões psicossociais, físicas, sexuais, ocupacionais e econômicas, implicando na qualidade de vida dessa população. Outros autores, como Sánchez et al. (2013), também concordam que a IU afeta estas condições acima citadas, além de gerar grandes custos com a saúde.

Dos tipos de IU, a de esforço segundo Gomes e Silva (2010) é a que acomete com maior gravidade a QV das mulheres pesquisadas, representando 63,9%. Faria et al. (2014) observaram que os sintomas da IU impactaram negativamente na QV das mulheres, sendo este fato demonstrado em todos os domínios avaliados pelo KHQ (King's Health Questionnaire). Outro estudo realizado por meio do levantamento dos prontuários das pacientes atendidas no setor de fisioterapia de um hospital de São Paulo, a IU mista foi a que apresentou

um impacto maior na QV no domínio de percepção geral da saúde do KHQ (DEDICAÇÃO et al., 2008).

Segundo Knorts et al. (2013), após o tratamento fisioterapêutico, 90,9% das mulheres pertencentes ao estudo obtiveram uma melhora na qualidade de vida em todos os seus domínios, considerando-se satisfeitas e continentas. Fato que demonstrou que este recurso é eficaz não apenas para os quadros de perdas urinárias, mas para todos os aspectos que abrangem este tipo de patologia.

### 2.3 ANSIEDADE EM IDOSAS

A ansiedade é outro fator presente em idosos, principalmente nos residentes em instituições asilares. Nessas, a incidência de quadros de ansiedade grave é maior quando comparado a outro grupo de idosos (OLIVEIRA et al., 2006). De acordo com Minghelli et al. (2013), os idosos sedentários possuem 92,1% de níveis de ansiedade e ou depressão, já nos idosos fisicamente ativos apenas 23,5% apresentaram esses níveis. Tais autores constataram uma possível relação inversamente proporcional entre a prática de atividade física e a prevalência de transtornos mentais, sendo os níveis de ansiedade e depressão menores na presença de exercícios.

A possível perda urinária desencadeia um ciclo vicioso de ansiedade, juntamente com sentimentos de vergonha e angústia, em especial nos casos de IU de urgência e IU mista, implicando na qualidade de vida destas mulheres, o que leva a uma pior percepção geral de saúde (FELDNER JUNIOR et al., 2006; DEDICAÇÃO et al., 2008).

Ao realizarem uma pesquisa com 164 mulheres com queixa de perda urinária, Lopes e Higa (2006) constaram que 33,5% da amostra tinham restrições nas atividades de vida diária, sendo que 27,4% deixavam de sair de casa e 3,7% não realizavam atividade física devido à IU. Das três classificações mais usuais da incontinência, a incontinência urinária mista (IUM) foi a que apresentou maiores restrições sociais (42,1% dos casos), seguidas da incontinência urinária de urgência (IUU) e incontinência urinária de esforço (IUE) com 31,3% e 18,9% dos casos de restrições respectivamente. As mulheres com IUU destacaram que ficaram constantemente nervosas, chateadas e incomodadas com a perda de urina. De toda a amostra selecionada para o estudo, 26,2% afirmaram possuírem problemas de desordem emocional e psicológica associadas à IU.

Segundo Delarmelindo et al. (2013), as mulheres de sua amostra relataram que os episódios da IU são desagradáveis e interferem no seu ritmo de vida, levando a constante

sofrimento psíquico e constrangimento devido a este estado de vulnerabilidade. Também declararam o medo de se sentirem envergonhadas e humilhadas fora de casa pela possibilidade da perda urinária.

#### 2.4 RECURSOS DIAGNÓSTICOS PARA IU

Dentre os instrumentos utilizados para diagnosticar a IU, destacam-se o emprego de questionários validados, sendo o King's Health Questionnaire (KHQ) e o International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) os mais aplicados. O KHQ foi validado para o português em 2005 e demonstra grande confiabilidade, formado por 30 questões distribuídas em nove domínios (FONSECA et al., 2005). O ICIQ-SF foi traduzido e validado para o português em 2004 e também apresenta grande confiabilidade (TAMANINI et al., 2004).

O questionário ICIQ-SF é formado por quatro questões que verificam a frequência e o volume da perda urinária, o impacto que a IU causa na QV e as situações que ocorrem os quadros de incontinência. Os resultados variam de 0 a 21, sendo considerados com IU aqueles indivíduos que obtiverem acima de três pontos. Quanto maior for a pontuação atingida, pior é o quadro de IU. Por ser um questionário simples e breve, é considerado como um método prático para o emprego em estudos clínicos e epidemiológicos (TAMANINI et al., 2004).

Estudo realizado com objetivo de comparar a aplicação dos questionários KHQ e ICIQ-SF sugeriu que para avaliar a IU na prática clínica deve-se dar preferência em utilizar o ICIQ-SF (ESPUÑA et al., 2007).

Referente ao exame clínico para diagnosticar a incontinência, o estudo urodinâmico tem sido o método de escolha mais utilizado devido sua precisão e abrangência para avaliar a anatomia e a funcionalidade da uretra, assoalho pélvico e bexiga. O estudo urodinâmico é composto por vários exames, como a cistometria de enchimento, estudo miccional, fluxometria, eletromiografia e vídeo-urodinâmica. Os componentes básicos deste método são a célula de carga, registrador digital computadorizado, transdutores de pressão de coluna líquida, balança invertida ou uma bomba de infusão e uma cadeira com assento sanitário modificado com um funil. São considerados como itens adicionais os eletrodos de superfície ou de agulha e o amplificador de sinal para eletromiografia, por exemplo. É solicitado para o paciente que realize a micção sentado na cadeira do exame, a partir deste momento são registrados os dados obtidos (GUIDI, 2009).

O *pad test*, também conhecido como teste do absorvente, é um instrumento utilizado para quantificar a perda urinária, considerado um exame relativamente simples, eficaz para o diagnóstico da IU. Existem algumas versões do *pad test* que variam de acordo com o tempo

de duração, sendo que os mais utilizados são o de 1 hora e o de 24 horas (RYHAMMER, DJURHUUS, LAURBERG, 1999; MARANHÃO et al., 2008).

Segundo a ICS (International Continence Society), o *pad test* permite avaliar e comparar os resultados para os diversos tipos de tratamento para as várias formas da IU. Descrito como um teste padrão simples que visa medir de forma objetiva a perda urinária, o qual deve ocupar um período tão longo quanto possível sem deixar de ser prático. São simuladas circunstâncias próximas do cotidiano, sendo recomendado pela ICS a realização do *pad test* de 1 hora (ABRAMS et al., 1988).

Antes e após a realização do teste, é feita a pesagem do absorvente ou outro tipo de dispositivo como a fralda, permitindo classificar a gravidade da incontinência, o teste de 1 hora é considerado como o *pad test* curto. São realizadas atividades normais para verificar a perda urinária (ABRAMS, et al., 1988; HAYLEN et al., 2009). Diferenças acima de 1 g entre o peso absorvente no pré-teste e pós-teste são consideradas IU (FELDNER JUNIOR et al., 2006).

Inicialmente é feita a pesagem do absorvente em uma balança de precisão, pede-se para o paciente ingerir 500 ml de água e repousar por 15 minutos. Em seguida, deve-se solicitar a subida e descida de escada ou degraus por um período de 15 minutos, sentar e levantar da cadeira 10 vezes, tossir vigorosamente 10 vezes, correr no mesmo local por 1 minuto, pegar objeto no chão 5 vezes e, por fim, lavar a mão em água corrente durante 1 minuto. Após esta série de exercícios é feita a pesagem novamente do absorvente (ABRAMS et al. 1988).

Em seu estudo, Albuquerque et al. (2010) utilizaram como ferramenta para mensurar as perdas urinárias o teste do absorvente, o qual permitiu classificá-las em IU de esforço. Os autores relatam que o *pad test* curto (de 1 hora) é um método prático e rápido para avaliar e quantificar as perdas urinárias.

Micussi et al. (2011) analisaram a correlação entre queixas de IUE e o *pad test* de 1 hora. A amostra de sua pesquisa foi composta por 60 mulheres com faixa etária entre 50 e 60 anos na menopausa por no mínimo um ano. Foram criados 3 grupos, um com mulheres com queixa de IUE, um com mulheres sem queixa de IUE ambas na pós-menopausa e um grupo controle com mulheres na pré-menopausa continentais. Os resultados demonstraram que as pacientes dos grupos com queixa e sem queixa de IU apresentaram em sua totalidade perdas urinárias durante a realização do *pad test* de 1 hora. Especificamente, o grupo com queixa de IUE obteve uma diferença de 4g no peso do absorvente pós-teste e o grupo sem queixa de IUE apresentou uma diferença na pesagem pós-teste um pouco menor 3,5g.

## 2.5 RECURSOS EDUCATIVOS PARA IU

A maioria das mulheres desconhece o fato da IU não ser inerente ao envelhecimento e por esta razão muitas acabam não procurando o tratamento por falta de conhecimento sobre o assunto (SILVA E LOPES 2009). Conforme Volkmer et al. (2012), é necessário que a mulher incontinente tenha conhecimento dos profissionais uroginecológicos, a fim de melhorar o entendimento das consequências pessoais, familiares e sociais ocasionadas pela IU.

Ainda, de acordo com Volkmer et al. (2012), existe a carência de conhecimento no que se refere às percepções dos familiares e profissionais envolvidos nos cuidados com a IU feminina. Os autores sugerem que este fato (conhecimento) levaria a melhoras no entendimento das consequências acarretadas pela incontinência. Muitas mulheres encontram dificuldades em lidar com a IU, pois não acreditam nos resultados dos tratamentos, considerando-os ineficazes, além de julgarem que esta condição caiu em descrença pela classe médica, por supostamente imaginar que outros problemas de saúde, como a hipertensão arterial sistêmica, são mais importantes que a IU.

Honório e Santos (2009) aplicaram em seu trabalho atividades educativas de autocuidado nas consultas individuais de enfermagem para os pacientes com IU. Nestas atividades, os autores utilizaram como recursos didáticos cartazes de anatomia e livros ilustrativos do trato urinário, além da demonstração de exercícios com o auxílio de bolas. Após três meses de acompanhamento, a terapia comportamental se mostrou eficaz no tratamento da IU, sendo que já no primeiro mês os quadros de incontinência começaram a diminuir.

Os recursos educativos acerca dos temas que envolvem a IU não se restringem apenas nas pacientes acometidas por esta condição, pois um estudo realizado por Figueiredo et al. (2012) demonstra a importância de abranger diferentes grupos sociais. A educação das funcionárias de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) sobre a incontinência aumentou o número de pacientes encaminhadas para o setor de fisioterapia, tendo em vista que, após o encontro educativo, estas profissionais souberam identificar a necessidade de assistência de mulheres incontinentes. Participaram deste estudo 28 funcionárias de uma UBS, divididas em dois grupos, a fim que o experimento não interferisse na dinâmica do centro de saúde. Durante o período de duas horas (um encontro), foram abordados diversos temas sobre a IU, discutindo os tipos de incontinência, os fatores de risco, os tratamentos existentes, a prevenção, cuidados com hábitos urinários, intestinais e o treino da musculatura perineal.

Após este encontro, as participantes da pesquisa afirmaram que desenvolveram hábitos urinários mais saudáveis e incluíram em sua rotina exercícios de contração do assoalho pélvico.

## 2.6 EXERCÍCIOS DE FORTALECIMENTO DOS MÚSCULOS DO ASSOALHO PÉLVICO

Um dos recursos utilizados pela fisioterapia uroginecológica para o tratamento da IU é o fortalecimento muscular por meio de exercícios próprios para a musculatura do assoalho pélvico. Conforme Silva Filho et al. (2013), o treinamento do assoalho pélvico deve ser a primeira escolha de tratamento conservador para mulheres com IU, uma vez que além de ser um método seguro, é extremamente eficaz e de baixo custo. Segundo os autores acima, para que se obtenham resultados favoráveis é necessário que este treinamento muscular seja realizado com supervisão que tenha uma duração mínima de três meses.

Também conhecida como cinesioterapia uroginecológica, os exercícios de fortalecimento perineal ajudam a reduzir a perda involuntária de urina tanto em episódio de esforço, quando há aumento da pressão intra-abdominal, quanto nos casos de urgência. Os números de protetores diários também diminuem após a cinesioterapia do assoalho pélvico. Portanto, é um recurso terapêutico que proporciona melhoras significativas nos quadros de perda de urina, alivia os sinais e sintomas da IU e melhora, assim, a QV destas idosas (OLIVEIRA e GARCIA, 2011).

A indicação de exercícios para o fortalecimento do períneo é adequada até mesmo nos casos em que a perda urinária é pequena, desta forma previne-se uma piora nos sintomas da IU (SILVA e LOPES, 2009). Para Sánchez, Carrilo, Barrera (2013), além dos exercícios de fortalecimento muscular, o retreinamento vesical é um importante coadjuvante no tratamento da incontinência.

Desenvolvida pelo fisioterapeuta Dr. Marcel Caufriez, a ginástica hipopressiva ou ginástica abdominal hipopressiva (GAH) atua na hipotonia dos músculos do assoalho pélvico, bem como na hipotonia do músculo transverso do abdome. Esta técnica objetiva, portanto, tonificar os músculos do assoalho pélvico, como o transverso do abdome. Durante a GAH, ocorre uma diminuição da pressão intra-abdominal que leva a uma atividade de contração reflexa do períneo e transverso do abdome. Nela são realizadas inspirações diafragmáticas profundas, expirações lentas e profundas e uma aspiração diafragmática seguida de uma apneia de 10 a 30 segundos. Na GAH existem três grupos de técnicas hipopressivas: aspiração

diafragmática, técnica de neurofacilitação reflexa e exercícios de ginástica hipopressiva. Associa-se técnica respiratória com exercícios posturais que devem ser realizados em um ritmo muito lento, em diferentes posturas (ortostática, genuflexão, decúbito dorsal e ventral, sentada, semi-sentada e em quatro apoios) (CAUFRIEZ, 1997).

A eficácia da GAH foi analisada em um estudo realizado por Latorre et al. (2011), observando a reação dos órgãos pélvicos, musculatura perineal e do abdome durante alguns exames. Nos exames de imagem, verificou-se visivelmente uma elevação da parede vaginal anterior através do momento cinético caudo-cranial durante a realização da aspiração diafragmática (GAH). Na ultrassonografia, o ângulo entre a parede vaginal e a uretra aumentou de 65° para 77° durante a manobra de aspiração. Já na ressonância magnética, a distância entre a musculatura perineal e o promotório sacral diminuiu 7 mm, o que demonstrou o movimento caudo-cranial. A execução da GAH durante a eletromiografia sugeriu que a contração do músculo transverso do abdome ativa reflexamente a contração do assoalho pélvico. Os autores supracitados concluíram que a GAH provoca uma elevação dos órgãos pélvicos no sentido caudo-cranial, além de ativar reflexamente a musculatura perineal, fato este que não depende do decúbito (dorsal ou ventral).

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa constituído por duas fases. Na primeira fase foi realizado um estudo do tipo transversal de base populacional com mulheres idosas residentes na cidade de Maringá – Paraná, cujos dados foram coletados entre março e agosto de 2015, em visitas domiciliares. A segunda fase caracterizou-se por programa de intervenção com dez sessões de exercícios físicos, duas vezes por semana com idosas fisicamente ativas, selecionadas a partir da primeira fase.

Em ambas as fases participaram do estudo mulheres com idade  $\geq 60$  anos. As mesmas foram orientadas sobre os questionários e objetivos da presente pesquisa, antes de assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

Para primeira fase da pesquisa, o tamanho da amostra ( $n=376$ ) foi calculado aplicando-se regra para o cálculo de amostras para proporções, considerando o fator de correção para populações finitas, por meio da seguinte fórmula:  $n = \frac{Z^2 pqN}{Z^2 pq + (n-1)E^2}$ .

Considerou-se um nível de confiança ( $1 - \alpha$ ) de 95%, um erro (E) de 0,05,  $p = 0,40$  (prevalência de incontinência urinária em mulheres a partir de 60 anos de idade) e  $N=19880$  mulheres idosas cadastradas nas unidades básicas de saúde (UBS) de Maringá - PR. Para efeito de seleção da amostra, cada uma das 28 UBS's foi considerada um estrato. A amostra resultante foi dividida proporcionalmente ao tamanho de cada estrato.

A seleção desses sujeitos da pesquisa foi realizada de forma aleatória simples. Aquelas mulheres que não concordaram em participar da pesquisa, não responderam o questionário em sua plenitude ou não foram encontrados no domicílio após três tentativas, foram substituídos também de forma aleatória.

A coleta dos dados foi realizada por uma fisioterapeuta e 2 acadêmicos do curso de graduação em fisioterapia da UniCesumar. Estes acadêmicos foram devidamente orientados e treinados para aplicação dos questionários.

Para este estudo considerou-se como critérios de exclusão a presença de obesidade, o diagnóstico de doenças neurológicas, prolapso de órgãos pélvicos, diabéticas e hipertensas descompensadas.

A frequência, a quantidade de perda urinária e o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida foram verificados por meio do questionário validado para o português, específico para incontinência urinária o International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF). A versão do ICIQ-SF foi traduzida e validada por

Tamanini et al. (2004) e se apresenta com satisfatória confiabilidade. Constitui-se como um instrumento a ser usado para aplicação em brasileiros de ambos os sexos com queixa de incontinência urinária.

O questionário que serviu como instrumento para o nível de atividade física das idosas foi o IPAQ - International Physical Activity Questionnaire, versão adaptada, a qual é utilizada para populações especiais, como é o caso do idoso. O IPAQ avalia a frequência, em dias, e a duração, em minutos, das atividades realizadas como lazer, atividades ocupacionais, de locomoção e domésticas durante a semana, classificando o nível de atividade física das idosas em muito ativo, ativo, irregularmente ativo e sedentário (VESPASIANO et al., 2012).

