

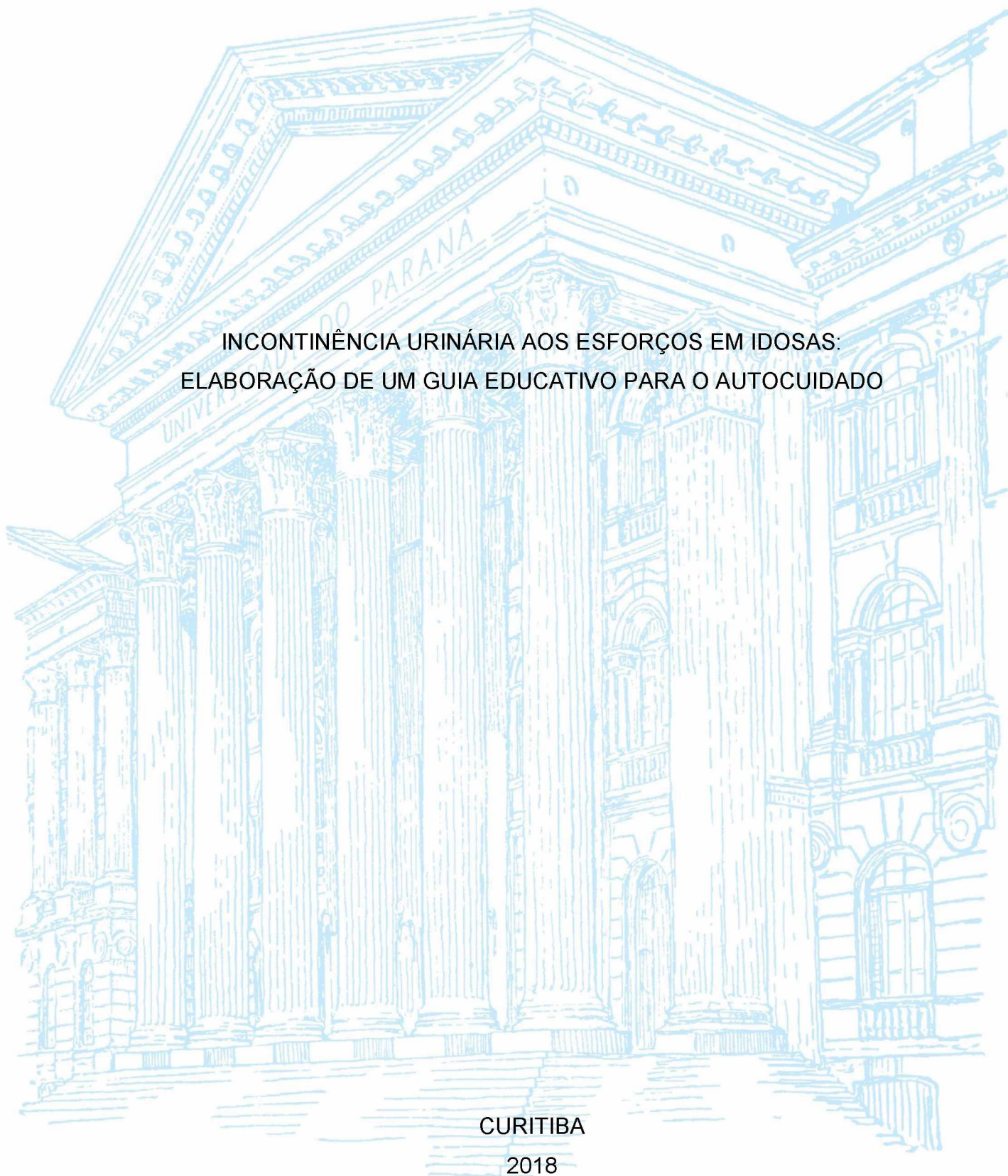
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

SULAMITA DE PAULA SANTOS

INCONTINÊNCIA URINÁRIA AOS ESFORÇOS EM IDOSAS:
ELABORAÇÃO DE UM GUIA EDUCATIVO PARA O AUTOCUIDADO

CURITIBA

2018



SULAMITA DE PAULA SANTOS

INCONTINÊNCIA URINÁRIA AOS ESFORÇOS EM IDOSAS:
ELABORAÇÃO DE UM GUIA EDUCATIVO PARA O AUTOCUIDADO

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional do Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Mariluci Hautsch Willig

CURITIBA

2018

Santos, Sulamita de Paula
incontinência urinária aos esforços em idosas: elaboração de um guia educativo para o autocuidado / Sulamita de Paula Santos – Curitiba, 2018.
103 f. ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Mariluci Hautsch Willig
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde.
Universidade Federal do Paraná.

inclui referência

1. Saúde do idoso. 2. incontinência urinária. 3. Doença crônica. 4. Qualidade de vida. 5. Cuidados de enfermagem. i. Willig, Mariluci Hautsch. ii. Universidade Federal do Paraná. iii. Título.

CDD 618.970231

TERMO DE APROVAÇÃO

SULAMITA DE PAULA SANTOS

INCONTINÊNCIA URINÁRIA AOS ESFORÇOS EM IDOSAS: ELABORAÇÃO DE UM GUIA EDUCATIVO PARA O AUTOCUIDADO

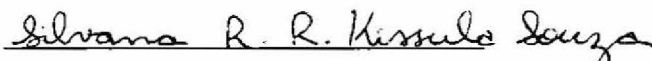
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem – Mestrado Profissional, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:



Profa. Dra. Mariluci Hautsch Willig

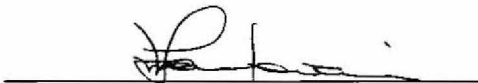
Orientadora – PPGENFMP/UFPR

Silvana Souza



Profa. Dra. Silvana Regina Rossi Kissula Souza

PPGENFMP/UFPR



Profa. Dra. Maria De Fátima Mantovani

PPGENF/UFPR

Curitiba, 6 de agosto de 2018

*Em primeiro lugar, dedico esta dissertação ao meu eterno **avô, João Celso de Paula**, um exemplo de ser humano que em sua fase final de vida me perguntou se eu havia feito mestrado para estar ali cuidando dele. Embora ele soubesse que eu já trabalhava há alguns anos com pessoas idosas, que já havia trabalhado em hospital oncológico e além de saber que eu ainda não havia cursado mestrado. Meu avô amado, uma pessoa simples, de pouco estudo, mas que dentre tantas dificuldades não poupou esforços para proporcionar uma vida digna e honesta a todos. Valorizando a questão do estudo a seus filhos e netos que tiveram oportunidade e interesse para fazê-lo. Esse questionamento feito por ele me causou uma grande inquietação e foi o que me impulsionou pesquisar sobre o programa de Pós-Graduação e a participar do processo seletivo.*

*Em segundo lugar, **a todas as idosas** que participaram deste estudo e que contribuíram para a realização deste trabalho.*

AGRADECIMENTOS

A **DEUS** por me proporcionar saúde, sabedoria, serenidade nesta caminhada.
À minha orientadora **Profa. Dra. Mariluci Haustch Willig**, ao qual tenho imenso respeito e admiração. Meu muito obrigada pelos momentos de convivência, ensinamentos e contribuições nessa minha trajetória acadêmica.

À minha **família**, por sempre me incentivar e acreditar em mim, amo todos vocês.
Aos meus pais **Maria Inês de Paula Santos** e **José Manoel dos Santos**, tenho muito orgulho de vocês, obrigado por tudo. Aos meus irmãos queridos **Patrícia** e **Vinícius**, aos meus sobrinhos amados, **Bruno**, **Luisa**, **Thiago** e **João**, por serem fontes inesgotáveis de alegria. Não posso deixar de citar minhas tias, **Vera** e **Silvia**, minha avó **Lourdes** e minha prima **Andréia** pelo carinho e orgulho constantemente demonstrados a mim.

Ao meu esposo **Rafael**, pelo constante incentivo, companheirismo e compreensão, fundamentais para conclusão de mais esta etapa.

À **Profa Dra Maria de Fátima Mantovani** e **Dra Márcia Daniele Seima**, por aceitarem compor a banca examinadora na qualificação, suas contribuições foram muito valiosas para a concretização deste trabalho.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional da UFPR**, bem como os docentes pelos momentos de aprendizado a mim oportunizados.

Ao **Grupo de Estudo Multiprofissional em Saúde do Adulto - GEMSA**, pelo acolhimento, experiências e ensinamentos compartilhados.

Aos **amigos e colegas da turma do mestrado**, em especial **Ana Paula Lima**, **Camila Leite** e **Vivian C. Jorge**, pela amizade e convivência fundamentais nesse período. Meu obrigada também a **Adriana**, por estar sempre disposta a compartilhar seu conhecimento.

Às minhas amigas que me incentivaram em todos os momentos, **Luciana Soares**, **Fernanda Cauduro** e **Gisela Assis**, cada qual com suas contribuições valiosas.

Às minhas amigas **Lílian Rejane**, **Rossana Spoladore**, **kássia Taverna**, **Nayane Martins** e **Tania Mara** pelo constante carinho e incentivo a mim demonstradas.

À **Telma Pelaes Carvalho**, sua ajuda foi imprescindível.

Agradeço a todos que contribuíram de forma direta e indireta para a concretização deste trabalho e por compreenderem os muitos períodos de ausência, em que tive que priorizar este trabalho em detrimento da companhia de vocês.

“O conhecimento nos faz responsáveis”
(Che Guevara)

RESUMO

Introdução: As síndromes geriátricas são ocasionadas pelo declínio funcional na saúde de idosos e determinam a perda ou manutenção de sua qualidade de vida. Neste estudo, a síndrome trabalhada foi a incontinência urinária, com ênfase para a incontinência urinária aos esforços. Nesse sentido, elaborou-se a seguinte questão norteadora: Como as mulheres idosas com incontinência urinária aos esforços percebem o autocuidado? Objetivo geral: Elaborar um guia educativo para o autocuidado de idosas com incontinência urinária aos esforços. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa metodológica de natureza mista, sustentada na Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), desenvolvida em um hospital público de referência no atendimento gerontológico, situado no Município de Curitiba no período de dezembro de 2017 a março de 2018. Os participantes do estudo foram 24 idosas com idade a partir de 60 anos atendidas nos ambulatórios de geriatria e urologia. A coleta de dados se deu por meio de entrevista com questionário semiestruturado. Para análise dos dados quantitativos foi utilizado o software Excel® e os dados qualitativos o software IRAMUTEQ, em que se empregou o método da classificação hierárquica descendente (CHD) e nuvem de palavras. **Resultados:** A idade variou de 60 a 101 anos, cor branca, predomínio do ensino fundamental e a maioria das participantes eram viúvas. A prevalência de incontinência urinária aos esforços foi de 42%. No que diz respeito aos antecedentes obstétricos 91,6% tiveram algum tipo de parto, com predomínio para o parto normal 66,6%, o número de gestações por participantes variou de 0 a 11, com predomínio de um a cinco correspondendo a 79,1%. Em relação as comorbidades, destacou-se a hipertensão arterial sistêmica em 54,1% e a maioria das participantes apresentava mais de três comorbidades 29,6%. Ao avaliar o índice de massa corporal, destacou-se o sobrepeso, presente em 46%. O padrão de fezes apresentou-se normal em 62,5%, com relação a ingesta hídrica 58,3% referiram ingerir dois litros de líquido ao dia. Sobre a frequência da perda urinária, 50% relataram perder urina de uma a duas vezes ao dia, seguido por 29,1% com perdas de 3 a 4 vezes ao dia. Do total de participantes, 54,1%, relatam usar algum dispositivo para absorção urinária. Quanto ao sentimento e conhecimento das causas da incontinência urinária aos esforços, 79% sentiam-se incomodadas com o problema e 79% não sabiam as causas da incontinência urinária aos esforços. Após análise dos dados qualitativos pelo IRAMUTEQ, foram identificadas três classes distintas: Classe 3 – causas atribuídas a incontinência urinária; Classe 1 – O desconhecimento sobre o problema; Classe 2 – Percepções sobre a incontinência urinária. Com base na coleta de dados, ancorado nas percepções das idosas sobre incontinência urinária, foi elaborado e validado um guia educativo para o autocuidado como produto final deste estudo. **Considerações finais:** A prevalência da incontinência urinária, ao esforço foi semelhante aos estudos disponíveis na literatura. O desconhecimento acerca do problema ainda é muito frequente e considerado natural do processo do envelhecimento por muitas participantes, fato este que diminui a procura por orientações, diagnóstico e tratamento nos serviços de saúde. Desta forma, evidenciou-se que as participantes desenvolvem várias estratégias para amenizarem o problema, como uso de protetores para absorção da urina, deixam de sair de casa e de participarem de atividades sociais, dentre outras.

Palavras-chave: Saúde do idoso. Incontinência Urinária. Qualidade de vida. Cuidados de Enfermagem. Doença Crônica.

ABSTRACT

Introduction: Geriatric syndromes are caused by the functional decline in the elderly health, and determine the loss or maintenance of their quality of life. In this study, the addressed syndrome was urinary incontinence, highlighting stress urinary incontinence. In this sense, the following guiding question was elaborated: How do elderly women with stress urinary incontinence perceive self-care? **General objective:** To elaborate an educational guide for the self-care of elder women suffering from stress urinary incontinence. **Methodology:** It is a mixed methodological research, grounded in the Convergent-Care Research, developed at a public hospital, reference in gerontological care, located in the Municipality of Curitiba from December, 2017 to March, 2018. The study participants were 24 older women, 60 years of age and older, seen to at the geriatrics and urology outpatient clinics. Data collection was carried out by means of an interview with a semi-structured questionnaire. For the analysis of the quantitative data, Excel® software was used, and for the qualitative data, IRAMUTEQ software was used, in which the descending hierarchical classification (DHC) and word cloud were employed. **Results:** Age ranged from 60 to 101 years, Caucasian, prevalence of middle school level (9 years of schooling), and most participants were widows. The prevalence of stress urinary incontinence was 42%. Regarding obstetric history, 91.6% had some type of childbirth, prevalence of normal childbirth (66.6%), the number of pregnancies per participant ranged from 0 to 11, with prevalence of one to five, accounting for 79.1%. In relation to comorbidities, systemic arterial hypertension stood out with 54.1%, and most participants featured over three comorbidities (29.6%). Assessment of BMI evidenced overweight in 46%. Fecal pattern was normal in 62.5%. In relation to liquid intake, 58.3% reported to have two liters of liquid a day. On the frequency of urinary incontinence, 50% reported urine loss once or twice a day, followed by 29.1% with losses 3 or 4 times a day. From the total of the participants, 54.1% reported the use of a device for wetting prevention. As for the feeling and knowledge of the causes for stress urinary incontinence, 79% were disturbed by the condition, and 79% did not know the causes for the stress urinary incontinence. After the analysis of the qualitative data by IRAMUTEQ, three distinct classes were identified: Class 3 – attributed causes for urinary incontinence; Class 1 – Lack of knowledge about the problem; Class 2 – Perceptions on urinary incontinence. Based on the data collection, anchored in the elderly women's perception on urinary incontinence, an educational guide was elaborated and validated for self-care as the end-product of the study. **Final Considerations:** The prevalence of stress urinary incontinence was similar to studies available in the literature. Lack of knowledge about the condition is very frequent, and considered natural to the aging process for many participants, which reduces the search for guidance, diagnosis and treatment in healthcare services. Thus, it was evidenced that participants develop several strategies to relieve the condition, such as the use of absorbable pads, quit leaving home and participating in social activities, among others.

Key words: Elderly Health. Urinary Incontinence. Quality of life. Nursing Care. Chronic Disease.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – REPRESENTAÇÃO DA SELEÇÃO DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	35
QUADRO 1 – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E MEDIDAS COMPORTAMENTAIS	36
FIGURA 2 – DENDOGRAMA (CHD) DAS CLASSES GERADAS PELO IRAMUTEC	57
FIGURA 3 – NOMINAÇÃO DAS CLASSES REPRESENTADAS NO DENDOGRAMA.....	57
FIGURA 4 – NUVEM DE PALAVRAS REPRESENTATIVA DAS CLASSES 3, 2, 1.....	58
FIGURA 6 – GUIA EDUCATIVO PARA O AUTOCUIDADO DE IDOSAS COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA AOS ESFORÇOS	66

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	–	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA AOS ESFORÇOS.....	44
TABELA 2	–	DISTRIBUIÇÃO DOS ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DAS PARTICIPANTES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA AOS ESFORÇOS.....	45
TABELA 3	–	DISTRIBUIÇÃO DAS COMORBIDADES APRESENTADAS PELAS PARTICIPANTES DO ESTUDO COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA AOS ESFORÇOS	47
TABELA 4	–	ÍNDICE DE MASSA CORPORAL DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA AOS ESFORÇOS	48
TABELA 5	–	PADRÃO DAS FEZES E QUANTIDADE DE INGESTA DE LÍQUIDOS POR DIA PARTICIPANTES DO ESTUDO COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA AOS ESFORÇOS	51
TABELA 6	–	FREQUENCIA DA PERDA URINÁRIA, DISPOSITIVO E TIPO DE DISPOSITIVO UTILIZADO PARA A RETENÇÃO URINÁRIA DAS PARTICIPANTES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA AOS ESFORÇOS.....	53

LISTA DE SIGLAS

ABVD	– Atividades Básicas da Vida Diária
AVD	– Atividade da Vida Viária
AIVD	– Atividade Instrumental da Vida Diária
CAPES	– Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDC	– <i>Disease Control and Prevention</i>
CHD	– Classificação Hierárquica Descendente
CIC	– Constipação Intestinal Crônica
DAP	– Disfunções do Assolho Pélvico
DPOC	– Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DM	– Diabetes <i>Mellitus</i>
HAS	– Hipertensão Arterial Sistêmica
IA	– Incontinência Anal
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICS	– <i>Internacional Continence Society</i>
IMC	– Índice de Massa Corporal
ITU	– Infecção do Trato Urinário Inferior
IRAMUTEQ	– <i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
IU	– Incontinência Urinária
IUE	– Incontinência Urinária por Esforço
IUU	– Incontinência Urinária de Urgência
IUM	– Incontinência Urinária Mista
LILACS	– Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	– Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line
MEEM	– Mini Exame do Estado Mental
QV	– Qualidade de Vida
PCA	– Pesquisa Convergente Assistencial
PG	– Prolapso Genital
PNSPI	– Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SciELO	– Scientific Electronic Library Online
SUS	– Sistema Único de Saúde
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

- TCT – Teoria Clássica dos Testes
- SNA – Sistema Nervoso Autônomo
- SNC – Sistema Nervoso Central

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	18
2.1	OBJETIVO GERAL	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3	REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1	INCONTINÊNCIA URINÁRIA	21
3.2	IMPACTO NA FUNCIONALIDADE	23
3.3	TRATAMENTO	24
3.4	ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO	25
3.5	ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO	26
4	MATERIAIS E MÉTODOS	29
4.1	TIPO DE PESQUISA	29
4.1.1	Pesquisa Convergente Assistencial (PCA)	30
4.2	LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	33
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	33
4.3.1	CrITÉrios de Inclusão dos Participantes	33
4.3.2	CrITÉrios de Descontinuidade	34
4.4	ETAPAS DA PESQUISA	34
4.5	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	38
4.5.1	Dados Quantitativos	38
4.5.2	Dados Qualitativos	38
4.6	ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO	40
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
5.1	CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	42
5.2	RESULTADOS DO PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS	56
5.2.1	Classe 3	58
5.2.2	Classe 1	60
5.2.3	Classe 2	62
5.3	CONSTRUCÃO DO GUIA EDUCATIVO	64
5.4	VALIDAÇÃO DO GUIA EDUCATIVO	65

6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
	REFERÊNCIAS.....	70
	APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS IDOSAS.....	85
	APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO DE COLETA DEDADOS EPIDEMIOLÓGICOS E ENTREVISTA.....	88
	APÊNDICE 3 – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DO GUIA EDUCATIVO.....	91
	APÊNDICE 4 – GUIA EDUCATIVO PARA O AUTOCUIDADO DE IDOSAS COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA AOS ESFORÇOS.....	92
	ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UFPR.....	94
	ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP SMS.....	98
	ANEXO 3 – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL	102
	ANEXO 4 – ESCALA DE BRISTOL DE CONSISTÊNCIA DAS FEZES	103
	ANEXO 5 – ANATOMIA DO ASSOALHO PÉLVICO	104

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo, tem como tema central a Saúde do Idoso, área que tem conquistando espaço de discussões, em decorrência do acelerado envelhecimento populacional e das mudanças no perfil epidemiológico que se acentua no Brasil. O crescimento do número de idosos, seu perfil de morbidade e mortalidade agrava o heterogêneo quadro epidemiológico com doenças, incapacidades e sequelas que exigem do sistema de saúde uma organização contínua e multidisciplinar (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

A atual configuração da sociedade demanda novos modelos de saúde e um diferente olhar da enfermagem para o processo de cuidar. Essa necessidade é apontada pela área Técnica da Saúde do Idoso, do Ministério da Saúde, que coloca que a atenção à saúde do idoso deve ser construída com base no atendimento humanizado, no desenvolvimento de inovações. Esta abordagem possibilita o incentivo à produção científica e a disseminação desses conhecimentos, para os gestores e profissionais de saúde que atuam no Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2010).

