

UNIVERSIDADE CESUMAR – UNICESUMAR  
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

MAYSE DORO MELLUZZI

**PROMOÇÃO DA SAÚDE DE MULHERES COM  
INCONTINÊNCIA URINÁRIA: APRENDIZAGEM DA  
CONTRAÇÃO DA MUSCULATURA DO ASSOALHO  
PÉLVICO**

MARINGÁ  
2021

MAYSE DORO MELLUZZI

**PROMOÇÃO DA SAÚDE DE MULHERES COM  
INCONTINÊNCIA URINÁRIA: APRENDIZAGEM DA  
CONTRAÇÃO DA MUSCULATURA DO ASSOALHO  
PÉLVICO**

Dissertação de Mestrado apresentada a  
Universidade Cesumar - Unicesumar, como  
requisito à obtenção do título de Mestre em  
Promoção da Saúde.

Linha de pesquisa: Promoção da Saúde no  
Envelhecimento

Orientador: Prof. Dra. Fernanda S. Nishida

Coorientador: Leonardo Pestillo de Oliveira

MARINGÁ  
2021

### **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

M527p Melluzzi, Mayse Doro.  
Promoção da saúde de mulheres com incontinência urinária: aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico / Mayse Doro Melluzzi. – Maringá-PR: UNICESUMAR, 2021.  
55 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Shizue Nishida.  
Coorientador: Prof. Dr. Leonardo Pestillo de Oliveira.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Cesumar - UNICESUMAR, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Maringá, 2021.

1. Qualidade de vida. 2. Fisioterapia. 3. Exercícios perineais. 4. Promoção da saúde. I. Título.

CDD – 610.73

**MAYSE DORO MELLUZZI**

Promoção da saúde de mulheres com incontinência urinária: aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde UNICESUMAR – Universidade Cesumar, 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>. Dra. Fernanda S. Nishida  
UNICESUMAR – Universidade Cesumar  
(Presidente)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr. Lucas França Garcia  
UNICESUMAR – Universidade Cesumar

---

Prof. Dra. Marcela Demitto Furtado

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a minha família, meus maiores incentivadores, e apoiadores durante esses dois anos de estudo e dedicação.

Aos meus pais que nunca mediram esforços para que eu conseguisse realizar meus sonhos, e o Mestrado estava entre os sonhos mais desejados a ser realizado, muitas vezes eu duvidei da minha capacidade, mas meus pais sempre me encorajando com palavras de incentivo e perseverança, obrigada por abraçarem essa caminhada junto a mim, na qual vocês me deram todo o apoio necessário.

Ao meu marido que aceitou ser suporte, aceitou ausências, aceitou distâncias e somou a isso muito amor me honrando com a crença nas minhas capacidades, me mostrando ser um pai e um marido bondoso e paciente.

As minhas filhas, minhas maiores inspirações, minha dor por ficar longe delas todo mês para estudar, a saudade de cada partida, quero ser para elas exemplo, uma luz para que possam trilhar e seguir o caminho delas com muita sabedoria.

Muito obrigada a Mara, que por amor se dedicou ainda mais a minha família, em minha ausência.

Com Nossa Senhora, me senti amparada em momentos de incertezas e de desânimo, colocando diariamente em suas mãos a minha vida, a minha família e a jornada a ser seguida, obrigada, mãe celestial.

## **AGRADECIMENTOS**

A jornada para a produção dessa dissertação de mestrado foi de fato, uma longa viagem, permeada por inúmeros desafios, incertezas e muitos percalços. Mas toda essa construção não foi individual, o apoio, amparo e conhecimento de várias pessoas foram indispensáveis para encontrar o melhor rumo em cada momento da caminhada, para que tudo resultasse em êxito.

Trilhar este caminho só foi possível com a energia, força e colaboração de várias pessoas que cito agora com grande gratidão.

Agradeço à minha orientadora Fernanda S. Nishida pela orientação exemplar pautada primeiramente com muito carinho, clareza e sempre muito acessível em cada dúvida que surgia, por seu elevado nível científico, competência, interesse permanente, visão crítica que contribuíram para enriquecer em todas as etapas que permearam o trabalho realizado.

Não poderia deixar de citar a professora Sônia, responsável por nos proporcionar um programa tão exemplar, dedicada em sua função, transbordando conhecimento e sempre preocupada com os alunos.

A Universidade UniCesumar pelo excelente time de profissionais envolvidos no programa Minter, resultando em grandes aprendizados, com professores de diversas áreas enriquecendo nossas aulas, nos auxiliando e nos mostrando o quanto somos eternos aprendizes e devemos sempre buscar mais.

Desejo igualmente agradecer a todos os meus colegas do mestrado cujo apoio e amizade estiveram presentes em muitos momentos difíceis, em especial a minha amiga Larissa, sempre me apoiando, me ajudando a superar as dificuldades de estar longe da minha família, sem você com certeza teria sido muito mais difícil.

Gratidão à minha família, a minha rede de apoio, que nunca me deixaram na mão. Quanta paciência, quanta ausência, quanta compreensão recebida. Quanto apoio, quanto silêncio na hora do estudo, quanta distância imposta e tão resignada e amorosamente aceita por meu marido e por minhas filhas. Quanta coisa fizeram por mim que só reflete a grandeza dos seus corações e me põe orgulhosa de ser um deles para neste momento poder agradecê-los.

## EPÍGRAFE

*“Deus não escolhe os capacitados, capacita os escolhidos.  
Fazer ou não fazer algo só depende de nossa vontade e perseverança”.*

*Albert Einstein.*

## Promoção da saúde de mulheres com incontinência urinária: aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico

### RESUMO

**Introdução:** A incontinência urinária não põe diretamente em risco a vida das mulheres, no entanto, torna-se um problema que pode comprometer qualidade de vida, imagem corporal, relações sociais, afetando fisicamente e psicologicamente as mulheres. **Objetivo:** O presente estudo teve como objetivo verificar a eficácia dos exercícios fisioterapêuticos aplicados à musculatura do assoalho pélvico em mulheres com perda referida de urina. **Método:** Estudo de intervenção do tipo antes e depois. A população foi constituída por mulheres com incontinência urinária referida. Utilizou-se o instrumento Body Shape Questionnaire (BSQP) para uma avaliação da imagem corporal e o King's Health Questionnaire (KHQ) que tem o objetivo de avaliar a qualidade de vida dessas mulheres além de questões para caracterização da população. A intervenção consistiu em 12 sessões com orientações para realização de exercícios para fortalecer a musculatura do assoalho pélvico, no intuito de minimizar a perda de urina aos esforços. As sessões ocorreram de forma remota via Google Meet, duas vezes na semana, com duração de 20 minutos. **Resultados:** A população possui majoritariamente mais de 50 anos (58,33%), casada/união estável (79,17%), com ensino superior completo (66,67%), quase metade possui renda familiar de 3 a 6 salários mínimos (45,83%). Um terço possui peso normal (33,33%), sendo que metade foi classificada com sobrepeso por meio do IMC (50,00%). Em relação à qualidade de vida, dentre os domínios os que tiveram piores escores foram percepção geral da saúde (média 36,46), seguido pelo de impacto da incontinência (média de 36,11 pontos). Os domínios de limitações físicas e de medidas de gravidade também apresentaram o mesmo valor mediano. Ainda que estes tenham sido os piores escores, de modo geral os escores do KHQ foram considerados bons. Diferença significativa estatisticamente foi observada antes e após a intervenção para os domínios de percepção geral da saúde (valor p de 0,023), de limitações das atividades diárias (valor p de 0,047), sono e disposição (valor p de 0,048) e medidas de gravidade (0,023) do instrumento KHQ, entretanto todos os domínios apresentaram redução das pontuações, o que é positivo uma vez que escores menores indicam qualidade de vida melhor. Em relação à imagem corporal verificou-se que houve uma diferença significativa entre as pontuações antes e após a intervenção nas pacientes ( $p=0,033$ ). **Conclusão:** A cinesioterapia do assoalho pélvico, através do treino de fortalecimento, mostrou-se eficaz para melhoria em domínios de qualidade de vida e imagem corporal. Um programa de exercícios e orientações em saúde relacionadas à incontinência urinária pode ser uma alternativa bastante efetiva; não invasiva e definitivamente menos onerosa para a prevenção, tratamento da incontinência urinária bem como para promover a saúde deste grupo, apresentando impacto positivo diretamente na QV e imagem corporal.

**Palavras-chaves:** Qualidade de vida. Fisioterapia. Exercícios perineais. Promoção da saúde.



# Health promotion of women with urinary incontinence: learning to contract the pelvic floor muscles

## ABSTRACT

**Introduction:** Urinary incontinence does not directly endanger women's lives, however, it becomes a problem that can compromise quality of life, body image, social relationships, affecting women physically and psychologically. **Objective:** The present study aimed to verify the effectiveness of physical therapy exercises applied to the pelvic floor muscles in women with reported loss of urine. **Method:** Before and after intervention study. The population consisted of women with reported urinary incontinence. The Body Shape Questionnaire (BSQP) instrument was used to assess body image and the King's Health Questionnaire (KHQ), which aims to assess the quality of life of this elderly woman, in addition to questions for the characterization of the population. The intervention consisted of 12 sessions with guidelines for performing exercises to strengthen the pelvic floor musculature, to minimize the loss of urine on exertion. The sessions took place remotely via Google Meet, twice a week, lasting 20 minutes. **Results:** The population is mostly over 50 years old (58.33%), married / in a stable relationship (79.17%), with complete higher education (66.67%), almost half have a family income of 3 to 6 minimum wages (45.83%). One-third are of normal weight (33.33%), half of whom were classified as overweight using BMI (50.00%). Regarding quality of life, among the domains that had the worst scores were general health perception (mean 36.46), followed by the impact of incontinence (mean 36.11 points) the domains of physical limitations and measures of severity also showed the same median value. Although these were the worst scores, in general, the KHQ scores were considered good. Statistically significant difference was observed before and after the intervention for the domains of general health perception (p-value of 0.023), limitations of daily activities (p-value of 0.047), sleep and disposition (p-value of 0.048), and measures of severity (0.023) of the KHQ instrument, however, all domains showed reduced scores, which is positive since lower scores indicate better quality of life. Regarding body image, it was found that there was a significant difference between the scores before and after the intervention in the patients ( $p = 0.033$ ). **Conclusion:** Pelvic floor kinesiotherapy, through strengthening training, proved to be effective in improving QoL and body image domains, an exercise program and health guidelines related to UI can be a very effective alternative; non-invasive and less costly for the prevention, treatment of urinary incontinence as well as to promote the health of this group, with a positive impact directly on QOL and body image.

**Keywords:** Quality of life. Physiotherapy. Perineal exercises. Health promotion.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Gráfico de perfis das pontuações (individuais e médias) dos domínios do KHQ obtidas pelos participantes dos dois momentos da pesquisa, antes e depois da intervenção..... 29
- Figura 2.** Perfis das pontuações (individuais e médias) do BSQ obtidas pelos participantes dos dois momentos da pesquisa, antes e depois da intervenção..... 31

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Distribuição de frequências das características sociodemográficas dos participantes da pesquisa.....	26
<b>Tabela 2.</b> Medidas descritivas das pontuações dos domínios do KHQ obtidas pelos participantes da pesquisa, antes da intervenção.....	28
<b>Tabela 3.</b> Medidas descritivas das pontuações dos domínios do KHQ obtidas pelos participantes dos dois momentos da pesquisa, depois da intervenção.....	28
<b>Tabela 4.</b> Resultados do teste de Wilcoxon pareado para a comparação da pontuação dos domínios do KHQ antes e depois da intervenção.....	30
<b>Tabela 5.</b> Medidas descritivas das pontuações do BSQ obtidas pelos participantes, antes da intervenção.....	30
<b>Tabela 6.</b> Medidas descritivas das pontuações do BSQ obtidas pelos participantes, depois da intervenção.....	31
<b>Tabela 7.</b> Resultados do teste de Wilcoxon pareado para a comparação da pontuação do BSQ antes e depois da intervenção.....	32

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP	Assoalho pélvico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
BSQ	<i>Body Shape Questionnaire</i>
IU	Incontinência urinaria
IUE	Incontinência urinária por esforço
IUU	Incontinência urinária de urgência
IUM	Incontinência urinária mista
QV	Qualidade de vida
KHQ	<i>King's Health Questionnaire</i>
MAP	Músculo do assoalho pélvico