Para analisar a presença de ansiedade foi utilizada somente a parte I do IDATE (SPIELBERGER et al., 1970) que depende da reflexão consciente do sujeito no processo da avaliação do seu estado de ansiedade. Os escores na ansiedade estado (IDATE – E) podem variar de intensidade com o decorrer do tempo, é limitado num momento ou situação particular, sendo que os indivíduos, com ansiedade estado, tendem a ficar ansiosos apenas em situações particulares. É caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão, percebidos conscientemente, sendo que eles podem variar em intensidade, de acordo com o perigo percebido pela pessoa e a alteração no tempo. Para recodificação e avaliação dos questionários validados, considera-se os seguintes procedimentos: cada escala consiste de 20 afirmações para as quais os voluntários indicam a intensidade naquele momento (IDATE- E) através de uma escala de quatro pontos (1 a 4). O escore total de cada escala varia de 20 a 80, sendo que os valores mais altos indicam maiores níveis de ansiedade. A fim de evitar influência da “tendência à aquiescência” nas respostas, alguns itens são pontuados de maneira inversa, isto é, as respostas marcadas com 1, 2, 3 ou 4 recebem o valor de 4, 3, 2 ou 1 respectivamente. Na escala IDATE – E, existem dez itens computados desta maneira (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 e 20) (BIAGGIO et al., 1977).

Da amostra total desta pesquisa, foram selecionadas 30 voluntárias com IU, praticantes de exercícios físicos, com frequência de duas vezes por semana, para compor um grupo, no qual aplicou-se um pré-teste, um protocolo de intervenção e um pós-teste. Foram excluídas as idosas caso apresentassem: cirurgias prévias na região lombar ou abdominal; comprometimentos musculoesqueléticos de membros superiores ou inferiores; diagnóstico de doenças neurológicas e prolapsos de órgãos pélvicos, bem como diabéticas e hipertensão arterial descompensadas.

O pré-teste e pós-teste deu-se por meio da aplicação do *pad test* (teste do absorvente), o qual possibilita uma avaliação objetiva da IU. Esse teste consiste na pesagem do absorvente

em uma balança de precisão antes e após a realização de movimentos predeterminados como caminhar, subir e descer escadas (degraus) (RUBINSTEIN, 2001). Foi solicitado para cada voluntária pertencente ao grupo de intervenção a ingestão de 500 ml de água e, após, as mesmas permaneceram em repouso durante 15 minutos. Logo em seguida realizaram algumas atividades, como subir e descer escada por 15 minutos, sentar e levantar da cadeira 10 vezes, tossir por 10 vezes, pegar um objeto no chão 5 vezes, correr no mesmo lugar por 1 minuto e, por fim, lavar as mãos em água corrente por 1 minuto. Finalizada esta etapa, o absorvente foi retirado e pesado em uma balança de precisão, as perdas urinárias foram classificadas de acordo com o peso do absorvente, em IU leve quando o mesmo pesar entre 1,1 e 9,9 g; em IU moderada quando os valores estiverem entre 10 e 49,9g e em IU grave quando estiver acima de 50g (ALBUQUERQUE et al., 2010).

O protocolo de intervenção caracterizou-se por exercícios para o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, durante duas vezes por semana, com duração de quarenta e cinco minutos, ao longo de dez sessões. Inicialmente foi exposto para as pertencentes do grupo informações educativas sobre os conceitos que cercam a IU e o períneo ( estrutura e função). Após este primeiro contato, as participantes receberam instruções sobre a percepção da contração correta da musculatura perineal, através de exercícios proprioceptivos da região pélvica. A atividade física ocorreu por meio de exercícios associados com a contração do períneo. Compreende-se como movimentos de anterversão e retroversão pélvica, a circundação pélvica, lateralização do quadril, tríplex flexão dos membros inferiores em cadeia aberta e cadeia fechada, andar com passos lentos e rápidos, sentar e levantar da cadeira, saltar, além do treino da contração da musculatura do assoalho pélvico ao simular a tosse, espirro, risada, gargalhada, inibir o desejo miccional e aplicação da técnica de respiração denominada ginástica abdominal hipopressiva (GAH) mantendo apneia por 5 segundos. Todos os procedimentos foram realizados em um Centro de Convivência para Idosas da Cidade de Maringá.

Os dados foram descritos por meio de tabelas de frequência simples e cruzadas. Para a avaliação do grau de linearidade entre as variáveis contínuas e a classificação do nível de atividade física (IPAQ), foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman ( $\rho$ ). Para testar o efeito das variáveis contínuas sobre o grau de incontinência urinária (IU), foi utilizado o teste de Kruskal Wallis, seguido do teste post-hoc de Dunn. Os dados foram analisados no programa SAS versão 9.3. Para os testes de hipóteses o nível de significância adotado foi de 5%.

A presente pesquisa obteve aprovação do comitê de ética em pesquisas com seres humanos do Centro Universitário de Maringá (parecer nº 850.002/2014).

#### 4 ARTIGO 1

### INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM IDOSAS: PREVALÊNCIA E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

### URINARY INCONTINENCE IN ELDERLY: PREVALENCE AND IMPACT ON QUALITY OF LIFE

Priscila Almeida Inhoti<sup>1</sup>, Eraldo Schunk Silva<sup>2</sup>, Sonia Maria Marques Gomes Bertolini<sup>3</sup>.

1. Centro Universitário Cesumar (UniCesumar); Rua Pion. Aníbal Borin, 527 – Jd. Paris, Maringá-Pr; (44) 3027-6360 ramal 1178; [priscilainhoti@hotmail.com](mailto:priscilainhoti@hotmail.com)

2. Universidade Estadual de Maringá (UEM); Av. Colombo, 5.790 Jd. Universitário, Maringá-Pr; (44) 3011-5341; [essilva@uem.br](mailto:essilva@uem.br)

3. Centro Universitário Cesumar (UniCeumar); Av. Guedner, 1610 – Jd. Aclimação, Maringá-Pr; (44) 3027-6360 ramal 1178; [sonia.bertolini@unicesumar.edu.br](mailto:sonia.bertolini@unicesumar.edu.br)

**Fonte de financiamento:** Centro Universitário Cesumar (UniCesumar), Maringá-Pr, Brasil

#### RESUMO

**OBJETIVO:** verificar a prevalência da IU em idosas cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Maringá – PR e analisar sua influência sobre a qualidade de vida dessa população.

**MÉTODOS:** estudo transversal, de base populacional, cujos dados foram coletados entre maio e julho de 2015, em visitas domiciliares. Foram aplicados os seguintes instrumentos para coleta dos dados: questionário com variáveis sociodemográficas, (*International Consultation on Incontinence Questionnaire* – ICIQ (questionário validado para o diagnóstico da incontinência urinária), *International Physical Activity Questionnaire* – IPAQ (instrumento utilizado para avaliar o nível de atividade física) e o Inventário de Ansiedade Traço e Estado - IDATE ( para avaliação da presença de depressão). A amostra foi composta por 376 mulheres com idade  $\geq 60$  anos. Os dados foram analisados no programa SAS versão 9.3. Para os testes de hipóteses, o nível de significância adotado foi de 5%.

**RESULTADOS:** a prevalência da IU foi de 74,73%. O número de gestações apresentou associação com a IU ( $p = 0,0295$ ). O tipo de IU mais comum foi a mista (51,60%). Não foi encontrada associação entre o nível de atividade física e a presença de IU. As idosas com relatos de maior interferência da IU na qualidade de vida (48,93) apresentaram maiores níveis de ansiedade ( $p=0,0051$ ). Verificou-se forte correlação entre o escore da IU e o impacto da IU na qualidade de vida ( $p=0,0001$ ).

**CONCLUSÃO:** a prevalência de incontinência urinária identificada neste estudo foi alta, com forte influência negativa na qualidade de vida, o que alerta para a necessidade de medidas de intervenção para a população idosa.

**DESCRITORES:** incontinência urinária, idosas, prevalência, ansiedade, saúde da mulher.

#### ABSTRACT

**OBJECTIVE:** to determine the prevalence of urinary incontinence in older enrolled in Basic Health Units in the city of Maringa - PR and analyze their influence on the quality of life of this population.

**METHODS:** cross-sectional study, population-based data were collected between May and July 2015, in home visits. The instruments for data collection were applied: questionnaire with sociodemographic variables (International Consultation on Incontinence Questionnaire - ICIQ (questionnaire validated for the diagnosis of urinary incontinence), International Physical Activity Questionnaire - IPAQ (instrumento used to assess the level of physical activity ) and Trait Anxiety Inventory and State -.. IDATE (for evaluation of the presence of depression) the sample consisted of 376 women aged  $\geq 60$  years the data were analyzed with SAS version 9.3 software for statistical tests the level. of significance was 5%.

**RESULTS:** the prevalence of UI was 74.73%. Most older (60.90%) had no schooling or had not finished elementary school. The number of pregnancies was associated with UI ( $p = 0.0295$ ). The most common type of incontinence was mixed (51.60%). No association was found between the level of physical activity and the presence of UI. The elderly women with UI more interference reports on quality of life (48.93) had higher levels of anxiety ( $p = 0.0051$ ). There was a strong correlation between the score of the UI and the impact of urinary incontinence on quality life ( $p = 0.0001$ ).

**CONCLUSION:** The prevalence urinary incontinence identified in this study was high, with strong negative influence on quality of life, which warns of the need for intervention measures for the elderly population.

**KEYWORDS:** Urinary incontinence, elderly, prevalence, anxiety, women's health.

## INTRODUÇÃO

O Brasil, assim como outros países, está passando pelo processo de envelhecimento da população. Nos últimos quarenta anos, a expectativa de vida dos brasileiros aumentou aproximadamente 18 anos, passando a ser de 73,5 anos<sup>4</sup>.

O processo de envelhecimento traz consigo o aumento na incidência de certas patologias que influenciam na qualidade de vida. Para tanto, tem-se como conceito de envelhecimento saudável aquele em que as condições de autonomia e funcionalidade estão preservadas. O envelhecimento ativo equivale ao equilíbrio biopsicossocial e a capacidade de desenvolver suas potencialidades, o que deve ser estimulado<sup>9</sup>.

Para Minghelli et al<sup>18</sup> (2013), idosos sedentários possuem uma chance 38 vezes maior de desenvolver sintomas de ansiedade e depressão. Nestes, os níveis de ansiedade e depressão estão presentes em 92,1% do casos. Já nos idosos praticantes de atividade física, apenas 23,5% apresentam os níveis de depressão e ansiedade, porém a grande maioria (76,5%) não relata tais sintomas.

De uma maneira geral, a população está passando por um processo conhecido como feminização do envelhecimento. A expectativa de vida das mulheres é maior quando comparada com a dos homens, pois elas chegam a viver de 6 a 8 anos a mais<sup>20</sup>. A expectativa de vida das idosas encontra-se acima dos 80 anos em 35 países. Mas infelizmente, na maioria das vezes, essa longevidade não é acompanhada de boas condições de saúde, pois a incidência

de incontinência urinária (IU) é de 4 a 5 vezes maior em mulheres com idade superior aos 60 anos<sup>22</sup>, além de outras doenças.

A *International Continence Society* (ICS) define a incontinência urinária (IU) como qualquer perda involuntária de urina. Diante desse pressuposto, a IU possui três classificações principais como a incontinência urinária de esforço (IUE), incontinência urinária de urgência (IUU) e incontinência urinária mista (IUM). Existem ainda as IU consideradas como transitórias, nas quais as perdas miccionais ocorrem em situações específicas e isoladas, como é o caso da IU durante a relação sexual ou em quadros de gripes e resfriados. Na IUE considera-se a perda de urina como consequência de condições que levam a um aumento da pressão abdominal, como na tosse, espirro, risada e atividade física. A IUU é caracterizada pela perda urinária associada a episódios de urgência miccional. Já a IUM é aquela em que as perdas ocorrem tanto nos casos de aumento da pressão abdominal quanto nos de urgência<sup>1</sup>.

Os quadros de IU interferem negativamente na qualidade de vida das pessoas. Algumas condições, como restrição da mobilidade, multiparidade vaginal, infecções do trato urinário, procedimentos cirúrgicos ginecológicos, estão dentre os fatores que predispõem à IU<sup>13</sup>. Os quadros de incontinência implicam na autoestima deste indivíduo, levam ao isolamento social, à depressão e à uma percepção negativa da saúde. As mulheres incontinentes relatam tristeza ao se verem dependentes de métodos para conviver com a IU, muitas vezes evitando o convívio social, as atividades de lazer e religiosas, deixando até de fazer o uso de anti-hipertensivos nos dias em estariam fora de suas residências<sup>8</sup>. As pessoas com IU referem que as perdas urinárias impactam negativamente em sua vida, trazendo repercussões não somente psicossociais, mas ocupacionais e econômicas<sup>2</sup>.

Apesar da maior prevalência de IU em idosas, essa não é uma condição inerente ao envelhecimento. Em pesquisa realizada com 172 idosas, a IU esteve presente em 47,1% da amostra, sendo que houve um aumento com o avançar da idade<sup>7</sup>. Conforme Carvalho et al<sup>6</sup> (2014), a prevalência da IU foi de 40% e 91% destes casos estavam nas faixas etárias entre 60 e 91 anos. De acordo com Higa et al<sup>11</sup> (2008), a idade é um dos principais fatores de risco para a presença da IU em mulheres, pois a sua prevalência aumenta com o avançar da idade, acometendo-as geralmente após o climatério.

Diante desses relatos, o presente estudo teve como objetivo verificar a prevalência da IU em idosas cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Maringá – PR e analisar sua influência na qualidade de vida dessa população.

## MÉTODOS

Foi realizado um estudo do tipo transversal de base populacional com mulheres idosas residentes na cidade de Maringá – Paraná, no período entre março e agosto de 2015, em visitas domiciliares.

A amostra foi constituída por mulheres com idade  $\geq 60$  anos. O tamanho da amostra (n=376) foi calculado aplicando-se regra para o cálculo de amostras para proporções, considerando-se o fator de correção para populações finitas, por meio da seguinte fórmula:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{Z^2 pq + (n-1)E^2}.$$

Utilizou-se um nível de confiança (1-  $\alpha$ ) de 95%, um erro (E) de 0,05, p= 0,40 (prevalência de incontinência urinária em mulheres a partir de 60 anos de idade) e N=19880 mulheres idosas cadastradas nas unidades básicas de saúde (UBS's) de Maringá -PR. Para efeito de seleção da amostra cada uma das 28 UBS's foi considerada um estrato. A amostra resultante foi dividida proporcionalmente ao tamanho de cada estrato.

A seleção dos sujeitos da pesquisa foi realizada de forma aleatória simples. Aquelas mulheres que não concordaram em participar da pesquisa, que não responderam o questionário em sua plenitude ou não foram encontradas no domicílio após três tentativas, foram substituídas também de forma aleatória.

Para diagnosticar a IU, foi aplicado na população pertencente a amostra, o questionário validado para o português ICIQ-SF (*International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form*). Este instrumento é composto por quatro questões que abordam a frequência da perda urinária, o volume de urina que o indivíduo pensa que perde, os episódios em que ocorrem a IU e uma escala visual, que vai de 0 a 10, sobre o quanto que a incontinência interfere no seu cotidiano, avaliando a qualidade de vida da entrevistada<sup>24</sup>. Os resultados variam de 0 a 21, aqueles que apresentaram um valor igual ou superior a 3, já eram considerados com IU. Foram classificadas como IU leve, os valores entre 1 a 3, moderada entre 4 a 6, de 7 a 9 como IU grave e acima de 10 IU muito grave<sup>23</sup>.

O tempo de atividade física realizada pelas idosas foi avaliado por meio do *International Physical Activity Questionnaire – IPAQ* (IPAQ), na forma curta, adaptado por Matsudo et al<sup>15</sup> (2001). O questionário avalia a frequência, em dias, e a duração, em minutos, das atividades realizadas como lazer, atividades ocupacionais, de locomoção e domésticas durante a semana, classificando o nível de atividade física das idosas em muito ativo, ativo, irregularmente ativo e sedentário. O questionário foi aplicado na forma de entrevista.

Para analisar a presença de ansiedade foi utilizado o questionário Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). O Inventário de Ansiedade Traço-Estado foi traduzido e adaptado para o Brasil por Biaggio et al<sup>3</sup> (1977), compreende um autorrelatório, formado por duas escalas que medem o estado de ansiedade e o traço de ansiedade. Estas duas escalas são compostas por 20 afirmações para quais os voluntários indicam a intensidade das manifestações de ansiedade naquele momento (IDATE-E) ou a frequência com que ocorre (IDATE-T) por meio de uma escala de 4 pontos (1 a 4). O escore total de cada escala varia de 20 a 80, sendo que os valores mais altos indicam maiores níveis de ansiedade. Na presente pesquisa, utilizou-se apenas a primeira parte do inventário, o IDATE-E.

Os dados foram transcritos em tabelas de frequência simples e cruzadas. Para a avaliação do grau de linearidade entre as variáveis contínuas e a classificação do nível de atividade física (IPAQ), foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman ( $\rho$ ). Para testar o efeito das variáveis contínuas sobre o grau (IU), foi utilizado o teste de Kruskal Wallis, seguido do teste post-hoc de Dunn. Os dados foram analisados no programa SAS versão 9.3. Para os testes de hipóteses, o nível de significância adotado foi de 5%.

A presente pesquisa obteve aprovação do comitê de ética em pesquisas com seres humanos do Centro Universitário de Maringá (parecer nº 850.002/2014).

## **RESULTADOS**

A faixa etária com maior prevalência nesta pesquisa foi de 70 a 75 anos (27,01% dos casos). A maioria das idosas entrevistadas não frequentou a escola ou tinha ensino fundamental incompleto, era casada e possuía renda de até um salário mínimo (Tabela 1).

Tabela 1- Características sociodemográficas das idosas do estudo. Maringá - PR, 2015.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária</b>		
60 ---- 65	67	17,91
65 ---- 70	92	24,60
70 ---- 75	101	27,01
75 ---- 80	74	19,79
80 ---- +	40	10,70
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental completo/médio incompleto	75	19,95
Médio completo/Superior incompleto	66	17,55
Nenhum/Fundamental incompleto	229	60,90
Superior completo	6	1,60
<b>Estado civil</b>		
Casada	230	61,17
Divorciada	15	3,99
Solteira	8	2,13
Viúva	123	32,71
<b>Renda</b>		
Nenhuma	82	21,80
Até 1 salário	245	65,16
1 a 2 salários	41	10,91
Acima de 3 salários	8	2,13

A prevalência da IU nas idosas foi de 74,73% (281 casos) com média de idade de 71,79  $\pm$  6,86 anos. Conforme a tabela 2, pode-se verificar que a partir dos 71 anos a probabilidade de desenvolver IU é maior ( $p=0,0019$ ), como também verifica-se que o número de gestações das mulheres incontinentes foi maior (0,0295).