Considerando que a expectativa de vida no Brasil, esperada para 2025 é de 77,8 anos e uma população de idosos estimada em mais de 35 milhões, ou seja, um aumento significativo ao comparar-se ao ano de 2013, em que o número de idosos correspondia a 23,5 milhões, representando 13% da população. Assim, quanto mais a população envelhece, maior é o índice de doenças crônicas não transmissíveis, morbidade e incapacidade funcional, registradas pelos serviços de saúde (IBGE, 2011). A maioria dos idosos brasileiros é do sexo feminino 55%, esse dado tem relação com taxa de mortalidade diferente para cada sexo. As mulheres vivem mais, porém passam por um período maior de debilitação física (MORAES, 2008). Estes números indicam que, tanto os profissionais de saúde, quanto os serviços precisam se adequar, visando um melhor atendimento a essa crescente demanda, evidenciando a imprescindibilidade de se repensar a gestão do cuidado gerontológico, para atender as especificidades do idoso.

A saúde do idoso está estritamente relacionada com a sua funcionalidade global, definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo, desta forma, o idoso é considerado saudável quando é capaz gerir sua vida sozinho, de forma independente e autônoma, mesmo que tenha doenças. A saúde do idoso é

determinada pelo funcionamento harmonioso de quatro domínios funcionais: cognição, humor, mobilidade e comunicação. A perda dessas funções resulta nas grandes síndromes geriátricas (MORAES et al., 2009). De acordo com Moraes et al. (2009), são sete as principais síndromes que acometem o idoso: incapacidade cognitiva; instabilidade postural; imobilidade; incapacidade comunicativa; incontinência esfinteriana, insuficiência familiar e iatrogenia.

A síndrome geriátrica trabalhada neste estudo refere-se à incontinência urinária (IU). Esta condição acomete mais mulheres do que homens acima de 60 anos de idade, em uma razão de uma a cada três mulheres e um a cada cinco homens (MORAES et al., 2009). Tal fato se deve a uma desvantagem anatômica em que o canal da uretra na mulher é mais curto do que nos homens. Além disso, a mulher é mais exposta há alguns fatores de risco como multiparidade, deformidades pélvicas, hipoestrogenismo após a menopausa, além de outros fatores de risco comuns em ambos os sexos, como obesidade, constipação intestinal são alguns fatores que tornam a IU mais frequente em mulheres idosas (ABRAMS et al., 2003). A IUE é responsável por 50% dos casos de IU, esta é caracterizada pela perda involuntária de urina aos esforços, como tossir, espirrar ou praticar atividade física e sua causa mais comum está relacionada à fraqueza do assoalho pélvico (MORAES et al., 2009).

Estudos populacionais têm demonstrado que a prevalência de disfunções do assoalho pélvico (DAP), que incluem a incontinência urinária (IU), incontinência anal (IA) e o prolapso genital (PG), aumentam de acordo com a idade e com as comorbidades apresentadas. Essas condições têm grande impacto negativo sobre a qualidade de vida (QV), pois afetam o contato social, a atividade laborativa, a higiene e a vida sexual das mulheres (FARIA et al., 2014).

Silva et al. (2016) afirmam que a IU e a IA representam um problema de saúde pública por serem interpretadas como parte natural do processo envelhecimento, desta forma há dificuldade na realização de ações voltadas para sua prevenção. Para Ruipérez (2000), o impacto causado por estas disfunções gera alterações físicas, psicológicas e socioeconômicas. As alterações físicas são: desconforto causado pela sujidade ou pelo mau cheiro, problemas cutâneos, maior risco de infecções, alteração do sono, problemas sexuais, hidratação deficiente e limitação da mobilidade. Psicológicas: isolamento, depressão, baixa autoestima, dependência para realização de atividades cotidianas. Socioeconômicas: distanciamento social por medo de rejeição e para evitar situações constrangedoras, aumento dos custos econômicos.

Cabe ressaltar que os impactos da IU não se restringem à esfera individual, mas também estão relacionados à maior sobrecarga dos cuidadores (CARNEIRO et al., 2017).

A instituição em questão atende predominantemente pacientes idosos. Assim, acredita-se que um hospital especializado na assistência a essa população oportuniza o desenvolvimento de ações que promovam a melhoria do cotidiano desta população. A utilização de material educativo impresso tem sido utilizada para melhorar o conhecimento, satisfação e a aderência ao tratamento e o autocuidado de pacientes. O material de ensino pode ter impacto positivo na educação de pacientes e ser capaz de ajudá-los a responder às perguntas que possam ocorrer quando esse não estiver interagindo com o profissional de saúde (OLIVEIRA et al., 2014a).

À medida que a população de idosos aumenta rapidamente existe a necessidade de buscar mais conhecimentos sobre as temáticas abordadas. Os profissionais de saúde que atendem esta população precisam estar instrumentalizados para avaliar e subsidiar a elaboração de planos de cuidados para a gestão da fragilidade física do idoso. Assim, o idoso saudável é aquele que consegue desempenhar sua rotina de vida de forma independente e autônoma, sendo possível avaliar estas capacidades, por meio da análise das atividades da vida diária (AVD) (MORAES et al., 2009).

Nesta perspectiva, emergiu a seguinte questão de pesquisa:

Como as mulheres idosas com incontinência urinária aos esforços percebem o autocuidado?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um guia educativo para o autocuidado de idosas com incontinência urinária aos esforços.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.2.1 Identificar as características sociodemográficas e epidemiológicas das participantes do estudo;
- 2.2.2 Analisar as percepções das idosas participantes do estudo acerca da perda urinária;
- 2.2.3 Validar o guia educativo para o autocuidado de idosas com incontinência urinária aos esforços.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A fundamentação teórica, abordada a seguir, envolve levantamentos de literatura, organizados nos seguintes temas: incontinência urinária, prevalência da incontinência urinária, impacto na funcionalidade, tratamento, atuação do enfermeiro, elaboração e validação de material educativo.

As buscas foram realizadas em bases de dados científicos, protocolos/manuais do Ministério da Saúde e livros. Para a busca utilizou-se os seguintes descritores: Idoso, Incontinência Urinária. Os idiomas utilizados foram Português, Inglês e Espanhol.

O Ministério da Saúde caracteriza o envelhecimento populacional como a transformação ocorrida na estrutura da pirâmide etária, na qual observamos um aumento significativo de idosos em comparação com número de crianças e adultos (BRASIL, 2014). Conforme estabelecido na portaria de nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI, considera-se idosa a pessoa com 60 anos ou mais.

Essa transformação é um fenômeno natural irreversível, que vem ocorrendo mundialmente, iniciado primeiramente nos países desenvolvidos, de forma lenta e gradual, como resultado da melhoria das condições de vida. Entretanto, o processo de envelhecimento populacional se manifestou tardiamente nos países em desenvolvimento, de maneira acelerada, sem que houvesse o planejamento e a reestruturação de serviços e condições sociais e de saúde, de forma a torná-los capacitados para absorver as novas demandas (BRASIL, 2014; MORAES, 2008). Esse fenômeno traz desafios para sociedade, como maior necessidade de serviços de saúde, decorrentes da sobrecarga de doenças e incapacidades crônicas (MORAES, 2008).

No Brasil, a modificação do padrão etário iniciou-se a partir da década de 1960, quando o país registrou altas taxas de fecundidade, e passou a ser mais evidente a partir da década de 1980, período em que houve uma redução nos índices de fecundidade e de mortalidade, associada a melhores condições de vida e saúde, que levaram as pessoas a viverem mais, sendo expressivo o número de idosos em comparação com as demais faixas etárias (MORAES, 2008; BRASIL, 2014). Desta forma, a pirâmide etária que possuía formato triangular, passa a ter uma base estreita e um vértice alargado, característico das sociedades em acelerado processo de

envelhecimento. Em 2008, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos, havia 24,7 idosos de 65 anos ou mais (BRASIL, 2014).

De forma semelhante à transição demográfica e epidemiológica, nos países desenvolvidos, ocorreu de forma gradual, enquanto nos países em desenvolvimento vem ocorrendo em um curto espaço de tempo, exigindo uma adaptação rápida dos serviços de saúde às novas realidades da população (BRASIL, 2014).

Associado ao aumento da expectativa de vida e conseqüentemente maiores índices de incapacidade funcional, o processo de transição demográfica, adjunto a mudança no modo de vida das pessoas e na organização social, desencadeia simultaneamente um processo de transição epidemiológica, caracterizado pela alteração do perfil de morbidade e mortalidade. Esse processo evidencia-se pela diminuição das taxas de mortalidade por doenças infectocontagiosas e aumento dos índices de doenças crônicas não transmissíveis. Nas últimas décadas a mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias caiu de 46% (em 1930) para 5,3% (em 2005) (BRASIL, 2014).

Segundo a Linha Guia da Saúde do Idoso, Paraná (2017), a população idosa geralmente é acometida por condições apresentadas que não se encaixam em categorias de doenças específicas, mas que são altamente prevalentes, tem etiologia multifatorial e associam-se a múltiplas comorbidades e desfechos negativos, como incapacidade e piora na qualidade de vida, essas condições são denominadas de síndromes geriátricas.

Tais condições, somado ao aumento da população idosa traz desafios como a heterogeneidade pessoal, social, econômica, cultural e ambiental, tanto no que se refere à idade, uma vez que compreende uma composição etária com intervalo de 30 anos (pessoas dos 60 aos 90 anos ou mais de idade), quanto pela sua composição socioeconômica, moradia o que dificulta a aplicação de políticas que atenda as diferentes demandas desse grupo social tão distinto (BERLEZI et al., 2016; PARANÁ, 2017).

O desconhecimento das particularidades do processo de envelhecimento pode gerar intervenções capazes de piorar o estado de saúde da pessoa idosa como as iatrogenias, que são representadas por ações maléficas causadas pelos profissionais da área de saúde. A IU afeta a independência do indivíduo, comprometendo indiretamente, a função da mobilidade. O idoso com incontinência esfinteriana sofre limitação de sua participação social, em virtude da insegurança

gerada pela perda do controle miccional. A insuficiência familiar, é outro elemento fundamental para o bem-estar biopsicossocial, sua ausência, é capaz de desencadear ou perpetuar a perda de autonomia e independência do idoso (PARANÁ, 2017).

Desta forma, deve-se buscar o envelhecimento saudável por meio de ações de prevenção de incapacidades, eliminação ou diminuição de fatores de risco e promovendo hábitos de vida saudáveis.

3.1 INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A Sociedade Internacional de Continência (*Internacional Continence Society - ICS*) define incontinência urinária (IU) como a perda involuntária de urina, podendo ser classificada em: incontinência urinária de esforço (IUE), quando a queixa de perda involuntária se dá durante o esforço físico, espirro ou tosse, devido ao aumento da pressão abdominal. Seu manejo se faz através de intervenções comportamentais, terapias de fortalecimento do assoalho pélvico e cirurgia; incontinência urinária de urgência (IUU), quando a perda de urina é acompanhada de urgência miccional. Ocorre devido a contrações involuntárias não inibidas na bexiga, (hiperatividade do detrusor), o tratamento é realizado por meio de medicamentos. E incontinência urinária mista (IUM) quando ambos os tipos estão presentes, sua etiologia é multifatorial (FARIA et al., 2014; PARANÁ, 2017).

Normalmente a bexiga pode suportar volumes progressivos de urina sob baixa pressão e sem sofrer contrações involuntárias. Um esfíncter com função normal deve ter capacidade de resistir a aumentos da pressão abdominal e manter-se fechado e durante a micção relaxar para um esvaziamento vesical voluntário. Em condições ou patologias que alterem qualquer um desses mecanismos, podem gerar incontinência (PALMA, 2014).

Sua presença é frequentemente omitida pelos pacientes, por constrangimento ou por considerarem a incontinência como ocorrência normal no processo de envelhecimento, havendo evidências de que apenas 30 a 45% dos idosos incontinentes buscam ajuda para tratá-la (PARANÁ, 2017). Pesquisa longitudinal realizada na Austrália durante 15 anos com uma amostra de 12.432 idosas de 70 anos ou mais, com o objetivo de investigar a relação entre a IU e o desenvolvimento de disfunção social, o estudo mostrou que a ocorrência da IU está associada em 30% à

disfunção social em idosas, repercutindo de forma geral na saúde (VO; FORDER; BYLES, 2016).

A capacidade funcional do ser humano declina com a idade, por esse motivo torna-se necessário o planejamento de estratégias que melhorem o estilo de vida dos idosos, realizando programas que proporcionam: promoção e melhoria da força muscular e das articulações, tratamento e reabilitação da capacidade funcional dos esfíncteres urinário e intestinal (COSTA; NAKATAMI; BACHION, 2006).

Segundo Abreu (2012), existem muitas possibilidades terapêuticas, porém os profissionais de saúde devem dar prioridade à prevenção de IU. Ela pode ser dividida em: primária, que consiste na remoção das condições que predispõe ao aparecimento da doença, evitando os fatores de risco como a multiparidade, estilo de vida e alterações intestinais. A secundária tem como objetivo detectar disfunções assintomáticas e tratá-las precocemente, de forma a parar sua progressão; e terciária, que contempla o tratamento dos sintomas existentes para diminuir a severidade e as sequelas da doença, prevenindo sua evolução.

A prevenção visa à realização de exercícios para aumentar a força do esfíncter externo da bexiga, fortalecer a musculatura pélvica, mais especificadamente o músculo elevador do ânus. Bem como evitar contraturas, manter a tonicidade muscular, melhorar a capacidade de recrutamento da musculatura, melhorar a transmissão de pressões na uretra e também a coordenação reflexa durante o esforço (OLIVEIRA, 2007).

A IU tem origem multifatorial e é um agravo que acomete grande parte da população idosa podendo causar grande impacto socioeconômico. Dentre os principais fatores de riscos associados à IU destacam-se: idade, trauma do assoalho pélvico, fatores hereditários, raça, menopausa, uso de alguns simpaticomiméticos e para simpaticolíticos, constipação intestinal, tabagismo, consumo de cafeína, exercícios intensos na região abdominal e algumas morbidades como hipertensão arterial, obesidade, diabetes mellitus e doença de Parkinson (BOLINA, 2013).

Estudos epidemiológicos mostram que a IU é uma condição que afeta mulheres de qualquer faixa etária e de diferentes culturas e raças além de constituir um problema Mundial.

A sua prevalência aumenta com a idade, podendo chegar a 30% em mulheres entre 50 e 89 anos, com pico entre 60 e 69 anos, aproximadamente 42,1% a cada 10.000 mulheres (BEZERRA et al., 2013). Estima-se que aproximadamente 35% das

mulheres e 20% dos homens com idade igual ou superior a 60 anos vivendo na comunidade tenham IU (VO; FORDER; BYLES, 2016).

Estudo sobre prevalência de IU realizado com idosos em uma instituição de longa permanência em Araranguá/SC, evidenciou que aproximadamente 50% dos idosos institucionalizados sofrem perda de urina e essa perda é atribuída à diversos fatores como, tratamento farmacológico, nutrição, comorbidades, redução da mobilidade, dependência funcional, entre outros. A maior prevalência foi no sexo feminino, representado 77,7% dos participantes (QUADROS et al., 2015).

Em um estudo realizado com a população urbana na cidade de Pouso Alegre/MG, a prevalência de IU foi de 20,1% na população geral, 32,9% entre as mulheres e 6,2% entre os homens (SANTOS; SANTOS, 2010). Carneiro et al. (2017), realizaram um estudo que objetivou identificar a prevalência da IU e fatores associados em idosos não institucionalizados. Verificou-se que a IU está presente em idosos de ambos os gêneros, com uma prevalência maior em mulheres 31,1%, os autores apontaram que andar com auxílio, relato de queda no último ano e algum tipo de fragilidade foram fatores associados a ocorrência desta síndrome.

3.2 IMPACTO NA FUNCIONALIDADE

A saúde do idoso resulta da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental (aspectos cognitivos e emocionais), autonomia, integração social, suporte familiar e independência econômica. Para aqueles que envelhecem, muito mais do que apenas a ausência de doenças, a qualidade de vida deve refletir a manutenção da autonomia, ou seja, da capacidade de determinação e execução dos próprios desígnios. O comprometimento de qualquer uma das dimensões citadas pode afetar a capacidade funcional (capacidade de manter-se independente e autônomo) do idoso, que passa a ser o paradigma da saúde geriátrica (PARANÁ, 2017).

O Ministério da Saúde recomenda que a manutenção da funcionalidade dos idosos deve ser objeto de programas de saúde, sendo esta uma das ações do decreto nº 8.114, de 30 de setembro de 2013, que estabelece o compromisso nacional para o envelhecimento ativo a afirmação de direitos e do protagonismo da pessoa idosa na promoção de sua autonomia e independência (BRASIL, 2013).

A debilitação física diminui a capacidade funcional do idoso. As escalas de Atividade da Vida Diária – AVD (vestir-se, tomar banho, alimentar-se, ter continência) e Atividade instrumental da vida diária – AIVD (fazer compras, preparar alimentos, ir ao banco) são utilizadas para avaliar a funcionalidade do idoso, essa capacidade diminui com o avançar da idade. O declínio funcional dos idosos geralmente segue uma hierarquia, iniciando pelas AVD mais complexas (avançadas e instrumentais), até comprometer o autocuidado (AVD básicas). Dessa forma, o envelhecimento populacional significa aumento da carga de incapacidade nessa população (MORAES, 2008; PARANÁ, 2017).

À medida que a população de idosos aumenta rapidamente, existe a necessidade de buscar mais conhecimentos sobre as temáticas abordadas. Os profissionais de saúde que atendem esta população precisam estar instrumentalizados para avaliar e subsidiar a elaboração de planos de cuidados para a gestão da fragilidade física do idoso. A incontinência urinária afeta a funcionalidade do idoso, já que a ausência da continência interfere nas AVD, tornando-o o indivíduo mais vulnerável a situações de estresse, podendo levar ao isolamento social, uma vez que ficam com medo de passar situações constrangedoras, como ficar com a roupa molhada e com odor desagradável, levando a quadro de depressão e afetar a sexualidade e o convívio com seus familiares (CESTARI et al., 2016).

3.3 TRATAMENTO

O tratamento conservador é a primeira escolha para o tratamento das disfunções do assoalho pélvico (DAP). Fazem parte deste tratamento exercícios para o fortalecimento do assoalho pélvico, cones vaginais, biofeedback, eletroestimulação, treinamento vesical, terapia comportamental que envolve orientações simples, sem custo ou efeitos adversos, que podem minimizar ou até mesmo cessar as perdas urinárias, melhorando a percepção do portador em relação a si e ao meio que a rodeia. Mesmo quando a IU não é curável, sempre é possível gerenciar determinados comportamentos para manter os pacientes mais confortáveis e minimizar os agravos relacionados a essa problemática (SANTOS, 2016).

O tratamento para IUE poderá ser farmacológico, cirúrgico ou conservador (BEZERRA et al., 2013). O tratamento conservador visa o fortalecimento da musculatura pélvica. Para Oliveira (2007), a reeducação pélvica perineal, exercícios

descontraturantes, exercícios de Kegel (que tem como finalidade fortalecer o músculo pubo coccígeo), são algumas técnicas que podem ser utilizadas de forma preventiva. Os exercícios de Kegel têm nível máximo de evidência para as mulheres com IU e são a primeira medida terapêutica a ser implementada (ABREU, 2012).

3.4 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

Os cuidados de enfermagem são indispensáveis na melhoria do estado de saúde das pessoas, quer quando a intervenção se dirige à manutenção ou a obtenção de estilos de vida saudáveis, quer quando em situação de doença se encaminham a aquisição do bem-estar ou à promoção da independência (SANTOS et al., 2013).

O enfermeiro fundamenta seu processo de trabalho em várias dimensões que se complementam, sendo a assistencial e gerencial duas delas. Para um atendimento centrado no sujeito e em suas perspectivas de cuidado, o enfermeiro incorpora em seu processo de trabalho ações voltadas para a prevenção, cura e reabilitação (HAUSMANN; PEDRUZZI, 2009; SILVEIRA et al., 2013).

Os requisitos de autocuidado como vestir-se, realizar higiene, alimentar-se, são comuns a todos os seres humanos durante todos os estágios do ciclo de vida e devem ser vistos como fatores inter-relacionados (PIRES et al., 2015). O enfermeiro deve direcionar suas ações de cuidado de acordo com as necessidades apresentadas pela população a ser atendida.

No que diz respeito a IU, algumas condições clínicas podem predispor ou agravar os sintomas, por isso, ações de origem assistencial e gerencial são importantes para o planejamento e execução do cuidado. A avaliação do idoso com este problema começa com a realização da anamnese e exame físico bem detalhado com vistas a identificar os fatores de risco associados. Além disso, para um diagnóstico correto, o profissional precisa ter uma abordagem multifatorial, buscando identificar a doença do trato urinário que provoca à incontinência e propor formas de tratamento que viabilizem uma melhor qualidade de vida ao idoso. Métodos não farmacológicos para a IUE é a primeira escolha de tratamento por meio exercícios para o fortalecimento da musculatura pélvica (MORAES et al., 2009).