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>1.1 Justificativa</b> .....	<b>16</b>
<b>1.2 Objetivos</b> .....	<b>16</b>
1.2.1 Geral .....	16
1.2.2 Específicos.....	16
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>17</b>
<b>2.1 Aspectos anatômicos e fisiológicos do assoalho pélvico e sistema urinário</b> .....	<b>17</b>
<b>2.2 Tipos de Incontinência Urinária</b> .....	<b>18</b>
<b>2.3 Prevalência nas mulheres fatores que levam à IU</b> .....	<b>18</b>
<b>2.4 O papel da fisioterapia na promoção da saúde em mulheres com incontinência urinária</b> .....	<b>20</b>
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	<b>22</b>
<b>3.1 Delineamento</b> .....	<b>22</b>
<b>3.2 População de estudo</b> .....	<b>22</b>
<b>3.3 Coleta de dados</b> .....	<b>22</b>
<b>3.4 Análise</b> .....	<b>24</b>
<b>3.5 Aspectos éticos</b> .....	<b>25</b>
<b>4. RESULTADOS</b> .....	<b>26</b>
<b>4.1 Perfil sociodemográfico</b> .....	<b>26</b>
<b>4.2 Qualidade de vida</b> .....	<b>27</b>
<b>4.3 Imagem corporal</b> .....	<b>30</b>
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	<b>33</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>37</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>39</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>13</b>
APÊNCIDE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	46
APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO .....	47
<b>ANEXOS</b> .....	<b>48</b>
ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA EM INCONTINÊNCIA URINÁRIA.....	49
ANEXO 2 - BODY SHAPE QUESTIONNAIRE - BSQ .....	51
ANEXO 3- PARECER CONSUBSTANCIAL DO CEP .....	53

## 1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Sociedade Brasileira de Urologia (2018) a incontinência Urinária (IU) afeta aproximadamente 10 milhões de pessoas no País, e esse problema é duas vezes mais comum no público feminino, onde 35% das mulheres acima dos 40 anos, e após a menopausa, apresentam algum distúrbio relacionado a IU (Sociedade Brasileira de Urologia, 2018). Esse fato é rotulado como não aceitável para a vida social, causando danos nas propriedades saudáveis do corpo, acarretando sentimentos como desprezo, culpa, fazendo com que as mulheres se sintam socialmente abandonadas (HIGA; LOPES, 2007). Entre tantas repercussões que a Incontinência Urinária (IU) pode acarretar, as alterações psicológicas nas mulheres estão entre uma das maiores alterações, causando aflição e incapacidades, fazendo com que haja um sentimento devastador de vergonha, medo de sofrer rejeição, o que tem levado significativamente a morbidade (FOLDSPANG; MOMMSEN, 1997).

As mulheres relatam que a perda inesperada da urina traz ameaça a sua autoestima, esse dano arremete fortes incentivos para desenvolverem mecanismos de defesa a fim de se manterem continentas, como, a negação da perda de urina, para proteger sua autoestima (ASHWORTH; HAGAN, 1993).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2009), um grande número de mulheres brasileiras em idade reprodutiva, que pertence à classe trabalhadora e de grupos sociais com baixa situação socioeconômica e educacional, sofre muito no que diz respeito a IU e na adaptação dos mecanismos desenvolvidos para lidar com a perda de urina na sua rotina diária, a maior perda urinária está nas atividades domésticas e laborais com maior demanda de esforços físicos. Outra dificuldade vivenciada por essas mulheres é a econômica, visto que muitas vezes precisam deixar de trabalhar ou faltar ao trabalho para buscar ajuda, frequentar consultas médicas, fatores esses que interferem na procura por tratamento (IBGE, 2009).

Daniele Matos de Moura et al. (2018) referem que o impacto causado pela incontinência não se limita apenas aos seus aspectos físicos, ela abrange em diversos pontos, limitando a essência feminina na vida sexual e imagem corporal que se ofusca perante a IU, além da vida social, doméstica e ocupacional da mulher. A doença vai muito além de um diagnóstico, a incontinência urinária faz com que as mulheres se sintam envergonhadas, constrangidas para a realização de atividades sociais e esportivas, e menos atraídas para o relacionamento sexual, e a incontinência também está associada ao isolamento da mulher, sentimento esse que gera solidão e tristeza (FULTZ; HERZOG, 2001). Estudos vêm nos mostrando que cerca de 80% de

mulheres com sintomas severos de incontinência apresentam sinais de depressão, acompanhados de diminuição da autoestima e aumento da ansiedade (CAETANO et al., 2007).

Embora possa ocorrer em todas as faixas etárias, a incidência da incontinência urinária aumenta com o decorrer da idade. Calcula-se que 8 a 34% das pessoas acima de 65 anos possuam algum grau de incontinência urinária, sendo mais prevalente em mulheres (HERMANN; POTRICK et al., 2003). Aproximadamente 10,7% das mulheres brasileiras procuram atendimento ginecológico queixando-se de perda urinária (BANDEIRA; PIMENTA; SOUZA, 2006). Hägglund e Ahlström (2007) abordam sobre a existência de um tabu acerca das mulheres que vivenciam a perda urinária, tentam manipulá-la, e se auto sabotam para controlar suas funções corporais e demonstrar continência para viver com certa "normalidade" e isso só agrava o problema.

O controle da eliminação, ou seja, o fato de conseguirmos controlara vontade de urinar, está para além das questões fisiológicas, existe uma construção social à cerca deste processo, quando esse manejo de eliminação não é realizado com êxito é associado com a sujeira, e o adulto é estigmatizado (BORBA et al., 2008). Minassian et al., (2003) apontam razões corriqueiras para as mulheres não irem procurar tratamento, o fato de a IU não ser vista como algo sério ou incomum, leva a ser considerada como parte do processo de envelhecimento; a baixa expectativa nos benefícios do tratamento e a ausência de conhecimento de onde buscá-lo; vergonha, medo de consultar profissionais da saúde e hesitação.

A integralidade na saúde das mulheres será contemplada de forma efetiva quando as ações realizadas por uma equipe multiprofissional atingirem a perspectiva interdisciplinar, trazendo mais informações e estratégias para o enfrentamento da IU (MENDES; LEWGOY; SILVEIRA, 2008). Busca-se através da informação um espaço que reforce o caráter da promoção da saúde, melhorando o grau de conhecimento e a percepção em relação aos seus corpos e as suas condições de saúde, para que possam fazer escolhas adequadas ao seu contexto e ao seu momento de vida (PUCCINI; CECÍLIO, 2004).

Segundo Pereira (2003), nesse contexto existe fortalecimento do Fisioterapeuta, onde o mesmo pode trabalhar em grupo com enfoque nas pedagogias participativas, auto percepção e sem dicotomia a prevenção e o tratamento; contribuindo para uma visão ampliada da saúde, promovendo troca de experiências necessárias e a construção do conhecimento individual e coletivo. A fisioterapia, como forma abrangente de tratamento, visa a prevenção e tratamento curativo da IU por meio da educação da função miccional, informação a respeito do uso adequado da musculatura do assoalho pélvico, bem como o aprendizado de técnicas e exercícios para aquisição do fortalecimento muscular (SELEME, 2006).

Tendo em vista essas considerações, esta pesquisa tem por objetivo ensinar a contração dos músculos do assoalho e avaliar o efeito dos exercícios perineais na incontinência urinária, imagem corporal e a qualidade de vida de mulheres.

## **1.1 Justificativa**

Esse trabalho irá mostrar a importância da contração dos músculos do assoalho pélvico no tratamento da incontinência urinária, pois essa patologia é expressiva nas mulheres e a mesma possui impacto na qualidade de vida e imagem corporal. Além disso pesquisas evidenciam a importância dos exercícios de fisioterapia no tratamento de incontinência urinária.

## **1.2 Objetivos**

### 1.2.1 Geral

Avaliar o efeito dos exercícios perineais na imagem corporal e qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária.

### 1.2.2 Específicos

- ✓ Caracterizar a população de estudo segundo informações sociodemográficas e clínicas;
- ✓ Avaliar a qualidade de vida de mulheres com IU antes e após a intervenção;
- ✓ Avaliar a imagem corporal de mulheres com IU antes e após a intervenção.



## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Aspectos anatômicos e fisiológicos do assoalho pélvico e sistema urinário

O assoalho pélvico feminino é dividido em três compartimentos: anterior (bexiga e uretra), médio (vagina) e posterior (reto). Pela proximidade dos compartimentos, os efeitos da fraqueza do assoalho pélvico podem ser localizados ou ser restritos a um órgão ou compartimento particular (BEZERRA et al., 2001). A dificuldade em identificar todas as falhas na integridade do assoalho pélvico podem levar a um tratamento cirúrgico inadequado. (HEALY et al., 1997).

Compreende-se também como assoalho pélvico (AP) a união de estruturas que dão sustentação e suporte para as vísceras abdominais e pélvicas, preservando a continência fecal e urinária, constituída por ligamentos, músculos e fâscias. É composto pelo diafragma pélvico, que está localizado acima do períneo e abaixo da pelve menor e pelo períneo, que está na região mais superficial do AP (FERREIRA et al., 2009).

O diafragma pélvico está situado abaixo da pelve menor, composto pelo músculo coccígeo, que é innervado pelas raízes espinhais que saem de S4 e S5 e se origina da borda lateral da porção inferior do sacro e do cóccix e se insere na superfície do ligamento sacro espinhal. Já o músculo levantador do ânus é o principal e maior músculo do diafragma pélvico, sua origem está localizada anteriormente no corpo do púbis e sua inserção, posteriormente nas espinhas do ísquio, innervado pelas raízes espinhais de S4 (MONTEIRO, 2012).

O AP subdivide-se em três porções, puboretal, exercendo como função principal manter a continência fecal, é a parte medial e mais estreita do músculo. O pubococcígeo é a porção intermédia e ligeiramente mais larga que o puboretal e por último o músculo iliococcígeo que está localizado mais posteriormente e lateralmente aos demais. O músculo levantador do ânus é resistente e têm boa desenvoltura o que facilita exercer sua função de sustentação das vísceras pélvicas e abdominais e se mantém tônico na maior parte do tempo, visando manter a continência urinária e fecal e em episódios que exercem uma pressão intra-abdominal, o mesmo se mantém contraído (BERTOLDI, 2014; LATORRE; SPERANDIO, 2008; FORTUNATO, 2017).

O períneo está situado abaixo do diafragma pélvico, sendo a região mais superficial do AP, possui estruturas que o limitam como a região anterior da sínfise púbica; ramo do ísquio e do púbis ântero lateralmente; segmento lateral tubérculo isquiático; posterolateralmente os ligamentos sacrotuberais; posteriormente região inferior do cóccix e do sacro. O períneo possui

forma semelhante a um losango, dividindo-se em duas porções triangulares, superior que forma o triângulo urogenital e a inferior que formam o triângulo anal (MORENO, 2008).

Os músculos perineais se dividem em superficiais e profundos, os superficiais são: isquiocavernoso, contorna o clitóris e está associado a conservação da ereção; o bulbo esponjoso envolve a parte inferior da vagina, possui a função de contrair a vagina; transverso superficial do períneo, auxilia na função do músculo transverso profundo do períneo. Já os músculos profundos são: transverso profundo do períneo, que tem como função fechar o hiato urogenital, auxilia na contenção visceral e estabiliza o centro tendíneo do períneo; esfíncter da uretra participa do controle da micção. Esses músculos são inervados através do ramo perineal do nervo pudendo (raízes de S2 e S4) (DALLEY; MOORE, 2014).

## **2.2 Tipos de Incontinência Urinária**

No final da década de 90, a incontinência urinária (IU) previamente classificada como sintoma, passou a ser considerada patologia pela Classificação Internacional de Doenças (CID/OMS) e pela International Continence Society, sendo identificada como “queixa de qualquer perda involuntária de urina”, sendo assim, foi reconhecida como patologia que afeta homens e mulheres, sendo mais prevalente em mulheres, afetando cerca de 15 a 55% das mulheres (ASOGLU et al., 2004).

Tal patologia pode ser analisada como um sintoma, um sinal ou uma condição, dessa forma o sintoma é o identificador subjetivo de uma doença, sinal é o que pode ser notado pelo médico, e a condição é definida pela presença da urodinâmica (estudo através de exames) acompanhado com sintomas característicos de incontinência (ABRANS et al., 2003).

Dentro da patologia, existem três classificações de IU, são elas: incontinência urinária de esforço (IUE), quando ocorre o aumento da pressão abdominal (tosse, espirro, exercício físico, riso, incontinência urinária de urgência (IUU), concomitante ou imediatamente após a urgência urinária e a incontinência urinária mista (IUM), pacientes com incontinência urinária de esforço e urgência (não necessariamente concomitantes). A mais prevalente nas mulheres, com uma porcentagem bastante considerável é a IUE isolada (51%). (HIGA et al., 2008).