Tabela 2- Teste de Mann-Whitney (*Wilcoxon rank-sum test*) comparando os dois grupos de idosas que apresentam ou não incontinência urinária (IU) em relação as diferentes variáveis, cadastradas nas unidades básicas de saúde da cidade de Maringá - PR, 2015.

Variáveis	IU	n	Média	Escore médio	DP	Z	p-valor
Idade	Sim	281	71,79	198,62	6,86	3,11	0,0019*
	Não	95	69,25	158,56	6,23		
Nº de Gestações	Sim	281	4,68	195,53	2,53	2,18	0,0295*
	Não	95	4,12	167,70	2,34		
Nº dias dedicados a caminhada	Sim	281	2,53	187,86	1,73	0,20	0,8402
	Não	95	2,60	190,41	1,84		
Tempo dedicado a caminhada	Sim	281	34,89	183,05	35,50	1,69	0,0902
	Não	95	38,42	204,63	26,95		
Nº dias dedicados a atividades físicas moderadas	Sim	281	4,19	190,11	2,43	0,51	0,6097
	Não	95	4,50	183,73	5,38		
Tempo dedicado a atividades físicas moderadas	Sim	281	104,19	189,70	84,79	0,37	0,7089
	Não	95	99,11	184,95	80,47		
Nº dias dedicados a atividades vigorosas	Sim	281	0,83	190,15	1,53	0,58	0,5611
	Não	95	0,67	183,62	1,29		
Tempo dedicado a atividades físicas vigorosas	Sim	281	44,75	189,10	86,91	0,21	0,8336
	Não	95	44,74	186,72	81,53		
Escore IDATE	Sim	281	39,94	198,62	9,18	3,11	0,0019*
	Não	95	36,85	158,56	8,96		

\*Significativo ao nível de confiança de 95% ( $\alpha=0,05$ ).

O tempo de prática dedicado à caminhada das mulheres com IUU foi menor ( $20,28 \pm 18,08$  minutos) e com diferença estatisticamente significativa ( $p=0,0025$ ), quando comparado ao tempo de caminhada das mulheres com IUM ( $36,86 \pm 34,09$  minutos) e IUE ( $37,74 \pm 25,83$  minutos).

Como mostrado na tabela 3, a média de idade das idosas com grau de incontinência grave e muito grave é maior, quando comparada com a média de idade das mulheres com incontinência de grau leve e moderada. Isto significa que com o avançar da idade aumentam-se as chances de piorar os quadros de IU ( $p=0,0045$ ).

Tabela 3- Teste de Kruskal- Wallis, seguido do teste de comparações múltiplas *post hoc* de Dunn, comparando o *Grau de incontinência urinária* (IU) e a *idade*, para as idosas, cadastradas nas unidades básicas de saúde da cidade de Maringá - PR, 2015.

<b>Grau de IU</b>	<b>n</b>	<b>Média de idade</b>	<b>Escore médio</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>p-valor</b>
Sem incontinência	95	69,25	155,63 <sup>b</sup>	15,12	0,0045*
Leve	9	70,47	193,66 <sup>b</sup>		
Moderada	29	69,51	160,59 <sup>b</sup>		
Grave	47	72,00	204,11 <sup>a</sup>		
Muito grave	194	72,09	202,82 <sup>a</sup>		

\*Significativo ao nível de confiança de 95% ( $\alpha=0,05$ ), Os números marcados com a mesma letra não diferem entre si pelo teste de Kruskal-Wallis, seguido do teste de Dunn.

Quanto à classificação da IU, a mista foi a mais encontrada (51,50%) e em mulheres com média de idade maior que as idosas com IUE. O número de gestações das idosas com IUE e sem incontinência não se diferem entre si, mas possui significância estatística no que diz respeito as IUM e IUU, pois uma maior quantidade de gestações esteve associada com a presença destes dois tipos de incontinência (Tabela 4).

Tabela 4- Teste de Kruskal- Wallis, seguido do teste de comparações múltiplas *post hoc* de Dunn, comparando o tipo de *Incontinência urinária* (IU) e a *Idade* e o tipo de *Incontinência urinária* e a *Quantidade de gestações* das pacientes idosas, cadastradas nas unidades básicas de saúde da cidade de Maringá - PR, 2015.

<b>Tipo de IU</b>	<b>n (%)</b>	<b>Idade média/DP</b>	<b>p-valor</b>	<b>Nº de gestação média/DP</b>	<b>p-valor</b>
IUE	51 (13,56)	69,74±6,96a	0,0003*	3,86± 2,04a	0,0023*
IUM	194 (51,60)	78,09±6,79b		4,75± 2,58b	
IUU	36 (9,58)	73,06 ±6,65b		5,44±2,61c	
SI	95(25,26)	69,25±6,26a		4,12±2,34a	

\*Significativo ao nível de confiança de 95% ( $\alpha=0,05$ ). Os números marcados com a mesma letra não diferem entre si pelo teste de Kruskal-Wallis, seguido do teste de Dunn. Incontinência urinária de esforço (IUE); Incontinência urinária mista (IUM); Incontinência urinária de urgência (IUU); Sem incontinência (SI)

Na figura 1, nota-se a forte correlação positiva ( $r = 0,94721$ ) entre o escore do impacto da incontinência na qualidade de vida e a quantidade de perda de urina ( $p=0,0001$ ).

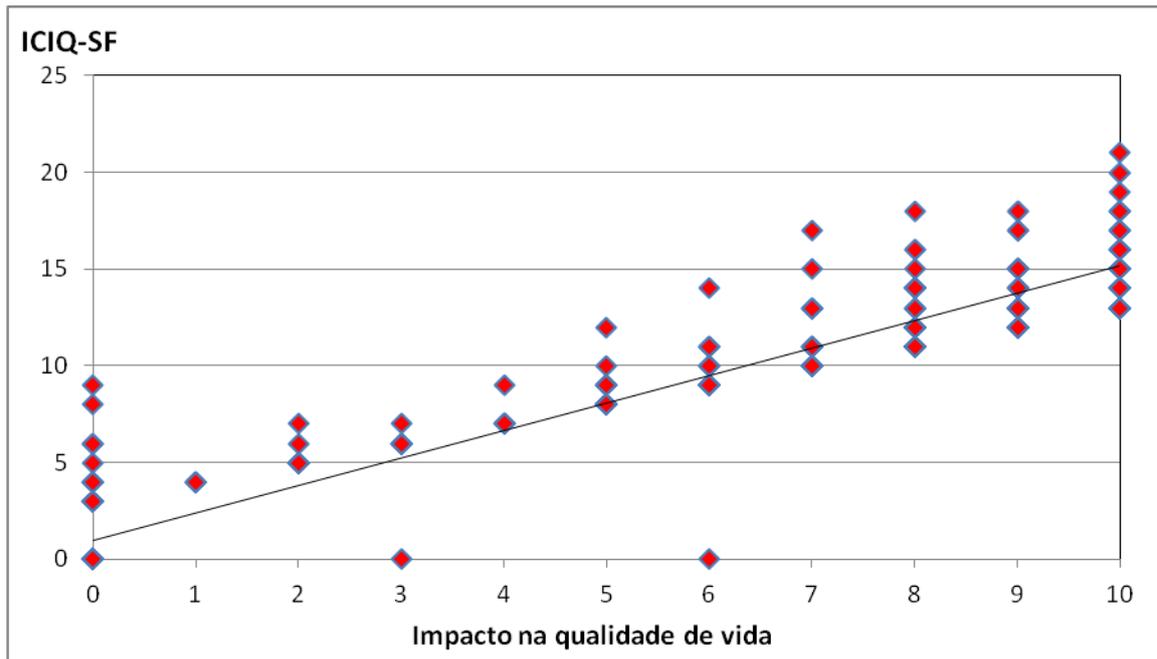


Figura 1 – Correlação entre o impacto da IU na qualidade de vida e o escore da IU (ICIQ-SF).

Conforme mostrado na tabela 2, com a aplicação do IDATE estado, maiores níveis de ansiedade foram encontrados em mulheres com incontinência ( $p=0,0019$ ).

As idosas com relatos de maior interferência da IU na qualidade de vida apresentaram níveis mais elevados de ansiedade (Tabela 5).

Tabela 5- Teste de Kruskal- Wallis, seguido do teste de comparações múltiplas *post hoc* de Dunn, comparando o impacto da *Incontinência urinária* (IU) na *Qualidade de vida* (QV) e a média *IDATE* de pacientes idosas, cadastradas nas unidades básicas de saúde da cidade de Maringá (PR), 2015.

<b>Impacto da IU na QV</b>	<b>n</b>	<b>Média do IDATE</b>	<b>Escore médio</b>	<b>p-valor</b>
Não interfere	113	37,03	160,61 <sup>a</sup>	0,0051*
Suavemente	23	38,74	182,61 <sup>a</sup>	
Moderadamente	56	38,36	181,06 <sup>a</sup>	
Severamente	135	41,10	212,74 <sup>b</sup>	
Muito grave	49	39,88	197,32 <sup>b</sup>	

\*Significativo ao nível de confiança de 95% ( $\alpha=0,05$ ). Os números marcados com a mesma letra não diferem entre si pelo teste de Kruskal-Wallis, seguido do teste de Dunn.

## DISCUSSÃO

Na presente pesquisa, a prevalência da IU (74,73%) foi mais elevada que na maioria dos estudos encontrados na literatura. A média de idade das mulheres incontinentes foi  $71,79 \pm 6,86$  anos. Alguns fatores podem explicar essa diferença de prevalência, como a média de

idade das mulheres, tendo em vista que os episódios de perda urinária são mais comuns com o passar da idade. O baixo nível de escolaridade e renda, também podem ter influenciado nos índices encontrados. Vale destacar que a existência de prolapso de órgãos pélvicos está associada a IU, e apesar da presença dessa condição ter sido considerada como critério de exclusão para seleção da amostra do presente estudo, isso foi feito apenas com informações referidas e não por meio de diagnóstico clínico.

Os resultados do estudo realizado por Silva et al<sup>24</sup> (2014) revelaram uma prevalência de IU inferior ao valor encontrado na presente pesquisa (65,8%). Achados semelhantes foram referidos por Vasconcelos et al<sup>26</sup> (2013) cuja prevalência de IU foi de 74,1%, porém em mulheres mais jovens (média de idade = 53,8±14,2 ano). Menor prevalência de IU (38,4%) em mulheres (com média de idade de 73,3 anos) foi relatada por Burti et al<sup>5</sup> (2012). Para Legendre et al<sup>13</sup> (2013) a prevalência da IU está associada a idade, ou seja quanto mais avançada for a idade, maiores são as chances de desenvolver incontinência, sendo que as mulheres pós-menopausa possuem até 27% de chances a mais de apresentarem episódios de perda de urina. Virtuoso et al<sup>27</sup> (2011), identificaram para IU, prevalência de 56,4%, em idosas com média de idade de 68,14± 4,2 anos. As diferenças nas metodologias utilizadas pelos autores citados, também pode ter contribuído para essa discrepância na porcentagem de mulheres incontinentes.

O tipo de incontinência mais frequente na presente pesquisa foi a IUM (51,50%) e as mulheres com esta classificação tinham uma média de idade superior (78,09 anos) quando comparadas com a média de idade das idosas com IUU e IUE. Do mesmo modo, Carvalho et al. (2014) concluíram que a IUM foi mais evidente em idosas com idades avançadas. Já para Masue et al<sup>16</sup> (2010), o tipo de incontinência que esteve associado ao fator idade foi a IUE.

Com relação ao nível de escolaridade, constatou-se que a maioria da amostra (60,90%) nunca frequentou a escola ou possuía o ensino fundamental incompleto. Do mesmo modo, Pedro et al<sup>21</sup> (2011) em sua pesquisa encontraram 62,8% de mulheres incontinentes e a maioria (67,4%) não tinha completado o ensino fundamental. Fato este que pode ter contribuído para a alta prevalência da IU na presente pesquisa, pois sugere-se que a baixa escolaridade das mulheres estudadas influencia no acesso a informação, implicando na procura por um tratamento para esta condição.

Os achados do estudo também demonstraram que o grau de incontinência urinária esteve associado à idade mais avançada, assim como o grau da IU mostrou relação com o nível de ansiedade. Dentre os tipos de incontinência, IUM e IUU revelaram um nível de ansiedade mais acentuado. Uma pesquisa realizada por Melville et al<sup>17</sup> (2009) demonstrou

que as mulheres incontinentes desenvolveram em 11% dos casos quadros de depressão e que 32% da amostra que possuía depressão tinha chances de ter incontinência.

Segundo Altaweel & Alharbi<sup>2</sup> (2012), a IU afeta não somente a QV, mas traz a sensação de frustração, depressão. Para Gomes et al<sup>10</sup> (2013) a IU atua negativamente na QV das mulheres, levando não somente a restrições sociais e sexuais, mas também a alterações psicoemocionais, diminuindo inclusive a qualidade do sono e repouso.

Para a variável gestação, constatou-se que as idosas que tiveram um maior número de gestação, o tipo de incontinência de maior prevalência foi a IUM ou IUU. O maior número de gestações também esteve associado com a IUM nos estudos de Knorst et al<sup>12</sup> (2011).

Não foi encontrada associação entre o nível de atividade física e a presença de IU, achados semelhantes aos de Burti et al<sup>5</sup> (2012). Porém, Moreno-Vecino et al<sup>19</sup> (2015) concluíram que o nível de atividade física era menor nas mulheres incontinentes, bem como o tempo dedicado à caminhada. Segundo Altaweel & Alharbi<sup>2</sup> (2012), 3% de sua amostra relatou possuir restrição à atividade física devido aos quadros de incontinência. De acordo com Cavalcante et al<sup>7</sup> (2014), 69,1% das mulheres incontinentes de seu estudo não praticavam atividade física.

Vale ressaltar algumas limitações do presente estudo, como a falta de informações clínicas oriundas de exames uroginecológicos, entre elas a ausência de diagnóstico clínico da IU para confirmação dos sintomas de incontinência relatados, a presença de prolapso de órgãos pélvicos, o que poderia aumentar a prevalência da incontinência. O fato da coleta de dados ter sido realizada durante o outono e inverno também pode ter influenciado no percentual elevado de IU, pois são meses em que a incidência de gripes, resfriados e alergias respiratórias aumentam.

Esta pesquisa aponta a necessidade de implementar ações de atenção à saúde especificamente para o público feminino, atuando diretamente nos problemas enfrentados por elas ao longo do processo de envelhecimento. Suprir, desta maneira, a demanda de saúde desta parcela da população, atuando desde a prevenção até o tratamento precoce da IU, promovendo a saúde da mulher de forma mais abrangente.

## **CONCLUSÃO**

A prevalência de incontinência urinária identificada neste estudo foi alta, com forte influência negativa na qualidade de vida da amostra, o que alerta para a necessidade de medidas de intervenções para a população idosa. Especial atenção deve ser dada às mulheres

de maior faixa etária e número de gestações. Sugere-se a realização de estudos que avaliem o impacto da incontinência urinária nos diferentes domínios de qualidade de vida de mulheres idosas, bem como abordar as implicações da mesma para a promoção da saúde de forma interdisciplinar.

## REFERÊNCIAS

- 1 – Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Kerrebroeck PV, Victor A; Wein A. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the international continence society. *Urology*. 2003; 61:37-49. DOI:10.1016/S0090-4295(02)02243-4.
- 2 – Altaweel W, Alharbi M. Urinary incontinence: prevalence, risk factors and impact on health related quality of life in Saudi women. *Neurol Urodyn*. 2012; 31: 642-5. DOI 10.1002/nau.22201.
- 3 - Biaggio AMB, Natalício L, Spielberger CD. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de Spielberger. *Arq bras Psic apl*. 1977; 29(3): 31-44.
- 4 – Brunnet AE, Andrades B, Souza CS, Weber JLA, Martinato L, Loreto T, Pizzinato A. Práticas sociais e significados do envelhecimento para mulheres idosas. *Pensando Famílias*. 2013; 17(1): 99-109.
- 5 - Burti JS, Santos AMB, Pereira RMR, Zambon JP, Marques AP. Prevalence and clinical characteristics of urinary incontinence in elderly individuals of a low income. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2012; 54:42-6. DOI 10.1016/j.archger.2011.04.004.
- 6 - Carvalho MP, Andrade FP, Peres W, Martinelli T, Simch F, Orcy RB, Seleme MR. O impacto da incontinência urinária e seus fatores associados em idosas. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014; 17(4):721-730. DOI 10.1590/1809-9823.2014.13135.
- 7 - Cavalcante KVM, Silva MIGC, Bernardo ASF, Souza DE, Lima TCGC, Magalhães AG. Prevalência e fatores associados à incontinência urinária em mulheres idosas. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2014; 27(2):216-223. DOI 10.5020/18061230.2014.p216.
- 8 - Delarmelindo RCA, Parada CMGL, Rodrigues RAP, Bocchi SCM. Estratégias de enfrentamento da incontinência urinária por mulheres. *Rev Esc Enferm*. 2013; 47(2): 296-303. DOI 10.1590/S0080-62342013000200004.
- 9 - Ferreira OGL, Maciel SC, Costa SMG, Silva AO, Moreira ASP. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto Contexto Enferm*. 2012; 21(3): 513-8. DOI 10.1590/S0104-07072012000300004.