Nesta forma de tratamento a atuação do enfermeiro é essencial, tendo em vista que, este profissional pode desenvolver um plano de cuidado individualizado com o objetivo de diminuir a ocorrência dos sintomas e minimizar as disfunções que afetam

as mulheres idosas (SILVA, 2012). Nesse contexto, a capacitação das idosas com IUE por meio da educação em saúde por profissionais enfermeiros é uma estratégia de promoção da saúde para o autocuidado, favorecem a manutenção de sua autonomia e tem como objetivo minimizar ou eliminar os sintomas urinários e os fatores de risco relacionados a perda urinária.

3.5 ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO

O material educativo visa auxiliar no processo de construção do saber, como meio de chamar a atenção para o assunto, levantando questionamentos e preocupações a respeito da saúde (PEUKER et al., 2017). A elaboração e/ou validação de um instrumento compreendem a área de desenvolvimento e tecnologias em saúde. Para Merhy (1997), as tecnologias são classificadas em leve, dura e leve dura, sendo a primeira direcionada às relações, produção de comunicação, acolhimento, vínculos e automatização, já as tecnologias duras fazem referência aos recursos materiais, equipamentos tecnológicos, normas, rotinas e estruturas organizacionais e as tecnologias leve duras estão relacionadas aos saberes estruturados no processo de saúde.

O material educativo é entendido como uma tecnologia social leve dura uma vez que auxilia na definição e orientação para a realização do cuidado podendo desta forma contribuir para a inovação da prática profissional, favorecendo a decisão clínica propiciando atendimento eficiente, eficaz e convergente às necessidades do paciente (SALVADOR et al., 2012).

O uso de materiais educativos impressos, como cartilha, folder, assume um papel importante no processo de educar, não apenas por promover estratégias de conteúdos de aprendizagem, mas também por funcionarem como recurso de fácil acesso à informação, sendo possível ao paciente e sua família consultá-lo sempre que acharem necessário, inclusive em domicílio (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003). Para que a informação atenda ao objetivo a que se propõe ao leitor, os materiais educativos em saúde requerem certo grau de validade e o seguimento de pré-requisitos metodológicos de seleção e apresentação de conteúdo e linguagem que contribuam para uma melhor assimilação da informação (ECHER, 2005).

A validação é considerada um dos principais critérios que asseguram a qualidade do instrumento, pois aponta que ele mede de fato o fenômeno ao qual se

destina, sendo, portanto, importante avaliar, antes de se utilizar, as suas propriedades psicométricas. Por psicométrica entende-se um ramo de estudo que teve seu início na psicologia e tem o objetivo de expressar, por meio de números e não apenas por descrição verbal, os fenômenos psicológicos, cujo uso em outras áreas se deu pela necessidade em precisar o grau de aptidão das pessoas avaliadas por meio de instrumentos válidos e confiáveis (PASQUALI, 2009; COLLARES; GREC; MACHADO, 2012).

Historicamente existem dois modelos teóricos de medidas psicométricas, a teoria clássica dos testes (TCT) e a moderna, também conhecida como teoria de resposta (PASQUALI, 2013). Sendo a TCT a mais utilizada pela comunidade científica, considerando que seu foco de avaliação é direcionado à qualidade do instrumento de medida, com o objetivo de garantir que os testes sejam válidos e confiáveis para mensurar comportamentos humanos e também por ser considerada mais simples de ser aplicada em comparação com a teoria de resposta ao item (PASQUALI, 2013; SARTES; SOUZA-FORMIGONI, 2013).

De acordo com a TCT, a validade pode ser avaliada de três modos diversos: validade de critério, validade de construto e validade de conteúdo. A validade de critério permite avaliar o grau com que um instrumento consegue distinguir entre as pessoas que diferem em determinadas características, de acordo com um critério padrão externo; quando o instrumento e o critério são aplicados de forma simultânea, a validade é chamada concorrente, e quando o critério é avaliado no futuro, chama-se de validade preditiva (PASQUALI, 2013).

No que se refere à validade de conteúdo, método de validação realizado no presente estudo, é segundo Fayers e Machin (2007), um método que visa avaliar e confirmar se o instrumento pondera sobre toda a dimensão teórica do construto pretendido, apontando possíveis divergências no instrumento, avaliando também a aceitabilidade, a clareza, a compreensão e a relevância dos itens.

A avaliação da validade de conteúdo é importante para que se possam criar medidas novas, pois representa o início de mecanismos para associar conceitos abstratos com indicadores observáveis e mensuráveis (PASQUALI, 2013). De uma maneira geral, ela consiste em uma avaliação que pode ser usada tanto para construção de novos instrumentos quanto para adaptação cultural de instrumentos de medida já existentes (ALEXANDRE; COLUCI, 2011) e respalda-se no julgamento do instrumento por um comitê de especialistas, que avalia o conteúdo dos itens bem

como se esses são relevantes e representativos de um determinado construto (FAYERS; MACHIN, 2007).

Assim, é importante que a validade de conteúdo ocorra por meio de uma avaliação tanto qualitativa quanto quantitativa (PILATTI; PEDROSO; GUTIERREZ, 2010). A avaliação qualitativa da validação de conteúdo tem como objetivo verificar a qualidade do instrumento, clareza, pertinência, relevância e representatividade dos itens do questionário bem como suas equivalências semântica, idiomática, conceitual e cultural. Já a avaliação quantitativa de conteúdo, encontra-se na literatura que os métodos mais utilizados são: método da porcentagem de concordância entre os juízes, o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e o coeficiente de *Kappa* (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa metodológica de natureza mista, sustentada na Pesquisa Convergente Assistencial. Segundo Polit, Beck e Hungler (2011), a pesquisa metodológica tem por finalidade a investigação de métodos de obtenção, organização e análise dos dados utilizados para a elaboração, avaliação e validação de instrumentos e técnicas de pesquisa. Ela fornece caminhos, formas, elementos e procedimentos para atingir determinado fim. Para Tobar e Yalour (20021) a sugestão e estabelecimento de critérios são sua principal contribuição para estudos posteriores por meio da criação de fluxogramas, lista de passos ou considerações que devem ser respeitadas.

A validação refere-se ao grau em que o instrumento mede aquilo que se propõe, é um critério importante para avaliar a qualidade do mesmo. A validade não é provada ou estabelecida e sim, apoiada por um grau maior ou menor de evidências (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). Nesta pesquisa foi realizada a validade de conteúdo, a qual está relacionada com a adequação da amostragem da área do conteúdo a ser medida e serve para avaliar o quão representativos são os itens do instrumento dentro do universo de todos aqueles que poderiam ser elaborados sobre tal assunto ou tema. Sua avaliação não está baseada em métodos objetivos que garantam uma cobertura adequada de um instrumento, mas sim em critérios empregados pelo especialista (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

A pesquisa de métodos mistos se concentra em coletar, analisar e misturar dados quantitativos e qualitativos em um único estudo ou uma série de estudos. Em combinação, proporciona um melhor entendimento dos problemas de pesquisa. O nível de interação entre os dois elementos pode ser mantido independentes ou interagir um com o outro nas diversas fases da pesquisa (CRESWELL; CLARK, 2013).

A pesquisa de abordagem qualitativa visa a análise e a compreensão de aspectos que envolvem a multiplicidade do comportamento humano de maneira contextualizada, utilizando a coleta e a análise de dados de modo preciso sobre investigação, hábitos, atitudes, tendências de comportamento (SILVA; MENEZES, 2001).

A pesquisa qualitativa permite ao pesquisador um olhar mais amplo de um cenário. Para Minayo (2014), a abordagem qualitativa poderá ser usada para responder questões que não podem ser analisadas em números, portanto requerer atitudes flexíveis, capacidade de observação e de intuição entre o pesquisador e os sujeitos envolvidos na pesquisa.

A abordagem quantitativa traduz em números opiniões e informações, para classificá-los e analisá-los sob a premissa de que todos os fenômenos são quantificáveis. Caracteriza-se pelo emprego de instrumentos estatísticos, tanto na coleta quanto no tratamento dos dados, tendo como finalidade medir relações entre as variáveis. Procura, portanto, medir e quantificar os resultados da investigação, elaborando-os em dados estatísticos. É apropriada para medir tanto opiniões, atitudes e preferências como comportamentos. Este método de pesquisa deve ser utilizado para descobrirmos quantas pessoas de uma determinada população compartilham uma característica ou um grupo de características (LAKATOS; MARCONI, 2011).

4.1.1 Pesquisa Convergente Assistencial (PCA)

O referencial teórico-metodológico que sustenta este estudo é a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), desenvolvida por Trentini e Paim (2004), que tem como objetivo articular a pesquisa e a prática assistencial, por meio da aproximação direta com o problema estudado visando transformar a realidade. Essa transformação se torna possível quando o pesquisador, inserido no ambiente em que o problema acontece, pode identificar e analisar os elementos que contribuem para sua existência e então, propor soluções e inovações para o aprimoramento do cuidado de enfermagem. A inserção do pesquisador no campo tem como finalidade a interação entre ele e os participantes do estudo, gerando variáveis subjetivas que conferem a este referencial metodológico uma abordagem qualitativa (TRENTINI; PAIM, 2014).

Para alcançar esta compreensão, a PCA tem como princípio o estabelecimento de uma estreita relação entre pesquisar e o campo da prática assistencial estudada, somente assim é possível encontrar soluções para os problemas. Além disso, existe uma preocupação com o objeto de pesquisa, uma vez que o tema precisa surgir das necessidades dos profissionais e usuários do serviço de saúde (TRENTINI; PAIM, 2014). A PCA é dividida em quatro fases: concepção, instrumentação, perscrutação, análise, que serão abordados a seguir.

Fase de Concepção

A primeira fase da PCA consiste na concepção do problema de pesquisa. Nesta fase o pesquisador responde as seguintes questões: o que pesquisar? Quais conhecimentos quero construir? Quais mudanças são necessárias para melhorar a assistência? O tema deve surgir do seu cotidiano de prática profissional (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Fase de Instrumentação

A segunda fase, de instrumentação, corresponde à definição do método e técnicas a serem utilizadas para realização da pesquisa. Trata-se do momento em que são pensados os detalhes de como realizar a pesquisa, uma delimitação clara de qual será o espaço físico, em que local ocorrerá a coleta de dados, qual será a amostra e quais serão os instrumentos e técnicas de coleta de dados (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Outro aspecto importante desta fase é a escolha dos instrumentos e técnica de coleta de dados. A PCA contempla vários métodos de coleta, neste estudo foi utilizado a técnica de autorrelatos estruturados (entrevistas). Este método vai ao encontro dos objetivos da pesquisa qualitativa, que busca abstrair a subjetividade do problema permitindo sua compreensão como um todo (TRENTINI; PAIM, 2014).

Na PCA a entrevista supera sua simples dimensão da técnica de coleta de dados e se configura como uma forma do pesquisador se aprofundar no campo de investigação, sendo o discurso dos participantes da pesquisa a matéria prima para o desenvolvimento da pesquisa qualitativa (WILLIG, 2004).

Fase de Perscrutação

A fase de perscrutação está entrelaçada nas fases de instrumentação e análise. Conforme Trentini, Paim e Silva (2014, p.46) “perscrutação se caracteriza como uma procura de modo minucioso e profundo de condições para mudanças em todo o contexto da investigação”. Portanto durante a inserção do pesquisador no campo estudado ele irá se apropriar da realidade e buscar informações que poderão contribuir para construção de um processo de mudança.

Fase de Análise

A última fase da PCA compreende a análise e interpretação dos dados. Esta fase possui quatro etapas: apreensão, síntese, teorização e transferência. Na etapa de apreensão o pesquisador inicia a coleta de informações, que deve ser realizada conforme o tipo de informação, seguindo a ordem cronológica dos registros obtidos na coleta de dados (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). O objetivo é apreender o sentido das informações coletadas e descrever o fenômeno em estudo. Esse processo pode ser realizado por meio de codificação e/ou categorização dos dados, que significa agrupá-los por similaridade, o que permite ao pesquisador perceber quais categorias traz pouca informação, indicando a necessidade de voltar a campo para buscá-las, a fim de atingir a saturação dos dados, porque é pela análise minuciosa de uma categoria saturada que será possível identificar características dos fenômenos (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A etapa de síntese consiste em reunir as categorias e uniformizar as informações concretas ou abstratas, tornando-as coerentes. Trata-se de sintetizar as informações obtidas nas categorias e identificar padrões que elucidam o fenômeno investigado (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

O processo de teorização consiste em identificar, definir e construir relações entre os constructos. “Teorizar é um processo que envolve construções, desconstruções e reconstruções de formulações teórico-conceituais para chegar a um esquema que possa descrever e explicar fenômenos reais” (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p.57).

A etapa de transferência refere-se à contextualização dos resultados, de maneira que permita a sua aplicação na prática assistencial e modifique a realidade. É fundamental que os processos e protocolos institucionais estejam em concordância com o conhecimento que se pretende transferir para prática, sendo essencial o uso de uma linguagem acessível para equipe e usuários do serviço (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Conforme Trentini, Paim e Silva (2014), a essência da PCA está na convergência dos processos de prática assistencial e da investigação científica, por meio do diálogo contínuo e do estabelecimento de uma relação de compromisso entre o trabalho do pesquisador e o trabalho dos profissionais no seu campo de prática.

Ao refletir e solucionar problemas reais e gerar melhorias para a prática assistencial, a pesquisa estará cumprindo o seu papel principal, que é a de produção

e aplicação do conhecimento para melhorar a vida das pessoas. Desta forma, a PCA afirma-se enquanto abordagem metodológica que “está orientada para o compromisso humanista do pesquisador em estudar e operar na prática assistencial em saúde a partir das perspectivas dos profissionais e/ou usuários envolvidos no contexto da pesquisa” (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p.21).

A PCA tem como princípio envolver os atores sociais na elaboração e desenvolvimento da pesquisa, considerando que o pesquisar poderá iniciar um processo de mudança em um espaço de trabalho coletivo somente se os participantes se comprometem com o projeto. Portanto, a escolha e envolvimento da amostra no desenvolvimento da pesquisa e na construção de uma proposta de mudança são fundamentais para sua concretização (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi realizado nos ambulatórios de geriatria e urologia de um hospital público, com atendimento exclusivo pelo Sistema Único de Saúde - SUS, situado na Cidade de Curitiba, Paraná. O período para a coleta de dados compreendeu os meses de dezembro de 2017 a março de 2018.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

As participantes do estudo foram 24 mulheres idosas com sessenta anos ou mais, provenientes dos ambulatórios de geriatria e urologia que atenderem aos critérios de inclusão e descontinuidade. Conforme proposto por Trentini e Paim (2004), a amostra do estudo deve incluir pessoas envolvidas com o problema investigado, permitindo a obtenção de informações abrangentes acerca do objeto de estudo.

4.3.1 Critérios de Inclusão dos Participantes

- a) Mulheres com 60 anos ou mais;
- b) Ter incontinência urinária aos esforços autorreferida;
- c) Obter pontuação no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) 9 a 13 pontos para não alfabetizados, de 18 pontos para aqueles com escolaridade baixa e média e 26 pontos para escolaridade alta (pontos de corte propostos por Bertolucci et al., 1994).

4.3.2 Critérios de Descontinuidade

Idosas que apresentarem alguma intercorrência que impeça a continuidade de participação na pesquisa.

4.4 ETAPAS DA PESQUISA

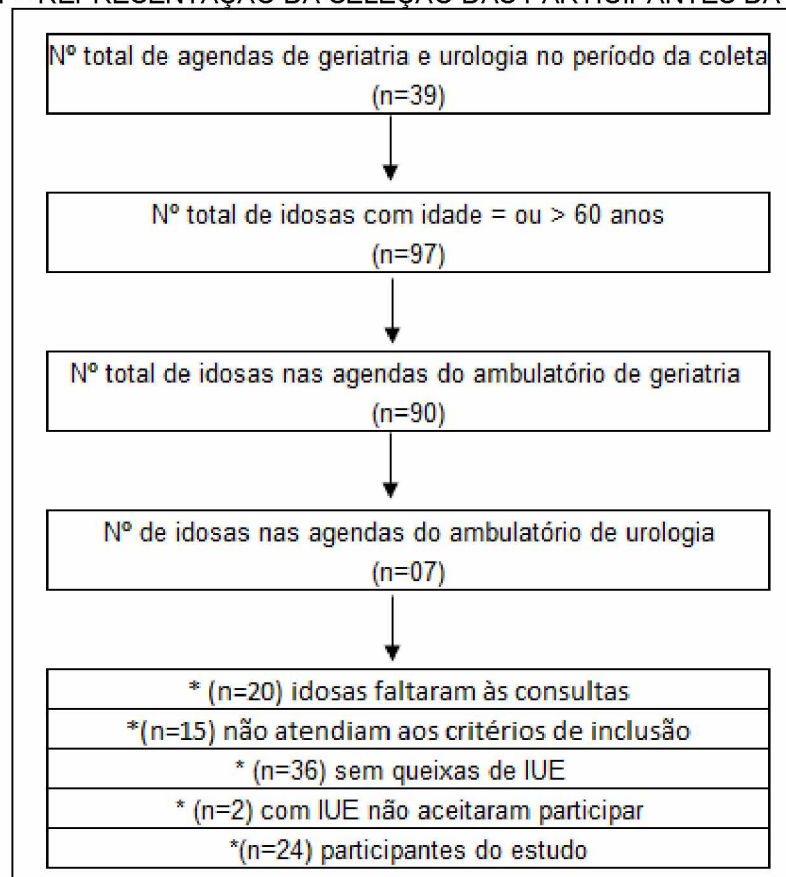
Etapa 1 – Recrutamento dos participantes

As idosas foram abordadas na sala de espera do ambulatório e convidadas a participar da pesquisa. Aquelas que aceitaram foram encaminhadas para um consultório afim de garantir sua privacidade. Nesse momento foi explicado do que se tratava a pesquisa e seus objetivos e solicitado leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1). Para as participantes que não eram alfabetizadas a pesquisadora leu o TCLE. Para as participantes que não conseguiam assinar o seu nome, foi utilizado uma almofada de carimbo afim de carimbar a digital no TCLE como forma de substituir a assinatura.

Em seguida foi realizado avaliação cognitiva por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), (ANEXO 3), para todas as participantes que ainda não haviam sido submetidas ao teste. As participantes que já haviam realizado esta avaliação na consulta de enfermagem, ou em consulta com outra especialidade no ambulatório do local do estudo não foram resubmetidas. Esta informação foi extraída pela pesquisadora por meio de verificação no prontuário eletrônico do paciente.

Na figura 1 está representada a distribuição do número de agendas e consultas das especialidades de geriatria e urologia durante o período que compreendeu a coleta de dados (19/12/2017 a 03/03/2018), bem como o número de idosas que foram atendidas em cada especialidade, e, daquelas que faltaram às consultas no período.

FIGURA 1 – REPRESENTAÇÃO DA SELEÇÃO DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA



FONTE: A autora (2018).

Etapa 2 – Coleta de dados

Para a coleta de dados foi construído um instrumento dividido em duas partes. A primeira parte contendo questões acerca de dados epidemiológicos e sociodemográficos dos quais foram extraídos os dados quantitativos (APÊNDICE 2). Neste momento também foi aferido o índice de massa corporal (IMC), que foi determinado com o auxílio de uma balança digital e o estadiômetro foi utilizado para aferir a altura.

No quadro 1 apontam-se as variáveis de interesse do estudo, que compõem perfil sociodemográfico, clínico e medidas comportamentais.

QUADRO 1 – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E MEDIDAS COMPORTAMENTAIS

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	Variáveis: idade, escolaridade, cor da pele, estado civil.
PERFIL CLÍNICO	Variáveis: uso de medicamentos, comorbidades, tempo de início dos sintomas urinários, histórico obstétrico, padrão evacuatório.
MEDIDAS COMPORTAMENTAIS	Variáveis: ingestão de líquidos, hábito alimentar.

FONTE: A autora (2018).

A segunda parte foi composta por questões estruturadas acerca da percepção das idosas sobre a perda urinária dos quais foram extraídos os dados qualitativos.

Inicialmente foi realizado um teste piloto com três participantes. Após o teste, constatou-se a necessidade de inserir os seguintes itens no instrumento de coleta de dados: tempo de início dos sintomas da perda urinária, comorbidades apresentadas, data do atendimento e número do atendimento. Estas informações são relevantes para melhor organização dos dados.

A coleta de dados foi realizada em local privativo, por meio de entrevista individual, guiada por um instrumento, com duração aproximadamente 25 minutos. As informações obtidas, foram registradas e transcritas na íntegra pela pesquisadora.