## **2.3 Etiologia da incontinência urinária e suas repercussões na vida das mulheres.**

A IU é prevalente em adultos e de duas a quatro vezes mais comum em mulheres, é uma alteração inerente ao processo de envelhecimento, nos alertando que sua incidência aumenta

linearmente com a idade, já é considerada como uma síndrome geriátrica, devido à alta prevalência nesses indivíduos, trazendo um impacto negativo na vida do idoso (HONÓRIO; SANTOS, 2009).

Patologias, como depressão, acidente vascular cerebral, diabetes, obesidade e algumas limitações funcionais, aumentam consideravelmente as chances de desenvolver a IU. Em associação a fatores psicossociais, questões financeiras, mulheres multíparas, a terceira idade, se tornam fatores que podem se tornar ainda mais deficitários, assumindo proporção relevante para a saúde pública. Sendo assim, adotar medidas preventivas, fazendo uma promoção à saúde da mulher com informações, diagnóstico precoce, para que mais tarde não seja necessário tratar complicações e consequências negativas da IU (TAMANINI, et al., 2009).

As autoras Higa et al., (2008) nos trazem vários fatores que contribuem para o desenvolvimento da IU, são eles: idade, obesidade, paridade, tipos de parto, peso médio do recém-nascido, exercícios físicos, menopausa, doenças crônicas e cirurgias ginecológicas, e chegaram à seguinte conclusão: pode acarretar IU no período da pós-menopausa, e relatam também a dificuldade de levantar os dados devido a omissão e ao constrangimento das mulheres diante do mesmo.

Um dos fatores mais concomitantes em relação a prevalência da IU é a ausência da percepção da MSA, pois como já descrito em pesquisas, o desconhecimento sobre o funcionamento dessa musculatura especificamente traz alterações em sua função, podendo levar a uma hipotrofia muscular e fraqueza, não conseguindo fazer a contração necessária para segurar a urina (MIWH, 2001)

Dentre os fatores predisponentes estão: o hipoestrogenismo e a diminuição do diâmetro das fibras musculares do assoalho pélvico (AP) decorrentes do processo do envelhecimento; obesidade, multiparidade; tosse crônica; paridade; cirurgias pélvicas prévias e sedentarismo (LIMA et al., 2010)

No Brasil, um estudo realizado com mulheres incontinentes no climatério e com idade entre 35 e 81 anos, mostrou ser mais frequente a incontinência urinária por esforço (30,7%), seguida pela urge-incontinência (14,2%) e incontinência urinária mista (10%) (GUARISI et al., 1998).

Uma pesquisa realizada pela USP (SILVA; LOPES; MORAES, 2009) mostra que outros estudos revelam que 56% das mulheres com IU não buscam auxílio profissional; em 71% dos casos consideram o problema como algo normal e em 9,7% porque acreditam que o mesmo não tem solução.

Uma análise realizada em Campinas em 2006 com 141 mulheres com incontinência, a maioria relatou mais incômodo e desconforto nos seguintes momentos: A interferência da IU na vida sexual foi citada por 67 (40,9%) mulheres incontinentes. A restrição na atividade sexual era causada por perder urina (25,6%), sentir dor durante a relação (20,7%), não sentir prazer ou desejo em ter relação (4,9%), diminuir ou evitar a atividade sexual (1,8%); necessitar interromper a relação para urinar (1,2%) e sentir vontade de urinar durante a relação sexual (1,2%). A restrição social foi referida por 55 (33,5%) mulheres. A IU impedia a mulher de sair de casa (27,4%), ir a festas e ao clube (6,7%), fazer viagens longas (5,5%), frequentar a igreja (4,3%) e participar de atividades físicas, como: caminhar, correr, jogar e dançar (3,7%). Algumas mulheres revelaram que somente saíam de casa quando havia facilidade em utilizar o banheiro (4,3%) (LOPES, 2006).

#### **2.4 O papel da fisioterapia na promoção da saúde em mulheres com incontinência urinária**

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) a qualidade de vida é um elemento central na integridade da saúde, sendo assim, é um elemento central para o desenvolvimento humano, social e econômico.

A assistência fisioterapêutica em pacientes com IU por meio de uma abordagem educacional e intervencionista, valoriza a promoção de saúde, uma nova concepção de atendimento à mulher para garantir qualidade de vida no decorrer das alterações fisiológicas que o corpo passa a receber (MARQUES; FREITAS, 2017).

De forma abrangente, a fisioterapia tem uma visão que vai muito além do tratamento curativo, mas sim de trazer ao paciente mais informação sobre o IU através de educação miccional, mais percepção sobre a musculatura do assoalho pélvico, e também associar ao aprendizado das técnicas e exercícios para fortalecer toda essa musculatura íntima (SELEME, 2006).

Os principais desígnios da fisioterapia estão voltados para a reeducação da musculatura do assoalho pélvico, pois caso não haja esse aprendizado e educação sobre a mesma, não é possível ter o fortalecimento, visto que, na maioria dos tipos de incontinência urinária, está presente uma redução da força desta musculatura, onde o fortalecimento é o principal caminho para o obter o sucesso (BORGES et al., 1998).

Essa relação de reeducação e percepção vai de encontro com o Política Nacional de Promoção da Saúde, que diz: a felicidade, enquanto auto percepção de satisfação, construída nas relações entre sujeitos e coletivos, que contribui na capacidade de decidir como aproveitar a vida e se tornar ator partícipe na construção de projetos e intervenções comuns para superar dificuldades individuais e coletivas a partir do reconhecimento de potencialidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Cerca de 30% da população feminina não tem a percepção sobre como contrair o assoalho pélvico adequadamente, o que nos mostra a necessidade do acompanhamento profissional de um fisioterapeuta (RIBEIRO; RAIMUNDO, 2005).

A reabilitação do trato urinário é definida como uma forma terapêutica não invasiva, não cirúrgica e não-medicamentosa para restabelecimento da função adequada do mesmo (ABRAMS et al., 2002). Entre as principais modalidades de tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária, encontram-se: mudanças comportamentais, e a cinesioterapia (PALMA; RICCETO, 1999).

A modificação comportamental é definida como a análise e alteração do relacionamento entre os sintomas da paciente e o seu ambiente, com o objetivo de tratar os modelos de micção inadequados ou mal adaptados. Estas modificações podem ser obtidas por modificação comportamental da paciente ou do ambiente em que ela vive (ABRAM et al., 2003).

A cinesioterapia do assoalho pélvico compreende basicamente na realização dos exercícios de Kegel, que objetiva trabalhar a musculatura perineal para o tratamento da hipotonia do assoalho pélvico, Kegel et al., (1996) foram os primeiros pesquisadores nos Estados Unidos a prescrever exercícios específicos para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico.

O objetivo básico dos exercícios para fortalecimento da musculatura pélvica é o reforço da resistência uretral e a melhora dos elementos de sustentação dos órgãos pélvicos.

O termo qualidade de vida (QV) tem enfoque multidimensional e seu conceito é subjetivo, apesar de possuir muitas definições, têm o intuito de avaliar o efeito de determinados acontecimentos e aquisições na vida das pessoas, entre eles, estão incluídas as condições de saúde física, funções cognitivas, a satisfação sexual, as atividades do cotidiano, o bem-estar emocional e social, quando esses acontecimentos estão ligados à saúde, dizem respeito ao grau de limitação e desconforto que a doença ou sua terapêutica acarretam ao paciente e à sua vida, o quanto o adoecer altera a QV (BOLICHE, 1995).

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 Delineamento**

Estudo de intervenção do tipo antes e depois de abordagem quantitativa.

#### **3.2 População de estudo**

Foi enviado um convite para mulheres que fazem parte de um grupo sobre Incontinência Urinária na rede social Facebook bem como em diversos grupos de WhatsApp. Juntamente com o convite, estava um link para ingressar em um grupo de WhatsApp criado previamente pela pesquisadora que foi utilizado para comunicação com os sujeitos da pesquisa e envio dos links do Google Meet para as intervenções.

O critério de inclusão foi possuir sintoma referido de perda urinária e ter acesso ao aplicativo WhatsApp e ao Google Meet. Critérios de exclusão: Não ter participado de toda a intervenção, ser portadora de tumores pélvicos; com cirurgia pélvica ou abdominal nos últimos seis meses; em vigência de infecção urinária; que fazem uso de medicação anticolinérgica; incapacidade de compreensão ou déficit cognitivo ou com bexiga neurogênica. Dessa forma, inicialmente 74 mulheres iniciaram no grupo e participaram da reunião com orientações sobre as etapas e dinâmica da intervenção. No primeiro dia de intervenção 34 mulheres iniciaram respondendo aos questionários e realizando os exercícios. Ao final das sessões estipuladas restaram 24 mulheres que realizaram todo o processo de intervenção e responderam novamente os instrumentos.

#### **3.3 Coleta de dados**

Foi agendado um dia para orientações e depois foram realizados 12 encontros via Google Meet, com frequência de duas vezes por semana e duração de 20 minutos para os exercícios em cada sessão e mais 15 minutos para comentários ou dúvidas das participantes.

Foi realizado um primeiro encontro via Google Meet para esclarecer sobre os objetivos do estudo e como seria realizado a dinâmica de cada sessão. Foi também solicitada a assinatura do TCLE neste momento. Informações sobre qualidade de vida e imagem corporal foram obtidas antes e após a realização da intervenção. Os instrumentos foram inseridos no Google

Forms e enviados aos participantes via WhatsApp. Os instrumentos de coleta de dados foram aplicados antes e após a intervenção.

**- Sociodemográficos e clínico:**

Para perfil sociodemográfico e clínico foi aplicado um questionário com as seguintes variáveis: idade, cor/raça, paridade, tipo de parto, peso, estatura (Apêndice 2).

**- Qualidade e vida:**

Para avaliar a QV foi utilizado o King's Health Questionnaire (KHQ), (ANEXO 1), questionário específico que avalia a qualidade de vida dos indivíduos, no caso das mulheres que possuem a IU. A versão traduzida e validada para o idioma português por Tamanini et al., (2003), mostrou-se confiável e válida. O instrumento é constituído de 21 questões, divididas em oito propriedades: percepção geral de saúde, impacto da IU, obstáculos nas atividades diárias, limitações físicas, barreiras sociais, relações pessoais, emoções, sono/disposição. Além desses parâmetros, existem duas escalas independentes. A primeira avalia a gravidade da IU, denominada medida de gravidade, já a segunda analisa a presença e a intensidade dos sintomas urinários.

A pontuação é dada em cada um dos seus domínios, não havendo, portanto, pontuação geral. Os valores variam de uma escala de 0 a 100 e, quanto maior a pontuação, pior é a qualidade de vida alusiva àquele critério.

**- Imagem Corporal**

Para avaliar imagem corporal foi utilizado o BSQ - Body Shape Questionnaire (BSQ) (anexo 2) que é um instrumento com 34 itens autopreenchível construído com o objetivo de mensurar, a preocupação com a forma corporal e com o peso, especialmente a frequência com que indivíduos experimentam a sensação de se “sentirem gordos” (COOPER et al., 1987). Sendo assim, é importante que os profissionais de saúde conheçam quais as insatisfações que a população estudada apresenta em relação ao seu corpo para que possam oferecer procedimentos adequados para elevar a qualidade de vida.

**- Intervenção: sessões de exercícios para IU**

Para avaliar esta variável foram realizadas 12 sessões fisioterapêuticas, duas vezes na semana com as participantes, a intervenção foi realizada em grupo, em um período de 6 semanas. A duração da intervenção foi de 20 minutos e foram realizadas as seguintes atividades:

orientações sobre hábitos miccionais, exercícios perineais. Orientações relativas aos hábitos são: estabelecer ritmo miccional (intervalos regulares); evitar ingestão excessiva de líquidos à noite. Durante as sessões foram utilizados acessórios como travesseiros, toalha, cadeira, e colchonete ou similar.

A aplicação dos exercícios cinesioterapêuticos foram baseados em literaturas, com ênfase na reabilitação proposta por Elza Baracho e Arnold Kegel, devido ao amplo conhecimento em saúde da mulher e reabilitação do AP. A execução das técnicas foi feita de forma ativa, resistida, com e sem movimento articular, de maneira isométrica e isotônica. Os exercícios incluíram comando de voz ativa do fisioterapeuta, sendo exercidos em decúbito dorsal, sentada e em pé na posição ortostática.