- 10 – Gomes AGP, Veríssimo JH, Santos KFO, Andrade CG, Costa ICP, Fernandes MGM. Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres. *Rev Baiana de Enfermagem*. 2013; 27(2): 181-192. DOI 10.18471/rbe.v27i2.6922.
- 11 - Higa R, Lopes MHBM, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enferm. USP*. 2008; 42(1): 187-92.
- 12 - Knorst MR, Resende TL, Goldim JR. Perfil clínico, qualidade de vida e sintomas depressivos de mulheres com incontinência urinária atendidas em hospital-escola. *Rev Bras Fisioter*. 2011;12(2): 109-16.
- 13 - Legendre G, Ringa V, Fauconnier A, Fritel X. Menopause, hormone, treatment and urinary incontinence at midlife. *Maturitas*. 2013; 74(1): 26-30. DOI 10.1016/j.maturitas.2012.10.005
- 14 - Loureiro LSN, Medeiros ACT, Fernandes MGM, Nóbrega MML. Incontinência urinária em mulheres idosas: determinantes, consequências e diagnósticos de enfermagem. *Rev Rene, Fortaleza*. 2011; 12(2): 417-23.
- 15 – Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, Braggion G. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Ativ Física e Saúde*. 2001; 6(2): 5-18.
- 16 - Masue T, Wada K, Nagata C, Deguchi T, Hayashi M, Takeda N, Yasuda K. Lifestyle and health factors associated with stress urinary incontinence in Japanese women. *Maturitas*. 2010; 66:305-9. DOI 10.1016/j.maturitas.2010.04.002
- 17 - Melville JL, Fan MY, Ran H, Nygaard IE, Katon WJ. Major depression and urinary incontinence in women: temporal associations in a epidemiologic sample. *Am J Obstet Gynecol*. 2009; 201: 490-7. DOI 10.1016/j.ajog.2009.05.047
- 18 - Minghelli B, Tomé B, Nunes C, Neves A, Simões C. Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. *Rev Psiq Clín*. 2013; 40(2): 71-6.
- 19 - Moreno-Vecino B, Arija-Blázquez A, Pedrero-Chamizo R, Alcázar J, Gómez-Cabello A, Pérez-López FR, González-Gross M, Carajús JÁ, Ara I, EXERNET GROUP. Associations between obesity, physical fitness and urinary incontinence in non-institutionalized post menopausal women: the elderly EXERNET multi-center study. *Maturitas*. 2015; 82(2): 208-14. DOI 10.1016/j.maturitas.2015.07.008
- 20 - Organização Mundial de Saúde (OMS). Mulheres e saúde: evidência de hoje, agenda de amanhã. Brasília: *Organização Pan-Americana de Saúde*. 2009.
- 21 - Pedro AF, Ribeiro J, Soler ZASG, Bugdan AP. Qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. *Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2011; 7(2): 63-70.
- 22 - Santos CRS, Santos VLCG. Prevalência da incontinência urinária em amostra randomizada da população urbana de Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010; 18(5): 08 telas.

- 23 - Silva VA, D'Elboux MJ. Fatores associados à incontinência urinária em idosos com critérios de fragilidade. *Texto Contexto Enferm.* 2012; 21(2): 338-47.
- 24 - Silva KCC, Ferreira EG, Alves RC. Avaliação da prevalência de incontinência urinária em idosas através do questionário de impacto de incontinência urinária (ICIQ-SF). *Rev Amazônia Science and Health.* 2014; 2(2): 44-8.
- 25 - Tamanini JTN, Dambros M, D'Ancona CAL, Palma PCR, Netto Junior NR. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form" (ICIQ-SF). *Rev Saúde Pública.* 2004; 38(3): 438-44.
- 26 - Vasconcelos CTM, Vasconcelos Neto JA, Bezerra LRPS, Augusto KT, Karbage SAL, Frota IPR, Rocha ABO, Macêdo SR, Coelho CF, Pinheiro AKB. Disfunções do assoalho pélvico: perfil sociodemográfico e clínico das usuárias de um ambulatório de uroginecologia. *Rev Eletrônica Gestão e Saúde.* 2013; 4(1): 1484-98.
- 27 - Virtuoso JF, Mazo GM, Menezes EC. Incontinência urinária e função muscular perineal em idosas praticantes e não-praticantes de atividade física regular. *Rev Bras Fisioter.* 2011; 15(4): 310-7.

## 4.1 NORMAS DA REVISTA DO ARTIGO 1

### REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA

Os manuscritos submetidos à publicação na Revista de Saúde Pública devem ser apresentados de acordo com as Instruções aos Autores.

São aceitos manuscritos nos idiomas: português, espanhol e inglês.

O texto de manuscritos de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (ver Estrutura do Texto). Em cada uma das partes não se deve dividir o texto em subtítulos, exceto nos casos que requerem maior detalhe, sobretudo em Resultados e Discussão. Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais/Conclusões. Outras categorias de manuscrito (revisões, comentários, etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

O texto submetido deve ter páginas e linhas numeradas para fins de revisão.

O uso de siglas deve ser evitado.

Recomendamos que o autor consulte o checklist correspondente à categoria do manuscrito submetido.

Pormenores sobre os itens exigidos para apresentação do manuscrito estão descritos a seguir.

#### Categorias de artigos

##### Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

##### Instrumentos de aferição em pesquisas populacionais

Manuscritos abordando instrumentos de aferição podem incluir aspectos relativos ao desenvolvimento, à avaliação e à adaptação transcultural para uso em estudos populacionais, excluindo-se aqueles de aplicação clínica, que não se incluem no escopo da RSP.

Aos manuscritos novos de instrumentos de aferição, recomenda-se que seja apresentada uma apreciação detalhada do construto a ser avaliado, incluindo seu possível gradiente de intensidade e suas eventuais subdimensões. O desenvolvimento de novo instrumento deve estar amparado em revisão de literatura, que identifique explicitamente a insuficiência de propostas prévias e justifique a necessidade de novo instrumental.

Deve ser detalhada a proposição, a seleção e a confecção dos itens, bem como o emprego de estratégias para adequá-los às definições do construto, incluindo o uso de técnicas qualitativas de pesquisa (entrevistas em profundidade, grupos focais etc.), reuniões com painéis de especialistas, entre outras. O trajeto percorrido na definição da forma de mensuração dos itens e a realização de pré-testes com seus conjuntos preliminares necessitam ser descritos no texto. A avaliação das validades de face, conteúdo, critério, construto e/ou dimensional deve ser apresentada em detalhe.

Análises de confiabilidade do instrumento também devem ser apresentadas e discutidas, incluindo-se medidas de consistência interna, confiabilidade teste-reteste e/ou concordância inter-observador. Os autores devem expor o processo de seleção do instrumento final e situá-lo em perspectiva crítica e comparativa com outros instrumentos destinados a avaliar o mesmo construto ou construtos semelhantes.

Para os manuscritos sobre adaptação transcultural de instrumentos de aferição, além de atender, de forma geral, às recomendações supracitadas, faz-se necessário explicitar o modelo teórico norteador do processo. Os autores devem, igualmente, justificar a escolha de determinado instrumento para adaptação a um contexto sociocultural específico, com base em minuciosa revisão de literatura. Finalmente, devem indicar explicitamente quais e como foram seguidas as etapas do modelo teórico de adaptação no trabalho submetido para publicação.

Obs: O instrumento de aferição deve ser incluído como anexo dos artigos submetidos.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o "checklist" correspondente:

- CONSORT checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- STARD checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- MOOSE checklist e fluxograma para meta-análise
- PRISMA checklist e fluxograma para revisões sistemáticas
- STROBE checklist para estudos observacionais em epidemiologia
- RATS checklist para estudos qualitativos

Informações complementares:

- Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.
- As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.
- As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Os resumos devem ser apresentados no formato estruturado, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Excetuam-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.

**Comunicações Breves** – São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Informações complementares

- Devem ter até 1.500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências) uma tabela ou figura e até 5 referências.
- Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, exceto quanto ao resumo, que não deve ser estruturado e deve ter até 100 palavras.

#### **Artigos de revisão**

**Revisão sistemática e meta-análise** - Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de meta-análise).

**Revisão narrativa/crítica** - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até 4.000 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.
- O formato dos resumos, a critério dos autores, será narrativo, com até 150 palavras. Ou estruturado, com até 300 palavras.
- Não há limite de referências.

#### **COMENTÁRIOS**

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até 2.000 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências
- O formato do resumo é o narrativo, com até 150 palavras.
- As referências bibliográficas estão limitadas a cerca de 25

Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e 5 referências.

#### **Autoria**

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima.

Dados de indentificação do autor responsável (cadastro).

Nome e sobrenome

O autor deve seguir o formato pelo qual já é indexado nas bases de dados.

Correspondência

Deve constar o nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

Instituição

Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (por exemplo: departamento, faculdade, universidade).

#### **Identificação do manuscrito**

Título no idioma original do manuscrito e em inglês:

O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços. Se o manuscrito for submetido em inglês, fornecer um título em português.

Título resumido:

Deve conter até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.

Descritores:

Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), nos idiomas português, espanhol e inglês, com base no Medical Subject Headings (MeSH). Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos não existentes nos conjuntos citados.

Número de figuras e tabelas:

A quantidade de figuras e tabelas de cada manuscrito é limitada a cinco em conjunto. Todos os elementos gráficos ou tabulares apresentados serão identificados como figura ou tabela, e numerados sequencialmente a partir de um, e não como quadros, gráficos, etc.

Co-autores:

Identificar os co-autores do manuscrito pelo nome, sobrenome e instituição, conforme a ordem de autoria.

Financiamento da pesquisa:

Se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Apresentação prévia:

Tendo sido apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e ano da realização.

Quando baseado em tese ou dissertação, indicar o nome do autor, título, ano, nome do programa de pós-graduação e instituição onde foi apresentada.

#### **Preparo dos manuscritos**

##### **Resumo**

São publicados resumos em português, espanhol e inglês. Para fins de cadastro do manuscrito, deve-se apresentar dois resumos, um na língua original do manuscrito e outro em inglês (ou em português, em caso de manuscrito apresentado em inglês). As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das categorias de artigos.

Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivos do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

##### **Estrutura do texto**

**Introdução** – Deve ser curta, relatando o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes ao objetivo do manuscrito, que deve estar explícito no final desta parte. Não devem ser mencionados resultados ou conclusões do estudo que está sendo apresentado.

**Métodos** – Os procedimentos adotados devem ser descritos claramente; bem como as variáveis analisadas, com a respectiva definição quando necessária e a hipótese a ser testada. Devem ser descritas a população e a amostra, instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade; e conter informações sobre a coleta e processamento de dados. Deve ser incluída a devida referência para os métodos e técnicas empregados, inclusive os métodos estatísticos; métodos novos ou substancialmente modificados devem ser descritos, justificando as razões para seu uso e mencionando suas limitações. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

**Resultados** – Devem ser apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados

na análise. Material extra ou suplementar e detalhes técnicos podem ser divulgados na versão eletrônica do artigo.

**Discussão** – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os novos e importantes aspectos observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas. Incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

#### Referências

**Listagem:** As referências devem ser normalizadas de acordo com o estilo Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication, ordenadas alfabeticamente e numeradas. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Medline, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até seis autores, citam-se todos; acima de seis, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al”. Referências de um mesmo autor devem ser organizadas em ordem cronológica crescente. Sempre que possível incluir o DOI do documentado citado, de acordo com os exemplos abaixo.

Exemplos:

#### Artigos de periódicos

Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Cienc Saude Coletiva*. 2000;5(2):381-92. DOI:10.1590/S1413-81232000000200011

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2008;42(1):34-40. DOI:10.1590/S0034-89102008000100005.

Hennington EA. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão. *Cad Saude Coletiva [Internet]*.2005;21(1):256-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/28.pdf> DOI:10.1590/S0102-311X2005000100028

#### Livros

Nunes ED. Sobre a sociologia em saúde. São Paulo; Hucitec;1999.

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. *Patologia do trabalho*. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. *Improving palliative care for cancer* Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13] Disponível em: [http://www.nap.edu/catalog.php?record\\_id=10149](http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149)

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas (“Citing Medicine”) da National Library of Medicine (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>).

Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

**Citação no texto:** A referência deve ser indicada pelo seu número na listagem, na forma de expoente após a pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes e similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado a seguir do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por &. Nos outros casos apresentar apenas o primeiro autor (seguido de et al. em caso de autoria múltipla).

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans & Stoddart,<sup>9</sup> que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al<sup>9</sup> (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.

#### Tabelas

Devem ser apresentadas depois do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou, para sua reprodução.

Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 12 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Tabelas que não se enquadram no nosso limite de espaço gráfico podem ser publicadas na versão eletrônica. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras, em sobrescrito e negrito.

Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização para sua reprodução, por escrito.

### **Figuras**

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Devem conter título e legenda apresentados na parte inferior da figura. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital que permitam sua impressão, preferentemente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras em cores são publicadas quando for necessária à clareza da informação. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução.

### **Declarações e documentos**

Em conformidade com as diretrizes do International Committee of Medical Journal Editors, são solicitados alguns documentos e declarações do(s) autor(es) para a avaliação de seu manuscrito. Observe a relação dos documentos abaixo e, nos casos em que se aplique, anexe o documento ao processo. O momento em que tais documentos serão solicitados é variável:

<b>Documento/declaração</b>	<b>Quem assina</b>	<b>Quando anexar</b>
a. Carta de Apresentação	Todos os autores	Submissão
b. Responsabilidade pelos Agradecimentos	Autor responsável	Aprovação
c. Transferência de Direitos Autorais	Todos os autores	Aprovação

a. A Carta de Apresentação do manuscrito, assinada por todos os autores, deve conter:

- Informações sobre os achados e conclusões mais importantes do manuscrito, esclarecendo seu significado para a saúde pública.
- Se os autores têm artigos publicados na linha de pesquisa do manuscrito, mencionar até três.
- Declaração de responsabilidade de cada autor: ter contribuído substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; ter contribuído significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e ter participado da aprovação da versão final do manuscrito. Para maiores informações sobre critérios de autoria, consulte o site da RSP.
- Declaração de potenciais conflitos de interesses dos autores. Para maiores informações, consulte o site da RSP.

- Atestar a exclusividade da submissão do manuscrito à RSP.

#### **b. AGRADECIMENTOS**

Há um campo no formulário de submissão do artigo onde devem ser mencionados os nomes de pessoas que, embora não preencham os requisitos de autoria, prestaram colaboração ao trabalho. Será preciso explicitar o motivo do agradecimento, por exemplo, consultoria científica, revisão crítica do manuscrito, coleta de dados, etc. Deve haver permissão expressa dos nomeados e o autor responsável deve anexar a Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos link. Também pode constar desta parte apoio logístico de instituições.

#### **c. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS**

Todos os autores devem ler, assinar e enviar documento transferindo os direitos autorais link. O artigo só será liberado para publicação quando esse documento estiver de posse da RSP.

Verificação dos itens exigidos

1. Nome e instituição de afiliação de cada autor, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 90 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas impressas.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc,txt,rtf).
5. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
6. Resumos narrativos para manuscritos que não são de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
7. Carta de Apresentação, constando a responsabilidade de autoria e conflito de interesses, assinada por todos os autores.
8. Nome da agência financiadora e número(s) do processo(s).

9. No caso de artigo baseado em tese/dissertação, indicar o nome da instituição/Programa, grau e o ano de defesa.
10. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, e se todas estão citadas no texto.
11. Tabelas numeradas seqüencialmente, com título e notas, e no máximo com 12 colunas.
12. Figura no formato vetorial ou em pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar em tons de cinza, sem linhas de grade e sem volume.
13. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.

## 5 ARTIGO 2

### CINESIOTERAPIA UROGINECOLÓGICA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE MULHERES IDOSAS FÍSICAMENTE ATIVAS

### KINESIOTHERAPY UROGYNECOLOGICAL IN WOMEN URINARY INCONTINENCE OLD PHYSICALLY ACTIVE

Priscila Almeida Inhoti<sup>1</sup>, Eraldo Schunk Silva<sup>2</sup>, Sonia Maria Marques Gomes Bertolini<sup>3</sup>.

1. Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário Cesumar (UniCesumar); Rua Pion. Aníbal Borin, 527 – Jd. Paris, Maringá-Pr; (44) 3027-6360 ramal 1178; [priscilainhoti@hotmail.com](mailto:priscilainhoti@hotmail.com)

2. Professor Doutor do Departamento de Estatística da Universidade Estadual de Maringá (UEM); Av. Colombo, 5.790 Jd. Universitário, Maringá-Pr; (44) 3011-5341; [essilva@uem.br](mailto:essilva@uem.br)

3. Professora Doutora e Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário Cesumar (UniCesumar); Professora Doutora do Departamento de Morfologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM); [sonia.bertolini@unicesumar.edu.br](mailto:sonia.bertolini@unicesumar.edu.br)

**Fonte de financiamento:** Centro Universitário Cesumar (UniCesumar), Maringá-Pr, Brasil

**Resumo:** A perda involuntária de urina afeta em sua grande maioria o sexo feminino cuja prevalência aumenta com o avançar da idade. Este estudo objetivou verificar o efeito de 10 sessões de cinesioterapia uroginecológica para incontinência urinária (IU) em idosas fisicamente ativas. Trata-se de uma pesquisa de caráter quantitativo, caracterizada por um programa de intervenção aplicado duas vezes por semana. Foram realizadas avaliações pré e pós-programa de intervenção por meio do *pad test*. Participaram do estudo 30 mulheres com idade  $\geq 60$  anos, incontinentes, praticantes de atividade física regularmente. O pré e o pós-teste deram-se por meio da aplicação do *pad test* de uma hora (teste do absorvente), o qual possibilita uma avaliação objetiva da IU. Os dados foram analisados no programa SAS versão 9.3. Para os testes de hipóteses, o nível de significância adotado foi de 5%. A média de idades das participantes era de  $73,36 \pm 4,53$  anos. Houve diminuição significativa entre o peso do absorvente antes e após a intervenção ( $p=0,0001$ ). Sete mulheres (23,33%) deixaram de ser incontinentes. Conclui-se que o programa de intervenção com 10 sessões de cinesioterapia reduziu a perda de urina de mulheres idosas fisicamente ativas.

**Palavras-chave:** Incontinência urinária. Exercícios físicos. Envelhecimento. Promoção da Saúde.

**Resumen:** La pérdida involuntaria de orina afecta principalmente a las mujeres cuyos aumenta con la edad la prevalencia. Este estudio tuvo como objetivo verificar el efecto de 10 sesiones cinesioterapia uroginecológicas para la IU en las mujeres mayores activas. Esta es una búsqueda de carácter cuantitativo, que se caracteriza por un programa de intervención llevada a cabo dos veces a la semana. Las evaluaciones se realizaron antes y después de la intervención del programa a través de la almohadilla de análisis. El estudio incluyó a 30 mujeres con edades  $\geq 60$  años, la incontinencia, la actividad física con regularidad. La prueba previa y viene dada por la aplicación de la prueba de la plataforma de una hora (prueba de la plataforma), que permite una evaluación objetiva de la interfaz de usuario. Los datos se analizaron con el programa SAS versión 9.3. Para la prueba de hipótesis al nivel de significación del 5%. La edad promedio de los participantes fue de  $73,36 \pm 4,53$  años. Una reducción significativa del peso del absorbente antes y después de la intervención ( $p = 0,0001$ ). Siete mujeres (23,33%) ya no son incontinentes. Llegamos a la conclusión de que el programa de intervención con 10 sesiones de kinesioterapia reduce la pérdida de orina de mujeres mayores físicamente activas.