Utilizou-se neste estudo a Escala de Bristol para a consistência das fezes, seu objetivo é avaliar de maneira descritiva, a forma do conteúdo fecal, por meio de métodos gráficos que representam sete tipos de fezes, de acordo com sua forma e consistência (ANEXO 4). Com o objetivo de explicar as causas da incontinência urinária e favorecer o processo de compreensão pelas participantes foi apresentado durante a entrevista um impresso com imagem da região pélvica e suas estruturas de suporte (ANEXO 5).

Nesta etapa também foi reforçado sobre um dos objetivos da pesquisa, que se trata da elaboração de guia com orientações sobre o autocuidado para as pacientes que consultam na instituição e que possuem este problema. A pesquisadora explicou que seria necessário um segundo encontro para apresentação e validação do guia educativo com algumas participantes de forma aleatória. Foi orientado que seria realizado contato telefônico para o agendamento desse segundo momento de acordo

com a disponibilidade das participantes, tendo em vista que muitas participantes dependem de familiares/cuidadores para levá-las até a instituição do estudo.

Etapa 3 – Elaboração do guia educativo

As informações descritas no guia educativo foram elencadas após revisão de literatura com base nos dados do perfil epidemiológico e das entrevistas com as participantes do estudo (APÊNDICE 4). Em seguida, o mesmo foi encaminhado a uma profissional Designer para que fosse construída a diagramação.

Etapa 4 – Validação

A validação compreendeu duas etapas: a primeira se deu por meio de contato telefônico com oito participantes do estudo de forma aleatória a fim de verificar a disponibilidade e possibilidade do agendamento de uma reunião para apresentação do material educativo elaborado e posterior participação no processo de validação. Destas, cinco aceitaram participar.

A segunda etapa ocorreu por meio do encontro com o comitê de participantes e foi realizado na primeira quinzena do mês de junho.

A validação foi realizada por meio de um instrumento elaborado pela pesquisadora (APÊNCIDE 3). Trata-se de uma escala tipo Likert com pontuação de um a quatro, que teve como objetivo avaliar a relevância/representatividade de cada item dos domínios principais. Assim, as opções de respostas foram: 1 = não relevante ou não representativo, 2 = item necessita de grande revisão para ser representativo, 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo, 4 = item relevante ou representativo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

O escore do Índice de Validade do Conteúdo (IVC) foi calculado por meio da soma de concordância dos itens marcados por “3” ou “4” pelos especialistas, dividido pelo número total de respostas, será obtido um escore de $IVC = 1$. Para verificar a validade de instrumentos de uma forma geral, recomenda-se um valor de concordância mínima de 0,90 ou mais (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

4.5.1 Dados Quantitativos

Os dados quantitativos coletados por meio do formulário semiestruturado (APÊNDICE 2), foram organizados e analisados no software Excel®, que permite criar tabelas que calculam automaticamente os totais de valores numéricos introduzidos, imprimir tabelas em esquemas atrativos e criar gráficos simples (ZULIAN, 2013). Os dados foram analisados descritivamente.

4.5.2 Dados Qualitativos

Os dados qualitativos foram coletados e extraídos da entrevista. Esta foi realizada por meio de formulário semiestruturado (APÊNDICE 2). Na PCA, segundo Trentini e Paim (2004b) a etapa de codificação pode ser realizada manualmente ou por recursos tecnológicos como os softwares. Utilizar os softwares pode ser mais rápido e eficaz do que a codificação à mão, no entanto, o pesquisador ainda necessita realizar a leitura minuciosa do texto e atribuir códigos (TRENTINI; PAIM, 2004b).

Foi utilizado para esse passo o *software* gratuito e de fonte aberta, *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ) o qual permite a análise sobre corpus textuais e dados textuais (CAMARGO; JUSTO, 2013)

Ele foi desenvolvido por Ratinaud em 2009, na língua francesa, atualmente possui tutoriais completos em outras línguas. Em 2013, este software foi adaptado à língua portuguesa e começou a ser utilizado no Brasil. É uma ferramenta livre, gratuita desenvolvida através de tecnologia aberta, permite diferentes tipos de análises de dados textuais, desde as análises mais simples, como a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras), até análises multivariadas-classificação hierárquica descendente, (CHD), análises de similitude, nuvens de palavras, dentre outras (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Os dados foram organizados e analisados por meio do *software* IRAMUTEQ, a partir da análise da nuvem de palavras, CHD e dendograma. A CHD pretende obter classes de palavras a partir de *corpus* textuais, que ao mesmo tempo, apresentam significado/vocabulário semelhante entre si, e diferentes nos segmentos de textos das

demais classes. Constrói a análise qualitativa dos textos em um dendograma, que mostra graficamente as classes e suas possíveis relações. De acordo com as classes e frequência das palavras fornecidas pelo IRAMUTEQ, o pesquisador as nomeia conforme sua semântica.

A nuvem de palavras é uma análise mais acessível, que trabalha com a imagem gráfica em função da frequência das palavras e possibilita facilmente sua identificação visual através de uma figura gerada pelo *software*. Após o processamento do conteúdo textual, constrói-se o modelo analítico formado por categorias, que se ajustam às classes de palavras geradas pelo *software* IRAMUTEQ (MOIMAZ, 2017).

O referido programa trabalha com unidades de contexto iniciais (UCIs) que podem ser estruturadas de várias maneiras, a depender do caráter dos dados coletados. Estas técnicas de análise permitem facilmente sua identificação através de um arquivo único, corretamente configurado em formato texto (.txt) e denominado Rapport ou corpus e segmentos de texto, que correspondem aos textos originais da entrevista (JUSTO; CAMARGO, 2014).

A análise sobre *corpus* textual tem a finalidade de analisar textos, entrevistas, documentos, dentre outros. Compreende o *corpus* o texto e o segmento de texto. Sendo o *corpus* o conjunto de texto que se pretende analisar, o texto é cada entrevista e o segmento de texto são partes extraídas do texto de geralmente três linhas (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Nesse passo, foi preparado o *corpus* textual para a análise, conforme a orientação de Camargo e Justo (2016). Primeiramente, todas as entrevistas transcritas foram salvas em um único arquivo no bloco de notas, em seguida cada entrevista foi separada com linhas de comando com asteriscos, por exemplo: **** *entrevista_01. Após a preparação do *corpus* seguiu-se a orientação de revisar e corrigir todo o arquivo da seguinte forma: removidos os parágrafos, confirmado que o corpus não estava justificado, sem palavras em negrito ou itálico, verificado se não haviam partes do corpus com os caracteres: aspas, apóstrofo, hífen, cifrão ou porcentagem. Em seguida, o *corpus* foi salvo em pasta própria na área de trabalho do computador e salvo como “texto codificado” em “txt”.

Posteriormente foram geradas as classes pelo software IRAMUTEQ seguindo as orientações de Camargo e Justo (2016): importado o *corpus*, definido os caracteres na função “uft8 – all languages”, selecionado o idioma português. Confirmado ambas

as opções para que fosse processada a importação dos dados. Em seguida, clicado em “análise de texto” e mantido o item “lematização” selecionado, pois assim o *software* utiliza as formas reduzidas das palavras encontradas nos dicionários para processar a análise.

Dentre as formas de representação dos dados textuais fornecidas pelo IRAMUTEQ, foram selecionadas a CHD e a nuvem de palavras, pois pelo método a CHD visa obter classes de segmentos de texto (ST) que apresentam vocabulário semelhante entre si e concomitantemente diferente dos ST das outras classes, calculando e fornecendo os ST característicos de cada classe. Demonstrada por meio do dendograma, uma das diferentes formas de apresentação das classes geradas pelo *software*, a qual mostra as relações entre as classes (CAMARGO; JUSTO, 2016).

A nuvem de palavras foi selecionada por agrupar e organizar as palavras em função da frequência nos ST (CAMARGO; JUSTO, 2016). Após a seleção das palavras e dos ST foi realizada a leitura exaustiva e aprofundada de cada classe, a fim de buscar o significado e a relação entre os discursos. A partir disso foram nomeadas as classes e buscou-se na literatura científica o embasamento para a discussão. Dessa forma a interpretação na pesquisa qualitativa pode adquirir várias formas, ser adequada em diversos projetos ser ajustável para publicar significados pessoais embasados na pesquisa e na ação (CRESWELL, 2010).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

Neste estudo foram respeitados os preceitos éticos de participação voluntária, esclarecida e consentida, segundo Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que rege pesquisas em seres humanos (BRASIL, 2012). Este projeto de pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética do Setor de Saúde da Universidade Federal do Paraná, sob o parecer nº 2.247.608. O mesmo foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba com aprovação sob o parecer nº 2.318.532.

Os participantes foram consultados e esclarecidos quanto à possível inclusão no estudo. Receberam informações a respeito do objetivo, procedimentos, cuidados a serem tomados, e o direito de desistir a qualquer momento sem justificativa. Todas e quaisquer informações prestadas, bem como a identificação dos participantes foram

mantidas em completo anonimato, garantindo o sigilo das mesmas, e a fidedignidade dos dados.

Para garantir o anonimato dos participantes, nas entrevistas foram atribuídos códigos de identificação para cada participante, de conhecimento apenas do pesquisador. Todos os participantes da pesquisa leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE 1), em duas vias, uma via que foi entregue ao participante e a outra que ficou com a pesquisadora.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir são apresentados e discutidos os resultados obtidos no presente estudo. Este item foi dividido em quatro subitens, sendo o primeiro, referente as características epidemiológicas das participantes do estudo (dados quantitativos). O segundo compreende as percepções/sentimentos das participantes acerca da perda urinária (dados qualitativos). O guia educativo, produto dessa dissertação de mestrado profissional é descrita no terceiro subtítulo e por fim, no quarto item os resultados da validação do guia educativo e a apresentação final pós validação. A discussão deste capítulo foi embasada na revisão de literatura pertinente e acessível nos bancos de dados de livre acesso, como Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (Medline) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

5.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A idade das participantes variou entre 60 a 101 anos, com uma média de 75 anos e 37,5% das participantes do estudo tinham entre 60 a 70 anos de idade.

Langoni et al. (2014), identificaram em seu estudo que a média de idade de mulheres com incontinência urinária era de 68,5 anos. Silva et al. (2017), em um estudo cujo objetivo foi caracterizar perfil e prevalência da IU em idosas, verificou que a idade variou de 53 a 78 anos, com média de 64 anos. Pesquisa realizada por Menezes et al. (2016) com idosas fisicamente ativas que apresentavam incontinência urinária apontou que a média de idade foi de 68,6 anos. A idade é um dos fatores para ocorrência de IU, afetando principalmente as mulheres com faixa etária bem avançada, no período do climatério e menopausa (HIGA et al., 2008). Neste estudo a IUE teve predomínio na faixa etária entre 60 a 70 anos (37,5%), este achado, se assemelha com ARAÚJO et al. (2010) que pesquisaram o perfil sociodemográfico e clínico sobre IU. Os autores concluíram que a faixa etária mais atingida foi de 66 a 75 anos correspondendo a 39,4%, seguida da faixa etária entre 56-65 anos (27,2%) da amostra.

No que se refere a escolaridade a maior parte da população deste estudo 58,3% possuía ensino fundamental. Figueiredo et al. (2008) em um estudo descritivo transversal retrospectivo, relata que a maior parte dos participantes 79% possuía instrução fundamental. Outro estudo demonstra que, dentre as mulheres avaliadas, 45% estudou até as séries iniciais do ensino fundamental (entre a primeira e quarta série) (CORNÉLIO et al., 2012).

Trabalho realizado com 132 idosas, 44,4% das participantes com IU possuíam ensino médio incompleto e completo, seguida por 35,1% com ensino fundamental completo e incompleto (CARVALHO et al., 2014). No estudo de Silva et al (2017), com relação a escolaridade, a maioria das idosas havia estudado até o ensino fundamental incompleto. Menezes et al. (2016) também relatam em seu estudo, que a maioria das idosas incontinentes possuía ensino fundamental incompleto (31,1%).

Um estudo sobre fisioterapia na incontinência urinária e qualidade vida de mulheres idosas, mostrou que a maioria das participantes tinham baixa escolaridade, sendo a maioria com ensino fundamental incompleto (SILVA et al., 2017). No que tange ao grau de instrução e conhecimento, quanto mais esclarecida e informações a população tiver, mais irá favorecer o processo de busca por orientações e tratamentos de saúde.

Em relação ao estado civil a maioria das participantes 54% eram viúvas, 33% casadas e 12,5% divorciadas. Os estudos apontam que a prevalência de IU varia de acordo com o grupo étnico racial. Em um estudo realizado com mulheres de 60 anos ou mais, a prevalência da IU apresentou ser maior em brancas 41% quando comparadas às negras 20% (ANGER; SAIGAL; LITWIN, 2006).

Delancey et al. (2010), desenvolveram um estudo cujo objetivo foi comparar a função da continência em mulheres de raça branca e negras com idade entre 35 a 64 anos. Os resultados apontaram que a pressão máxima de fechamento uretral foi maior em mulheres negras do que em mulheres brancas, onde as mulheres negras apresentaram 22% a mais de força de fechamento uretral do que as mulheres brancas. Um estudo recente que objetivou avaliar a qualidade de vida de mulheres com IU, no que diz respeito a cor da pele 86,36%, eram brancas (PADILHA et al., 2018). Desta forma, pode-se inferir que as mulheres negras estão menos suscetíveis a apresentar IU, principalmente IUE, quando se compara com as mulheres de raça branca.

A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas das participantes.

TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA AOS ESFORÇOS

		n	%
Idade (anos)			
	60-70	9	37,5
	71-80	8	33,3
	81-90	5	20,8
	Acima de 90	2	8,3
Total		24	100%
Escolaridade			
	Não alfabetizado	5	21
	Fundamental	14	58,3
	Médio	2	8,3
	Superior	3	13
Total		24	100%
Estado civil			
	Casado	8	33
	Divorciado	3	12,5
	Viúvo	13	54
		24	100%
Cor da pele			
	Branca	20	83,3
	Negra	3	12,5
	Parda	1	4,1
Total		24	100%

FONTE: A autora (2018).

Neste estudo, a prevalência de IUE foi de 42%, resultado semelhante a maioria dos estudos realizados com populações idosas. Um estudo transversal realizado com 1.050 mulheres com idade entre 20 e 80 anos em um Hospital Universitário de Kocatepe na Turquia, a IU esteve presente em 44,6% da população, destas 31% apresentou perda urinária ao realizar algum tipo de esforço (SENSOY et al., 2013). Silva et al. (2017), em um estudo cujo objetivo foi caracterizar perfil e prevalência da IU em idosas, a IUE correspondeu à 72,2% da amostra, seguida pela IUU. Um estudo realizado com idosas fisicamente ativas a prevalência global de IU foi de 32,2%, sendo a IUE responsável por 28,3% das idosas participantes (MENEZES et al., 2016).

A IU é uma doença que acomete as mulheres em diferentes fases do ciclo vital, desde jovens a idosas. A incidência da doença aumenta com o avançar da idade, sendo que a ocorrência de IU é menor em mulheres jovens e adultas jovens (26,5%) do que em idosas (41%) (PATRIZZI et al., 2014).

Neste estudo não se pode relacionar a ocorrência da IU com o estado civil e interferência na vida sexual das participantes. Da amostra, 13 (54%) idosas eram viúvas, e do total das participantes do estudo, apenas uma idosa afirma ter vida sexual ativa e que está satisfeita com o desempenho sexual. As participantes referiram que o motivo de não terem vida sexual ativa não seria em decorrência da perda urinária e sim por escolha própria e questões particulares independente do estado civil.

Em relação aos dados epidemiológicos, concernentes ao tempo que as participantes apresentam os sintomas, este variou de menos de um ano a 40 anos, com predomínio para menos de um a dez anos 70,8%. Na tabela 2 são representados dados relacionados ao histórico obstétrico.

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DAS PARTICIPANTES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA AOS ESFORÇOS

		n	%
Número de gestações por participantes	0	2	8,3
	1-5	19	79,1
	6-10	2	8,3
	>10	1	4,1
Total		24	100%
Tipos de parto	Nenhum	2	8,3
	Somente parto normal	16	66,6
	Somente parto cesárea	1	4,1
	Partos Normal e cesárea	5	20,8
Total		24	100%

FONTE: A autora (2018).

No que diz respeito aos antecedentes obstétricos, tipos de partos e número de gestações das participantes, houve predomínio para o parto normal com 66,6% e em relação ao número de gestações por participante, 79,1% obtiveram um número de uma a cinco gestações e duas participantes 8,3% eram nulíparas.

Esses dados vão ao encontro de grande parte da literatura, no qual a multiparidade é apontada como um dos fatores de risco para o surgimento da IU, não pela gestação em si, mas pelo aumento da pressão intra-abdominal que ela ocasiona. Padilha et al. (2018) em seu estudo, observaram que 75% das participantes haviam realizado parto normal pelo menos uma vez, totalizando 79,33% dos partos normais. Um estudo descritivo transversal, no qual foram avaliadas 40 mulheres com

diagnóstico de IU, a média de gestações foi de 4,12%, variando de 0 a 15 gestações, 55% das mulheres tiveram apenas parto normal, cinco apenas cesariana, 12 tiveram parto normal e cesáreo e uma não teve nenhum parto (CORNÉLIO et al., 2012).

MORÃO et al. (2017), no estudo com 48 mulheres sobre caracterização do perfil sociodemográfico, epidemiológico e clínico de mulheres com IU, verificaram em relação aos antecedentes obstétricos que, 39,6% tinham quatro ou mais filhos. No presente estudo o fato de duas participantes nulíparas apresentarem queixa de IUE, se dá devido a IU ser um problema de causa multifatorial. A média de idade dessas duas participantes foi de 70 anos, ambas apresentavam baixo peso, porém estas apresentavam no mínimo quatro comorbidades cada uma.

Um trabalho realizado com mulheres mais jovens praticantes de atividade física, com média de idade de 31,58 anos, teve o objetivo identificar a prevalência de IU nesta população. Foi investigado antecedentes obstétricos e prática de atividade física. Os resultados apontaram que houve a presença de IU tanto nas mulheres nulíparas como nas múltiparas, porém as mulheres com filhos apresentaram 1,2 mais chances de apresentar a perda urinária e a frequência dessa perda urinária foi relacionada com a quantidade de vezes que as mesmas participavam das aulas de *jump* na semana (ALMEIDA; MACHADO, 2012).

Um outro estudo sobre prevalência da IU realizado com mulheres jovens também nulíparas e com idade entre 18 e 30 anos. A prevalência para algum tipo de perda urinária foi de 70%, onde 76% relatou perder urina ao realizar algum tipo de esforço, 40% das entrevistadas disseram que a IU interfere de forma grave e muito grave na sua qualidade de vida. Considerando que esse grupo não apresenta rupturas de ligamentos, lesões de fâscias, lesões de fibras musculares nervosas e do assoalho pélvico. Relacionou-se as perdas urinárias a uma fraqueza no tecido conjuntivo e ao número baixo de fibras musculares. Apesar dos autores não relacionarem questões sobre IMC ou comorbidades com as participantes do estudo, os dados são preocupantes, uma vez que as participantes estão distantes do climatério. Esses dados mostram que o olhar para a perda urinária também deve estar voltado a esta população mais jovem, da mesma forma como as mulheres idosas elas não se sentem confortáveis para recorrer aos profissionais de saúde e relatar sua situação (DIAS.; RODRIGUES, 2016).

A tabela 3 faz referência às comorbidades apresentadas pelas participantes do estudo.

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DAS COMORBIDADES APRESENTADAS PELAS PARTICIPANTES DO ESTUDO COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA AOS ESFORÇOS

		n	%
Nº de comorbidades por participantes	Nenhuma	6	25
	1 comorbidade	4	16,6
	2 comorbidades	5	20,8
	3 comorbidades	2	8,3
	> de 3 comorbidades	7	29,6
Total		24	100%
Nº de participantes que apresentam as respectivas comorbidades	HAS	13	54,1%
	DM	7	29,1%
	Depressão	6	25%
	Sistema respiratório	5	20,8%
	Gastrointestinal	4	16,6%
	Outras	9	37,5%

FONTE: A autora (2018).

No presente estudo identificou-se que a maioria das participantes apresentou diversas comorbidades, sendo que, 29,6% apresentavam mais de três comorbidades cada uma e 25% não apresentavam nenhuma comorbidade. Em relação a ocorrência das comorbidades, destacou-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), com maior de número de ocorrência, presente em 54,1% das participantes, seguida pelo Diabetes Mellitus DM 29,1%, em terceiro lugar a depressão 25%, em quarto lugar doenças do sistema respiratório 20,8%, dislipidemia e doenças do sistema gastrointestinal aparecem em quinto lugar ambas com 16,6% cada uma.

Oliveira et al. (2015) em um estudo transversal com 233 mulheres no climatério, com uma faixa etária de 40 a 65 anos, identificaram que 37 (38,5%) das participantes do estudo referiam serem portadoras de HAS e 17 (17,7%) apresentavam DM e 82 (85,4%) das participantes apresentavam IUE. Cavalcante et al. (2014), estudaram a prevalência e fatores associados à IU em mulheres idosas, a amostra foi composta por 172 idosas. Os resultados apontaram que houve uma prevalência elevada de IU nas idosas portadoras de diabetes mellitus 47,1%. Silva et al. (2017), ao estudarem mulheres idosas com algum tipo de incontinência, os resultados de seu estudo apontaram que doenças crônicas como HAS e DM também foram mais prevalentes.