A execução dos exercícios perineais supervisionados foi feita em associação à respiração abdomino-diafragmática e os exercícios foram realizados pela paciente que seguiu a instrução verbal da fisioterapeuta solicitando a realização da inspiração diafragmática e, ao expirar lentamente, contrair a região perineal, como se fosse reter a urina, uma vez que há uma relação agonista-antagonista entre diafragma respiratório e o períneo (SOUCHARD, 1989). Cada contração foi sustentada por 5 segundos, e foram feitas séries de 8 repetições com a paciente em diferentes posições para a realização dos exercícios como: decúbito dorsal com joelhos flexionados e pés apoiados; sentada na cadeira ou com os pés apoiados no chão; na posição de quatro apoios; em pé, recostada na parede, com os pés paralelos e joelhos semifletidos, a mudança de posicionamento ajuda a paciente e ter cada vez mais, percepção melhor dos músculos que ela estava contraindo. Foram feitas, também, contrações perineais breves por 1 a 2 segundos.

A intensidade dos exercícios foi executada de modo lento e gradual de acordo com a capacidade de executá-los de forma eficaz para a conscientização e auto percepção da paciente em reconhecer sua musculatura do assoalho pélvico.

### **3.4 Análise**

A princípio, foi realizada uma análise descritiva dos resultados para a obtenção de gráficos e tabelas de frequência, com o intuito de caracterizar os participantes da pesquisa. Para descrição dos resultados serão utilizadas a frequência absoluta e a porcentagem para as variáveis categóricas e a média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo para as variáveis numéricas.



Também foram plotados os perfis das pontuações ao longo dos períodos de avaliação para cada sujeito, assim como perfis médios das medidas. O intuito principal da construção dos gráficos de perfis foi o de estudar o comportamento da variável resposta em relação ao período de avaliação.

Para avaliar a diferença das pontuações entre os momentos avaliados, optou-se pelo teste não paramétrico de *Wilcoxon* pareado. O teste de *Wilcoxon* pareado utiliza os postos das observações ordenadas, sendo um método de nível ordinal. Define-se  $D$  como a diferença da variável medida entre o primeiro e segundo momento considerado. Realizando a ordenação dos valores absolutos das diferenças calculadas, a exceção das diferenças iguais a zero, um escore  $R_i$  é atribuído a cada valor,  $D_i$ ,  $i = 1, 2, \dots, n$ , caso ocorram empates o escore é dado pela média das ordens das observações repetidas. Posteriormente, é realizada a soma dos postos  $R_i$ , multiplicados pelo sinal da diferença. De acordo com Sheskin (2003), a estatística  $W$  é dada pela expressão abaixo:

$$W = \sum_{i=1}^n [\text{ sinal}(D_i) \times R_i].$$

Para todos os testes, foi fixado o nível de significância em 5%. Todas as análises foram realizadas com o auxílio do ambiente estatístico R (*R Development Core Team*), versão 3.6.2.

### 3.5 Aspectos éticos

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Maringá-Unicesumar, uma vez que atende todos os aspectos éticos envolvendo pesquisas com seres humanos, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, parecer número 35120620.2.0000.5539.

## 4. RESULTADOS

### 4.1 Perfil sociodemográfico

A seguir, é apresentada a distribuição de frequências do perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa. No primeiro momento estiveram presentes 34 mulheres que aceitaram participar do estudo, no entanto o percentual de abandono foi de 29,4%. As análises foram realizadas separadamente entre aquelas que realizaram algumas sessões e abandonaram e aquelas que fizeram do começo ao fim das intervenções. Optou-se por apresentar apenas dados relativos às 24 mulheres que participaram de todo o período de intervenção.

**Tabela 1** – Distribuição de frequências das características sociodemográficas dos participantes da pesquisa

Variável	N	%
<b>Idade (anos)</b>		
De 36 a 50 anos	5	20,83%
De 51 a 60 anos	14	58,33%
De 61 a 70 anos	5	20,83%
<b>Estado civil</b>		
Casado(a) ou união estável	19	79,17%
Divorciado(a) ou separado(a)	2	8,33%
Viúvo(a)	2	8,33%
Solteiro(a)	1	4,17%
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental incompleto	0	0,00%
Ensino fundamental completo	1	4,17%
Ensino médio incompleto	1	4,17%
Ensino médio completo	5	20,83%
Ensino superior incompleto	1	4,17%
Ensino superior completo	16	66,67%
<b>Renda Familiar</b>		
Menos de 1 salário mínimo (menos que R\$1.045,00)	0	0,00%
1 a 3 salários mínimos (R\$1.045,00 a 3.135,00)	6	25,00%
3 a 6 salários mínimos (R\$3.136,00 a R\$6.270,00)	11	45,83%
6 a 10 salários mínimos (R\$6.271,00 a R\$10.450,00)	5	20,83%
Mais de 10 salários mínimos (superior a R\$10.451,00)	2	8,33%
<b>IMC</b>		
Peso normal	8	33,33%
Sobrepeso	12	50,00%
Obesidade I	2	8,33%
Obesidade II	2	8,33%
<b>Frequência de atividade física (mínimo 30 minutos)</b>		
Não pratico	7	29,17%
1 vez por semana	3	12,50%

2 a 3 vezes por semana	7	29,17%
Mais de 3 vezes por semana	7	29,17%
<b>Quantos filhos você possui?</b>		
Nenhum	1	4,17%
1	4	16,67%
2	11	45,83%
3	4	16,67%
4	4	16,67%
<b>Qual tipo de parto você já teve?</b>		
Não tive parto	1	4,17%
Normal	4	16,67%
Normal e cesáreo	8	33,33%
Cesáreo	11	45,83%
<b>Você sabia que o fisioterapeuta é um profissional capacitado à auxiliar no tratamento de incontinência urinária?</b>		
Não	11	45,83%
Sim.	13	54,17%

**Fonte:** Dados da pesquisa (2020)

Observa-se na Tabela 1 que, mais da metade dos participantes da pesquisa possui entre 51 e 60 anos de idade (58,33%). A maior parte é casada/união estável (79,17%) e possui ensino superior completo (66,67%), enquanto que quase metade possui renda familiar de 3 a 6 salários mínimos (45,83%).

Também se nota que um terço possui peso normal (33,33%), sendo que metade foi classificada com sobrepeso por meio do IMC (50,00%), 29,17% não praticam atividade física (mínimo 30 minutos) ao menos 1 vez na semana o mesmo percentual de mulheres afirmou realizar de 2-3 e mais de 3x atividade física. Em relação aos filhos, não possuem filhos (4,17%), enquanto que 45,83% possuem dois filhos, sendo que em relação ao parto, a maior parte já realizou parto cesáreo (45,83% somente cesáreo e 33,33% cesáreo e normal) Por fim, 54,83% dos pacientes apontaram que sabiam que o fisioterapeuta é um profissional capacitado a auxiliar no tratamento de incontinência urinária.

#### 4.2 Qualidade de vida

A seguir, é apresentada a distribuição das pontuações dos oito domínios do instrumento KHQ obtidas pelos participantes da pesquisa antes e após a intervenção. As pontuações de cada domínio do KHQ podem variar de 0 a 100 pontos, e, quanto maior a pontuação, pior é a qualidade de vida alusiva àquele critério.

**Tabela 2** – Medidas descritivas das pontuações dos domínios do KHQ obtidas pelos participantes da pesquisa, **antes da intervenção**

<b>Domínio</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Mediana</b>	<b>Máximo</b>
Percepção geral de saúde	36,46	20,82	0,00	50,00	75,00
Impacto da incontinência	36,11	30,95	0,00	33,33	100,00
Limitações das atividades diárias	25,69	28,65	0,00	16,67	100,00
Limitações Físicas	29,86	24,07	0,00	33,33	66,67
Limitações Sociais	8,80	11,80	0,00	0,00	44,44
Relações Pessoais	10,42	13,74	0,00	0,00	33,33
Emoções	21,76	23,96	0,00	11,11	77,78
Sono e disposição	23,61	27,33	0,00	16,67	100,00
Medidas de gravidade	30,56	20,36	0,00	33,33	83,33

**Fonte:** Dados da pesquisa (2020)

Vê-se na Tabela 2 que o domínio do instrumento KHQ que apresentou a maior pontuação, tanto em média quanto em mediana, foi o de percepção geral da saúde (média e mediana de 36,46 e 50,00 pontos, respectivamente), seguido pelo de impacto da incontinência, com média de 36,11 pontos e mediana de 33,33 pontos, sendo que os domínios de limitações físicas e de medidas de gravidade também apresentaram o mesmo valor mediano.

**Tabela 3** – Medidas descritivas das pontuações dos domínios do KHQ obtidas pelos participantes dos dois momentos da pesquisa, **depois da intervenção**

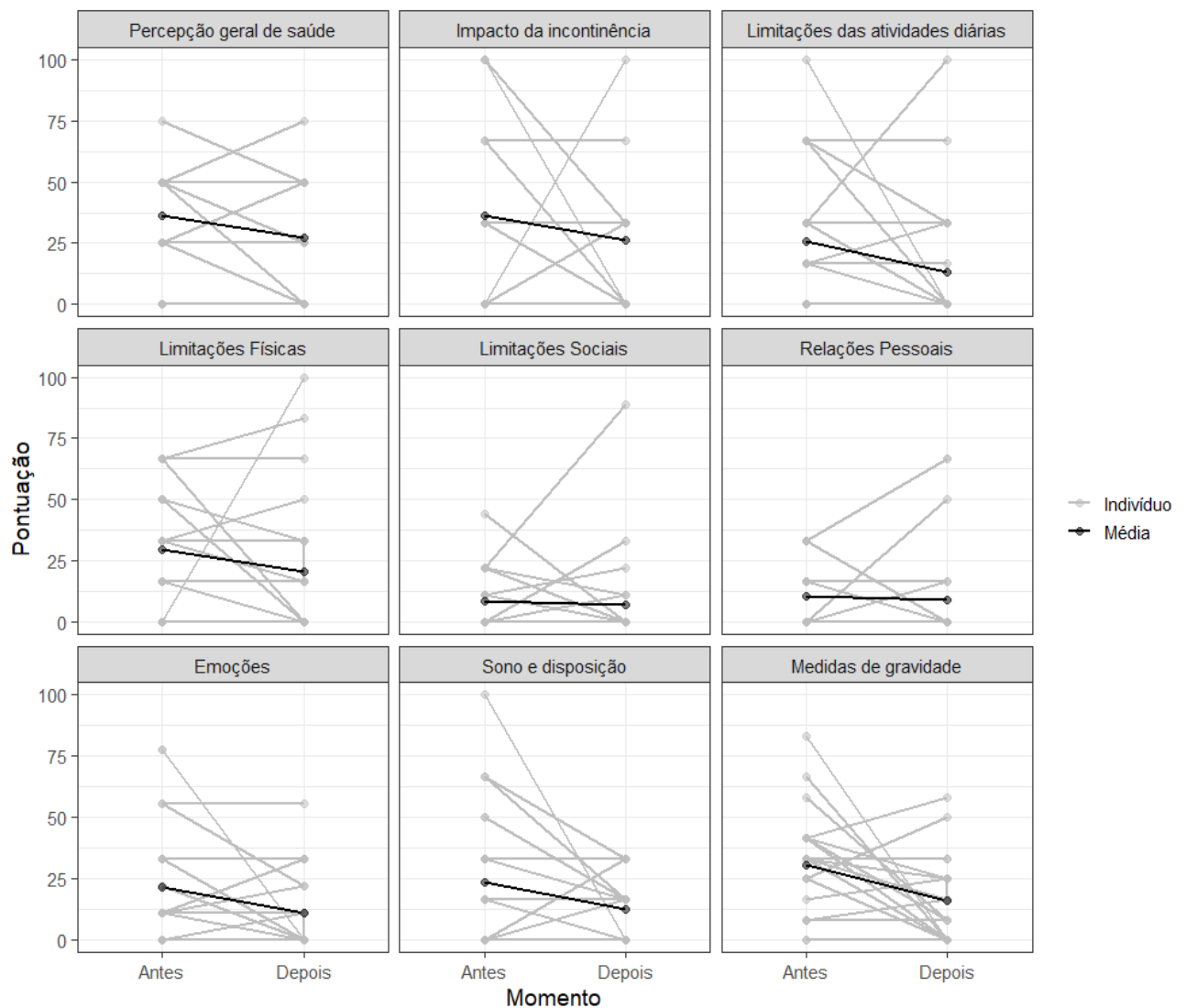
<b>Domínio</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Mediana</b>	<b>Máximo</b>
Percepção geral de saúde	27,08	20,74	0,00	25,00	75,00
Impacto da incontinência	26,39	24,04	0,00	33,33	100,00
Limitações das atividades diárias	13,19	25,53	0,00	0,00	100,00
Limitações Físicas	20,83	28,76	0,00	8,33	100,00
Limitações Sociais	6,94	19,33	0,00	0,00	88,89
Relações Pessoais	9,03	20,84	0,00	0,00	66,67
Emoções	11,11	16,05	0,00	0,00	55,56
Sono e disposição	12,50	12,29	0,00	16,67	33,33
Medidas de gravidade	15,97	16,28	0,00	16,67	58,33

**Fonte:** Dados da pesquisa (2020)

Ao avaliar os resultados após a intervenção, observa-se na Tabela 3 que a percepção geral da saúde foi domínio que apresentou a maior média, de 27,08 pontos, embora a maior mediana seja referente ao domínio de impacto da incontinência, de 33,33 pontos. As menores pontuações médias foram novamente observadas para os domínios de limitações sociais e relações pessoais (6,94 e 9,03 pontos, respectivamente), sendo que além desses, os domínios de limitações das atividades diárias e de emoções também apresentam pontuações medianas iguais a 0.