**Palabras-clave:** Incontinencia urinaria, el ejercicio físico, envejecimiento. promoción de la salud.

**Abstract:** Involuntary loss of urine affects mostly females whose prevalence increases with advancing age. This study aimed to verify the effect of 10 sessions urogynecological cinesioterapia for UI in active elderly women. This is a quantitative character search, characterized by an intervention program carried out twice a week. evaluations were performed pre and post-intervention program through the test pad. The study included 30 women aged  $\geq 60$  years, incontinent, physically active regularly. The pre- and post-test is given by applying the *pad test* an hour (*pad test*), which enables an objective assessment of the UI. The data were analyzed with SAS version 9.3 program. For hypothesis testing the significance level was 5%. The average age of participants was  $73.36 \pm 4.53$  years. A significant reduction of the weight of the absorbent before and after the intervention ( $p = 0.0001$ ). Seven women (23.33%) no longer incontinent. We conclude that the intervention program with 10 kinesiotherapy sessions reduced urine loss of physically active elderly women.

**Keywords:** urinary incontinence, physical exercise, aging, health promotion.

## INTRODUÇÃO

A Sociedade Internacional de Continência (ICS) define incontinência urinária (IU) como toda perda involuntária de urina<sup>1</sup>. Trata-se de uma disfunção uroginecológica que tem sido classificada em três tipos, considerando os sintomas: incontinência urinária de esforço

(IUE), que é a perda urinária associada com atividades e manifestações que aumentam a pressão intra-abdominal; incontinência urinária de urgência (IUU), definida como perda involuntária de urina associada com um forte desejo de urgência para urinar, e incontinência mista (IUM), quando existe associação dos sintomas de incontinência de esforço e de urgência<sup>2</sup>.

Os estudos sugerem que cerca de 25% a 30% dos adultos já tiveram episódios de perdas urinárias em algum momento da vida. Em idosos, as estimativas apontam por volta de 35% a 60% de casos de IU. Porém, apesar da prevalência da incontinência ser maior a partir dos 60 anos, não se deve considerá-la como algo normal e obrigatório<sup>3</sup>.

Os quadros de IU acarretam muitos prejuízos na qualidade de vida (QV) das idosas. Silva et al<sup>4</sup> (2014) constataram em 61,6% das idosas incontinentes relataram associação entre a perda urinária e alteração QV. De acordo com Gomes et al<sup>5</sup> (2013), os quadros de IU provocam restrições nas relações sociais e sexuais, alterações psicoemocionais, diminuindo inclusive a qualidade do sono e do repouso.

Para que não ocorra incontinência urinária, é necessário que haja um funcionamento adequado do períneo, que implica na sua integridade anatômica e dos centros e vias nervosas, que coordenam a ação da musculatura lisa e estriada do sistema urinário e do assoalho pélvico<sup>6</sup>.

Dentre as intervenções para a IU, como cirurgias vesicais e perineoplastia, terapia medicamentosa, os exercícios terapêuticos apresentam resultados satisfatórios. Segundo Roberson et al<sup>7</sup> (2014), tanto o tratamento fisioterapêutico individual quanto o tratamento em grupo são estratégias eficazes para os casos de perdas urinárias. Para Dumoulin et al<sup>8</sup> (2011), o treinamento perineal é efetivo nos casos IUE, sugerindo que a eficácia é maior quando realizado mais de duas vezes semanais e apesar de não haver consenso com relação ao tipo de treinamento muscular do assoalho pélvico, intensidade e duração das contrações, a cinesioterapia uroginecológica tem-se tornado uma opção eficiente para o tratamento e prevenção da IU.

Existe consenso de que a atividade física é um importante determinante de promoção da saúde para um envelhecimento ativo. Para qualquer indivíduo, o tipo de exercício, a intensidade e a frequência são fatores importantes para produzir mudanças morfofisiológicas<sup>9</sup>. Nesse sentido, diferentes tipos de exercícios físicos vêm sendo propostos para as pessoas idosas, entre eles a hidroginástica, a dança, a musculação, a ginástica generalizada e a caminhada.

É fato que a participação dos idosos em diferentes modalidades de atividades físicas tem aumentado, gerando ganhos em diferentes parâmetros motores e cognitivos. Nesse sentido, destaca-se a preocupação com a alta prevalência de IU nessa população e, diante desse contexto, levanta-se a hipótese de que a população idosa mesmo considerada fisicamente ativa tem apresentado sintomas de incontinência urinária, ou seja, os exercícios físicos específicos para o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico não tem sido praticados.

Desse modo, o presente estudo teve como objetivo verificar o efeito de 10 sessões de cinesioterapia uroginecológica na perda de urina de idosas fisicamente ativas.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa, caracterizada por um programa de intervenção com 10 sessões de cinesioterapia uroginecológica duas vezes por semana. Foram realizadas avaliações pré e pós-programa de intervenção.

Participaram do estudo 30 mulheres, com idade  $\geq 60$  anos., que apresentavam queixa de perda urinária, praticantes de exercício físico com frequência de duas vezes por semana (hidroginástica e ginástica aeróbica), há mais de seis meses em um centro de convivência para idosos da cidade de Maringá - PR. Os critérios de inclusão foram: 1) idade superior a 60 anos; 2) apresentar queixa de perda de urina; 3) ser participante de alguma modalidade de atividade física; 4) ter disponibilidade para participar do programa. Foram excluídas as idosas caso apresentassem: 1) cirurgias prévias na região lombar ou abdominal; 2) comprometimentos musculoesqueléticos de membros superiores ou inferiores; 3) diagnóstico de doenças neurológicas e prolapso de órgãos pélvicos, diabetes e hipertensão arterial descompensadas.

As idosas que se enquadraram nos critérios estabelecidos foram convidadas a participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos, do Centro Universitário de Maringá (Parecer nº 850.002/2014).

O instrumento utilizado para classificar o tipo de IU (IUE, IUU E IUM) foi o *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF). A versão do ICIQ-SF foi traduzida e validada para o português por Tamanini et al<sup>10</sup> (2004) e apresenta-se como um questionário a ser usado para aplicação em brasileiros de ambos os sexos que queixam-se de incontinência urinária.

O questionário que se utilizou para avaliar a autonomia funcional, com relação ao nível de atividade física, foi o IPAQ - *International Physical Activity Questionnaire* versão adaptada, a qual é utilizada para populações especiais, como é o caso do idoso<sup>11</sup>. As questões são agrupadas em três grandes domínios, os participantes são indagados sobre a quantidade de dias por semana que dedicam a prática de caminhada, atividade moderada e atividade vigorosa, bem como o tempo de duração de cada uma delas.

O pré e o pós-teste deram-se por meio da aplicação do *pad test* de uma hora (teste do absorvente), o qual possibilita uma avaliação objetiva da IU. O *pad test* é um exame simples e eficaz para quantificar a perda urinária, muito utilizado para o diagnóstico da IU. São simuladas circunstâncias próximas do cotidiano. Este teste de uma hora é recomendado pela ICS, apesar de existir uma outra versão com duração de 24 horas. Porém, devida à sua praticidade, comumente aplica-se o *pad test* curto de uma hora<sup>12</sup>.

O *pad test* teste consiste na pesagem do absorvente em uma balança de precisão antes e após a realização de movimentos predeterminados como caminhar, subir e descer os degraus de uma escada<sup>13</sup>. Foi solicitado para cada voluntária a ingestão de 500 ml de água e, após, as mesmas se mantiveram em repouso (sentadas) durante 15 minutos. Logo em seguida, as idosas foram convidadas a subir e descer degrau por 15 minutos, sentar e levantar da cadeira 10 vezes, tossir por 10 vezes, pegar um objeto no chão 5 vezes, correr no mesmo lugar por 1 minuto e lavar as mãos em água corrente por 1 minuto<sup>12</sup>. Ao término dessa primeira etapa, o absorvente foi retirado e pesado em uma balança de precisão. As perdas urinárias foram classificadas de acordo com o peso do absorvente, IU insignificante quando a perda é até um grama, em IU leve quando o absorvente pesa entre 1,1 e 9,9 g; IU moderada quando os valores estiveram entre 10 e 49,9g e em IU grave quando acima de 50g<sup>14</sup>.

O protocolo de intervenção foi aplicado no decorrer de 10 sessões, duas vezes por semana, com duração de 45 minutos. A cinesioterapia uroginecológica caracterizou-se por exercícios para o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico. Inicialmente foram fornecidas as participantes informações sobre IU e períneo (estrutura e função). Após este primeiro contato, as idosas receberam instruções sobre a percepção da contração correta da musculatura perineal, através de exercícios proprioceptivos da região pélvica. A atividade física ocorreu por meio de exercícios associados com a contração do períneo. Foram realizados movimentos de anterversão e retroversão pélvica, circundação pélvica, lateralização do quadril, tríplice flexão dos membros inferiores em cadeia aberta e cadeia fechada, andar com passos lentos e rápidos, sentar e levantar da cadeira e saltar. Além do treino da contração da musculatura do assoalho pélvico, foram solicitadas algumas ações

como ao simular a tosse, o espirro, a risada, a gargalhada, inibir o desejo miccional e aplicação da técnica de respiração denominada ginástica abdominal hipopressiva (GAH), mantendo apneia por 5 segundos.

A GAH foi desenvolvida pelo fisioterapeuta Marcel Caufriez. Esta técnica atua na hipotonia dos músculos do assoalho pélvico, bem como na hipotonia do músculo transverso do abdome e objetiva tonificar os músculos do assoalho pélvico e transverso do abdome<sup>15</sup>. Durante a GAH ocorre uma diminuição da pressão intra-abdominal que leva a uma atividade de contração reflexa do períneo e transverso do abdome<sup>16</sup>. A técnica preconiza a realização de inspirações diafragmáticas profundas, expirações lentas e profundas e uma aspiração diafragmática (realiza-se uma contração progressiva da musculatura intercostal e do músculo transverso do abdome com elevação das cúpulas diafragmáticas) seguida de uma apneia de 10 a 30 segundos<sup>15</sup>. Na GAH existem três grupos de técnicas hipopressivas: aspiração diafragmática, técnica de neurofacilitação reflexa e exercícios de ginástica hipopressiva. Associa-se técnica respiratória, com exercícios posturais que devem ser realizados em um ritmo muito lento, em diferentes posturas (ortostática, genuflexão, decúbito dorsal e ventral, sentada, semi-sentada e em quatro apoios)<sup>16</sup>. Todos os procedimentos foram realizados em um Centro de Convivência para Idosas da Cidade de Maringá.

Os dados foram tabulados no programa Excel, calculando-se a média, o desvio padrão e a frequência dos resultados. A diferença entre os pesos iniciais (antes de realizar a intervenção) do absorvente e pesos finais (após a realização da intervenção) foi testada por meio do teste para amostras pareadas de Wilcoxon (Wilcoxon Signed Rank Test). A decisão de se rejeitar a H<sub>0</sub> ou não foi tomada, considerando-se um nível de confiança de 95% ( $\alpha = 0,05$ ), ou seja, p-valor menor que 0,05. Os dados foram analisados no Programa Statistical Analysis Software (SAS, version 9.0).

## **RESULTADOS**

A média de idade das idosas foi de 73,36±4,53 anos, destas 56,66% apresentavam IUM, 26,66% IUE e 16,67% IIU.

Os dados referentes às características das idosas submetidas a cinesioterapia uroginecológica estão apresentados na tabela 1.

Tabela 1 – Características das idosas fisicamente ativas submetidas a cinesioterapia uroginecológica (n=30).

<b>Variável</b>	<b>Média/DP</b>
Idade (em anos)	73,36±4,53
Nº de gestações	4,20±1,77
Nº de partos	3,70±1,73
Nº de cesarianas	0,33±0,66
Nº de partos vaginais	3,37±1,81
Idade menopausa (em anos)	48,50±4,55
Tempo dedicado à caminhada (minutos)	41,33±28,37
Tempo dedicado à pratica de atividades físicas moderadas (minutos)	62,67±37,46
Tempo dedicado à pratica de atividades físicas vigorosas (minutos)	60,33±62,72

De acordo com a classificação do IPAQ, 100% das idosas foram consideradas ativas.

Os valores referentes ao peso do absorvente no *pad test* encontram-se na tabela 2. A comparação entre os momentos pré e pós-programa de intervenção demonstrou diminuição significativa de perda de urina entre as idosas.

Tabela 2 – Peso do absorvente do *pad test* pré e pós-cinesioterapia uroginecológica.

<b>Peso do absorvente</b>	<b>n</b>	<b>Média/DP</b>	<b>Signed Rank</b>	<b>p-valor</b>
Pré-intervenção	30	1,1856±1,77	217,5	0,0001*
Pós-intervenção	30	0,2443±0,39		

\*Significativo ao nível de confiança de 95% ( $\alpha = 0,05$ ). Peso do absorvente em gramas.

Conforme mostrado na tabela 3, com a intervenção, 23,33% deixaram de ser incontinentes. Houve redução no peso do absorvente de 100% das mulheres. Essa redução variou de 0,01g a 8,01g.

Tabela 3 – Classificação da incontinência urinária de acordo com o *pad test* pré e pós-cinesioterapia uroginecológica.

Incontinência Urinária	Pré-intervenção		Pós-intervenção	
	n	%	n	%
Sem incontinência	-	-	7	23,33
Insignificante	21	70,00	23	76,67
Leve	9	30,00	-	-
Moderada	-	-	-	-
Grave	-	-	-	-
Total	30	100%	30	100%

## DISCUSSÃO

A incontinência urinária pode provocar problemas físicos, psicológicos e sociais que alteram de forma significativa a qualidade de vida da mulher. O estudo contou com a participação de idosas com IU, consideradas fisicamente ativas. Esse dado é preocupante, uma vez que mostra que as atividades e exercícios físicos realizadas pelas participantes do estudo não foram suficientes para manter a funcionalidade do assoalho pélvico diante das alterações morfofisiológicas determinadas pelo processo de envelhecimento. Tal fato justifica-se pela peculiaridade do assoalho pélvico, pois a integridade dessa musculatura assegura a sustentação dos órgãos pélvicos e sua ativação se dá pela contração específica deste grupo muscular<sup>17</sup>. Os referidos autores descrevem que sua contração atua na continência urinária, principalmente o músculo elevador do ânus, ainda ressaltam que um baixo tônus do períneo não possibilita o mecanismo de continência.

Nesse contexto, chama-se a atenção para o fato de diferentes modalidades de atividades físicas serem propostas para melhorar parâmetros antropométricos<sup>18</sup>, motores<sup>19</sup> e até mesmo cognitivos<sup>20</sup> de indivíduos da terceira idade, e a escassez de estudos sobre o impacto dessas atividades na musculatura do assoalho pélvico. Uma pesquisa realizada por Korelo et al<sup>21</sup> (2011), com dois grupos de mulheres, demonstrou que aquelas que contraíram o períneo juntamente com os exercícios abdominais aumentaram a força e a função perineal quando comparadas com o grupo que realizou apenas exercícios abdominais. Tais autores sugerem que a contração da musculatura abdominal deve ser associada à contração dos músculos do assoalho pélvico. Existem estudos que mostram que determinados exercícios

físicos podem desenvolver quadros de IU, como o caso do *Jump*, praticado três ou mais vezes por semana aumentam em 2,45 as chances de ter perda urinária, nas mulheres que referem desejo miccional durante sua prática, a chance de ter IU é seis maior<sup>22</sup>. Já o Método Pilates é apontado como uma modalidade de atividade física que melhora a função dos músculos do assoalho pélvico<sup>23</sup>.

No que se refere ao número de gestações e paridade, esta pesquisa demonstrou que a média foi de  $4,20 \pm 1,77$  gestações,  $3,70 \pm 1,73$  partos, sendo  $0,33 \pm 0,66$  de parto cesária e  $3,37 \pm 1,81$  de parto vaginal. Os resultados obtidos por Vasconcelos et al (2013) corroboram com os da presente pesquisa, pois a média de gestações foi de  $4,6 \pm 2,7$ , sendo que a via parto com maior prevalência foi a vaginal, com 92,9%. De acordo com Freitas et al (2014) 57,74% de sua amostra tiveram de um a três partos, no que diz respeito ao tipo de parto 42, 25% tiveram mais de três partos vaginais enquanto que 49,29% não realizaram cesária. Segundo Virtuoso et al<sup>25</sup> (2011), 74,2% de sua amostra relatou ter mais de três gestações e 76,9% com mais de 3 partos.

Apesar da maioria (56,67%) ter apresentado IUM, o tipo de incontinência clinicamente mais significativo, o impacto de apenas 10 sessões de intervenção no presente estudo foi positivo. Pois segundo Dedicação et al (2008), a percepção geral da saúde foi pior nas mulheres que tinham como diagnóstico a IUM ( $59,56 \pm 20,43$ ), bem como o impacto negativo na QV ( $75,49 \pm 29,92$ ) e as limitações sociais ( $54,41 \pm 33,25$ ).

Vale ressaltar ainda que os resultados foram favoráveis apesar da média de idade das participantes do estudo ser elevada ( $73,36 \pm 4,53$ ). Por outro lado, não se deve desconsiderar que todas as idosas foram classificadas como fisicamente ativas, o que pode ter contribuído para a obtenção de resultados positivos com apenas dez sessões de exercícios. De acordo com Virtuoso et al<sup>25</sup> (2011), ao averiguar a presença da IU e a função dos músculos do assoalho pélvico entre idosas praticantes e não-praticantes de atividade física regular, o estudo apontou que a função da musculatura perineal era melhor no grupo de idosas fisicamente ativas, porém a presença da IU também foi maior neste grupo. Nesse sentido, vale ressaltar que na maioria dos estudos encontrados na literatura sobre IU com mulheres idosas, a média de idade foi inferior a do grupo estudado.