Berlezi et al. (2011) realizaram uma pesquisa com o objetivo associar o uso de fármacos anti-hipertensivos com a ocorrência de IU em mulheres com idade de 45 a 60 anos. A amostra foi composta por 70 mulheres, divididas em dois grupos, o primeiro grupo foi constituído de 21 mulheres usuárias de medicamentos anti-hipertensivos, e o segundo foi formado por 49 mulheres não usuárias de medicamentos anti-hipertensivos. Os resultados apontaram que 15 (71,4%) participantes do primeiro grupo apresentaram perda urinária, enquanto 22 (44,8%) do segundo grupo apresentavam a IU. Esses dados corroboram com o presente estudo, onde a maioria das participantes são hipertensas e fazem uso de medicamentos anti-hipertensivos favorecendo a ocorrência dos sintomas da IU.

A tabela 4 refere-se ao índice de massa corporal (IMC).

TABELA 4 – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA AOS ESFORÇOS

		n	%
Índice de massa corporal	Baixo peso (<22)	8	33,3
	Eutrófica (22-27)	6	25
	Sobrepeso (>27)	11	46
Total		24	100%

FONTE: A autora (2018).

Quanto ao Índice de Massa Corporal (IMC), segundo a caderneta da pessoa idosa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017a), a pessoa com IMC < de 22Kg/m² é classificada como baixo peso, idosos que apresentam IMC entre 22 e 27Kg/m² são considerados com peso adequado e IMC > 27Kg/m² corresponde a sobrepeso.

No presente estudo, observou-se que houve um predomínio deste índice acima de 27Kg/m² para a maioria das mulheres 46% correspondendo a sobrepeso e 33,3% apresentaram IMC abaixo de 22Kg/m² o que é considerado baixo peso. A obesidade é um dos fatores de risco para a IU. A relação da incontinência urinária à obesidade pode ser explicada pela alta pressão intra-abdominal provocada, principalmente, pelo aumento de peso na região da cintura e quadril, com consequente aumento da pressão intravesical e alteração do mecanismo fisiológico do trato urinário (FRANÇA; CEDREZ; LEME, 2016).

Entre as participantes com IMC acima de 27, todas tiveram pelo menos um filho, 72% apresentavam mais de uma comorbidade, sendo a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus as com maiores números de ocorrência. Sabe-se que a presença de mais de um fator de risco pode aumentar a ocorrência de IU, neste caso a IUE.

Observou-se em um estudo realizado com 194 mulheres, que a obesidade apareceu como um dos fatores significativos para a ocorrência de IU (NÓBREGA; PATRIZZI; WALSH, 2015). Padilha et al. (2018), observaram em seu estudo com 44 mulheres com IU, que ao analisar o perfil das participantes do estudo, a maioria delas se encontravam acima do peso. Estudo longitudinal com 68 mulheres, comparou o perfil de mulheres idosas continentes e incontinentes, os dados demonstram que, mulheres incontinentes apresentam excesso de adiposidade (WINTER et al., 2014). No estudo de WING et al., (2010), as mulheres com excesso de peso que conseguiram perder entre 5% e 10% do peso, tiveram melhora significativa no que diz respeito aos sintomas da IU.

Menezes et al. (2016), realizaram um estudo com 152 mulheres idosas cujo objetivo foi determinar a acurácia das variáveis, razão cintura/ estatura e percentual de gordura para detectar a IU em idosas fisicamente ativas. Em relação ao IMC, 20,5% tinham peso normal, 36,4% estavam com sobrepeso e 43% eram obesas. Entre as mulheres com IU, 12,2% foram classificadas com IMC normal, 30,6% com sobrepeso e 57,1% obesas.

Em outro trabalho realizado no Chile com 289 mulheres, a maioria das mulheres apresentavam obesidade (72,2%) e sobrepeso (60,3%) (RINCÓN, 2015). De acordo com Castro et al. (2012), em um estudo realizado com 30 mulheres com o objetivo de avaliar os efeitos da cirurgia bariátrica na função do assoalho pélvico. O IMC passou de 46,6Kg/m² no pré-operatório para 29,97Kg/m² no pós-operatório e a prevalência de IU passou de 70,8% no pré-operatório para 20,8% no pós-operatório. As mulheres portadoras de obesidade têm maior chance de desenvolver incontinência urinária, especialmente quando relacionada ao esforço (CASTRO et al., 2012).

De acordo com dados divulgados pelo Ministério da Saúde, por meio de um inquérito telefônico realizado de fevereiro a dezembro de 2016 com 53.210 pessoas maiores de 18 anos nas capitais brasileiras, a população brasileira está obesa. Nos últimos dez anos a prevalência da obesidade passou de 11,8% em 2006 para 18,9% em 2016, caracterizando um crescimento de 60%, atingindo quase um em cada cinco

Brasileiros. Segundo a pesquisa, a obesidade é um dos fatores que pode levar ao aumento da prevalência de diabetes e hipertensão e de outras doenças crônicas não transmissíveis trazendo piora a condição de vida da população (BRASIL, 2017b).

Na presente pesquisa, concernentes aos participantes com baixo peso, a média de idade foi de 79,6 anos, com mínimo de 69 anos e máximo de 101 anos. Uma possuía ensino superior completo, duas não eram alfabetizadas e cinco com ensino fundamental completo ou incompleto, com predomínio para cor branca, duas eram nulíparas, uma das participantes teve 11 gestações, todas de parto normal, totalizando uma média de 4,3 gestações para cada participante de baixo peso, com predomínio para o parto normal, apenas uma realizou parto cesáreo. Todas apresentavam ao menos uma comorbidade, sendo a hipertensão, depressão e doenças do sistema respiratório as mais comuns.

Esses dados reforçam que a IU é doença multifatorial, seus sintomas tendem a aumentar com a idade e com as comorbidades apresentadas. Fatores de risco como, fraqueza dos músculos do assoalho pélvico, tosse crônica, raça branca, obesidade, gravidez, idade avançada, menopausa, constipação intestinal crônica, tabagismo, consumo de cafeína, exercícios físicos intensos e com o uso de alguns medicamentos aumentam a ocorrência da IU. Os diuréticos de alça podem atuar aumentando a produção urinária, e conseqüentemente afetam a funcionalidade do trato urinário inferior (TUI), atuando como fator de risco para perdas de urina (BORBA; LELIS; BRÊTAS, 2008; HIGA; LOPES; REIS, 2008; FITZ et al., 2011; BERLEZI et al., 2011).

A tabela 5 refere-se ao padrão intestinal.

TABELA 5 – PADRÃO DAS FEZES E QUANTIDADE DE INGESTA DE LÍQUIDOS POR DIA PARTICIPANTES DO ESTUDO COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA AOS ESFORÇOS

		n	%
Padrão das fezes segundo Escala de Bristol	Tipo das fezes		
	1 e 2 = constipação	7	29,1
	3, 4, 5 = normal	15	62,5
	6,7 = diarreia	2	8,3
Total		24	100%
Ingesta de líquido	Quantidade		
	500ml a 1,5l	12	50
	2 l	11	46
	> 2l	1	4,1
Total		24	100%

FONTE: A autora (2018)

A Constipação intestinal não é uma doença, mas um sintoma e constitui-se um dos fatores para o surgimento da IU. Ocorre quando as fezes são duras, fragmentadas ou ressecadas e/ou as evacuações têm intervalo superior a três dias, com insatisfação, esforço, dor ou desconforto abdominal, anorretal ou perineal, mediante pressão abdominal, perineal ou vaginal ou remoção digital das fezes. A constipação intestinal pode ser aguda ou crônica. Em algum momento da vida, qualquer um pode apresentar o quadro (CHEHTER, 2012).

A prevalência, em média, é de 20% a 30% da população. A constipação funcional crônica é a mais frequente, não tem causa definida, não envolve alteração estrutural, metabólica ou bioquímica, por isso também chamada de idiopática. Impacta na qualidade de vida e está relacionada com maior idade, gênero feminino e nível socioeconômico menos favorecido. Inicia em jovens, tem evolução insidiosa, lentamente progressiva e não compromete peso corpóreo e estado geral (CHEHTER, 2012).

Um estudo recente sobre diagnóstico e tratamento da constipação crônica teve como objetivo avaliar os consensos de sociedade de especialistas e *guidelines* publicados sobre o diagnóstico e tratamento da constipação intestinal crônica em adultos, os dados reafirmam que a constipação intestinal crônica (CIC) é uma doença altamente prevalente na sociedade ocidental, afetando de 15% a 20% dos adultos, dos quais 33% têm mais de 60 anos, com predominância na população feminina

(SOBRADO et al., 2018). A permanência prolongada das fezes no cólon possibilita a absorção de água e sais, desta forma ocorre alteração na consistência das fezes, que irão apresentar-se de forma mais dura, causando transtornos no momento da evacuação, podendo causar danos nos músculos do assoalho pélvico e causar a IU (DOUGLAS, 2006; OLIVEIRA et al., 2010).

De acordo com esta escala de Bristol, a classificação de um a dois indica constipação, três a quatro padrão normal das fezes e seis a sete fazem referência a um padrão diarreico (MARTINEZ; AZEVEDO 2012). As causas mais comuns da constipação intestinal são: dieta deficiente em fibras, desidratação, sedentarismo, alterações de rotina (viagem), negação do reflexo evacuatório, medicamentos, intolerância a lactose, gravidez, doenças neurológicas, endocrinopatias (hipotireoidismo e diabetes mellitus são as mais comuns), doenças colorretais (CHEHTER, 2012).

Dentre as 24 participantes deste estudo observou-se que 62,5% apresentam padrão de fezes normal, 29,1% apresentam constipação e 8,3% referem padrão de diarreia. Das participantes que apresentam padrão de fezes normal, 9 referem ingerir no mínimo 2 litros de líquido por dia, sendo que dos líquidos ingeridos a água é o que aparece com maior frequência. Já as pacientes que apresentaram constipação segundo a escala de Bristol, a maioria ingere no máximo 1,5 litro de líquido por dia.

O fato da maioria das participantes apresentar padrão de fezes normal pode estar relacionado com o hábito alimentar, onde 91,65%, referem ter em sua rotina alimentar o consumo de uma dieta balanceada, rica em fibras, frutas e vegetais. Dessas que mencionam consumir alimentos ricos em fibras 83,3% referem atender ao primeiro desejo evacuatório, onde 79,1% relatam que o ato evacuatório é rápido e apenas uma refere ser demorado. As outras duas participantes relatam que não atendem prontamente ao primeiro desejo evacuatório, sendo que uma delas ingere 500 ml de líquido por dia e relata que está comendo em pequenas quantidades de uma forma geral.

A tabela 6 apresenta a frequência da perda urinária por dia e informações acerca do uso e tipo de dispositivo para retenção urinária.

TABELA 6 – FREQUENCIA DA PERDA URINÁRIA, DISPOSITIVO E TIPO DE DISPOSITIVO UTILIZADO PARA A RETENÇÃO URINÁRIA DAS PARTICIPANTES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA AOS ESFORÇOS

		n	%
Frequência da perda urinária por dia	1 - 2 x dia	12	50
	3 - 4 x dia	7	29,1
	5 - 6 x dia	4	16,6
	> 6 x dia	1	4,1
		24	100%
Dispositivo para retenção urinária	Sim	13	54,1
	Não	10	41,6
	As vezes	1	4,1
		24	100%
Tipo de dispositivo para absorção urinária	Absorvente	6	25
	Forro de tecido	4	16,6
	Fralda	4	16,6
	Não fazem uso	10	41,6
		24	100%

FONTE: A autora (2018).

Pode-se observar que no presente estudo a relação entre a frequência da perda urinária com o uso protetores para absorção urinária não foi significativa. Do número total das idosas que fazem uso de algum tipo de protetor para retenção urinária 54,1%, a maior parte 84,6% trocam o protetor no máximo duas vezes ao dia. Ao se comparar o número da troca do protetor com a frequência da perda urinária, pode-se observar que do total dessas idosas que fazem a troca até duas vezes por dia, 50 % perdem urina de 1 a 2 vezes ao dia, seguido por 29,1 % que referem perder urina de 5 a 6 vezes ao dia mantendo a mesma frequência de troca de 1 a 2 vezes.

Duas participantes relatam fazer a troca do absorvente de 3 a 5 vezes ao dia, e apresentam uma perda urinária com frequência de 3 a 4 vezes ao dia. Uma dessas participantes que trocam o protetor até duas vezes ao dia relata apresentar aproximadamente dez episódios de perda urinária por dia, sendo a fralda o dispositivo utilizado por ela. Observa-se que prevaleceu um número de troca pequena com uma frequência de perda urinária pequena por dia. Neste estudo não foi quantificado a quantidade da perda urinária se pequena, média ou grande.

Esses dados corroboram com o estudo de Souza et al. (2016) que ao correlacionarem a o uso de protetores (absorventes higiênicos, fraldas e outros) com a frequência da perda urinária, verificaram que não há relação entre eles, já que em

seu estudo o uso de protetores por mulheres que perdem urina esporadicamente foi grande. Das mulheres que perdem urina sempre 67% usam protetores, as que perdem quase sempre 71% utilizam protetores e as que apresentam perda esporadicamente 70% fazem uso.

Um estudo realizado com 58 mulheres com o objetivo de identificar o perfil das participantes com IU, os autores verificaram que visando minimizar o desconforto advindo dos sintomas urinários, 64% das participantes relataram o uso de algum tipo de protetor, sendo 29% o uso de absorventes higiênicos, 12% de toalha e 3% de papel higiênico; as demais (17%), o uso variado destes protetores (FIGUEIREDO et al., 2008). No estudo de Rodrigues et al. (2016), 76,8% das pacientes usavam forros protetores, trata-se de um estudo descritivo, transversal e retrospectivo em 164 prontuários, com média de idade de 58,07 anos com prevalência para a IUM.

É importante ressaltar, que na mulher, o enfraquecimento do assoalho pélvico, a redução da capacidade vesical, a secreção vaginal, contaminação fecal e as alterações tróficas do epitélio pela queda dos níveis hormonais, a ausência de estrogênio (hormônio feminino) favorece o desaparecimento de lactobacilos vaginais, o que propicia a colonização de enterobactérias, causando ITU (CORRÊA; MONTALVÃO, 2010). Situações anatômicas também favorecem uma maior incidência de ITU em mulheres. O canal uretral da mulher é mais curto, a maior proximidade entre a vagina e o ânus facilita a migração de microrganismos para a região uretral (LOPES; TAVARES, 2005).

O uso de absorventes, fraldas, forro de tecido dentre outros e higiene das mãos, constituem um papel importante na transmissão de microrganismos patogênicos que favorecem os casos de infecção urinária. Esses dados são de um estudo realizado com 153 moradores de lares de idosos na Noruega, onde 118 (77%) usavam absorventes e, portanto, apresentaram risco aumentado para desenvolverem ITU (OMLI et al., 2010).

Sabe-se que a IU independentemente do tipo traz alterações significativas no que diz respeito a qualidade de vida (QV). No presente estudo 79% das participantes sentem-se incomodadas e desconfortáveis com a perda urinária e 20,8% relatam não se sentir incomodadas com o problema. Esses dados corroboram com estudos publicados, nos quais trazem que a IU ocasiona alterações negativas na vida das mulheres. Uma revisão de literatura sobre o impacto da IU na qualidade de vida de pacientes idosas, observou que o impacto da IU está relacionado ao tipo de perda

apresentada e que independente do grau de impacto que esta ocasiona na qualidade de vida e a mesma não deve ser encarada como um processo normal do envelhecimento (CESTÁRI; SOUZA; SILVA, 2017).

Um estudo transversal com 20 mulheres idosas que participavam de um grupo de convivência social em Minas Gerais, evidenciou que a IU apresenta influência moderada sobre a QV da população estudada. Verificou-se que 5% referem que a IU afeta muito sua vida, 15% consideram afetar moderadamente, 35% relatam que afeta pouco e 45% alegam que a IU não afeta em nada suas atividades de vida diária. O estudo ainda traz que a convivência em grupo faz com que elas se sintam bem, não deixando a perda urinária interferir de modo tão negativo em suas vidas, pode-se atribuir esses dados a convivência social, que de uma forma geral visa incentivar a participação em grupo e evitar isolamento social, dando um novo sentido para a vida (OLIVEIRA et al., 2014b).

Em um estudo qualitativo descritivo exploratório com mulheres cujo o objetivo foi verificar o impacto da IU em suas vidas, observou-se que o constrangimento e desconforto são sentimentos vivenciados em ocasião da perda urinária, e em alguns casos levando ao isolamento social (HENKES et al., 2015; SABOIA et al., 2017). Um outro estudo sobre o impacto dos tipos de IU na qualidade de vida das mulheres, os autores ressaltaram que independentemente da classificação da IU que a mulher apresente, todas as participantes tiveram sua qualidade de vida geral afetada negativamente (SABOIA et al., 2017).

Pesquisa transversal, realizada com 194 idosas de 60 anos ou mais na Paraíba revelou que 88,14% das idosas tinham prejuízo na qualidade de vida, independente da quantificação da perda urinária (SANTOS; FERNANDES, 2015). Outro estudo transversal com 355 mulheres com idade entre 40 a 80 anos, concluiu que a IU impacta de forma negativa na vida das participantes (BOMFIM; SOUTINHO; ARAÚJO, 2014).

Em relação ao conhecimento acerca da IU, 79% desconhecem a causa da IU e 20,8 relataram conhecer a origem. Neste estudo a maioria 58,3% das participantes estudaram até o ensino fundamental. Os estudos apontam que pacientes com menor nível de escolaridade tem menor conhecimento sobre os problemas de saúde, e o fato de considerarem que a incontinência é algo normal, as fazem com que estas não procurem por atendimento ou sentem-se envergonhadas em compartilhar essa

queixa. O reduzido grau de instrução parece constituir fator que limita a adesão dos indivíduos aos cuidados de saúde

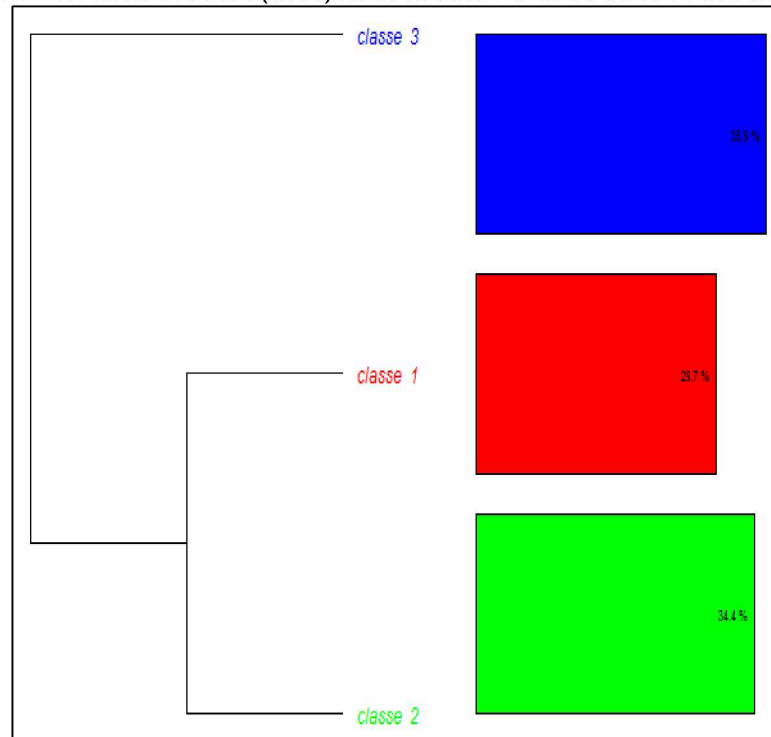
Em um estudo descritivo transversal retrospectivo dos 58 prontuários elencados para a pesquisa 79% da amostra possuía grau de instrução fundamental (FIGUEIREDO, 2008). Estudo misto e intervencionista com 11 mulheres com uma média de idade de 64 anos, 7 (63,3%) apresentavam ensino fundamental incompleto (SILVA et al, 2017). A falta de instrução, além de fatores sociais, culturais e econômicos, dificulta a conscientização sobre cuidados com a saúde, adesão ao tratamento adequado e a manutenção de um estilo de vida livre de exposição aos fatores de riscos (OLIVEIRA et al., 2015). O desconhecimento acerca do problema dificulta o diagnóstico precoce, desfavorece o tratamento e na maioria dos casos traz desfechos desfavoráveis a QV.

5.2 RESULTADOS DO PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS

Neste subitem são apresentadas as informações a partir da análise textual das entrevistas realizada pelo *software*. Primeiramente apresenta-se os resultados estatísticos processados pelo *software*. A seguir, são dispostas as três classes (*number of clusters*) que emergiram a partir da análise das 24 entrevistas (*number of texts*), provenientes das respostas das participantes da pesquisa acerca da perda urinária. Essa etapa foi realizada pelo *software* em cinco segundos, com 94,12% de aproveitamento dos segmentos de texto. Esse último dado vai ao encontro das afirmações de Camargo e Justo (2016), que consideram válidos e adequados os dados coletados com retenção mínima de 75% dos segmentos de texto.