Importante ressaltar que todos os domínios apresentaram redução das pontuações após a intervenção, o que é positivo uma vez que escores menores indicam qualidade de vida melhor. Complementando os resultados das Tabelas 2 e 3, a Figura 1 apresenta a evolução das pontuações dos domínios do KHQ antes e após a intervenção, sendo que em todos os domínios houve uma redução da pontuação média.

**Figura 1.** Gráfico de perfis das pontuações (individuais e médias) dos domínios do KHQ obtidas pelos participantes dos dois momentos da pesquisa, antes e depois da intervenção



Para avaliar a significância da diferença dessas pontuações entre os momentos avaliados, foi aplicado o teste de Wilcoxon pareado, cujos resultados são apresentados a seguir.

**Tabela 4.** Resultados do teste de Wilcoxon pareado para a comparação da pontuação dos domínios do KHQ antes e depois da intervenção

<b>Domínio</b>	<b>V</b>	<b>valor p</b>
Percepção geral de saúde	66,00	0,023*
Impacto da incontinência	54,50	0,229
Limitações das atividades diárias	64,50	0,047*
Limitações Físicas	65,50	0,171
Limitações Sociais	59,00	0,355
Relações Pessoais	36,00	0,821
Emoções	83,00	0,057
Sono e disposição	94,50	0,048*
Medidas de gravidade	152,00	0,023*

**Fonte:** Dados da pesquisa (2020) \* **valor p < 0,05.**

Observa-se na Tabela 4 que uma diferença significativa entre as pontuações antes e após a intervenção foi observada para os domínios de percepção geral da saúde (valor p de 0,023), de limitações das atividades diárias (valor p de 0,047), sono e disposição (valor p de 0,048) e medidas de gravidade (0,023) do instrumento KHQ, de acordo com os resultados do teste de Wilcoxon pareado.

Para os demais domínios, não há evidências amostrais suficientes de que tais diferenças observadas sejam significativas, fixado o nível de significância em 5%.

### 4.3 Imagem corporal

A seguir, é apresentada a distribuição das pontuações do instrumento BSQ obtidas pelos participantes da pesquisa, antes e após a intervenção.

O instrumento BSQ é composto por 34 itens em uma escala de 1 a 6 pontos, sendo que o instrumento resulta em uma escala geral que pode variar entre 34 e 204 pontos, e, quanto maior a pontuação, pior é a imagem corporal do paciente.

**Tabela 5.** Medidas descritivas das pontuações do BSQ obtidas pelos participantes, **antes da intervenção**

<b>Domínio</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Mediana</b>	<b>Máximo</b>
Imagem corporal	56,33	20,98	34,00	50,00	124,00

**Fonte:** Dados da pesquisa (2020)

Considerando os resultados do primeiro momento, antes da intervenção, vê-se na Tabela 5 que a pontuação média observada para o BSQ foi de 56,33 pontos, com desvio padrão de

20,98 pontos, sendo que o mínimo de 34 pontos foi atingido, enquanto que o máximo observado foi de 124 pontos.

**Tabela 6** – Medidas descritivas das pontuações do BSQ obtidas pelos participantes, **depois da intervenção**

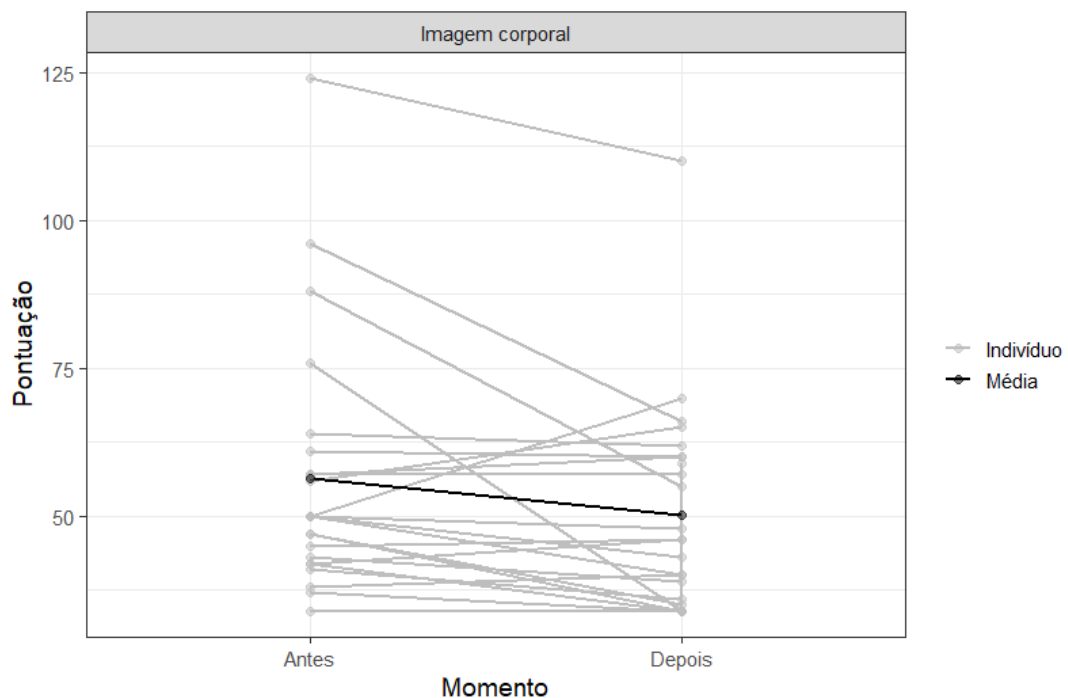
Domínio	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Imagem corporal	50,29	17,55	34,00	46,00	110,00

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Avaliando os resultados após a intervenção, observa-se na Tabela 6 que a pontuação média do BSQ caiu para 50,29 pontos, com desvio padrão de 17,55 pontos, sendo que novamente o mínimo de 34 pontos foi atingido, enquanto que o máximo observado foi de 110 pontos.

Complementando os resultados das Tabelas 5 e 6, a Figura 2 apresenta a evolução das pontuações do BSQ antes e após a intervenção, para aqueles que concluíram o estudo, sendo que para a maioria deles, houve uma redução das pontuações entre os dois momentos, assim como da pontuação média, embora para alguns pacientes individualmente tais pontuações tenham aumentado entre os dois momentos, é de grande valia o resultado positivo para a maioria dos pacientes que obtiveram a redução da pontuação.

**Figura 2.** Perfis das pontuações (individuais e médias) do BSQ obtidas pelos participantes dos dois momentos da pesquisa, antes e depois da intervenção



Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Para avaliar a significância da diferença dessas pontuações entre os momentos avaliados, foi aplicado o teste de Wilcoxon pareado, cujos resultados são apresentados a seguir.

**Tabela 7** – Resultados do teste de Wilcoxon pareado para a comparação da pontuação do BSQ antes e depois da intervenção

<b>Domínio</b>	<b>V</b>	<b>valor p</b>
Imagem corporal	192,50	0,033*

**Fonte:** Dados da pesquisa (2020) \* **valor p < 0,05.**

Observa-se na Tabela 7 que uma diferença significativa entre as pontuações antes e após a intervenção foi observada para a imagem corporal dos pacientes (valor p de 0,033), de acordo com os resultados do teste de Wilcoxon pareado, ao nível de 5% de significância.



## 5. DISCUSSÃO

A queixa de perda involuntária de urina, definida como incontinência urinária (ICS, 2021), historicamente iniciou como sendo uma condição considerada apenas como sintomatologia, posteriormente foi considerada uma patologia na Classificação Internacional de Doenças (WHO, 2021). Sabe-se que a incontinência urinária altera de forma importante vários aspectos na saúde da mulher, determinando problemas psicológicos, físicos, econômicos e sociais, mesmo sabendo que em maior ou menor proporção os sintomas associados à IU podem repercutir negativamente o aspecto individual de cada mulher (KLÜBER et al., 2002). Este estudo evidenciou que as mulheres em sua maioria possuem perfil etário acima de 50 anos. Estudo de revisão acerca da IU em mulheres discorre que esta condição aumenta com a idade, afetando 10% a 20% de todas as mulheres e chegando até 77% das mulheres idosas que residem em lares de idosos ou asilos (LUKACZ et al., 2017).

Diversos são os fatores de risco relacionados ao quadro de IU. Visto que o agravo tem origem multifatorial, Reis et al (2003) verificou que a multiparidade é um fator extremamente relevante para o agravamento da IU. Neste estudo verificou-se que quase 80% das mulheres são multíparas. Outro fator que se relaciona é o estado nutricional. Dois terços da população estudada apresentaram alteração nutricional, sendo a maior parte com sobrepeso, embora também tenha sido verificado um percentual de mulheres com obesidade. Evidências importantes apoiam a recomendação de perda de peso em mulheres com excesso de peso com incontinência (LUKACZ et al., 2017). Ensaio clínico randomizado de um programa de perda de peso verificou que mulheres com sobrepeso e obesas relataram uma redução de 47% nos episódios médios de incontinência em comparação com uma redução de 28% no grupo controle (SUBAK et al., 2009).

Quase toda terapia inicial para incontinência deve começar com medidas não invasivas porque os benefícios estão associados a baixo risco e custos (LUKACZ et al., 2017). Neste estudo foi possível verificar que a realização de exercícios semanais por algumas semanas foi suficiente para que a percepção de qualidade de vida das mulheres fosse melhorada. Revisões sistemáticas consistentemente reportaram a eficácia de exercícios de musculatura de assoalho para mulheres com incontinência urinária (HAY-SMITH, 2001; HAY-SMITH et al., 2011; HERDERSCHEE et al., 2011; HERBISON; DEAN 2013; DUMOULIN; HAY-SMITH; HABÉE-SÉGUIN, 2014; AYELEKE; HAY-SMITH; OMAR, 2015).

Como os exercícios de fato podem melhorar o quadro de incontinência, após a intervenção verificou-se que houve redução significativa na pontuação nos seguintes domínios:

percepção geral da saúde, limitações das atividades diárias, sono e disposição e medidas de gravidade. Mesmo não apresentando diferença significativa em todos os domínios do instrumento de qualidade de vida após a intervenção, todos eles apresentaram melhores resultados em sua média de pontos, o que deixa evidências de uma melhora na qualidade de vida em todos os domínios. Este achado é bastante importante uma vez que a IU é uma condição de saúde comum que pode diminuir a qualidade de vida (LUKACZ et al., 2017).

Mesmo sendo observada uma diferença significativa na maioria dos escores avaliados, exceto nas relações pessoais, é importante ressaltar que o impacto destes sintomas na vida de cada uma está intimamente ligado à percepção individual que estas mulheres têm frente à severidade, tipo e quantidade da perda urinária. Além disso, está relacionada ao contexto cultural de cada indivíduo (KELLEHER et al., 2000). Estudo realizado por Lopes et al. (2018) evidencia que a IU compromete principalmente os domínios da percepção geral da saúde, as limitações das atividades diárias, as emoções e as relações pessoais, estes apresentaram maiores médias.

Silva et al. (2016) observou que a IU impactou negativamente a QV de mulheres, de modo grave ou muito grave. Padilha et al. (2018) verificaram os efeitos negativos na percepção geral da saúde, e afirmam que o impacto da IU na QV e suas limitações são ocasionados pelo nível da gravidade da patologia, sendo esse nível de gravidade muito particular de cada sujeito. Neste estudo foram incluídos sujeitos com IU referida, verificou-se que mesmo sendo IU referida já foram constatados impactos negativos na QV. Leon (2016) em estudo para avaliar a eficácia da cinesioterapia associada a um programa de educação em saúde, para prevenção e tratamento das incontinências urinárias, verificou que no grupo experimental 50%, relataram estar curadas, 46,4% melhoram o quadro e 3,6%, manteve-se sem modificações no quadro de IU.