Quanto ao tipo de IU, o mais comum foi a IUM (56,67%) seguida da IUE (26,66% dos casos). Esses achados corroboram o estudo de Knorst et al<sup>26</sup> (2013), os quais encontram em mulheres mais jovens que as do presente estudo (55 anos), a IUM como o tipo mais frequente (52,4% dos casos), seguido da IUE (36,6% dos casos). Já a pesquisa de Carvalho et al (2014), com o objetivo de identificar a prevalência de incontinência urinária (IU) e fatores

associados em idosas da comunidade (média de idade de 68,56 anos), apesar de apontar semelhança em relação ao tipo de maior prevalência, o percentual encontrado foi bem inferior (38,8 de casos de IUM). Ainda em relação aos tipos, Glisoi & Girelli<sup>28</sup> (2011), com mulheres com média de idade de 52 anos, observou predomínio da IUE (80%), seguida por incontinência urinária mista (20%). Esses autores utilizaram para a classificação da IU instrumentos diferentes dos utilizados pela presente pesquisa, como a avaliação funcional do assoalho pélvico (AFA), em que é possível graduar de forma subjetiva o grau de força do assoalho pélvico e o *biofeedback* Perina.

A diferença do peso do absorvente antes e após a intervenção foi estatisticamente significativa ( $p=0,0001$ ), demonstrando melhora na força da musculatura do assoalho pélvico, pela diminuição do volume de urina perdido, constatado pelo peso do absorvente. O estudo de Huebner et al<sup>29</sup> (2011), após 12 semanas de tratamento para IU, registrou melhora significativa na contração da musculatura do assoalho pélvico, assim como uma diminuição no número de absorventes utilizados pelas pacientes.

Após o programa de intervenção demonstrado na presente pesquisa, 23,33% das idosas tornaram-se continentas e não houve mais entre elas a IU leve, pois 76,67% foram classificadas com IU insignificante. Segundo Oliveira & Garcia<sup>28</sup> (2011), a cinesioterapia melhora a IU e leva a um alívio dos sinais e sintomas, além de melhorar a QV. Ainda segundo esses autores, a média de episódios da IUE era de 3,72 antes do tratamento e após, essa média reduziu para 1,45. Silva et al<sup>31</sup> (2015) relataram que quase 100% das mulheres afirmaram ter melhorado a consciência da região perineal, portanto, conseguindo realizar a contração da musculatura do assoalho pélvico. Conforme Junqueira et al<sup>32</sup> (2012), após 20 sessões de intervenção fisioterapêutica para a IUE, realizadas 2 vezes na semana com duração de 30 minutos, constatou-se uma melhora na percepção da saúde após o tratamento, diminuiu-se o impacto da IU na QV (antes do tratamento era de 76,89 e após o tratamento 40,52) e houve uma melhora nas emoções, pois as mesmas pontuavam antes das sessões 62,62% e após 26,76. Tais autores ainda discorrem que a cinesioterapia com exercícios de fortalecimento perineal é eficaz para o tratamento da IUE, cuja melhora pode ser observada já nas primeiras 10 sessões e intensificadas após a vigésima sessão.

O estudo dos autores anteriormente citados<sup>28</sup> demonstrou que com apenas 8 sessões de cinesioterapia e treino funcional para musculatura perineal, a maioria (80%) apresentou um controle total do períneo e 80% referiu melhoras da IU após o tratamento. Segundo Knorst et al<sup>26</sup> (2013), com uma média de 13,64 sessões de fisioterapia uroginecológica houve um aumento na força muscular de contração do períneo. Para Lacombe et al<sup>33</sup> (2015), antes da

intervenção apenas cinco mulheres tinham uma contração perineal maior ou igual a três na escala de Oxford e após o tratamento a maioria de sua amostra permaneceu no grau três de força muscular, o que é suficiente para a continência, quatro mulheres atingiram o grau quatro e dois chegaram ao grau cinco de força muscular, concluindo que a melhora da contração dos músculos do assoalho pélvico foi estatisticamente positiva e adequada para a IU. Conforme Nascimento et al<sup>34</sup> (2012), o *pad test* de 1 hora demonstrou que todas mulheres de sua amostra tinham IU leve, após o tratamento 60% destas tornaram-se continentas e a cinesioterapia aumentou significativamente a força muscular perineal ( $p=0,0014$ ). Estes autores também descrevem que no *pad test* realizado após a intervenção, houve uma importante diminuição da perda urinária ( $p=0,053$ ), redução do impacto na QV e das limitações diárias, melhorando os aspectos emocionais e a vida destas pacientes.

Com base nesses relatos os exercícios físicos são fortes aliados na melhora dos sinais e sintomas da incontinência urinária, contudo torna-se ainda relevante destacar que o diagnóstico precoce permite o tratamento adequado em tempo hábil, evitando maiores comprometimentos e melhorando a qualidade de vida dos idosos<sup>27</sup>.

Como limitações do presente estudo merece ser apontada a inexistência de um grupo controle, a falta de informações clínicas sobre a IU como há quanto tempo as idosas notaram os seus primeiros sintomas, bem como a impossibilidade de controlar as atividades físicas praticadas pelas idosas. A própria técnica de cinesioterapia uroginecológica também apresenta algumas limitações, pois apesar de ter sido comprovada por muitos autores como método eficaz para o tratamento da IU, para que os resultados sejam mantidos deve-se dar continuidade aos exercícios praticados, incorporando-os em sua rotina. Portanto, o sucesso da pós-intervenção depende muito da conscientização dos seus praticantes.

## CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou que dez sessões de cinesioterapia uroginecológica aplicadas duas vezes por semana, geraram ganho na força na musculatura do assoalho pélvico de mulheres idosas praticantes de atividades físicas regulares. Os resultados indicam que essa intervenção é uma alternativa eficaz para o tratamento dos principais tipos de IU, com baixo custo e boa aceitação.

Uma vez que a população idosa vem aumentando significativamente ao longo dos anos, e este fato predispõe a um aumento da prevalência da IU, constata-se a importância de se investir na prevenção e no tratamento da IU. A orientação de exercícios físicos específicos

para a musculatura do assoalho pélvico em diversas modalidades de atividades físicas já praticadas pelas idosas também deve ser estimulada.

## REFERÊNCIAS

- 1 - Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten T et al. The standardization of terminology in lower urinary tract function: Report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. *Urology*. 2003; 61: 37-49.
- 2 - Bernard TH, Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, Monga A, Petri E, Rizk DE, Sand PK, Schaer GN. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol. J*. 2010; 21(5): 5-26.
- 3 - Griebling TL. Urinary incontinence in the elderly. *Clin. Geriatr. Med*. 2009. 25: 445-457.
- 4 - Silva KCC, Ferreira EG, Alves RC. Avaliação da prevalência de incontinência urinária em idosas através do questionário de impacto de incontinência urinária (ICIQ-SF). *Journal Amazon Science and Health*. 2014; 2(2): 44-8.
- 5 - Gomes AGP, Veríssimo JH, Santos KFO, Andrade CG, Costa ICP, Fernandes MGM. Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres. *Rev Baiana de Enferm*. 2013 maio-ago; 27(2): 181-192.
- 6 - Belo J, Francisco E, Leite H, Catarino A. Reeducação do pavimento pélvico com cones de plevnik em mulheres com incontinência urinária. *Acta Méd Port*. 2015; 18: 117-122.
- 7 - Roberson B, Ther BO, Harding KE. Outcomes with individual versus group physical therapy for treating urinary incontinence and low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2014; 95: 2187-98.
- 8 - Dumoulin C, Glazener C, Jenkinson D. Determining the optimal pelvic floor muscle training regimen for women with stress urinary incontinence. *Neurology and Urodynamics*. 2011; 30:746-53.
- 9 - Gobbi S, Villar R, Zago AS. Bases teórico-práticas do condicionamento físico. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- 10 - Tamanini JTN, Dambros M, D'Ancona CAL, Palma PCR, Netto Junior, NR. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form" (ICIQ-SF). *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(3): 438-44.
- 11 - Vespasiano BS, Dias R, Correa DA. A utilização do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) como ferramenta diagnóstica do nível de aptidão física: uma revisão no Brasil. *Saúde Rev*. 2012 set-dez; 12(32): 49-54.

- 12 - Abrams P, Blaivas JG, Stanton S, Andersen JT. The standardisation of terminology of lower urinary tract function. *Neurourology and Urodynamics*. 1988; 7, p. 403-26.
- 13 - Rubinstein I. *Clínicas brasileiras de urologia: incontinência urinária na mulher*. v.1. São Paulo: Atheneu, 2001.
- 14 - Albuquerque MT, Mucussi BC, Soares EMM, Lemos TMAM, Brito TNS, Silva JB, Maranhão TMO. Correlação entre as queixas de incontinência urinária de esforço e o *pad test* de uma hora em mulheres na pós-menopausa. *Rev Bras Ginecol. Obstet*. 2011; 33(2): 70-4.
- 15 - Seleme MR, Bertotto A, Ribeiro VW. Exercícios hipopressivos. In: Palma P. *Urofisioterapia: aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico*. Personal link, p. 295-207, 2009.
- 16 - Caufriez M. *Gymnastique abdominale hypopressive*. Bruxelles: 1997.
- 17 - Amaro JL, Haddad JM, Trindade JCS, Ribeiro RM. *Reabilitação do assoalho pélvico nas disfunções urinárias e anorretais*. São paulo: Segmento Farma, 2005.
- 18 - Esteves JVDC, Andreato LV, Pastório JJ, Versuti JKB, Almeida HC, Moraes SMF. O uso de academias da terceira idade por idosos modifica parâmetros morfofuncionais? *Acta Scientiarum Health Sciences*. 2012; 34(1): 31-8.
- 19 - Bertolini SMMG, Manueira P. Equilíbrio estático e dinâmico de idosos praticantes de atividades físicas em Academias da Terceira Idade. *ConScientia e Saúde*. 2013; 12(3): p.432-38.
- 20 - Oliveira DV, Araújo APS, Bertolini SMMG. Capacidade funcional e cognitiva de idosas praticantes de diferentes modalidades de exercícios físicos. *Rev Rene*. 2015 nov-dez; 16(6): 872-80.
- 21 - Korelo RIG, Kosiba CR, Grecco L, Matos RA. Influência do fortalecimento abdominal na função perineal, associado ou não à orientação de contração do assoalho pélvico em nulíparas. *Fisioter Mov*. 2011 jna-mar; 24(1): 75-85.
- 22 - Almeida PP, Machado LRG. A prevalência de incontinência urinária em mulheres praticantes de *jump*. *Fisioter Mov*. 2012 jan-mar; 25(1):55-65.
- 23 - Ferla L, Darski C. Método pilates e função dos músculos do assoalho pélvico, comparação entre mulheres praticantes do método pilates e sedentárias: um estudo preliminar. *Rev Inspirar*, 2013 nov-dez; 6(6).
- 24 - Freitas SS, Meirelles MCCC, Mendonça AC. Importance of domestic guidelines for women with urinary incontinence. *Fisioter Mov*. 2014 jul-set; 27(3): 319-27.
- 25 - Virtuoso JF, Mazo GZ, Menezes EC. Incontinência urinária e função muscular perineal em idosas praticantes e não-praticantes de atividade física regular. *Rev Bras Fisioter*. 2011 jul-ago; 15(4): 310-7.

- 26 - Knorst MR, Resende TL, Santos TG, Goldim JR. The effect of out patient physical therapy intervention on pelvic floor muscles in women with urinary incontinence. *Braz J Phys Ther.* 2013 sept-oct; 17(5): 442-9.
- 27 - Carvalho MP, Andrade FP, Peres W, Martinelli T, Simch F, Orcy RB, Seleme MR. O impacto da incontinência urinária e seus fatores associados em idosas. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2014; 17(4): 721-730.
- 28 - Glisoi SFN, Girelli P. Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. *Rev Bras Clin Med.* 2011 nov-dez; 9(6): 408-13.
- 29 - Huebner M, Riegel K, Hinninghofen H, Wallwiener D, Tunn R, Reisenauer C. Pelvic floor muscle training for stress urinary incontinence: a randomized, controlled trial comparing different conservative therapies. *Physiother Res Int.* 2011; 16: 133-140.
- 30 - Oliveira JR, Garcia RR. Cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2011; 14(3): 343-51.
- 31 - Silva REG, Vivas GT, Silva SL. Tratamento cinesioterapêutico como medida de prevenção da incontinência urinária de esforço em mulheres idosas e a sua relação com a qualidade de vida. *Journal of Amazon Health Science.* 2015; 1(1).
- 32 - Junqueira LRV, Brandão SPS, Alves JS, Kaneko TT, Gomes MJ, Pacagnelli FL, Silva RCR, Lopes GAP. Qualidade de vida em mulheres após intervenção fisioterapêutica na incontinência urinária de esforço. *Colloquium Vitae jul-dez; 4(Especial).*
- 33 - Lacombe AC, Riccobene VM, Nogueira LAC. Effectiveness of a program of therapeutic exercises on the quality of life and lumbar disability in women with stress urinary incontinence. *Journal of Bodywork and Movement Therapies.* 2015; 19: 82-8.
- 34 - Nascimento-Correia G, Santos-Pereira V, Tahara N, Driusso P. Efectos del fortalecimiento del suelo pélvico em la calidad de vida de un grupo de mujeres com incontinencia urinaria: estudio aleatorizado controlado. *Actas Urológicas Españolas.* 2012; 36(4): 216-21.

## 5.1 NORMAS DA REVISTA DO ARTIGO 2

### Texto & Contexto Enfermagem

#### Objetivo e política

Texto & Contexto Enfermagem, revista do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, destina- se à publicação da produção técnico- científica relacionada à área da saúde e, em especial da enfermagem. Propicia espaço de reflexão e aprofundamento do conhecimento acerca de questões da prática, do ensino e da pesquisa em saúde e enfermagem em nível nacional e internacional.

A Revista é publicada trimestralmente, aceita manuscritos em português, inglês ou espanhol, decorrentes de pesquisa, reflexão, relato de experiência, revisão de literatura, entrevista e resenha. As contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita têm prioridade para publicação.

#### Procedimentos de avaliação dos manuscritos

O artigo submetido é analisado por pares de consultores ad hoc credenciados por meio da plataforma de submissão ScholarOne. O processo de avaliação tem o seguinte fluxo: 1. As Editoras de submissão realizam uma primeira revisão dos manuscritos, visando adequar o tema, a área ou o título do trabalho à área dos consultores ad hoc; 2. São selecionados dois consultores (de diferentes regiões), para os quais são enviados a cópia do manuscrito, o instrumento de análise e as normas de publicação. A identidade do autor e da instituição de origem é mantida sob sigilo, bem como entre o autor e o consultor; 3. Após a devolução dos manuscritos, pelos dois consultores, a equipe da Revista analisa os pareceres efetuados e, com base no "parecer conclusivo", prossegue com os demais encaminhamentos; 4. Caso os dois consultores tenham rejeitado o manuscrito, é redigida então, uma carta explicativa ao autor, dando ciência da decisão tomada; 5. No caso de um dos consultores indicar o manuscrito para publicação e o outro consultor rejeitá- lo, elege- se um terceiro, que avaliará se o manuscrito é ou não indicado para publicação; 6. Os manuscritos indicados para publicação pelos consultores, são analisados pelo Conselho Diretor, que seleciona os que comporão cada novo número; 7. Os pareceres de aceitação, de necessidade de reformulação ou de recusa são encaminhados aos autores. Todos os manuscritos selecionados para publicação são analisados pela bibliotecária da Revista e, revisados pelos técnicos de inglês, espanhol e português.

### INSTRUÇÕES PARA PUBLICAÇÃO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos submetidos à revista devem atender à sua política editorial e às instruções aos autores, que seguem os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication" (<http://www.icmje.org>). A tradução deste texto para o português: "Requisitos uniformes para originais submetidos à revistas biomédicas" do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE) disponível no site <http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf>.

Os manuscritos submetidos no ScholarOne deverão seguir as normas editoriais da Texto & Contexto Enfermagem, caso contrário, serão automaticamente recusados. Na submissão, é imprescindível que seja anexada a declaração de transferência de direitos autorais (Modelo). Os autores dos manuscritos recusados para publicação serão informados.

Os manuscritos apresentados em eventos (congressos, simpósios, seminários, dentre outros) serão aceitos desde que não tenham sido publicados integralmente em anais e que tenham autorização, por escrito, da entidade organizadora do evento, quando as normas do evento assim o exigirem. Poderá ser aceito manuscrito já publicado em periódicos estrangeiros, desde que aprovado pelo Conselho Diretor da Texto & Contexto Enfermagem e autorizado pelo periódico em que o manuscrito tenha sido originalmente publicado.

Opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações bibliográficas, são de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição do Conselho Diretor;

O manuscrito resultante de pesquisa que envolver seres humanos, deverá indicar se os procedimentos respeitaram o constante na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Para os artigos originais decorrentes de pesquisa realizada no Brasil, respeitar os preceitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde N.466 de 12/12/2012 e N.251 de 07/08/97. Quando se tratar de resultados de pesquisa, os autores deverão anexar uma cópia da aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa e mencionar, na metodologia, o número de aprovação do projeto.

A Texto & Contexto Enfermagem apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

A confiança pública do processo de revisão de especialistas e a credibilidade dos artigos publicados dependem, em parte, de como o conflito de interesse é administrado durante a redação, revisão por pares e a tomada de decisão editorial. Os conflitos de interesse podem ser de ordem pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira. Relações financeiras, como por exemplo, através de emprego, consultorias, posse de ações, honorários, depoimento/parecer de especialista são conflitos de interesse mais facilmente identificáveis e que têm maior chance de abalar a credibilidade da revista, dos autores e da própria ciência. Contudo conflitos podem ocorrer por outras razões, tais como relações pessoais, competição acadêmica e paixão intelectual. Outras informações disponíveis no site: <http://www.icmje.org/conflicts-of-interest/> deverão ser consultadas.

Os autores são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos de interesse existentes para que o Conselho Diretor possa decidir sobre o manuscrito. Os autores devem informar no manuscrito o apoio financeiro e outras conexões financeiras ou pessoais em relação ao seu trabalho, quando houver. As relações financeiras ou de qualquer outro tipo que possam levar a conflitos de interesse devem ser informadas no campo indicado no sistema Conflict of Interest.

Os manuscritos publicados serão de propriedade da Revista, vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer outro meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização da Revista Texto & Contexto Enfermagem.

Além dos artigos originais, os quais têm prioridade, são publicados relatos de experiência, reflexão, revisão da literatura, entrevista e resenha.