A figura 2 mostra o resultado gráfico concernente ao material resultante das transcrições das respostas das entrevistas. Os dados analisados foram divididos em três classes.

FIGURA 2 – DENDOGRAMA (CHD) DAS CLASSES GERADAS PELO IRAMUTEC



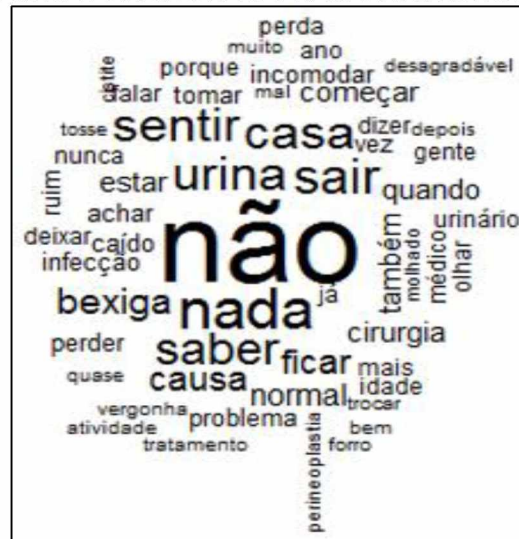
Fonte: A autora (2018).

FIGURA 3 – NOMINAÇÃO DAS CLASSES REPRESENTADAS NO DENDOGRAMA

Número das classes	Temática das classes apresentadas pelos idosos	Porcentagem
3	Causas atribuídas a incontinência urinária	35,9%
1	O desconhecimento sobre o problema	29,7%
2	Percepções sobre a incontinência urinária	34,4%
		Total 100%

FONTE: A autora (2018).

FIGURA 4 – NUVEM DE PALAVRAS REPRESENTATIVA DAS CLASSES 3, 2, 1



Fonte: A autora (2018).

Nos discursos gerados, as participantes relatam o desconhecimento sobre o problema, sentimentos e o que já realizaram para tratamento da incontinência urinária. As palavras “não”, “nada”, “saber”, “causa”, “sair”, “sentir”, “casa” se sobressaem em muitas questões, na qual a maior parte das participantes não sabe a causa da incontinência urinária, não fizeram nada para tratamento, quase não sabem de casa por sentirem-se incomodadas com a perda urinária, também por ficarem molhadas e que a IU é normal da idade.

A seguir serão apresentadas e discutidas, individualmente cada classe conforme os dados gerados pelo IRAMUTEC.

5.2.1 Classe 3

A classe 3, que também pode ser identificada pela cor azul no dendograma, foi denominada de **“Causas atribuídas a incontinência urinária”**, e representou 35,9%. Observa-se após a análise dos discursos que as causas da IUE atribuídas pelas participantes são muito diversas. As participantes associam a perda urinária a situações, que vão desde o uso de medicamentos, problemas pulmonares que ocasionam episódios intensos de tosse, procedimentos cirúrgicos como perineoplastia, idade, parto normal e cesárea, foi evidenciado que várias participantes associam a IU ao fato de ter prolapso da bexiga, “bexiga caída”.

“Tenho a bexiga caída por isso perco urina, mas não quero fazer cirurgia.”
(P7)

“Antes eu perdia urina porque minha bexiga era caída aí fiz a cirurgia e agora voltei a perder urina já tem uns 10 anos.” (P11)

“Olha começou depois do problema no pulmão. Tenho doença pulmonar.”
(P16)

“Quem tem bastante filho de parto normal tem esse problema.” (P19)

“O médico me falou que eu tenho a bexiga caída, então acho que é por isso.”
(P24)

Evidencia-se com essas falas que de forma geral há um conhecimento superficial sobre os fatores que podem ocasionar a incontinência urinária. A maioria das participantes atribuem o problema a apenas uma causa. No entanto, a IU decorre de múltiplos fatores, como disfunção dos músculos do assoalho pélvico, distúrbios na inervação, paridade, peso do recém-nascido, menopausa, obesidade, constipação, índice de IMC elevado (FOZZATTI; HERRMANN, 2014).

Um estudo realizado com o objetivo de conhecer a prevalência da IU e os fatores clínicos e demográficos preditores dessa disfunção. No que diz respeito às condições clínicas, a cistocele, doenças crônicas (como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e acidente vascular encefálico), laceração anal e medicamentos (diuréticos, hipoglicemiantes e hipotensores), embora todos os fatores tenham apresentado associação significativa com a ocorrência da IU, mulheres com cistocele têm, aproximadamente, quinze vezes mais chances de apresentar IU comparativamente àquelas que não tem (SANTOS; SANTOS, 2010).

Carvalho et al. (2014) em sua pesquisa sobre o impacto da IU e seus fatores associados, observaram que o número de gestações aumentou a presença de IU, sendo que aquelas idosas que apresentaram três ou mais gestações foram proporcionalmente mais atingidas.

Cerentini et al. (2015), estudaram a prevalência da IU em portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Os participantes do estudo foram de ambos os sexos, com idade entre 50 à 83 anos. Concluíram que 50% dos participantes apresentam algum nível de IU, sendo esta mais frequente na população feminina. A perda urinária foi relacionada com crises de tosse provocadas pela exacerbação do DPOC, uma vez que a tosse leva ao aumento da pressão intra-abdominal ocasionando perda involuntária de urina.

5.2.2 Classe 1

A classe 1 identificada pela cor vermelha no dendograma, foi denominada de **“O desconhecimento sobre o problema”**, representou 29,7%. Verificou-se que grande parte das participantes apresenta conhecimento insuficiente sobre as disfunções do assoalho pélvico, neste caso a IUE, fato que limita a procura por atendimento em serviços de saúde, afim de se realizar investigação, diagnóstico, tratamento e intervenções educativas, uma vez que muitas participantes consideram normal perder urina. Observa-se que uma das participantes (P5), conhece ao menos uma das causas da incontinência urinária e sente-se mal com esse problema.

“Não sei do que pode ser, é triste não posso viajar, sair, não consigo participar de atividades social nada.” (P1)

“Não tenho conhecimento sobre a perda de urina, eu sei que ocorre por causa da tosse apenas. É normal, não sinto nada não, nada.” (P2).

“Me sinto mal, me causa desconforto, não sei nada e ainda não recebi orientações sobre a perda da urina.” (P4)

“Eu sei que ocorre porque o músculo ficou flácido. Me sinto mal, me causa desconforto.” (P5)

“Nada, nunca fiz nada de tratamento.” (P7)

“Acho que também é por causa da idade não sei bem o porquê.” (P16)

“Não sei nada, é ruim, ficar molhada né. Não fiz nada nem pensei em procurar atendimento né”. (P21)

São vários os fatores de risco diretamente relacionados a disfunção esfinteriana decorrentes do processo de envelhecimento, redução da elasticidade e contratilidade da bexiga, fatores associados a paridade, cirurgias ginecológicas, traumas pélvicos, idade, constipação intestinal, uso de anti-hipertensivos, histórico de infecção urinária, hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, prática de exercícios físicos intensos (MOURÃO et al., 2017).

Sabe-se que a IU é um problema que acomete pessoas em todas as fases da vida, mas é comum principalmente em idosos, sobretudo nas mulheres, fazendo com que muitos acreditem que a perda involuntária de urina faz parte do processo de envelhecimento (PORTO, 2005). Cestári et al. (2017), ressaltam que a IU não deve ser encarada como um processo normal do envelhecimento. No entanto, devido a

fatores sociais, psicológicos e culturais, muitas mulheres com perda urinária não procuram atendimento de saúde para compreender melhor o problema e obter assistência médica apropriada (SENSOY et al., 2013).

Um estudo descritivo transversal realizado com 213 mulheres em Campinas, SP, com o objetivo de verificar as razões da não procura pelo tratamento da IU, evidenciou que 45,7% não conhecia nenhuma forma de tratamento para a IU e mais da metade 65,7% não buscou tratamento para o problema, sendo as principais razões apontadas o fato de achar normal a perda de urina, não considerá-la algo importante e também a questão do médico dizer que não era necessário (SILVA; LOPES, 2009).

Silva et al. (2013), realizaram um estudo transversal sobre a prevalência e impacto da IU na qualidade de vida da mulher. Seus resultados apontaram que houve uma forte diminuição na qualidade de vida de 6,7 (em 10), apenas cerca de 1/3 das mulheres com IU aborda essa problemática com seu médico, e as que não abordavam essa temática, tinham em média menor qualidade de vida que as demais e dessas 1/3 não tiveram nenhum tipo de orientação a respeito do problema.

Outros fatores são mencionados em menor escala, como as dúvidas quanto aos benefícios proporcionados pelo tratamento, desconhecimento dos locais onde os tratamentos são oferecidos, vergonha de expor o problema e falta de recursos para custear as consultas e o tratamento. Um fator agravante, ainda segundo a pesquisa, é a postura de alguns profissionais médicos que informam a suas pacientes não haver necessidade de tratar a IU. Isso revela a necessidade de informação e atualização dos profissionais sobre a problemática (SILVA; LOPES, 2009).

Um estudo de revisão sistemática envolvendo pesquisas sobre IU feminina abordou várias situações importantes sobre o problema. Destacando uma fragilidade na compreensão de que a IU é um problema importante, a procura por atendimento de saúde se dá em função de outras patologias como HAS, tornando irrelevante o problema da bexiga. Sentimentos negativos como vergonha, embaraço, constrangimento foram mais recorrentes. As mulheres sentem de medo de não serem levadas à sério pelas equipes de saúde, e quando procuram profissionais de saúde os mesmos não são claros ao abordar o assunto (VOLKMER et al.; 2012).

5.2.3 Classe 2

A classe 2, que é representada no dendograma, pela cor verde, foi denominada de **“As percepções sobre a incontinência urinária”**, e representou 34,4%. Nesta classe estão descritas a percepção e sentimentos que as participantes têm acerca do problema apresentado.

“É normal, é incomodo quando tem visita em casa, tenho que sair para me trocar. Não viajo mais e nem poso fora de casa de vergonha. Não sei nada sobre perda urinária.” (P3)

“Mas não deixo de ir ao baile e nem de sair de casa por causa disso, sempre levo um forro na bolsa.” (P7)

“Sei que é normal, deixo de sair de casa desanima, me sinto triste. Diminui a água que bebo durante a noite.” (P10)

“Incomoda, fico muito molhada, quase não saio de casa.” (P11).

“Não posso sair quase, sinto vergonha de perder urina. Não vou em lugares que fico muito tempo fora de casa, tomo remédio para cistite.” (P12)

“Desagradável, é horrível me sinto presa em casa. O odor é ruim sinto vergonha com medo de estar com odor de urina não tenho mais vida social e nem amigos.” (P14)

“Ah me sinto mal, em casa tudo bem. Na casa dos outros é pior e não poso fora de casa mais não.” (P16)

Uma das participantes (P7) relata que não deixa de fazer suas atividades em função da incontinência urinária, porém sempre leva um forro na bolsa para evitar ficar com a roupa molhada, ajustando suas atitudes comportamentais para se adaptar ao problema e a sua vida diária. A fala dessa participante distoa das demais participantes do estudo, onde a maioria, deixa de realizar muitas atividades sociais em função da perda urinária.

Um estudo sobre correlação dos sinais e sintomas de IU e autoestima em idosas, concluiu que a baixa autoestima é uma condição frequente na população idosa devido a vários fatores, porém não houve relação com a IU (MELO et al., 2012). Porém, situações como esta não são comuns à maioria das participantes. Percebe-se que essa situação é incomoda, causa diversos sentimentos negativos, pelo fato de ficarem molhadas, odor desagradável, as participantes evitam sair de casa porque

sentem-se envergonhadas e tentam se adaptar a perda urinária. As falas acima vão ao encontro com dados evidenciados na literatura.

Pesquisa sobre a relação entre a IU e o isolamento social de mulheres idosas, evidenciou que a incontinência urinária nesta população deixa de ser um problema apenas físico e torna-se um dos fatores predisponentes para o isolamento social (SANTANA et al., 2015). As mulheres incontinentes apresentam repercussões psicológicas como: incapacidades, aflição, perda da autoestima, vergonha dos episódios de perda de urina em locais públicos, medo que as pessoas sintam o odor da urina (MOURÃO et al., 2008).

Em função da IU, muitas mulheres tendem a isolar-se pelo sentimento de constrangimento, preferindo os ambientes domésticos e o afastamento até da família, afetando sua qualidade de vida, ocasionando doenças e, em alguns casos, a morte precoce (LOPES; HIGA, 2005). Oliveira et al. (2012), também relatam que sentimento de vergonha, condições de incapacidade, baixa autoestima, estresse, depressão são causas determinantes de isolamento social.

Sabe-se que são vários os fatores para a institucionalização do idoso. Uma pesquisa sobre os fatores associados à institucionalização de idosos, realizada no Rio Grande do Sul com 387 idosos, mostrou que a idade avançada por si só não constitui risco de institucionalização, e sim a presença de complicações como o comprometimento cognitivo e dependências funcionais para o desenvolvimento de ABVD, destacando o controle dos esfíncteres como parte dessas dependências funcionais (LINI; PORTELLA; DORING, 2016).

Santana et al., (2015) em seu estudo sobre a relação entre incontinência urinária e o isolamento social de mulheres idosas, salientam que em função do problema da IU, muitas mulheres idosas apresentam baixa autoestima e buscam o isolamento social pelo sentimento de constrangimento com a constante perda involuntária de urina, vergonha devido ao odor desagradável e comprometimento de sua higiene pessoal. Por isso, preferem os ambientes domésticos e o afastamento até mesmo dos familiares.

O medo de ficar molhada e de odor ruim, temor de passar a vida inteira no banheiro para evitar a eliminação involuntária da urina e modificação dos hábitos de vestuário, para se adaptar às situações de urgência, podem gerar diversos problemas sociais e comportamentais, comprometendo e limitando as atividades de vida diária da mulher (SOUZA et al., 2016).

5.3 CONSTRUÇÃO DO GUIA EDUCATIVO

O conteúdo do guia educativo foi elaborado à luz do referencial teórico após o término da coleta de dados. As informações que contém o guia foram elencadas com base nas respostas das participantes do estudo acerca do conhecimento, causas e tratamento para incontinência urinária. Com o objetivo de esclarecer e contemplar o maior número de mulheres com o problema, optou-se por abordar informações acerca dos três tipos de incontinência urinária, porém com enfoque para a incontinência urinária aos esforços que é foco deste estudo.

O Guia foi elaborado em formato de folder, o mesmo é composto das seguintes informações: sintomas, prevenção e tratamento. Ele inicia questionando se o leitor sabe o que é perda urinária, logo após foram descritos de forma breve os três principais tipos de incontinência urinária (esforço, urgência e mista). Posteriormente foi descrito os principais fatores de riscos. No centro do guia foram descritas informações acerca das medidas comportamentais, que são medidas simples e a primeira escolha para o tratamento. Essas medidas são compostas informações acerca da ingestão hídrica, consumo de cafeína que deve ser evitado (principalmente nos casos de IUU, uma vez que a cafeína é um irritante vesical e pode fazer com que a bexiga tenha contrações involuntárias) fazendo com que aumente a urgência para ir ao banheiro. Orientações sobre o esvaziamento vesical e higiene íntima após urinar.

Também foi abordado sobre a constipação intestinal pois a mesma é um fator de risco para IUE. Del'Arco et al. (2017), enfatizam que os sintomas gastrointestinais são altamente prevalentes nas mulheres brasileiras e impactam negativamente em diferentes aspectos da qualidade de vida (humor, concentração e sexualidade). Os resultados da pesquisa mostraram que os sintomas mais prevalentes foram gases 46%, distensão abdominal e constipação 43%, medidas comportamentais como ingestão de água, comer alimentos ricos em fibras e probióticos também foram apontados como soluções mais comuns adotadas.

O posicionamento correto ao sentar-se no vaso sanitário também foi abordado uma vez que a adoção dessa medida faz com que aumente o ângulo anorretal favorecendo a saída das fezes. Na sequência foi abordado brevemente sobre exercícios para o fortalecimento do assoalho pélvico para pacientes com queixa de IUE.

5.4 VALIDAÇÃO DO GUIA EDUCATIVO

O processo de validação do instrumento, orientação e aplicação foi realizado por uma enfermeira Mestre em Enfermagem da instituição, com o objetivo de não ocorrer induções nas respostas das participantes. A colaboradora responsável pelo processo de validação entregou aos participantes um envelope contendo o guia educativo impresso, o instrumento de avaliação e uma caneta. As participantes avaliaram o guia de acordo com os seguintes itens: aparência do instrumento, linguagem/palavras utilizadas no instrumento, conteúdo do instrumento. Ao final do preenchimento da escala de validação por parte das participantes foi oferecido um *coffee break* como forma de agradecimento pela participação.

Concomitantemente, foi avaliado cada questão da escala de *Likert*, as sugestões que foram realizadas por escrito no instrumento e analisadas de forma qualitativa. A partir do estudo das respostas no instrumento de validação, após o término do *coffee break*, a pesquisadora reuniu as participantes para apresentar todas as sugestões recebidas e a justificativa para que elas fossem acatadas ou refutadas.

O escore do Índice de Validade do Conteúdo (IVC) foi calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por “3” ou “4” pelos especialistas, dividido pelo número total de respostas, foi obtido um escore de IVC = 0,93. Para verificar a validade de instrumentos de uma forma geral, recomenda-se um valor de concordância mínima de 0,90 ou mais (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Apresentação do guia educativo

A figura 6 apresenta a configuração final do Guia Educativo após a validação pelos participantes.

FIGURA 6 – GUIA EDUCATIVO PARA O AUTOCUIDADO DE IDOSAS COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA AOS ESFORÇOS

Incontinência Urinária

Sintomas, prevenção, e tratamento

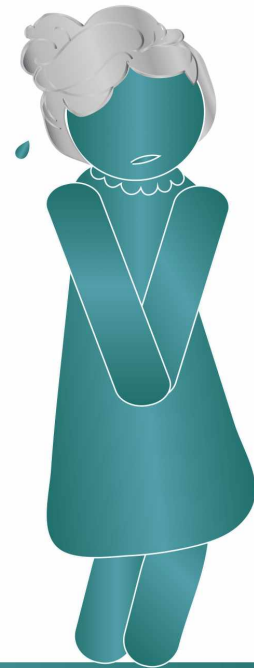
Não deixe a incontinência urinária prejudicar sua vida. Deve-se urinar aproximadamente a cada 3 ou 4 horas.

Se você tem algum tipo de perda urinária, procure um profissional de saúde qualificado para contar sobre o problema. Após a avaliação, você poderá ser encaminhada para o tratamento de acordo com seu caso.

A incapacidade de controlá-la, na maioria das vezes acaba afetando de forma significativa a qualidade de vida. Prevenir e tratar a incontinência urinária pode deixá-la mais saudável e feliz, mudança nos hábitos são muito importantes.



Mestre em Enfermagem: Sulamita de Paula Santos
Doutora em Enfermagem: Mariluci Hautsch Willig
Programa de Pós Graduação em Enfermagem
Mestrado Profissional
Universidade Federal do Paraná-UFPR
Projeto gráfico e ilustrações: Anya Colman

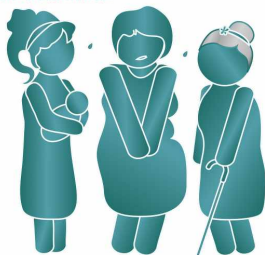


Você sabe o que é incontinência urinária?

A incontinência urinária é qualquer perda de urina que acontece sem querer. Existem diversos tipos de incontinência urinária:

- **Por esforço:** é a perda de urina que acontece com o aumento da força abdominal: levantar peso, tossir, espirrar, dentre outros.
- **Urgência:** é a perda de urina que acontece após uma vontade incontrolável de urinar;
- **Mista:** quando apresenta os dois tipos de perda urinária (esforço e urgência).¹

Saiba que perder urina não é normal e que tem tratamento.



São vários os fatores que contribuem para ter incontinência, dentre eles:^{2,3}

- Idade;
- Constipação intestinal;
- Partos e gestações;
- Tosse crônica;
- Infecção urinária;
- Menopausa;
- Retirada do útero;
- Obesidade.

Medidas comportamentais são a primeira escolha para o tratamento:

- Beber de 6 a 8 copos de água por dia;
- Evitar consumo de bebidas com caféina;
- Atender ao primeiro desejo de urinar;
- Quando for urinar, sentar no vaso sanitário, esperar a bexiga esvaziar por completo até o jato terminar;
- Realizar a higiene da uretra após urinar, no sentido da vagina para o ânus para evitar infecção urinária.⁴



Você sabe que a constipação intestinal pode piorar a incontinência urinária?