A fisioterapia pélvica se mostra muito eficaz no tratamento da IU, a terapêutica dessa técnica devolve a percepção e funcionalidade dos músculos do assoalho pélvico, fazendo com que a mulher novamente adquira a continência urinária, para melhorar significativamente sua qualidade de vida (RETT et al., 2007). O tratamento conservador da fisioterapia para a IU, reforça o controle esfínteriano através de contrações da musculatura do assoalho pélvico utilizando recursos básicos. como o de conhecer a musculatura e entender qual sua função na incontinência, reduzindo assim os sintomas da perda urinária e conseqüentemente a melhora da qualidade de vida (OLIVEIRA, GARCIA., 2011). Embora não existam riscos ou despesas importantes com a realização de exercícios não supervisionados, sua realização requer engajamento pessoal e comprometimento de tempo (LUKACZ et al., 2017). Constantemente

foi realizado encorajamento das mulheres participantes seja durante as sessões de intervenção ou mesmo em outros dias através do envio de mensagens motivacionais para que as mulheres se sentissem estimuladas a persistirem e continuarem com a realização de seu treinamento.

A respeito da imagem corporal das mulheres estudadas, houve redução nos escores do instrumento, o que deixa claro que a imagem corporal melhorou de forma significativa estatisticamente. Estudo realizado com objetivo de avaliar o impacto da IU na imagem corporal de pacientes diabéticos verificou que os pacientes apresentaram baixa autoestima e baixos escores na imagem corporal, evidenciando sentimentos negativos em relação ao próprio corpo decorrente da IU (SALOMÉ, OLIVEIRA, PEREIRA, 2016).

Higa et al. (2010) ao estudar acerca das vivências de mulheres com IU, verificaram que a perda urinária é um assunto que deve ser escondido, obstáculo para interações sociais, um estigma que impede inclusive a busca por tratamento. Segundo os autores, as mulheres convivem com o medo e vergonha, sofrem sozinhas, e para resistir, reagem com a solidão, sendo o isolamento a forma de proteção.

A imagem corporal é um aspecto delicado que compromete a visão da mulher em seu próprio corpo e bem estar. São poucos os estudos na literatura que determinam a relação entre imagem corporal e autoestima em mulheres com incontinência urinária (GÜMÜŞSOY, KAVLAK, DÖNMEZ, 2019). As mudanças físicas que ocorrem com o envelhecimento, de maneira gradual, trazem para o indivíduo uma modificação de sua própria imagem e, muitas vezes, podem ocasionar uma diferença entre a imagem desejada e a imagem real. A forma como as pessoas percebem sua imagem corporal tem consequências importantes sobre sua saúde e qualidade de vida (SKOPINSKI, RESENDE, SCHNEIDER, 2015). Doenças urológicas podem alterar e distorcer a imagem corporal e o autoconceito de indivíduos com esses problemas (CAETANO et al., 2009). Estudo realizado com mulheres em Porto Alegre evidenciou que a satisfação com a imagem corporal está relacionada à melhor qualidade de vida e também de apresentar menor probabilidade de ter sintomas depressivos (SKOPINSKI, RESENDE, SCHNEIDER, 2015).

O escore de imagem corporal encontrado neste estudo foi bom, mesmo a mulher com o pior escore ainda ficou bastante distante do escore máximo possível e o escore ainda melhorou sua média após a intervenção, fato que enfatiza a importância do tratamento conservador, de obter um resultado satisfatório e devolver a auto estima, a segurança através da imagem corporal que a mulher tem de si própria. Os resultados encontrados também ressaltam a importância da avaliação da imagem corporal, pois permite ao fisioterapeuta um melhor

embasamento para traçar e direcionar o tratamento, sempre considerando qual o fator de impacto e desconforto gerado pela IU na paciente.

Os tratamentos não invasivos devem ser pensados como primeira opção, especialmente para faixa etária citada na pesquisa, visto que a IU é altamente prevalente neste segmento da população (PIMENTA, BANDEIRA, SOUZA, 2006) esses autores enfatizam que esse grupo necessita de instruções de domínio do próprio corpo voltados para a musculatura do assoalho pélvico. Todavia, é importante ressaltar que as melhoras funcionais constatadas ocorreram em função da dedicação das pacientes, tendo compreendido e cumprido as metas do plano de exercícios, o que lhes permitiu incorporar as orientações passadas, além do contato social do grupo com troca de informações e esclarecimentos de dúvidas, tudo isso gerou motivação, garantindo a adesão da maioria à intervenção.

Através da pesquisa, obteve-se êxito em experiência para promover a saúde das mulheres, permitindo que as mesmas pudessem aumentar controle sobre seu estado de saúde, através dos exercícios para a musculatura de assoalho pélvico, dessa forma adquirindo conhecimento sobre o próprio corpo e sobre a IU. Segundo Caetano et al. (2009) a atividade física pode trazer inúmeros benefícios à vida de todas as pessoas nas esferas física, social e emocional, seguindo essa linha, a cinesioterapia do assoalho pélvico, como tratamento conservador para incontinência urinária em mulheres idosas, é um método efetivo, seguro e de baixo custo, que contribui para ampliar as possibilidades terapêuticas desta enfermidade.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível observar que a fisioterapia tem papel fundamental na reabilitação do assoalho pélvico, diminuindo os sintomas e a perda na IU. O papel do fisioterapeuta não se restringe apenas na aplicação das técnicas específicas para o tratamento, mas sim sendo imprescindível sua atuação na conscientização do que é o assoalho pélvico e qual a sua função além do treinamento para controle voluntário da contração e relaxamento, desde sempre relacionando a contração a sua função do controle da micção. A fisioterapia é eficaz no tratamento da IU diminuindo a perda, melhorando a força do assoalho pélvico, promovendo consciência e função para esta musculatura além de proporcionar melhora na qualidade de vida das pacientes como foi possível verificar diante dos questionários que avaliaram esse quesito na pesquisa, assim como o KHQ, a após as intervenções se sentem mais seguras e confiantes para execução de tarefas do dia a dia.

O mais importante é buscar ações interdisciplinares, levando a prática da atividade física a um reposicionamento conceitual, a cuidar do corpo como um todo, e ter uma ampliação sobre a visão de atenção primária e secundária à saúde. Sendo a incontinência urinária uma condição crônica, prevalentes nas mulheres idosas e de meia idade, e a aplicação de programa de exercícios para incontinência deve ser incorporado à vida diária das mulheres, não só as idosas, mas também as mulheres mais jovens, deixando de lado aquela cultura enraizada em que só nos preocupamos em nível secundário e terciário da doença, devendo ser instituídos em nível primário, através de programas de educação básica em saúde da mulher.

A incontinência urinária não põe diretamente em risco a vida das mulheres, no entanto, torna-se um problema que pode comprometer qualidade de vida, imagem corporal, relações sociais, afetando fisicamente e psicologicamente as mulheres. Mesmo este estudo tendo sido realizado com intervenção de forma remota, após as orientações de exercícios e vídeos explicativos as mulheres conseguiram compreender os exercícios e praticá-los. Como resultado obteve-se melhoras em domínios de qualidade de vida e também imagem corporal.

Dentre as limitações pode-se dizer que talvez, uma intervenção presencial, a qual foi planejada, mas inviabilizada pelo contexto da epidemia de Sars-CoV-2 uma vez que impossibilitou contato próximo com os sujeitos da pesquisa, pudesse ter tido um impacto ainda mais expressivo e significativo na QV e imagem corporal dessas mulheres. Um outro aspecto que pode ser um fator limitante é em relação à adesão à intervenção, talvez uma intervenção presencial, pudesse ter refletido alguma diferença na continuidade das mulheres no processo, com menor taxa de abandono. Como não foi possível avaliar e classificar a IU segundo

gravidade, não foi possível verificar se o impacto da intervenção teria sido distinto em mulheres com quadros mais graves. Por fim, conclui-se que um programa de exercícios e orientações em saúde relacionadas à IU pode ser uma alternativa bastante efetiva; não invasiva e definitivamente menos onerosa para a prevenção, tratamento da incontinência urinária bem como para promover a saúde deste grupo, apresentando impacto positivo diretamente na QV e imagem corporal.

## 7. REFERÊNCIAS

ABRAMS, P.; CARDOSO, L.; FALL, M.; GRIFFITHS, D.; ROSIER, P.; ULMESTEN, U. *et al.* The standardisation sub-committee of the International Continence Society. **Urology**. v. 61, n. 1, p. 37-49, 2003.

ABRAMS, P. CARDOSO, F. M.; GRIFFITHS, D. ROSIER, P.; ULMSTEN, U.; VAN KERREBROECK, P.; VICTOR A, W. A. The standartization of terminology of lower urinary tract: report from the standartization subcommittee of the International continence Society. **Neurourol Urodyn.**, v. 21, n. 2, p. 167-178, 2002.

ASHWORTH, P. D.; HAGAN, M. T. O significado da incontinência: um estudo qualitativo de incontinência urinária não geriátrica sofre. **J Adv Nurs**. v. 18, n. 9, p 1415-23, 1993.

ASOGLU, M. R. et al., Efeitos dos subtipos de incontinência urinária na qualidade de vida das mulheres (incluindo vida sexual) e estado psicossocial, **Revista Europeia de Obstetrícia e Ginecologia e Biologia Reprodutiva**. v. 176, n. 190, p. 187-190, 2004

AYELEKE, R. O.; HAY-SMITH, E. J.; OMAR, M. I. Pelvic floor muscle training added to another active treatment versus the same active treatment alone for urinary incontinence in women. **Cochrane Database Syst Rev.**, v.11, n.CD010551, 2015.

BANDEIRA, E. M. F. S.; PIMENTA, F. A. P.; SOUZA, M. C. **Atenção à saúde do idoso. Belo Horizonte:** Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2006.

BARACHO, E.; DIAS, R. C.; SALEME, C.S.; GEO, M. S.; LARANJEIRA, C. L. S.; LIMA, R. S. B. C. Impacto sobre a quantidade de urina perdida de uma intervenção fisioterapêutica em idosas com incontinência urinária. **Fisioter Pesqui**. v. 13, n. 1, p. 23-29, 2006.

BEZERRA, M. R. L. *et al.* Identificação das estruturas músculo-ligamentares do assoalho pélvico feminino na ressonância magnética. **Radiol Bras**. v. 34, n. 6, p. 323-326, 2001. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-39842001000600004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842001000600004&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 27 fev. 2020.

BERMÚDEZ, B. C. O. M. E. F. A. M. L. Critérios de referência para incontinência urinária na atenção primária. **Revista Espanhola de Geriatria e Gerontologia** v. 50 n.5 p.247-256,2015

BOLICHE, A. O que é importante na vida das pessoas? Uma pesquisa dos julgamentos do público para informar escalas de qualidade de vida relacionadas à saúde. **Soc Sci Med.**, v.141, p. 1447-62, 1995.

BORBA, A. M. C.; LELIS, M. A. S.; BRÊTAS, A. C. P. Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. **Texto Contexto Enferm**. v. 17, n. 3, p. 127-135, 2008.

BORGES, F. D.; FRARE, J. C.; MOREIRA, E. C. H. **Fisioterapia na Incontinência Urinária. Fisioterapia em Movimento**. v. 10, n. 2, p. 103-111, 1998.

BRASIL, D. M. M. et al. Incontinência urinária e função sexual feminina: revisão integrativa de questionários validados. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.31, n.5, p.558-563, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002018000500558&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000500558&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 fev. 2020.

CAETANO, A. S.; TAVARES, M. C. G. C. F.; LOPES, M. H. B. M. Incontinência urinária e a prática de atividades físicas. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói, v. 13, n. 4, p. 270-274, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-86922007000400012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922007000400012&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 17 fev. 2020.

CAETANO, A. S. et al. Influência da atividade física na qualidade de vida e auto-imagem de mulheres incontinentes. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói, v. 15, n. 2, p. 93-97, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-86922009000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922009000200002&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 02 mar. 2021.

CALDAS, C P. et al. Terapia comportamental para incontinência urinária da mulher idosa: uma ação do enfermeiro. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 783-788, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072010000400023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072010000400023&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 12 Mar.2020

CARNEIRO, Jair Almeida et al. Prevalência e fatores associados à incontinência urinária em idosos não institucionalizados. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 268-277, 2017.

DUMOULIN, C.; HAY-SMITH, E. J.; HABÉE-SÉGUIN, G. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. **Cochrane Database Syst Rev.**, v.5, n.CD005654, 2014.