**Artigo original:** são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa científica concluída. A criatividade e o estilo dos autores no formato do manuscrito serão respeitados, no entanto o conteúdo deve ser apresentado de forma a contemplar a introdução, métodos, resultados e discussão. A introdução deve ser breve, definir o problema estudado e sua importância, além de destacar as lacunas do conhecimento – "estado da arte". Os métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção entre outros devem ser descritos de forma compreensiva e completa. Inserir o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos. Os resultados devem ser descritos em uma sequência lógica. Quando forem apresentadas tabelas, quadros e figuras, o texto deve ser complementar e não repetir o conteúdo contido nos mesmos. A discussão, que pode ser redigida juntamente com os resultados, deve conter comparação dos resultados com a literatura, a interpretação dos autores, as implicações dos achados, as limitações e implicações para pesquisa futura. Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que surgem destes. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

**Relato de experiência:** descrições de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

**Reflexão:** matéria de caráter opinativo ou análise de questões que possam contribuir para o aprofundamento de temas relacionados à área da saúde e de enfermagem, a que se destina a Revista. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

**Revisão da literatura:** compreende avaliação da literatura sobre temas específicos. Deve incluir uma seção que descreva os métodos utilizados para localizar, selecionar, extrair e sintetizar os dados e as conclusões. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

## PREPARO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as normas editoriais da Revista, redigidos na ortografia oficial e digitados com espaço de 1,5cm, configurados em papel A4 e com numeração nas páginas. A margem esquerda e superior será de 3cm e a margem direita e inferior de 2cm. Letra Times New Roman 12, utilizando Editor Word for Windows 98 ou Editores que sejam compatíveis.

Página de identificação: a) título do manuscrito (conciso, mas informativo) em português, inglês e espanhol; b) nome completo de cada autor, com seu(s) título(s) acadêmico(s) mais elevado(s) e afiliação institucional; c) o(s) nome(s) do(s) departamento(s) e da instituição(ões) a(os) qual(is) o trabalho deve ser atribuído; d) nome, endereço completo, telefone/fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência relacionada ao manuscrito.

Resumo e Descritores: o resumo deve ser apresentado na primeira página, em português, espanhol (resumen) e inglês (abstract), com limite de 150 palavras. Deve indicar o(s) objetivo(s) do estudo, o método, principais resultados e conclusões. Abaixo do resumo, incluir 3 a 5 descritores nos três idiomas. Para determiná-los consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) elaborada pela BIREME e disponível na

internet no site: <http://decs.bvs.br> ou o Medical Subject Headings (MeSH) do Index Medicus. Quando o artigo tiver enfoque interdisciplinar, usar descritores, universalmente, aceitos nas diferentes áreas ou disciplinas envolvidas.

Apresentação das seções: o texto deve estar organizado sem numeração progressiva para título e subtítulo, devendo ser diferenciado através de tamanho da fonte utilizada. Exemplos:

**Título = OS CAMINHOS QUE LEVAM À CURA**

**Primeiro subtítulo = Caminhos percorridos**

**Segundo subtítulo = A cura pela prece**

**Ilustrações:** as tabelas, quadros e figuras devem conter um título breve e serem numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, sendo limitadas a 5 no conjunto. Exceto tabelas e quadros, todas as ilustrações devem ser designadas como figuras. As tabelas devem apresentar dado numérico como informação central, não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, utilizando os símbolos na seqüência \*, †, ‡, §, ||, ¶, \*\*, ††, ‡‡. Os quadros devem apresentar as informações na forma discursiva. Se houver ilustrações extraídas de outra fonte, publicada ou não publicada, os autores devem encaminhar permissão, por escrito, para utilização das mesmas. As figuras devem conter legenda, quando necessário, e fonte sempre que for extraída de obra publicada (as fontes têm que estar na referência). Além das ilustrações estarem inseridas no texto, deverão ser encaminhadas em separado e em qualidade necessária a uma publicação. Não serão publicadas fotos coloridas, exceto em casos de absoluta necessidade e a critério do Conselho Diretor. Se forem utilizadas fotos, as pessoas não poderão ser identificadas, ou então, deverão vir acompanhadas de permissão, por escrito, das pessoas fotografadas. Todas as figuras e/ou fotos, além de estarem devidamente inseridas na seqüência do texto, deverão ser encaminhadas em separado com a qualidade necessária à publicação. As imagens deverão ser enviadas no formato jpeg ou tiff, resolução de 300 dpi, tamanho 23x16 cm e em grayscale. Imagens fora dessas especificações não poderão ser utilizadas.

**Citações no texto:** as citações indiretas deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda ter a pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula) apresentada antes da numeração em sobrescrito. Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal.

Quando as citações oriundas de 2 ou mais autores estiverem apresentadas de forma sequencial na referência (1, 2, 3, 4, 5), deverão estar em sobrescrito separados por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador.<sup>1-5</sup>

Citações no texto para artigos na categoria Revisão da Literatura. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

**Exemplos:**

Segundo Oliveira et al<sup>9</sup>, entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação.

Entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação.<sup>9</sup>

As citações diretas (transcrição textual) devem ser apresentadas no corpo do texto entre aspas, indicando o número da referência e a página da citação, independente do número de linhas. Exemplo: "[...] o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas, para fins insensatos".1:30- 31

As citações de pesquisa qualitativa (verbatim) serão colocadas em itálico, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. Exemplo: [...] envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais, conhecendo mais os problemas da comunidade [...](e7);

**Notas de rodapé:** o texto deverá conter no máximo três notas de rodapé, que serão indicadas por: \* primeira nota, \*\* segunda nota, \*\*\* terceira nota.

**Referências:** as referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com os Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE). Exemplos:

**Livro padrão**

Gerschman S. A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.

**Capítulo de livro**

Melo ECP, Cunha FTS, Tonini T. Políticas de saúde pública. In: Figueredo NMA, organizador. Ensinando a cuidar em saúde pública. São Caetano do Sul: Yends; 2005. p.47- 72.

**Livro com organizador, editor ou compilador**

Elsen I, Marcon SS, Santos MR, organizadores. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: EDUEM; 2002.

**Livro com edição**

Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2001.

**Trabalho apresentado em congresso**

Lima ACC, Kujawa H. Educação popular e saúde no fortalecimento do controle social. In: Anais do 7o Congresso Nacional da Rede Unida, 2006 Jul 15- 18; Curitiba, Brasil. Curitiba: Rede Unida; 2006. Oficina 26.

**Entidade coletiva**

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual técnico pré- natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: MS; 2005.

**Documentos legais**

Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução No 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS; 1996.

Brasil. Lei No 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 Jun 1986. Seção 1.

**Tese/Dissertação**

Azambuja EP. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem?: um estudo sobre as relações existentes entre a subjetividade do trabalhador e a objetividade do trabalho [tese]. Florianópolis: UFSC/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2007.

**Artigo de jornal**

Zavarise E. Servidores da UFSC fazem movimento em defesa do HU. Diário Catarinense, 2007 Jun 28; Geral 36.

**Artigo de periódico com até 6 autores**

Kreutz I, Gaiva MAM, Azevedo RCS. Determinantes sócio- culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. Texto Contexto Enferm. 2006 Jan- Mar; 15 (1): 89- 97.

**Artigo de periódico com mais de 6 autores**

Azambuja EP, Fernandes GFM, Kerber NPC, Silveira RS, Silva AL, Gonçalves LHT, et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um Programa de Saúde da Família. Texto Contexto Enferm. 2007 Jan- Mar; 16 (1): 71- 9.

**Material audiovisual**

Lessmann JC, Guedes JAD, entrevistadoras. Lúcia Hisako Takase Gonçalves entrevista concedida ao acervo do Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem GEHCE/UFSC [fita cassete 60 min]. Florianópolis: UFSC/GEHCE; 2006 jul 23.

**Mapa**

Santos RO, Moura ACSN. Santa Catarina: físico [mapa]. Florianópolis: DCL; 2002.

**Dicionários e referências similares**

Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 3a ed. Florianópolis: Ed. Positivo; 2004.

**Homepage/web site**

Ministério da Saúde [página na Internet]. Brasília: MS; 2007 [atualizado 2007 May 04; acesso em 2007 Jun 28]. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

**Material eletrônico**

Programa de Pós- Graduação em Enfermagem. Anais do 3o Seminário Internacional de Filosofia e Saúde [CD-ROM]. Florianópolis: UFSC/PEN; 2006.

Barbosa MA, Medeiros M, Prado MA, Bachion MM, Brasil VV. Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. Rev. Eletr. Enferm. 2004; 06 (1): [online] [acesso em 2006 Out 01]. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/Revista/revista6\\_1/f1\\_coletiva.html](http://www.fen.ufg.br/Revista/revista6_1/f1_coletiva.html)

Corona MBEF. O significado do "Ensino do Processo de Enfermagem" para o docente Improving palliative care for cancer [tese na Internet]. Ribeirão Preto: USP/EERP; 2005 [acesso 2007 Jun 28]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde- 06052005- 100508/>

**Observação:** trabalhos não publicados não deverão ser incluídos nas referências, mas inseridos em nota de rodapé. Para outros exemplos de referências, consultar o site: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). Para as abreviaturas de títulos de periódicos em português consultar o site: <http://www.ibict.br> e em outras línguas, se necessário, consultar o International Nursing Index, Index Medicus ou o site <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>

**MODELO**

À Coordenação Editorial

**Revista Texto & Contexto - Enfermagem**

**Declaração de Transferência de Direitos Autorais**

Os autores abaixo- assinados declaram que os direitos autorais referentes ao artigo (escrever título do artigo) que será publicado, se tornarão propriedade exclusiva da Texto & Contexto Enfermagem. Do mesmo modo, assumem total responsabilidade pelas citações e referências bibliográficas utilizadas no texto, bem como sobre os aspectos éticos que envolvem os sujeitos do estudo.

Estamos cientes de que é vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que, a prévia e necessária autorização, seja solicitada e, se obtida, faremos constar o competente agradecimento à Texto & Contexto Enfermagem e os créditos correspondentes.

Autores:

Artigo:

Local e data:

#### **Envio de manuscritos**

A partir do dia 10 de março de 2014 a submissão de manuscritos para a Revista Texto & Contexto Enfermagem será apenas online, através do sistema ScholarOne. Os manuscritos submetidos antes desta data continuarão seguindo o processo atual de submissão da revista.

O sistema eletrônico de submissão e avaliação dos manuscritos - ScholarOne está disponível na página da Revista na Coleção SciELO ([www.scielo.br/tce](http://www.scielo.br/tce)).

Os autores interessados em submeter - incluir manuscritos para a Texto & Contexto Enfermagem, poderão fazê-lo sem custo algum. Após o recebimento do mesmo, a equipe editorial da Texto & Contexto Enfermagem fará uma **pré- análise** do manuscrito para verificar se o mesmo adéqua-se a política editorial da Texto & Contexto Enfermagem.

Caso o mesmo seja recusado, os autores serão comunicados o mais breve possível. Caso o manuscrito seja aprovado para iniciar o processo de avaliação, os autores deverão pagar a taxa de **R\$200,00** referente a chamada **taxa de avaliação** do manuscrito.

Para isso, acesse o link (<http://www.fapeu.org.br/hpverde/fapeu.html>) e ao final da página clique em: Revista Texto e Contexto - Enfermagem - Cobranças das Taxas e Publicação e Submissão. Em seguida, preencha o formulário de forma completa (todos os campos); Indique com **X** qual a taxa está efetuando o pagamento: de **submissão** ou de **publicação**.

#### **Oferecemos a opção Boleto bancário para efetuar o pagamento:**

Selecione a opção de pagamento: Boleto Bancário.

Clique no botão “Enviar inscrição”.

Imprima o boleto bancário.

Efetue o pagamento referente à sua taxa (nos bancos do **Brasil** ou **Itaú**).

Após o pagamento você receberá um e-mail da **FAPEU** comprovando seu depósito.

Em caso de pagamento internacional, é necessário que os autores entrem em contato com a FAPEU, através do e-mail [faturas@fapeu.org.br](mailto:faturas@fapeu.org.br) e solicite as informações para efetuar o pagamento.

**Após o pagamento, envie um e-mail (pelo sistema ScholarOne) comunicando que realizou o pagamento.**

Caso necessite, você poderá entrar em contato com a revista, através do e-mail [textocontexto@contato.ufsc.br](mailto:textocontexto@contato.ufsc.br) e solicitar o recibo de seu pagamento.

**Obs: não será devolvida a taxa de submissão para os manuscritos não aceitos para publicação.**

#### **Verificação de itens**

##### **Itens exigidos para preparação dos manuscritos**

1. Declaração de transferência de direitos autorais (Modelo).
2. Cópia da aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em manuscritos resultantes de pesquisa que envolve seres humanos.

##### **Itens exigidos para envio dos manuscritos**

1. Documento principal (Main document): manuscrito completo atendendo as normas da revista para cada de categoria (artigo original - pesquisa, relato de experiência, reflexão, revisão de literatura). Não incluir a página de identificação;
2. Arquivo somente com tabelas, quadro e figuras: enviar conforme as normas da revista;
3. Página de identificação (Title Page): redigido conforme as normas da revista;
4. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Supplemental files not for review): selecione a opção;
5. Autorização para publicação e transferência dos direitos autorais (Supplemental files not for review): conforme modelo no site da revista.

**Passo 6:** Revisão e submissão (Review & Submit): Revise atentamente todos os passos e clique em enviar para completar a submissão.

## 6 CONCLUSÃO

A prevalência de incontinência urinária identificada neste estudo foi alta, com forte influência negativa na qualidade de vida, o que alerta para a necessidade de medidas de intervenção para a população de mulheres idosas. Especial atenção deve ser dada às mulheres de maior faixa etária e número de gestações.

O presente estudo demonstrou ainda que dez sessões de cinesioterapia uroginecológica, aplicadas duas vezes por semana, gerou ganho na força da musculatura do assoalho pélvico de mulheres idosas praticantes fisicamente ativas. Sendo assim, os achados sugerem que os exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico são uma alternativa eficaz para o tratamento dos principais tipos de IU, com baixo custo e boa aceitação.

Enfim, esta pesquisa indica a necessidade de se ampliar os cuidados referentes a saúde da mulher, considerando que a IU é uma condição frequente nesta parcela da população, que em grande parte tem como única alternativa o tratamento cirúrgico. Programas de intervenção com exercícios direcionados ao assoalho pélvico apresentam-se como uma ferramenta eficiente tanto para a cura, quanto para a prevenção da IU, podendo ser orientados e propostos para os grupos de idosos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde.

## 7 REFERÊNCIAS

- ABAFI. Associação brasileira de ajuda e formação sobre incontinência urinária. Disponível em: <http://abafi.com.br/links/entrevista08.php> . Acesso em 08 jun. 2014.
- ABRAMS P, BLAIVAS JG, STANTON S, ANDERSEN JT. The standardisation of terminology of lower urinary tract function. **Neurourology and Urodynamics**, n.7, p. 403-26, 1988.
- ABRAMS P, CARDOZO L, FALL M, GRIFFITHS D, ROSIER P, ULMSTEN U, KERREBROECK PV, VICTOR A, WEIN A. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the Internacional Continence Society. **Neurourology and Urodynamics**, n.21, p. 167-178, 2002.
- AMARO JL, HADDAD JM, TRINDADE JCS, RIBEIRO RM. **Reabilitação do assoalho pélvico nas disfunções urinária e anorretais**. São Paulo: Segmento Farma, 2005.
- ALBUQUERQUE MT, MUCUSSI BC, SOARES EMM, LEMOS TMAM, BRITO TNS, SILVA JB, MARANHÃO TMO. Correlação entre as queixas de incontinência urinária de esforço e o pad test de uma hora em mulheres na pós-menopausa. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.33, n.2, p.70-4, 2011.
- ASSIS M. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v.8, n.1, p.15-24, jan./jun. 2005.
- BIAGGIO AMB, NATALÍCIO L, SPIELBERGER CD. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de Spielberger. **Arq. bras. Psic. apl.**, Rio de Janeiro, v.29, n.3, p.31-44, jul./set. 1977.
- BORBA AMC, LELIS MAS, BRÊTAS ACP. Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n.3, p.527-35, jul./set. 2008.
- CAUFRIEZ M. *Gymnastique abdominale hypopressive*. **Bruxelles**: 1997.
- CARMO NM, MENDES EL, BRITO CJ. Influência da atividade física nas atividades de vida diária de idosas. **RBCEH**, Passo Fundo, v.5, n.2, p. 16-23, jun./dez. 2008.
- DELARMELINDO RCA, PARADA CMGL, RODRIGUES RAP, BOCCHI SCM. Between suffering and hope: retraining from urinary incontinence as an intervening component. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n.7, p. 1981-1991, 2013.
- DEDICAÇÃO AC, HADDAD M, SALDANHA MES, DRIUSSO P. Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. **Rev. Bras. Fisioter.**, São Carlos, set. 2008.
- ESPUÑA PM, CASTRO DD, CARBONELL C, DELLA T. Comparación entre el cuestionario “ICIQ-UI Short Form” y el “King’s Health Questionnaire” como instrumento de evaluación de la incontinencia urinaria em mujeres. **Actas Urológicas Españolas**, v.31, n.5, 502-10.

FARIA CA, MENEZES AMN, RODRIGUES AO, FERREIRA ALV, BOLSAS CN. Incontinência urinária e noctúria: prevalência e impacto sobre qualidade de vida em idosas numa Unidade Básica de Saúde. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.17, n.1, p.17-25, 2014.

FARIAS RG, SANTOS SMA. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, v.21, n.1, p. 167-76, jan./mar, 2012.

FELDNER JUNIOR PC, SARTORI MGF, LIMA GR, BARACAT EC, GIRÃO MJBC. Diagnóstico clínico e subsidiário da incontinência urinária. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.28, n.1, p.54-62, 2006.

FERRREIRA OGL, MACIEL SC, COSTA SMG, SILVA AO, MOREIRA MASP. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, v.21, n.3, p.513-8, jul./set, 2012.

FIGUEIREDO EM, BARACHO SM, VAZ CT, SAMPAIO RF. Educação de funcionárias de Unidade Básica de Saúde acerca da atenção fisioterapêutica na incontinência urinária: relato de experiência. **Fisioter. Pesq.**, v.19, n. 2, p. 103-8, 2012.

FOLEY AL, LOHARUKA S, BARRETT JA, MATHEWS R, WILLIAMS K, MCGROTHER CW, ROE BH. Association between the Geriatric Giants of urinary incontinence and falls in older people using data from the Leicestershire MRC Incontinence Study. **Age Ageing**, v.41, n.1, p. 35-40, jan. 2012.