Saiba como evitá-la:

- Ingerir alimentos ricos em fibras (frutas, verduras, legumes, principalmente com casca);
- Estabelecer rotina de sentar no vaso sanitário meia hora após a melhor refeição do dia, que é quando o intestino tem seu maior funcionamento;
- Sentar no vaso sanitário corretamente: colocar um apoio para os pés e inclinar o tronco levemente para frente, esta posição e o uso deste apoio facilitam a saída das fezes.⁴
- Lembre-se: fezes normais são lisas e macias.

Exercícios para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico, para pacientes que perdem urina aos esforços:

- O exercício pode ser feito de forma sentada, deitada;
- Escolher sua melhor posição, relaxe e respire;
- Relaxar o abdome, as pernas e o "bumbum";
- Sentir a região do ânus, em seguida você deve apertar/contrair a região do ânus puxando para dentro como se fosse segurar um "pum" 10 vezes cada sessão, repetir esse movimento 5 vezes ao dia;
- Quando sentir que o exercício está muito fácil, apertar o músculo no máximo da força, segurar por quantos segundos aguentar e relaxar, repetir 5 vezes ao dia, com 10 contrações cada.⁵

O treino para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico é composto por várias etapas. Se você tem indicação para realizar esses exercícios, procure um profissional de saúde capacitado para melhor orientação e acompanhamento.



Observação: a musculatura do assoalho pélvico é responsável pelo fechamento da uretra, local por onde sai a urina. Da mesma forma que os músculos do nosso corpo, braços, pernas, glúteos, ficam flácidos, a musculatura do assoalho pélvico também fica. A prática de exercícios físicos, fortalece a musculatura, o mesmo acontece com a musculatura do assoalho pélvico.

Referências

1. FARIA, C. A. et al. Incontinência urinária e noctúria: prevalência e impacto sobre qualidade de vida em idosas numa Unidade Básica de Saúde, 2014.
2. BOLINA, F. et al. Incontinência urinária autorreferida em idosos e seus fatores associados, 2013.
3. MOURÃO, L. F. et al. Caracterização e fatores de risco de incontinência urinária em mulheres atendidas em uma clínica ginecológica, 2017.
4. MORENO, A. L. Terapia Comportamental. In: MORENO, A. L. Fisioterapia em uroginecologia. 2ed. São Paulo: Manole, 2009. P.145-151.
5. MORENO, A. L. Terapia Comportamental. In: MORENO, A. L. Fisioterapia em uroginecologia. 2ed. São Paulo: Manole, 2009. P.113-115.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo alcançou seu objetivo por meio da utilização da pesquisa metodológica apoiada na Pesquisa Convergente Assistencial, apresentando como produto desta dissertação a elaboração e validação do guia de autocuidado para idosas com incontinência urinária aos esforços. Este trabalho se alinha aos objetivos do programa de Mestrado Profissional, os quais visam o desenvolvimento de pesquisas que possam contribuir para a melhoria da prática assistencial nos serviços de saúde, oportunizando e contribuindo para a melhoria do cuidado de Enfermagem.

As características sociodemográficas e epidemiológicas das participantes mostram que a maioria delas eram viúvas. Constatou-se que a metade aproximada delas apresenta incontinência urinária ao esforço. No que diz respeito aos antecedentes obstétricos, grande parte das participantes tiveram algum tipo de parto, com predomínio para o parto normal. Concernente número de gestações houve predomínio da faixa de um a cinco partos. Em relação as comorbidades, destacou-se a hipertensão arterial sistêmica, sendo que maioria das participantes apresentava mais de três comorbidades. Ao avaliar o índice de massa corporal, destacou-se o sobrepeso, já quanto ao padrão de fezes a maior parte das idosas apresentou-se normal.

Com base nos estudos analisados pode-se confirmar que a IUE comumente é de etiologia multifatorial. Os fatores de risco associados a IUE no presente estudo foram: sobrepeso, gravidez, idade avançada, raça branca, comorbidades como HAS e DM foram mais prevalentes.

Os resultados demonstram que para ações de autocuidado, as idosas tendem a desenvolver maneiras para se adaptarem e gerenciarem a perda urinária no intuito de diminuir o impacto deste agravo, tendo em vista que a grande maioria considera normal perder urina, não sabem a sua causa e não procuram atendimento profissional para relatarem o problema. Dentre as estratégias relatadas estão: diminuir a ingestão hídrica, usar algum forro para absorção, não tomar medicamentos diuréticos ao saírem de casa, levar lenço umedecido na bolsa para higiene íntima para reduzir odores, troca frequente de roupas porque algumas optam por não usarem produtos absorventes. Em vários relatos das participantes também foi observado que algumas restringem a saída de casa apenas para irem em consultas médicas e muitas deixam de sair de casa e realizar atividades com amigos e familiares levando ao isolamento

social, pois os resultados do presente estudo apontam que a maioria das participantes se sentem incomodadas com o problema.

Os dados do presente estudo também evidenciam a escassez de informações da população acerca da incontinência urinária, suas causas, fatores de risco e tipos de tratamento. A incontinência urinária ainda é encarada como natural do processo do envelhecimento, pela maioria das participantes do estudo. Considerando o crescente envelhecimento populacional é preocupante o impacto que a incontinência urinária causa nas vidas das pessoas. Este problema repercute na parte física, social, psicológica e econômica. Desta forma, há necessidade por parte dos profissionais de saúde em se apropriar do conhecimento sobre a patologia, seus subtipos e a forma de como abordá-la com o objetivo de garantir uma assistência adequada as crescentes demandas e particularidades por assistência à saúde que esta população idosa apresenta.

Dentre as limitações deste estudo, verificou-se o período de coleta de dados, que compreendeu meses com datas festivas (natal, ano novo e carnaval). Além de ser um período no qual alguns profissionais dos ambulatórios de geriatria e urologia encontravam-se em período de férias o que resultou em um número menor de agendas das devidas especialidades nesse período, bem como contribuiu para o absenteísmo por parte das idosas nas consultas, esses fatos cooperaram para a uma casuística restrita nesta pesquisa.

Após a aprovação do Guia Educativo pela direção da instituição, este será disponibilizado nos consultórios médicos e de enfermagem dos ambulatórios de Geriatria e Urologia. Espera-se que o guia educativo, sirva de apoio à população idosa e possa esclarecer e despertar interesse, das mulheres que apresentam este tipo de disfunção pélvica. Afim de refletirem sobre o problema, se apropriando das informações, fazendo com que diminuam os estigmas acerca deste problema e se sintam mais seguras e confortáveis para buscar atendimento de saúde para diagnóstico e tratamento.

Recomenda-se ainda que a temática Incontinência Urinária, seja discutida com enfermeiros e técnicos de enfermagem da instituição, visando ampliar o olhar para a população ao qual estão assistindo, tendo em vista que a população por eles atendida são predominantemente idosos. Desta forma, espera-se que possam oferecer um cuidado mais refinado possibilitando, um olhar mais crítico, com o objetivo de atender e orientar com segurança e propriedade de conhecimento o maior número

de demandas de saúde da população nas dimensões do cuidar e gerenciar nos diversos momentos em que a prática profissional oportuniza, dessa forma contribuindo para melhoria da atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

ABRAMS, P. et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. **Urology**, Estados Unidos, v. 61, n. 61, p. 37-49, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12559262>>. Acesso em: 28 mai. 2018.

ABREU, J. C. B. P. S. **Incontinência urinária pós-parto: da fisiopatologia à prevenção e ao tratamento**. 85 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) – Área Científica em Urologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2012. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10316/30446>>. Acesso em: 05 fev. 2017.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciê. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.7, p.3061-8, 2011. DOI. 10.1590/S141381232011000800006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2018.

ALMEIDA, P. P.; MACHADO, L. R. G. A prevalência de incontinência urinária em mulheres. **Fisioter. Mov.**, Curitiba. V. 25, n.1, p. 55-65, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fm/v25n1/a06v25n1.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2018.7

ANGER, J. T; SAIGAL, C. S, LITWIN, M. S. Urologic diseases of America Project. The prevalence of urinary incontinence among community dwelling adult women: results from the National Health and Nutrition Examination Survey. **J Urol**, v. 175, n. 2, p. 601-4, 2006. DOI. 10.1016/S0022-5347(05)00242-9. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16407004>>. Acesso em: 29 mai. 2018.

ARAÚJO, L. F. R. et al. Incontinência urinária em idosos. **R. Min. Educ. Fis**, Viçosa. Ed. Especial. N. 5, p. 167-176, 2010. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/23996540-Incontinencia-urinaria-em-idosos.html>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

BERLEZI, E. M. et al. Estudo da incontinência Urinária em mulheres climatéricas usuárias de medicação anti-hipertensiva. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.14, n.10, p.415-423, 2011. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18099823201100030002&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 01 jun. 2018.

BERLEZI, E. M. et al. Como está a capacidade funcional de idosos residentes em comunidades com taxa de envelhecimento populacional acelerado? **Rev. Bras.**

Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 643-652, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n4/pt_1809-9823-rbgg-19-04-00643.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2018.

BERTOLUCCI, et al. O mini exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Neuro-Psiquiatr**, v. 52, n.1, p. 01-07, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v52n1/01.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2017.

BEZERRA, L. R. P. S et al. **Temas em uroginecologia**: manual prático em uroginecologia e disfunções do assoalho pélvico para profissionais da área da saúde. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2013.

BOLINA, F. et al. Incontinência urinária autorreferida em idosos e seus fatores associados. **Rev Rene**, v. 14, n. 2, p. 354-63, 2013. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3391/2627> >. Acesso em: 10 nov. 2016.

BOMFIM, I. Q. M; SOUTINHO, R. S. R; ARAÚJO, E. N. Comparação da Qualidade de Vida das Mulheres com Incontinência Urinária Atendidas no Sistema de Saúde Público e Privado. **UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde**, Londrina, v. 16, n.1, p. 19-24, 2014. Disponível em: <<http://www.pgskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/535/504>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

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.**, Florianópolis, v.17, n.3, p. 527-35, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a14v17n3.pdf>>. Acesso em: 01 jun.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 202, 20 out. 2006. Seção 1, p. 142-145. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 12 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 112, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59-62. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 02 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 8.114 de 30 de setembro de 2013. Estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo e institui Comissão Interministerial para monitorar e avaliar ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos em sua implementação. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 190, 01 out. 2013. Seção 1, p. 1-2. Disponível em: <<https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/1036175/decreto-8114-13>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

_____. Morbidade hospitalar por local de internação. **Datasus**, 2014. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>>. Acesso em: 07 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**. 4 ed. Brasília, 2017a. Disponível em: <<http://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/27/CADERNETA-PESSOA-IDOSA-2017-Capa-miolo.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Crescimento da obesidade no Brasil e maior prevalência de doenças crônicas**. Brasília, abril 2017b. Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/28108-em-dez-anosobesidade-cresce-60-no-brasil-e-colabora-para-maior-prevalencia-dehipertensao-e-diabetes>>. Acesso em: 01 de jun.2018

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. Disponível em: <<http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-enportugais>>. Acesso em: 21 de out. 2017.

_____. **Tutorial para uso do software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multimensionnelles de Textes et de Questionnaires)**. Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_17.03.2016.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2018.

CARVALHO, M. P. et al. O impacto da incontinência urinária e seus fatores associados em Idosas. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 721-730, 2014. DOI. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13135>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000400721 &lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 mai. 2018.

CARNEIRO, J. A. 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. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n3/1414-462X-cadsc-1414-462X201700030295.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2018.

CASTRO, L. A. et al. Efeitos da cirurgia bariátrica na função do assoalho pélvico. **ABCD, arq. bras. cir. dig.**, v. 25, n. 4, p. 263-268, 2012. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/abcd/v25n4/10.pdf>>. Acesso em: 29 mai. 2018.

CAVALCANTE, K. V. M.; et al. Prevalência e fatores associados à incontinência urinária em mulheres idosas. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza. V. 27, n. 2, p. 216-223, 2014. Disponível em:

<<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2528/pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2018.

CERENTINI, T. M. et al. Prevalência de incontinência urinária em portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica. In: **SALÃO DE ENSINO E DE EXTENSÃO**, 6., 2015, Santa Cruz do Sul: UNISC, 2015. Disponível em:

<http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/salao_ensino_extensao/article/view/13863>. Acesso em: 10 jun. 2018.

CESTÁRI, C. E.; SOUZA, T. H. C.; SILVA, A. S. Impacto da Incontinência urinária na qualidade de vida de idosas. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, Cáceres, n. 7, p. 27-37, 2017. Disponível em:

<<https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/1773>>. Acesso em: 01 jun.2018.

CHEHTER, L. Constipação intestinal crônica. **RBM**, v. 69, n. 12, p. 121-124, 2012. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5295>. Acesso em: 01 jun. 2018.

COLLARES, C. F.; GREC, W. L. P.; MACHADO, J. L. M. Psicometria na garantia de qualidade da educação médica: conceitos e aplicações. **Science in Health**. São Paulo, v.3, n.1, p.33-49, 2012. Disponível em:

<http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/new/revista_scienceinhealth/07_jan_abr_2012/science_03_01_33_49.pdf> Acesso em: 01 abr. 2018.

CORNÉLIO, T. C. P. et al. Avaliação do perfil sociodemográfico e do impacto da incontinência urinária na qualidade de vida em mulheres atendidas no município de Parnaíba – Piauí. **Rev Brasileira de Ciências da Saúde**, São Paulo, n. 34, p. 1-6. 2012. DOI. 10.13037/rbcs.vol10n34.1799. Disponível em: <http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/1799>. Acesso em: 31 mai. 2018.

CORRÊA, E. F.; MONTALVÃO, E. R. Infecção do trato urinário em geriatria. **Estudos**, Goiânia, v. 37, n.7/8, p. 625-635, 2010. Disponível em: <<http://revistas.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/viewFile/1831/1135>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

COSTA, E. C.; NAKATANI, A. Y.; BACHION, M. M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n. 1, p. 43-48, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a07v19n1.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

CRESWELL, J. W. **Métodos qualitativos. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de métodos mistos**. 2. Ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

DELANCEY, J, O, L. et al. Differences in continence system between communitydwelling black and white women with and without urinary incontinence in the EPI study. **American Journal Obstet. Gynecol.** v. 202, n.6, p.1-12, 2010. DOI. 10.1016/j.ajog.2010.04.027. Disponível em: <[http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(10\)00457-6/fulltext](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(10)00457-6/fulltext)>. Acesso em: 01 jun. 2018.

DEL'ARCO, A. P. W.; MAGALHÃES, P.; QUILICO, F. A. Sim brasil study - women's gastrointestinal health: gastrointestinal symptoms and impact on the brazilian women quality of life. **Arq. Gastroenterol**, São Paulo, v. 54, n. 2, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032017000200115>. Acesso em: 29 jun. 2018.

DIAS, S. F. L.; RODRIGUES, A. M. S. A prevalência da incontinência urinária em mulheres nulíparas. **J Health Sci Inst**, Buraidah, Arábia Saudita, v. 34, n. 1, p. 49-52, 2016. Disponível em: <http://unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2016/01_jan-mar/V34_n1_2016_p49a52.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2018.

DOUGLAS, C, R. **Tratado de fisiologia aplicada às ciências médicas**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.5, p.1-5, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a22.pdf>>. Acesso em: 01 abr.2018.

FARIA, C. A. et al. Incontinência urinária e noctúria: prevalência e impacto sobre qualidade de vida em idosas numa Unidade Básica de Saúde. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.17-25, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180998232014000100017&script=sci_abstract&tling=pt>. Acesso em: 12 mai. 2016.

FAYERS, P.M.; MACHIN, D. **Quality of life. Assessment, analysis, and interpretation. The assessment, analysis, and interpretation of patient-reported outcomes**. 2. ed. Chichester: John Wiley & Sons, 2007.

FIGUEIREDO, E. M. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias do serviço de fisioterapia uroginecológica da rede pública. **Rev Bras Fisioter**, São Carlos, v. 12, n. 2, p. 136-42, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v12n2/a10v12n2.pdf>>. Acesso em: 31 mai. 2018.

FITZ, F. F. et al. Impacto do treinamento dos músculos do assoalho pélvico na qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. **Rev Assoc Med. Bras**, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 155-159, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n2/v58n2a10.pdf>> Acesso em: 01 jun.2018.

FOZZATTI, C; HERRMANN, V. Abordagem da incontinência urinária de esforço feminina pela reeducação postural global. In: **Urofisioterapia aplicações das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico**. 2 ed. São Paulo: Reproset, 2014.p. 289.

FRANÇA, C. E; CEDRAZ, M. O; LEME, A. P. C. P. Fatores predisponentes à incontinência urinária feminina. **UNIFACS**, Salvador, v.15, 2016. Disponível em: <<http://www.revistas.unifacs.br/index.php/sepa/article/view/4327/3018>>. Acesso em: 30 mai. 2018.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulações entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-265, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/08.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2018.

HENKES, D. F. et al. Incontinência urinária: o impacto na vida de mulheres acometidas e o significado do tratamento fisioterapêutico **Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 2, p. 45-56, 2015. DOI. <http://dx.doi.org/10.5433/1679->

0367.2015v36n2p45. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/21746>>. Acesso em: 30 mai. 2018.

HIGA, R.; LOPES, M. H. B. M.; REIS, M. J. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Rev. Esc. enferm. USP**, São Paulo, v.1, n.42, p. 187-92, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/25.pdf>>. Acesso em: 31 mai. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE).

Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: 2011. Disponível em: <<http://.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicasdapopulacao/resultadosdouniverso.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

JUSTO, A. M.; CAMARGO, B. V. Estudos qualitativos e o uso de softwares para análises lexicais. **Caderno de artigos: X SIAT & II Serpro**, Duque de Caxias, p. 37-54, 2014. Disponível em: <http://www.academia.edu/11753344/Estudos_qualitativos_e_o_uso_de_softwares_para_an%C3%A1lises_lexicais>. Acesso em: 21 out. 2017.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Metodologia do trabalho científico**. 7^a. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

LANGONI, C. S. et al. Incontinência urinária em idosas de Porto Alegre: sua prevalência e sua relação com a função muscular do assoalho pélvico. **Fisioter Pesq**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 74-80, 2014. DOI: 10.1590/1809-2950/475210114. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fp/v21n1/pt_1809-2950-fp-21-01-00074.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2018.

LINI, E. V.; PORTELLA, M. R.; DORING, M. Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1004-1014, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v19n6/pt_1809-9823-rbagg-19-06-01004.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2018.

LOPES, H. V.; TAVARES, W. Diagnóstico das infecções do trato urinário. **Rev. Assoc. Med. Bras**, São Paulo, v.51, n.6, p. 301-312, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302005000600008>. Acesso em: 01 jun. 2018.

LOPES, M. H. B.; HIGA, R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p.34-41, 2005. Disponível

em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a04v40n1.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2018.

MARTINEZ, A. P.; AZEVEDO, G. R. Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população brasileira. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n.3, p. 7 telas, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a21v20n3.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2018.

MELO, B. W. S. et al. Correlação entre sinais e sintomas de incontinência urinária e autoestima em idosas. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 41-50, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S180998232012000100005&pid=S1809-98232012000100005&pdf_path=rbgg/v15n1/05.pdf&lang=pt>. Acesso em 25 jun, 2018.

MENEZES, E. C. et al. Diagnostic Accuracy of Anthropometric Indicators in the Prediction of Urinary Incontinence in Physically Active Older Women. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 8, p. 399-404, 2016. DOI. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0036-1592103>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032016000800399>. Acesso em: 28 jun. 2018.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E. E., Onocko, R. (Orgs.) **Práxis em salud: un desafío para lo público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 16ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional baseliro: desafios e consequências sociais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/pt_1809-9823-rbgg-19-03-00507.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2018.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Análise qualitativa do aleitamento materno com o uso do software IRAMUTEQ. **Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 3. 2017. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5649>>. Acesso em: 21 out. 2017.

MORAES, E. N. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

MORAES, E. N. de; MARINO, M.C. de A.; SANTOS, R. R. Principais síndromes geriátricas. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.20, n.1, p. 54-66, 2009. Disponível em: <http://www.cetin.com.br/artigos/5sindromes_geriatricas.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2016.

MOREIRA, M.F.; NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, M. I. T. Comunicação escrita: Contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **REBEn**, Brasília, v. 56, n.2, p.184-8, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n2/a15v56n2.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2018.

MOURÃO, F. A. G. et al. Prevalência de queixas urinárias e o impacto destas na qualidade de vida de mulheres integrantes de grupos de atividade física. **Acta Fisiatr**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 170-175, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/actafisiatr/article/view/102944/101248> >. Acesso em: 30 jun. 2018.

MOURÃO, L. F. et al. Caracterização e fatores de risco de incontinência urinária em mulheres atendidas em uma clínica ginecológica. **Estima**, São Paulo, v. 15, n.2, p. 82-91, 2017. DOI. 10.5327/Z1806-3144201700020004. Acesso em: 01 jun. 2018.