FERREIRA, L. et al. **Intervenção da Fisioterapia em Utentes com Incontinência Urinária de Esforço**: Estudo de Caso. v. 5, nº 3, 25 p., 2009.

FORTUNATO, G. L. *et al.* Correlação entre a força dos músculos do assoalho pélvico e a satisfação sexual de mulheres. **Cadernos da Escola de Saúde**. v. 2. n. 6, 2017

FOLDSPANG, A.; MOMMSEN, S. The International Continence Society (ICS) incontinence definition: is the social and hygienic aspect appropriate for etiologic research? **J Clin Epidemiol.**, v. 50, n. 9, p. 1055-60, 1997.

FULTZ, N. H.; HERZOG, A. R. Auto-relatar impacto social e emocional da incontinência urinária. **J Am Geriatr Soc.**, v. 49, n. 892, 2001.

GUARISI, T.; PINTO-NETO, A. M.; PEDRO, A. O.; COSTA-PAIVA, L. H.; FAUNDES, A. Sintomas urinários e genitais em mulheres climatéricas. **J Bras Ginecol.**, v. 108, n. 4, p. 125-30, 1998.

MARQUES, Keila Simone Frade; DE FREITAS, Patrícia Antônia Corrêa. A cinesioterapia como tratamento da incontinência urinária na unidade básica de saúde. **Fisioterapia em Movimento**, [S.l.], v. 18, n. 4, ago. 2017. ISSN 1980-5918. Disponível



em:<<https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/18646/18064>>. Acesso em: 18 mar. 2021.

GÜMÜŞSOY, S.; KAVLAK, O.; DÖNMEZ, S. Investigation of body image, self-esteem, and quality of life in women with urinary incontinence. **International journal of nursing practice**, v. 25, n. 5, p. e12762, 2019.

HÄGGLUND, D.; AHLSTRÖM, G. The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness. **J Clin Nurs.**, v. 16, n. 10, p. 1946-54, 2007.

HAY-SMITH, E. J. et al. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. **Cochrane Database Syst Rev.**, n. 1, p. CD001407, 2001.

HAY-SMITH, E. J. et al. Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. **Cochrane Database Syst Rev.**, n.12, p.CD009508, 2011.

HERMANN, V.; POTRICK, B. A.; PALMA, P. C. R. Eletroestimulação transvaginal do assoalho pélvico no tratamento da incontinência urinária de esforço: avaliações clínica e ultrasonográfica. **Rev Assoc Méd Brás.** v. 49, n. 4, p.401-405, 2003.

HEALY, J. C. et al. Padrões de prolapso em mulheres com sintomas de fraqueza do assoalho pélvico: avaliação com RM. **Radiology.** v. 203, n. 77, p. 81, 1997.

HERDERSCHEE, R. et al. Feedback or biofeedback to augment pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. **Cochrane Database Syst Rev.** n.7, p. CD009252, 2011.

HERBISON, G. P.; DEAN, N. Weighted vaginal cones for urinary incontinence. **Cochrane Database Syst Rev.** n.7, p.CD002114, 2013.

HIGA R, L. M.; REIS, M. J. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Rev. esc. enferm.** v. 42, n. 1, p. 187-92, 2008.

HIGA, R.; LOPES, M. H. B. M. The impact of urinary incontinence on female nursing personnel. **Rev Bras Enferm.** v. 60, n. 2, p. 213-6, 2007.

HIGA, R. et al. Vivências de mulheres Brasileiras com incontinência urinária. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 627-635, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072010000400004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400004&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 03 Mar. 2021.

HONÓRIO, M. O.; SANTOS, S. M. A. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. **Rev Bras Enferm.** v. 62, n. 1, p. 51-56, 2009.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Estudo Especial sobre a Mulher - PNAD.** Disponível em: Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_impresao.php?id\\_noticia=109](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=109) Acesso em: 27 fev. 2020.

ICS. **International Continence Society. Current definitions.** Disponível em: <https://www.ics.org/glossary> 2021. Acesso em: 27 fev. 2021

KEGEL, A. H. Physiologic therapie vir urinêre stres inkontinensie. **Jama.** v. 163, n. 10, p. 915-17, 1996.

KELLEHER, C. Quality of life and urinary incontinence. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynecol.*, v.14, p.2, p.363-79, 2000.

KLÜBER, L, et al. A influência da fisioterapia na qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária: revisão. **Rev Med PUCRS.**, v.12, n.3, p. 243-9. 2002.

LATORRE, G.; SPERANDIO, F.; **Prevenção das Morbidades Relacionadas ao Enfraquecimento da Musculatura do Assoalho Pélvico.** Novo Horizonte de Prevenção, 2008.

LEON, M. I. W. H. A eficácia de um programa cinesioterapêutico para mulheres idosas com incontinência urinária. **Fisioterapia Brasil** v. 2, n. 2, p. 107-115, 2001.

LEON, M. I. W. H. Eficácia de um programa cinesioterapêutico para mulheres idosas com incontinência urinária. **Fisioterapia Brasil**, v. 2, n. 2, p. 107-115, 2016.

LIMA, C. H. L. *et al.* Incontinência urinária: abordagem interdisciplinar em uma Unidade Básica de Saúde. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 65-70, 2010.

LOPES, M. H. B. M.; HIGA, R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. **Rev. esc. enferm. USP.** v.40, n.1, p.34-41, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000100005>. Acesso em: 27 fev. 2020.

LOPES, M. H. B. M. et al. Profile and quality of life of women in pelvic floor rehabilitation. **Rev. Bras. Enferm.**, v.71, n.5, p. 2496-505, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0602>. Acesso em: 07 fev. 2021.

LUKACZ, E. S. et al. Urinary Incontinence in Women: A Review. **JAMA.**, v.318, n.16, p.1592-1604, 2017. Disponível em: doi:10.1001/jama.2017.12137. Acesso em: 07 fev. 2021.

MARQUES, K. S.; FREITAS, P. A. C. A CINESIOTERAPIA COMO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE. **Fisioterapia em Movimento.** v. 18, n. 4, 2017. ISSN 1980-5918.

MENDES, J. M. R.; LEWGOY, A. M. B.; SILVEIRA, E. C. Saúde e Interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. **Rev Ciênc Saúde.** v. 1, n. 1, p. 24-32, 2008.

MINASSIAN, V. A.; DRUTZ, H. P.; AL-BADR, A. Urinary incontinence as a worldwide problem. **Int J Gynecol Obstet.** v. 82, n. 3, p. 327-38, 2008.

MOLLER, L. A.; PERDER, G. JORGENSEN, T. A prevalência e incômodo de menor. *In* Norton, P. A. *et al.* **Angústia e atraso associados à incontinência urinária, frequência e urgência em mulheres.** BMJ. 1988

MONTEIRO, M; FILHO, A; **Fisioterapia aplicada a saúde da mulher.** 6. ed. 2018. 327 p.

MOORE, L. K; DALLEY, F. A; **Anatomia orientada para clínica**. Tradução de Claudia Lucia Caetano de Araújo. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

MORENO, A. L. **Fisioterapia em uroginecologia**. 2. ed. São Paulo: Manole. 2008.

OLIVEIRA, J. R.; GARCIA, R. R. Cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, pág. 343-351, junho de 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232011000200014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000200014&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 01 Mar. 2021.

PADILHA, J. F. et al. Investigação da qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, v.22, n.1, p. 43-8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v22i1.2018.6302>. Acesso em: 01 Mar. 2021.

PALMA, P. C. R.; RICCETO, C. L. Z. Incontinência urinária na mulher In: BRATA, H. S.; CARVALHAL, G. F. **Urologia: princípios e prática**. Porto Alegre: Artmed; 1999. p. 209-216.

PEREIRA, A. L. F. AS tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad Saúde Pública**. v. 25, n. 8, p. 1756-62, 2009.

PINHEIRO, Brenda de Figueiredo et al. Fisioterapia para consciência perineal: uma comparação entre as cinesioterapias com toque digital e com auxílio do biofeedback. **Fisioter. mov.**, Curitiba, v. 25, n. 3, p. 639-648, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-51502012000300019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502012000300019&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 01 Mar. 2021.

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad Saúde Pública**. v. 5, n 8, p. 53, 2004.

RIBEIRO, J. P.; RAIMUNDO, A. Satisfação sexual e percepção de saúde em mulheres com incontinência urinária. **Anal Psicol**. v. 23, n. 3, p. 305-314, 2005.

REIS, R. B. et al. Incontinência urinária no idoso. **Acta Cir Bras**, v.18, n.5, p. 47-51, 2003.

RETT, M. T. et al. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 134-140, 2007.

SALOMÉ, G. M.; OLIVEIRA, T. M.; PEREIRA, Wesley Alexandre. O Impacto da Incontinência Urinária na Autoestima e Autoimagem de Pacientes Diabéticos. **Estima**, v. 14, n. 3, p. 127-136, 2016.

SELEME, R. S. **Incontinência urinária: um problema social de saúde pública**. Rio de Janeiro. Tese (Tese em Serviço Social) –Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.

SILVA, N. M. A. et al. **O impacto da incontinência urinária feminina na qualidade de vida**. In: Anais do 20º Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, 16º Encontro Latino Americano de Pós-Graduação e 6º Encontro de Iniciação à Docência; São José dos

Campos, Brasil. São José dos Campos (SP): Educação e Ciência para a Cidadania Global; 2016. p. 1-6.

SILVA, L.; LOPES, M.; HELENA, B. M. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 72-78, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 27 fev. 2020.

SILVA, J. Z.P.; SOLER, Z. S. G.; DOMINGUESWYSOCKI, A. Fatores associados à incontinência urinária em mulheres submetidas ao exame urodinâmico. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 51, n. 03, p. 209, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342017000100410&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100410&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 27 fev. 2020.

SILVA, M. A. D. A importância da manutenção da qualidade de vida. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo**. v. 6, n. 5, p. 657-660, 1996.

SIMONE, M. S. N. Avaliação fisioterapêutica da força muscular do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária de esforço submetida à cirurgia **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 55, n. 2, p. 157-163, 2009. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/18646/18064>. Acesso em: 27 fev. 2020.

SKAKELS, K. A.; POWELL, T. O. Die fysiologiese behandeling van urinêre stres inkontinensie. **J Urolog**, v. 63, n. 5, p. 808-813, 1950.

SKOPINSKI, F.; RESENDE, T. L.; SCHNEIDER, R. H. Imagem corporal, humor e qualidade de vida. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 95-105, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232015000100095&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000100095&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 27 fev. 2020.

SUBAK, L. L. et al; PRIDE Investigators. Weight loss to treat urinary incontinence in overweight and obese women. **N Engl J Med.**, v.360, n.5, p.481-490, 2009.

TAMANINI, J. T. N.; LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O.; SANTOS, J. L. F.; LAURENTY, R. **Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brazil**. SABE Study, 2009.

WHO. **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)**. Disponível em: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/R32>. Acesso em 27 fev 2021.

## APÊNDICES

## APÊNCIDE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do CAAE 35120620.2.0000.5539

Título do Projeto: PROMOÇÃO DA SAÚDE DE MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA: APRENDIZAGEM DA CONTRAÇÃO DA MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é: Avaliar o efeito dos exercícios perineais na melhora na incontinência urinária, imagem corporal e a qualidade de vida de mulheres. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Curso de Pós graduação em Promoção da Saúde. Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: responder 3 questionários, e participar de exercícios que serão propostos.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são: tempo para responder os questionários, desconforto com a perda de urina durante os exercícios. Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são: Melhorar a qualidade de vida, melhorar a imagem corporal, aumentar a autoestima, ter o controle das micções, ter um convívio social mais confortável, havendo uma promoção da qualidade de vida.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou poderá vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos, porém, poderá ser ressarcido por despesas decorrentes de sua participação cujos custos serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Mayse Doro Melluzzi, pelo telefone (66) 99664-0846 pelo telefone, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Unicesumar pelo telefone (44) 30276360, ramal 1345, ou no 5º andar do Bloco Administrativo, de segunda à sexta, das 8h às 17h. Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

---

Nome do participante da pesquisa

---

Assinatura

---

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

---

Assinatura

Local e Data: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

**DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS**

Idade: \_\_\_\_\_ anos

**Estado civil:** Solteiro, Casado ou união estável, Divorciado (a)/Separado, Viúvo

**Cor/raça:** Branca, amarela, parda, indígena.

**Escolaridade:** Nenhuma, Ensino fundamental incompleto, Ensino fundamental completo, Ensino médio incompleto, Ensino médio completo, Ensino superior incompleto, Ensino superior completo

Renda em salários mínimos (SM):

Menos de 1 salário mínimo (menos que R\$1.045,00),

1 a 3 salários mínimos (R\$1.045,00 a 3.135,00),

3 a 6 salários mínimos (R\$3.136,00 a R\$6.270,00),

6 a 10 salários mínimos (R\$6.271,00 a R\$10.450,00),

Mais de 10 salários mínimos (superior a R\$10.451,00).