FONSECA ESM, CAMARGO ALM, CASTRO RA, SARTORI MGF, FONSECA MCM, LIMA GR, BATISTA MJBC. Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v.27, n.5, p.235-42, 2005.

GUIDI HGC. Estudo urodinâmico. In: Palma P. Urofisioterapia: aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico. Personal link, p. 51-62, 2009.

GOMES GV, SILVA GD. Incontinência urinária de esforço em mulheres pertencentes ao Programa de Saúde da Família de Dourados (MS). **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.56, n.6, p. 649-54. 2010.

HAYLEN BT, RIDDER D, FREEMAN RM, SWIFT SE, BERGHMANS B, LEE J, MONGA A, PETRI E, RIZK DE, SAND PK, SCHDER GN. An International Urogynecological Association (IUGA)/ Internacional Continence Society (ICS) joining report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. **IUGA/ICS**, ago. 2009.

HONÓRIO MO, SANTOS SMA. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.62, n.1, p.51-6, jan./fev, 2009.

KNORTS MR, ROYER CS, BASSO DMS, RUSSO JS, GUEDES RG, RESENDE TL. Avaliação da qualidade de vida antes e depois de tratamento fisioterapêutico para incontinência urinária. **Fisioter. Pesq.**, v. 20, n.3, p. 204-9, 2013.

LATORRE GFS, SELEME MR, RESENDE APM, STÜPP L, BERGHMANS B. Ginástica hipopressiva: as evidências de uma alternativa ao treinamento da musculatura do assoalho pélvico de mulheres com déficit proprioceptivo local. **Fisioterapia Brasil**, v.12, n.6, p. 463-66, nov./dez. 2011

LEITE VC, KLEIN PF, COLOSIO RC, FACCI LM. RPG e Isostretching no tratamento de mulheres com incontinência urinária de esforço. **In: VII EPCC**, 25 a 28 out. 2011. Maringá, 2001.

LOPES MHBM, HIGA R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida de uma mulher. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.40, n.1, p.34-41, 2006.

OLIVEIRA JR, GARCIA RR. Cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.343-52, abr./jun, 2011.

OLIVEIRA KL, SANTOS AAA, CRUVINEL M, NÉRI AL. Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupo de idosas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.11, n.2, p. 351-9, mai./ago, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana de Saúde**, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Mulheres e saúde: evidência de hoje, agenda de amanhã. Brasília: **Organização Pan-Americana de Saúde**, 2009.

MARANHÃO TMO, BERNADOR-FILHO M, GALVÃO LLLF, MICUSSI MTABC. Pad-test: uma revisão sobre conceitos e utilização. **Femina**, v.36, n.4, p.243-46, abr, 2008.

MELO B, MORAES HS, SILVEIRA H, OLIVEIRA N, DESLANDES AC, LAKSM J. Efeitos do treinamento físico na qualidade de vida em idosos com depressão maior. **Rev. Bras. Ativ. Fís. e Saúde**, Pelotas, v.19, n.2, p. 205-214, mar. 2014.

MENEZES GMGD, PINTO FJM, CASTRO ME, MEDEIROS CRB. Queixa de perda urinária: um problema silente pelas mulheres. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.33, n.1, p.100-8, mar, 2012.

MICUSSI MTABC, SOARES EMM, LEMOS TMAM, BRITO TNT, SILVA JB, MARANHÃO TMO. Correlação entre as queixas de incontinência urinária de esforço e o pad test de uma hora em mulheres pós-menopausa. **Rev. Bras. Ginecol. Obstetr.**, v.33, n. 2, p. 70-4, 2011.

MINGHELLI B, TOMÉ B, NUNES C, NEVES A, SIMÕES C. Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. **Rev. Psiq. Clín.**, v.40, n.2, p.71-6, fev. 2013.

RUBINSTEIN, I. **Clínicas brasileiras de urologia: incontinência urinária na mulher**. v.1. São Paulo: Atheneu, 2001.

RYHAMMER AM, DJURHUUS JC, LAURBERG S. Pad Testing in Incontinent Women: A Review. **Int Urogynecol J.**, v. 10, p.111–115, 1999.

SÁNCHEZ HB, CARRILLO GM, BARRERA OL. Incontinencia y enfermedad crônica. **Aquichan**, v. 13, n.3, p.421-432, 2013.

SANTOS CRS, SANTOS VLCG. Prevalência da incontinência urinária em amostra randomizada da população urbana de Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.5, [08 telas]. set./out. 2010.

SILVA VA, D'ELBOUX MJ. Fatores associados à incontinência urinária em idosos com critérios de fragilidade. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.21, n.2. p. 338-47. abr./jun, 2012.

SILVA FILHO AL, FONSECA AMRM, CAMILLATO ES, CANGUSSU RO. Análise dos recursos para reabilitação da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com prolapso e incontinência urinária. **Fisioter. Pesq.**, v.20, n.1, p. 90-6, 2013.

SILVA L, LOPES MHBM. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. **Rev. Esc. Enferm. USP**, .43, n.1, p. 72-8, 2009.

SILVA VA, SOUZA KL, D'ELBOUX MJ. Incontinência urinária e os critérios de fragilidade em idosos em atendimento ambulatorial. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.45, n.3, p.672-8, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. Disponível em: <http://rvmais.com.br/email/sbu/sbuonline/2014/094/internal.html> . Acesso em: 09 jun 2014.

SPIELBERGER CD, GORSUCH RL, LUSHENE RE. Manual for the state-trait anxiety inventory. **Consulting Psychologist Press**. Palo Alto California, 1970.

TAMANINI JTN, DAMBROS M, D'ANCONA CAL, PALMA PCR, NETTO JUNIOR NR. Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form” (ICIQ-SF). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.3. p. 438-44, 2004.

VESPASIANO BS, DIAS R, CORREA DA. A utilização do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) como ferramenta diagnóstica do nível de aptidão física: uma revisão no Brasil. **Saúde Rev.**, Piracicaba, v.12, n.32, p. 49-54, set./dez, 2012.

VOLKMER C, MONTICELLI M, REIBNITZ KS, BRÜGGMANN OM, SPERANDIO FF. Incontinência urinária feminina: revisão sistemática de estudos qualitativos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.10, p. 2703-27015, 2012.

## ANEXOS

### ANEXO A

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

INCONTINÊNCIA URINÁRIA: PREVALÊNCIA E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA NA SAÚDE DE IDOSAS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE MARINGÁ – PARANÁ.

Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido pelos pesquisadores Sonia Maria Marques Gomes Bertolini e Priscila Almeida Inhoti em relação a minha participação no projeto de pesquisa intitulado Incontinência Urinária: Prevalência e impacto na qualidade de vida na saúde idosas das Unidades Básicas de Saúde de Maringá – Paraná, cujo objetivo é verificar a prevalência de incontinência urinária, impacto de um programa de atividade física na qualidade de vida e nos parâmetros motores e cognitivos de mulheres idosas atendidas pelo Sistema Único de Saúde, da cidade de Maringá, Paraná. Os dados serão coletados através de seis questionários. Dois questionários serão utilizados para verificar a frequência, quantidade, perda urinária e o impacto na incontinência urinária na sua qualidade de vida. Um questionário servirá para avaliar o seu nível de atividade física. E um questionário para o nível de entendimento. Por fim, será aplicado um questionário que analisa a presença de depressão e outro de ansiedade. Após essa primeira etapa da pesquisa, será formado um grupo contendo 30 participantes, que realizarão exercícios supervisionados para fortalecer a musculatura que ajuda a segurar a urina. Estas participantes farão exame de urina para verificar a presença de infecção urinária e também o teste do absorvente que será feito antes de começar o tratamento do grupo e depois que finalizar as atividades deste grupo. Este teste consiste em pesar o absorvente antes e após a realização de algumas atividades, para medir a quantidade de urina perdida. Uma cópia do TCLE ficará com o sujeito e uma cópia com o pesquisador. Estou ciente e autorizo a realização dos procedimentos acima citados e a utilização dos dados originados destes procedimentos para fins didáticos e de divulgação em revistas científicas brasileiras ou estrangeiras contanto que seja mantido em sigilo informações relacionadas à minha privacidade bem como garantido meu direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, além de que se cumpra a legislação em caso de dano. Caso haja algum efeito inesperado que possa prejudicar meu estado de saúde físico e/ou mental, poderei entrar em contato com o pesquisador responsável e/ou com demais pesquisadores. É possível retirar o

meu consentimento a qualquer hora e deixar de participar do estudo sem que isso traga qualquer prejuízo à minha pessoa. Desta forma, concordo voluntariamente e dou meu consentimento, sem ter sido submetido a qualquer tipo de pressão ou coação.

Eu, \_\_\_\_\_ após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com o Pesquisador \_\_\_\_\_  
 CONCORDO VOLUNTARIAMENTE de participar do mesmo.

Maringá / PR, 15 / Julho / 2014.

Eu, *Priscila Almeida Inhoti* declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao sujeito da pesquisa.

Para maiores esclarecimentos, entrar em contato com os pesquisadores nos endereços abaixo relacionados:

Nome: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Sonia Maria Marques Gomes Bertolini  
 Endereço: AV. Guedner, 1610  
 Bairro: Jardim Aclimação  
 Cidade: Maringá UF:Paraná  
 Fones: (44) 3027-6360 e-mail: sonia.bertolini@unicesumar.br

Nome: Priscila Almeida Inhoti  
 Endereço: AV. Guedner, 1610  
 Bairro: Jardim Aclimação  
 Cidade: Maringá UF:Paraná  
 Fones: (44) 3027-6360 ramal 1178 e-mail: priscilainhoti@hotmail.com

## ANEXO B

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE  
MARINGÁ - CESUMAR



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** INCONTINÊNCIA URINÁRIA: PREVALÊNCIA E IMPACTO DE UM PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA NA SAÚDE DE IDOSAS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE MARINGÁ - PARANÁ

**Pesquisador:** Priscila Almeida Inhoti

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 37744914.9.0000.5539

**Instituição Proponente:** Centro Universitário de Maringá - CESUMAR

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 850.002

**Data da Relatoria:** 30/10/2014

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo descritivo quantitativa, no qual será diagnosticada a incontinência urinária e qualidade de vida das idosas de uma UBS da cidade de Maringá, Paraná.

**Objetivo da Pesquisa:**

Verificar a prevalência de incontinência urinária, impacto de um programa de atividade física na qualidade de vida e nos parâmetros motores e cognitivos de mulheres idosas atendidas pelo SÚSaúde, da cidade de Maringá, Paraná.

**Objetivo Secundário:**

Classificar a qualidade de vida de idosas das Unidades Básicas de Saúde, com incontinência. Verificar a presença de ansiedade em idosas das UBS com incontinência. Avaliar os parâmetros motores em idosas das Ubs com incontinência.

Realizar orientações através de recursos educativos sobre os aspectos relacionados à incontinência urinária, buscando proporcionar a prevenção em seus níveis secundário e terciário. Orientar a execução de atividade física para fortalecimento da musculatura perineal. Verificar a influência de um programa de atividade física de fortalecimento de assoalho pélvico nos quadros de IU de idosas das Unidades Básicas de Saúde. Realizar avaliação quantitativa da perda urinária através do teste do Pad-Test (teste do absorvente). Avaliar

**Endereço:** Avenida Guedner, 1610 - Bloco 07 - Térreo

**Bairro:** Jardim Aclimação

**CEP:** 75.000-000

**UF:** PR

**Município:** MARINGÁ

**Telefone:** (44)3027-6360

**E-mail:** cep@cesumar.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE  
MARINGÁ - CESUMAR**



Continuação do Parecer: 850.002

o tipo mais frequente de IU em idosas das UBSaúde. Realizar um antibiograma de urocultura para detectar infecção do trato urinário em idosas incontinentes das Unidades

Básicas de Saúde. Analisar a eficácia da ação antibacteriana do óleo essencial de *Shinus terebinthifolius* (pimenta rosa) nos isolados clínicos

diagnosticados no exame de urocultura e comparar com cepas padrões

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O presente estudo não apresenta riscos.

**Benefícios:**

acredita-se que promoverá uma redução no número de idosas incontinentes através do tratamento conservador, além de prevenir o agravamento do quadro clínico e complicações do trato urinário inferior. Como consequência deste trabalho, haveria uma diminuição dos gastos públicos com procedimentos cirúrgicos e internações.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto apresenta todos os requisitos para seu desenvolvimento no prazo previsto no seu Cronograma.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta todos os itens obrigatórios.

**Recomendações:**

Deve ser aprovado.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não existem pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Não havendo pendências, o projeto deve ser aprovado por este CEP.

**Endereço:** Avenida Guedner, 1610 - Bloco 07 - Térreo

**Bairro:** Jardim Acimação

**CEP:** 75.000-000

**UF:** PR

**Município:** MARINGÁ

**Telefone:** (44)3027-6360

**E-mail:** cep@cesumar.br

**ANEXO C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - Questionário Incontinência Urinária**

**ICIQ - SF**

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ Data de Hoje: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

1. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ( Dia / Mês / Ano )

2. Sexo: Feminino  Masculino

3. Com que frequência você perde urina? (assinale uma resposta)

- Nunca  0  
 Uma vez por semana ou menos  1  
 Duas ou três vezes por semana  2  
 Uma vez ao dia  3  
 Diversas vezes ao dia  4  
 O tempo todo  5

4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde (assinale uma resposta)

- Nenhuma  0  
 Uma pequena quantidade  2  
 Uma moderada quantidade  4  
 Uma grande quantidade  6

5. Em geral quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)

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

ICIQ Escore: soma dos resultados 3 + 4 + 5 = \_\_\_\_\_

6. Quando você perde urina?

(Por favor assinale todas as alternativas que se aplicam a você)

- Nunca   
 Perco antes de chegar ao banheiro   
 Perco quando tusso ou espiro   
 Perco quando estou dormindo   
 Perco quando estou fazendo atividades físicas   
 Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo   
 Perco sem razão óbvia   
 Perco o tempo todo

**“Obrigado por você ter respondido às questões”**

**ANEXO D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – Questionário Nível de Atividade Física**



**QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA –  
VERSÃO CURTA -**

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Idade :** \_\_\_\_ **Sexo:** F ( ) M ( )

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Este projeto faz parte de um grande estudo que está sendo feito em diferentes países ao redor do mundo. Suas respostas nos ajudarão a entender que tão ativos nós somos em relação à pessoas de outros países. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na **ÚLTIMA** semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são **MUITO** importantes. Por favor responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação !

Para responder as questões lembre que:

- atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal
- atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez:

**1a** Em quantos dias da última semana você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

dias \_\_\_\_ por **SEMANA** ( ) Nenhum

**1b** Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando **por dia**?

horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_

**2a.** Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar volei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos

na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA**)

dias \_\_\_\_\_ por **SEMANA** ( ) Nenhum

**2b.** Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_

**3a** Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

dias \_\_\_\_\_ por **SEMANA** ( ) Nenhum

**3b** Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_



## CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA IPAQ

- 1. MUITO ATIVO:** aquele que cumpriu as recomendações de:
- VIGOROSA:  $\geq 5$  dias/sem e  $\geq 30$  minutos por sessão
  - VIGOROSA:  $\geq 3$  dias/sem e  $\geq 20$  minutos por sessão + MODERADA e/ou CAMINHADA:  $\geq 5$  dias/sem e  $\geq 30$  minutos por sessão.
- 2. ATIVO:** aquele que cumpriu as recomendações de:
- VIGOROSA:  $\geq 3$  dias/sem e  $\geq 20$  minutos por sessão; **ou**
  - MODERADA ou CAMINHADA:  $\geq 5$  dias/sem e  $\geq 30$  minutos por sessão; ou
  - Qualquer atividade somada:  $\geq 5$  dias/sem e  $\geq 150$  minutos/sem (caminhada + moderada + vigorosa).
- 3. IRREGULARMENTE ATIVO:** aquele que realiza atividade física porém insuficiente para ser classificado como ativo pois não cumpre as recomendações quanto à frequência ou duração. Para realizar essa classificação soma-se a frequência e a duração dos diferentes tipos de atividades (caminhada + moderada + vigorosa). Este grupo foi dividido em dois sub-grupos de acordo com o cumprimento ou não de alguns dos critérios de recomendação:
- IRREGULARMENTE ATIVO A:** aquele que atinge pelo menos um dos critérios da recomendação quanto à frequência ou quanto à duração da atividade:
- Frequência: 5 dias /semana **ou**
  - Duração: 150 min / semana
- IRREGULARMENTE ATIVO B:** aquele que não atingiu nenhum dos critérios da recomendação quanto à frequência nem quanto à duração.
- 4. SEDENTÁRIO:** aquele que não realizou nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana.

### Exemplos:

Indivíduos	Caminhada		Moderada		Vigorosa		Classificação
	F	D	F	D	F	D	
1	-	-	-	-	-	-	Sedentário
2	4	20	1	30	-	-	Irregularmente Ativo A
3	3	30	-	-	-	-	Irregularmente Ativo B
4	3	20	3	20	1	30	Ativo
5	5	45	-	-	-	-	Ativo
6	3	30	3	30	3	20	Muito Ativo
7	-	-	-	-	5	30	Muito Ativo

F = Frequência – D = Duração

**ANEXO E - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – Inventário de Ansiedade  
Traço-Estado – IDATE – parte I (Estado)**

Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar como você se sente agora, neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproxima de como você se sente neste momento.

<b>Sentimento</b>	<b>Absolutamente não</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muitíssimo</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Sinto-me calma	1	2	3	4
Sinto-me segura	1	2	3	4
Estou tensa	1	2	3	4
Estou arrependida	1	2	3	4
Sinto-me à vontade	1	2	3	4
Sinto-me perturbada	1	2	3	4
Estou preocupada com possíveis infortúnios	1	2	3	4
Sinto-me descansada	1	2	3	4
Sinto-me ansiosa	1	2	3	4
Sinto-me "em casa"	1	2	3	4
Sinto-me confiante	1	2	3	4
Sinto-me nervosa	1	2	3	4
Estou agitada	1	2	3	4
Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
Estou descontraída	1	2	3	4
Sinto-me satisfeita	1	2	3	4
Estou preocupada	1	2	3	4
Sinto-me confusa	1	2	3	4
Sinto-me alegre	1	2	3	4
Sinto-me bem	1	2	3	4