**Frequência de atividade física (mínimo 30m):** Não pratico, Nenhuma vez na semana; 1x semana; 2-3 vezes na semana; mais de 3x na semana.

**Peso (em quilos):**

**Estatura (em metros):**

**Número de filhos:**

**Tipo de parto:** vaginal e cesáreo

## **ANEXOS**



## ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA EM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

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

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Data: \_\_\_\_\_

### Como você avaliaria sua saúde hoje?

Muito boa ( ) Boa ( ) Normal ( ) Ruim ( ) Muito ruim ( )

### Quanto você acha que seu problema de bexiga atrapalha sua vida?

Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Abaixo estão algumas atividades que podem ser afetadas pelos problemas de bexiga. Quanto seu problema de bexiga afeta você?

Gostaríamos que você respondesse todas as perguntas.

Simplesmente marque com um "X" a alternativa que melhor se aplica a você.

### Limitação no desempenho de tarefas

Com que intensidade seu problema de bexiga atrapalha suas tarefas de casa (ex., limpar, lavar, cozinhar, etc.)

Nenhuma ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Com que intensidade seu problema de bexiga atrapalha seu trabalho, ou suas atividades diárias

normais fora de casa como: fazer compra, levar filho à escola, etc.?

Nenhuma ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

### Limitação física/social

Seu problema de bexiga atrapalha suas atividades físicas como: fazer caminhada, correr, fazer algum esporte, etc.?

Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Seu problema de bexiga atrapalha quando você quer fazer uma viagem?

Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Seu problema de bexiga atrapalha quando você vai a igreja, reunião, festa?

Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Você deixa de visitar seus amigos por causa do problema de bexiga?

Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

### Relações pessoais

Seu problema de bexiga atrapalha sua vida sexual?

Não se aplica ( ) Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Seu problema de bexiga atrapalha sua vida com seu companheiro?

Não se aplica ( ) Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Seu problema de bexiga incomoda seus familiares?

Não se aplica ( ) Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Gostaríamos de saber quais são os seus problemas de bexiga e quanto eles afetam você.

Escolha da lista abaixo APENAS AQUELES PROBLEMAS que você tem no momento.

### Quanto eles afetam você?

Frequência: Você vai muitas vezes ao banheiro?

Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Noctúria: Você levanta a noite para urinar?

Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Urgência: Você tem vontade forte de urinar e muito difícil de controlar?

Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Bexiga hiperativa: Você perde urina quando você tem muita vontade de urinar?

Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Incontinência urinária de esforço: Você perde urina com atividades físicas como: tossir, espirrar, correr?

Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Enurese noturna: Você molha a cama à noite?

Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Incontinência no intercurso sexual: Você perde urina durante a relação sexual?

Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Infecções frequentes: Você tem muitas infecções urinárias?

Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Dor na bexiga: Você tem dor na bexiga?

Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Outros: Você tem algum outro problema relacionado a sua bexiga?

Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

### **Emoções**

Você fica deprimida com seu problema de bexiga?

Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou Menos ( ) Muito ( )

Você fica ansiosa ou nervosa com seu problema de bexiga?

Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou Menos ( ) Muito ( )

Você fica mal com você mesma por causa do seu problema de bexiga?

Não ( ) Às vezes ( ) Várias vezes ( ) Sempre ( )

### **Sono/Energia**

Seu problema de bexiga atrapalha seu sono?

Não ( ) Às vezes ( ) Várias vezes ( ) Sempre ( )

Você se sente desgastada ou cansada?

Não ( ) Às vezes ( ) Várias vezes ( ) Sempre ( )

### **Algumas situações abaixo acontecem com você? Se tiver o quanto?**

Você usa algum tipo de protetor higiênico como: fralda, forro, absorvente tipo Modess para manter-se seca?

Não ( ) Às vezes ( ) Várias vezes ( ) Sempre ( )

Você controla a quantidade de líquido que bebe?

Não ( ) Às vezes ( ) Várias vezes ( ) Sempre ( )

Você precisa trocar sua roupa íntima (calcinha), quando fica molhadas?

Não ( ) Às vezes ( ) Várias vezes ( ) Sempre ( )

Você se preocupa em estar cheirando urina?

Não ( ) Às vezes ( ) Várias vezes ( ) Sempre ( )

## ANEXO 2 - BODY SHAPE QUESTIONNAIRE - BSQ

Responda as questões abaixo em relação à sua aparência nas últimas quatro semanas. Usando a seguinte legenda

**1. Nunca**

**2. Raramente**

**3. Às vezes**

**4. Frequentemente**

**5. Muito frequentemente**

**6. Sempre**

1. Sentir-se entediado (a) faz você preocupar-se com a forma física?

2. Sua preocupação com a forma física chega a ponto de você pensar que deveria fazer uma dieta?

3. Já lhe ocorreu que suas coxas, quadril ou nádegas são grandes demais para o restante do corpo?

4. Você tem receio de que poderia engordar ou ficar mais gordo (a)?

5. Você anda preocupado (a) achando que o seu corpo não é firme o suficiente?

6. Ao ingerir uma refeição completa e sentir estômago cheio, você se preocupa em ter engordado?

7. Você se sentiu tão mal com sua forma física a ponto de chorar?

8. Você deixou de correr por achar que seu corpo poderia balançar?

9. Estar com pessoas magras do mesmo gênero que você faz você reparar em sua forma física?

10. Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem ocupar muito espaço quando você senta?

11. Você já se sentiu gordo (a) mesmo após ingerir uma pequena quantidade de Alimento?

12. Você tem reparado na forma física de outras pessoas do mesmo gênero que o seu, e ao se comparar, tem se sentido em desvantagem?

13. Pensar na sua forma física interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como, por exemplo, assistir televisão, ler ou acompanhar uma conversa)?

14. Ao estar nua (nu), por exemplo, ao tomar banho, você se sente gorda (o)?

15. Você tem evitado usar roupas mais justas para não se sentir desconfortável com a sua forma física?

16. Você já se pegou pensando em remover partes mais carnudas de seu corpo?

17. Comer doces, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gordo (a)?

18. Você já deixou de participar de eventos sociais (como pro exemplo, festas) por se sentir mal com relação à sua forma física?

19. Você se sente muito grande e arredondado?

20. Você sente vergonha do seu corpo?

21. A preocupação com sua forma física a (o) leva a fazer dieta?

22. Você se sente mais contente em relação à sua forma física quando seu estômago está vazio (por exemplo, pela manhã)?

23. Você acredita que a sua forma física se deva a sua falta de controle?

24. Você se preocupa que outras pessoas vejam dobras na sua cintura ou estômago?

25. Você acha injusto que outras pessoas do mesmo gênero que o seu sejam mais

magras que você?

26. Você já vomitou para se sentir mais magro (a)?

27. Quando acompanhado (a), você fica preocupado (a) em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentado (a) num sofá ou no banco do ônibus)?

28. Você se preocupa com o fato de estar ficando cheio de “dobras” ou “banhas”?

29. Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico?

30. Você belisca áreas do seu corpo para ver o quanto há de gordura?

31. Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários e banheiros)?

32. Você já tomou laxante para se sentir mais magra (o)

33. Você fica preocupada (o) com sua forma física quando em companhia de outras pessoas?

34. A preocupação com sua forma física leva você a sentir que deveria fazer exercícios?

**Soma do resultado:**

**Nenhuma: < 110**

**Moderada: > 138 e < 167**

**Leve: > 110 e < 138**

**Grave: > 167**

## ANEXO 3- PARECER CONSUBSTANCIAL DO CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE  
MARINGÁ - UNICESUMAR

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PROMOÇÃO DA SAÚDE DE MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA:  
APRENDIZAGEM DA CONTRAÇÃO DA MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO.

**Pesquisador:** MAYSE DORO MELLUZZI

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 35120620.2.0000.5539

**Instituição Proponente:** Universidade Cesumar

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.269.938

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de uma pesquisa vinculada ao Programa de Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade Cesumar. O estudo será realizado com idosas acadêmicas de uma instituição de ensino superior na cidade de Sinop-MT. A paciente será instruída a realizar exercícios para fortalecer a musculatura do assoalho pélvico,

no intuito de minimizar a perda de urina aos esforços. Serão realizadas 12 sessões de exercícios para fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, duas vezes por semana, com 40 minutos de duração cada sessão. Além disso, serão aplicados questionários para avaliação da imagem corporal e da qualidade de vida. Também serão disponibilizados questionários on line.

Trata-se de uma pesquisa vinculada ao Programa de Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade Cesumar. O estudo será realizado com idosas acadêmicas de uma instituição de ensino superior na cidade de Sinop-MT. A paciente será instruída a realizar exercícios para fortalecer a musculatura do assoalho pélvico, no intuito de minimizar a perda de urina aos esforços. Serão realizadas 12 sessões de exercícios para fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, duas vezes por semana, com 40 minutos de duração cada sessão. Além disso, serão aplicados questionários para avaliação da imagem corporal e da qualidade de vida. Também

**Endereço:** Avenida Guedner, 1610 - Bloco 11 - 5º piso

**Bairro:** Jardim Aclimação

**CEP:** 87.050-390

**UF:** PR

**Município:** MARINGÁ

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

**E-mail:** cep@unicesumar.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE  
MARINGÁ - UNICESUMAR



Continuação do Parecer: 4.269.938

serão disponibilizados questionários on line. Para avaliar se o tratamento foi eficaz, será utilizado o Diário Miccional para no início do tratamento e no final do mesmo. A análise dos dados será realizada por meio do software Estatística (TIBCO Statistica™),

**Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar o efeito dos exercícios perineais na incontinência urinária, imagem corporal e a qualidade de vida de mulheres

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos

Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa, porém podem surgir desconfortos decorrentes da participação na pesquisa que são relacionados à realização dos exercícios de contração e relaxamento muscular bem como pelo tempo em responder os questionários, porém, os mesmos serão minimizados pela equipe de pesquisa.

Benefícios:

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são melhoria no processo patológico da incontinência urinária, bem como melhoria na imagem corporal e autoestima da mulher idosa. Além disso, contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é pertinente e as pendências quanto às explicações relacionadas à efetiva faixa etária das participantes, bem como as dúvidas referentes à autorização do local, foram devidamente esclarecidas.

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

Foram apresentados os documentos exigidos por esse Comitê de Ética

**Recomendações:**

Solicita-se a apresentação dos resultados finais da pesquisa a esse Comitê de Ética, bem como qualquer alteração que venha a ser feita no referido projeto.

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

Não há pendências ou inadequações, visto que foram atendidas as solicitações do(a) relator(a).

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Endereço:** Avenida Guedner, 1610 - Bloco 11 - 5º piso

**Bairro:** Jardim Aclimação

**CEP:** 87.050-390

**UF:** PR

**Município:** MARINGÁ

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

**E-mail:** cep@unicesumar.edu.br



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE  
MARINGÁ - UNICESUMAR**



Continuação do Parecer: 4.269.938

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1556798.pdf	18/08/2020 16:07:05		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mayse_v2_CEP.pdf	18/08/2020 15:33:16	MAYSE DORO MELLUZZI	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_MAYSE.pdf	18/08/2020 14:56:19	MAYSE DORO MELLUZZI	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	1_Oficio_Encaminhamento.pdf	07/07/2020 17:14:29	MAYSE DORO MELLUZZI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	6_INSTRUMENTOS.pdf	07/07/2020 17:14:06	MAYSE DORO MELLUZZI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	4_TCLE.pdf	07/07/2020 17:13:02	MAYSE DORO MELLUZZI	Aceito
Orçamento	3_ORCAMENTO.pdf	07/07/2020 17:12:34	MAYSE DORO MELLUZZI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	2_DECLARACAO_SEMAUTORIZACAO_DO_LOCAL.pdf	07/07/2020 17:12:18	MAYSE DORO MELLUZZI	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_Mayse.pdf	07/07/2020 17:11:37	MAYSE DORO MELLUZZI	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MARINGÁ, 10 de Setembro de 2020

\_\_\_\_\_  
**Assinado por:**  
**Sonia Maria Marques Gomes Bertolini**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Avenida Guedner, 1610 - Bloco 11 - 5º piso

**Bairro:** Jardim Aclimação

**CEP:** 87.050-390

**UF:** PR **Município:** MARINGÁ

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

**E-mail:** cep@unicesumar.edu.br