NÓBREGA, A. M.; PATRIZZI, L. J.; WALSH, I. A. Associação entre a incontinência urinária, características ginecológicas e obstétricas, miccionais e qualidade de vida em mulheres. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 48, n. 4, p. 349-358, 2015. Disponível em: <<http://revista.fmrp.usp.br/2015/vol48n4/AO5>>. Acesso em: 01 jul. 2018.

OMLI, R. et al. Pad per day usage, urinary incontinence and urinary tract infections in nursing home residents. **Oxford Academic Journal**, USA, v.39, n. 5, p. 549-554, 2010. DOI. 10.1093/ageing/afq082. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/234b/f1b52896e2e64efd400a8d9e66ff39ae6cb2.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2018.

OLIVEIRA, C. O.; LOPES, M. V. O.; FERNANDES, A. F. C. Construção e validação educativa para alimentação saudável durante a gravidez. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 611-620, jul/ago. 2014a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00611.pdf>. Acesso em: 15 out. 2017.

OLIVEIRA, A. M. et al. Assistência de enfermagem a incontinência urinária na mulher. **Múltiplo Saber**, Londrina, v. 15, n. 1, p. 100-111, 2012. Disponível em: <https://www.inesul.edu.br/revista_saude/arquivos/arq-idvol_10_1339682553.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2018.

OLIVEIRA, E. et al. Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina. **Rev. Assoc. Med. Bras**, São Paulo, v.56, n.6, p.688-690, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n6/v56n6a19.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

OLIVEIRA, G. S. M. et al. Análise da incontinência urinária na qualidade de vida de idosas frequentadoras de um grupo de convivência social em Muriaé-MG. **Rev. Pesquisa em Fisioterapia**, Salvador, v. 4, n. 1, p. 7-15, 2014b. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/379/272>>. Acesso em: 30 mai. 2018.

OLIVEIRA, K. A. C.; RODRIGUES, A. B. C.; PAULA, A.B. Técnicas fisioterapêuticas no tratamento e prevenção da incontinência urinária de esforço na mulher. **Revista eletrônica F@pciência**, Apucarana, v. 1, n. 1, p. 31-40, 2007. Disponível em: <http://www.fap.com.br/fapciencia/001/edicao_2007/004.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2017.

OLIVEIRA, T. M. et al. Prevalência de Incontinência urinária e fatores associados em mulheres no climatério em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 28, n.4, p. 606-612, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5422/pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

PADILHA, J.P.; et al. Investigação da qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. **Arq. Ciên. Saúde UNIPAR**, Umuarama. V. 22, n. 1, p. 43-48, 2018. Disponível em: <<http://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6302>>. Acesso em: 27 jun. 2018.

PALMA, P.C.R. Incontinência Urinária. In: FOZZATTI; HERRMANN. **Guia Prático de Urologia**. Sociedade Brasileira de Urologia. São Paulo, 2014.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha guia da Saúde do Idoso. 149 p. Curitiba, 2017.

PASQUALI, L. Psicometrica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.43, nºspe. p. 992-9, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000500002>> Acesso em: 01 abr. 2018.

_____. **Psicometria** – Teoria dos Testes na Psicologia e na Educação. 5. ed. São Paulo: Vozes, 2013.

PATRIZZI, L. J; VIANA, D. A; SILVA, L. M. A; PEGORARI, M. S. Incontinência urinária em mulheres jovens praticantes de exercício físico. **R. Bras Ci. e Mov**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 105-10, 2014. DOI. 10.18511/0103-1716/rbcm.v22n3p105-110. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/4185>. Acesso em: 28 mai. 2018.

PEUKER, A. C. et al. Construção de um material educativo para a prevenção do câncer de colo do útero. **Estud. Interdiscip. Psicolol.** Londrina, v. 8, n. 2, p. 146-160, 2017. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/eip/article/view/25114/20977>>. Acesso em: 01 mar. 2018.

PILATTI, L. A.; PEDROSO, B.; GUTIERREZ, G. L. Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação: um debate necessário. **R.B.E.C.T.**, Curitiba, v.3, n.1, p.81-91, 2010. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbect/article/view/619>> Acesso em 01 abr. 2018.

PIRES, A. F. et al. A importância da teoria do autocuidado de Dorothea E. Orem no cuidado de enfermagem. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, V.9, n.2, p. 1-4, 2015. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/viewFile/2533/1292>>. Acesso em: 15 out. 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011

PORTO, Celmo Celso. **Vademecum de Clínica Médica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 1033p.

QUADROS, L. B. et al. Prevalência de incontinência urinária entre idosos institucionalizados e sua relação com o estado mental, independência funcional e comorbidades associadas. **Acta Fisiatr**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 130-134, set 2015. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/114520>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

RINCÓN, O. A. Caracterización clínica de la incontinencia urinaria y factores asociados en usuarias de la Unidad de la Mujer del Centro de Salud Familiar "Ultraestación" en la ciudad de Chillán, Chile. **Revista Med**, Chile, Santiago, v. 143, n. 2, p. 203-212, 2015. DOI. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000200008>. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000200008>. Acesso em: 29 mai.2018.

RODRIGUES, M. P. et al. Perfil das Pacientes do ambulatório de uroginecologia de um Hospital Público de Porto Alegre com relação à incontinência urinária e à qualidade de vida. **Clin Biomed Res**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 135-141, 2016. DOI. <http://dx.doi.org/10.4322/2357-9730.64817>. Disponível em: <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/2357-9730.64817>>. Acesso em: 01 jul. 2018.

RUIPÉREZ, I.; LLORENTE, P. **Geriatría: Guías prácticos de enfermagem**. Rio de Janeiro, p. 94-95, 2000.

SABOIA, D. M. et al. Impacto dos tipos de incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 5, n. 1, e03266, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/0080-6234-reeusp-S1980-220X2016032603266.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2018.

SALVADOR, P. T. C. O. et al. Tecnologia e Inovação para o cuidado de Enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, n. 20, v. 1, p. 111-17, 2012. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a19.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2018.

SANTANA, S. et al. A relação entre incontinência urinária e o isolamento social de mulheres idosa. **Memorialidades**, Ilhéus, v. n. 23, p. 151-164, 2015. Disponível em: <http://periodicos.uesc.br/index.php/memorialidades/article/view/1312/1108>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

SANTOS, C. R. S.; SANTOS, V. L. C. G. Prevalência da incontinência urinária em amostra randomizada da população urbana de Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v.18, n. p. 903-910, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_10.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2017.

SANTOS, K. F. O. **Terapia comportamental para controle da incontinência urinária de esforço em mulheres idosas: construção e validação de protocolo de intervenções de enfermagem**. 173 f, Tese (Doutorado em enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, 2016.

SANTOS, K. F. O; FERNANDES, M. G. Qualidade de vida de idosas com incontinência urinária: um estudo transversal. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 14(suppl), p. 459-62, 2015. Disponível em: https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/5290/pdf_912>. Acesso em: 30 mai. 2018.

SANTOS, S. S. C. et al. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde: utilização no cuidado de enfermagem a pessoas idosas. **REBEn**, Brasília, v. 66, n. 5, p. 789-793, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/21.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

SARTES, L. M. A.; SOUZA-FORMIGONI, M. L. O. Avanços na Psicometria: Da Teoria Clássica dos Testes à Teoria de Resposta ao Item. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, São Paulo, v. 26, n. 2, p.241-50, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S010279722013000200004>>. Acesso em: 01 abr. 2018.

SENSOY, N.; DOGAN, N.; OZEK, B. KARAASLAN, L. Urinary incontinence in woman: prevalence rates, risk factors and impacto n quality of life. **Park J Med Sci**, Pakistan, v. 29, n. 3, p. 818-822, 2013. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3809317/>>. Acesso em: 27 jun.2018.

SILVA, A. I. et al. Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida da mulher. **Rev Port Med Geral Fam**, Lisboa, v. 29, 364-76, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v29n6/v29n6a04.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2018.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. Florianópolis: UFSC, v. 5, n. 6, 2001.

SILVA, L.; LOPES, M. H. 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/pdf/reeusp/v43n1/09.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

SILVA, L. W. S. et al. Fisioterapia na incontinência urinária: olhares sobre a qualidade de vida de mulheres idosas. **Rev. Kairós-Gerontologia**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 221-238, 2017. Disponível em: < <http://docplayer.com.br/62082501-Fisioterapia-na-incontinencia-urinaria-olhares-sobre-a-qualidade-de-vida-de-mulheres-idosas.html>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

SILVA, M. A. et al. Prevalência de incontinência urinária e fecal em idosos: estudos em instituições de longa permanência para idosos. **Estud. Interdiscipl. envelhec**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 249-261, 2016. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/viewFile/46484/40727>>. Acesso em: 02 jun. 2018

SILVA, V. A.; D'ELBOUX, M. J. Atuação do enfermeiro no manejo da incontinência urinária no idoso: uma revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46,

n. 5, p. 1221-1226, out. 2012. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342012000500026>
. Acesso em: 10 jul. 2016.

SILVEIRA, L. C. et al. Cuidado clínico em enfermagem: desenvolvimento de um conceito na perspectiva de reconstrução da prática profissional. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 548-554, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/1414-8145-ean-17-03-0548.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2018.

SOBRADO, C. W. et al. Diagnosis and treatment of constipation: a clinical update based on the Rome IV criteria. **Journal of Coloproctology**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 137-144, April-June, 2018. DOI.10.1016/j.jcol.2018.02.003. Disponível em: <<https://reader.elsevier.com/reader/sd/0B3EA85722F81AEBD9CB8F4B7A532A079B655CA49424B75F35A08BF5374FB03455C72AF0019D5E67A938FC601FE4AB03>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

SOUZA, K. C.; et al. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com incontinência urinária – um estudo de caso de Maringá – PR. **Enciclopédia Biosfera**, Goiânia, v. 13, n. 24, p. 1483-1493, 2016. DOI. 10.18677/EnciBio_2016B_137 Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/311482607>>. Acesso em: 30 jun. 2018.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. Florianópolis: Insular, 2004.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. Ed.3ª. Porto Alegre: Moriá, 2014.

VO, K.; FORDER, P. M; BYLES, J. E. URINARY INCONTINENCE AND SOCIAL FUNCTION IN OLDER AUSTRALIAN WOMEN. **Journal of the American Geriatrics Society**, New South Wales, v.64, n.8, p.1646-50, 2016. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27352176>>. Acesso em :13 fev. 2017.

VOLKMER, C.; et al. Incontinência urinária feminina: revisão sistemática de estudos qualitativos. **Ciêns Saúd Colet**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2703-2715, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/19.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2018.

WILLIG, M. H. **Cuidar/gerenciar: possibilidades de convergência no discurso coletivo das enfermeiras**. 120p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

WING, R. R. et al. Improving Urinary Incontinence in Overweight and Obese Women Through Modest Weight Loss. **Rev Obstet Gynecol**, v. 116, p. 284-292, 2010. DOI. 10.1097/AOG.0b013e3181e8fb60. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20664387>>. Acesso em: 29 mai. 2018.

WINTER, G. R. et al. Comparison of the functional profile of elderly women with urinary continence and incontinence. **Acta Scientiarum**. Maringá, v. 36, n. 2, p. 147-152, 2014. DOI. <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v36i2.17877>. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/17877>>. Acesso em: 30 mai. 2018.

ZULIAN, M.; SOUZA, B. J.; MIRANDA, R. G. Excel/vba para gerenciamento de micro e pequenas empresas excel. **Revista Científica da FHO|Uniararas**, Araras, v.1, n.2, p. 7-21, 2013. Disponível em: <http://www.uniararas.br/revistacientifica/_documentos/art.2-004-2012.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2018.

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS IDOSAS

Nós, Dra. Mariluci Hautsch Willig, Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Paraná e Sulamita de Paula Santos, Enfermeira e Mestranda em Enfermagem, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando à senhora usuária do ambulatório de geriatria e urologia do Hospital do Idoso Zilda Arns à participar de um estudo intitulado “Idosas com incontinência urinária aos esforços: elaboração de guia educativo para o autocuidado”

a) O estudo tem como objetivo geral: Desenvolver um guia educativo para o autocuidado de idosas com incontinência urinária aos esforços (IUE).

Objetivos específicos: Identificar o perfil epidemiológico das participantes do estudo; analisar as percepções das idosas participantes do estudo acerca da perda urinária e validar o guia educativo.

b) Inicialmente será realizada uma entrevista individual, neste momento será entregue o termo de consentimento livre e esclarecido que deverá ser lido, preenchido e assinado pela participante. Neste momento será realizado o preenchimento de um instrumento com dados de identificação, altura, peso, escolaridade, ocupação / profissão, doenças pregressas, medicamentos em uso, sintomas relacionados a perda urinária, hábito intestinal e hábito alimentar e o mini exame do estado mental que permite identificar possíveis déficits cognitivos.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser: constrangimento ao participar da entrevista. Caso isso ocorra, você poderá optar por interromper ou descontinuar a participação na pesquisa, sendo necessário somente manifestar sua desistência, sem que isso lhe cause qualquer dano.

f) Espera-se como benefício direto a identificação dos sintomas urinários e diminuição ou eliminação da perda urinária bem como melhoria da qualidade de vida.

g) As pesquisadoras, responsáveis por este estudo poderão ser localizadas para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo, conforme descrito a seguir:

Profa. Dra. Mariluci Hautsch Willig. Av. Pref. Lothário Meissner, 632, 3º andar – Jardim Botânico, de segunda a sexta, das 14h às 17h. e-mail: familiawillig@terra.com.br, telefone (41) 3361-3721.

Enfermeira Mestranda Sulamita de Paula Santos telefone (41) 99653-2073, Núcleo Interno de Regulação, 1º andar do Hospital do Idoso Zilda Arns, Rua Lothário Boutin nº90, telefone 3316-5993, de segunda a sexta das 07h às 13h, ou pelo e-mail sulamitadepaula2@gmail.com; telefone (41) 99653-2073.

h) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

i) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará em nenhum dano.

j) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas como médico e equipe de enfermagem. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. As oficinas serão gravadas, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcritas as oficinas e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.

k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade. O participante não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação no estudo.

l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete minhas condições de trabalho ou traga qualquer prejuízo para mim.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Nome e Assinatura do participante da pesquisa)

Curitiba, ___ de _____ 201__.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

Sulamita de Paula Santos

Curitiba, ___ de _____ 201__.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____

**APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS
E ENTREVISTA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Pesquisador responsável: Profa. Dra. Mariluci Hautsch Willig

Mestranda: Enfa. Sulamita de Paula Santos

Local da coleta de dados: Ambulatório do Hospital do Idoso Zilda Arns

Data: ____ / ____ / ____

I PARTE – DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Nome: _____

Data de nascimento: _____ Idade _____

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ Nº atendimento: _____

Telefone fixo: _____ Cel: _____

Escolaridade:

- () ensino fundamental completo () ensino fundamental incompleto
 () ensino médio completo () ensino médio incompleto
 () ensino superior completo () ensino superior incompleto
 () não alfabetizada

Cor da pele: () branca () negra () parda () amarela

Estado civil: () solteira () casada () viúva () separada

Ocupação : _____ Profissão: _____

Tempo de início dos sintomas/diagnóstico: _____

Perde urina aos esforços (tossir, espirrar, gargalhar)? () sim () não

Perde urina aos mínimos esforços (correr, levantar)? () sim () não

Sente vontade de urinar mais vezes do que considera normal? () sim () não

Sente dor quando sente vontade de urinar? () sim () não

Quando sente vontade de urinar perde urina no caminho para o banheiro?

() sim () não

Usa dispositivo de contenção (absorvente, fralda)? () sim () não

Tipo: _____ Troca quantos por dia: _____

Quando vai urinar demora para iniciar a micção? () sim () não

Ao final da micção sente que esvaziou a bexiga completamente? () sim () não

Sente dor ou ardência ao urinar? () sim () não

O jato de urina é fraco? () sim () não

Depois da micção tem gotejamento? () sim () não

Tem histórico de infecção urinária? () sim () não

Frequência de ITU: _____

Gestações: _____ Partos normais: ____ Cesáreas: ____ Abortos: _____

Episiotomia: _____

Cirurgias prévias: () sim () não

Qual? _____

Comorbidades: _____

Já teve algum problema com hérnia que ficou com as pernas dormentes?

() sim () não

Obs.: _____

Medicamentos:

Ingestão de líquido (o que e quanto)?

Hábito alimentar:

Frequência de evacuação: ____ x ao dia ____ x por semana

Consistência mais comum (Bristol): () 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06
() 07

Responde ao primeiro desejo evacuatório? () sim () não

Tempo de duração do ato evacuatório:

O que a Senhora já tentou para resolver o problema evacuatório?

Vida sexual ativa () sim () não

Frequência da atividade sexual: ___ x ao dia ___ x por semana ___ x por mês

Satisfeito (a) com o desempenho sexual: () sim () não

Se não, o que incomoda (baixo desejo, baixa lubrificação, dor na penetração, perda de urina no ato sexual, problemas com ereção, problemas com ejaculação)

II PARTE - ENTREVISTA: PERCEPÇÃO DAS IDOSAS ACERCA DA PERDA URINÁRIA:

O que a senhora sabe sobre perda urinária?

Como a Senhora se sente em relação à perda urinária?

O que a Senhora já tentou para resolver o problema urinário?

APÊNDICE 3 – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DO GUIA EDUCATIVO

Assinale o grau de relevância de cada item avaliado de acordo com a seguinte pontuação:

1. Não relevante ou não representativo
2. Item necessita de grande revisão para ser representativo
3. Item necessita de pequena revisão para ser representativo
4. Item relevante ou representativo

FIGURA 1 –

Como a senhora considera a aparência do instrumento:			
1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não relevante		Relevante	
Sugestões: _____			

FONTE: a autora (2018).

FIGURA 2 –

Como a senhora considera a linguagem/palavras utilizada no instrumento:			
1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não relevante		Relevante	
Sugestões: _____			

FONTE: a autora (2018).

FIGURA 3 –

Como a senhora considera o conteúdo do instrumento:			
1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não relevante		Relevante	
Sugestões: _____			

FONTE: a autora (2018).

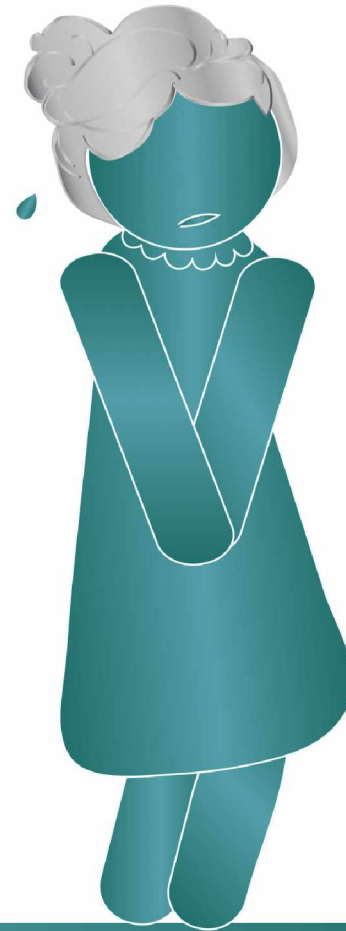
Incontinência Urinária

Não deixe a incontinência urinária prejudicar sua vida. Deve-se urinar aproximadamente a cada 3 ou 4 horas.

Se você tem algum tipo de perda urinária, procure um profissional de saúde qualificado para contar sobre o problema. Após a avaliação, você poderá ser encaminhada para o tratamento de acordo com seu caso.

Sintomas,
prevenção,
e
tratamento

A incapacidade de controlá-la, na maioria das vezes acaba afetando de forma significativa a qualidade de vida. Prevenir e tratar a incontinência urinária pode deixá-la mais saudável e feliz, mudança nos hábitos são muito importantes.



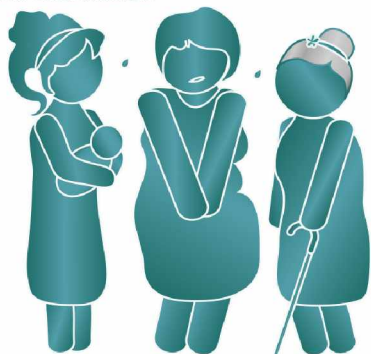
Mestre em Enfermagem: Sulamita de Paula Santos
Doutora em Enfermagem: Mariluci Hautsch Willig
Programa de Pós Graduação em Enfermagem
Mestrado Profissional
Universidade Federal do Paraná-UFPR
Projeto gráfico e ilustrações: Anya Colman

Você sabe o que é incontinência urinária?

A incontinência urinária é qualquer perda de urina que acontece sem querer. Existem diversos tipos de incontinência urinária:

- **Por esforço:** é a perda de urina que acontece com o aumento da força abdominal: levantar peso, tossir, espirrar, dentre outros.
- **Urgência:** é a perda de urina que acontece após uma vontade incontrolável de urinar;
- **Mista:** quando apresenta os dois tipos de perda urinária (esforço e urgência).¹

Saiba que perder urina não é normal e que tem tratamento.



São vários os fatores que contribuem para ter incontinência, dentre eles:^{2,3}

- Idade;
- Constipação intestinal;
- Partos e gestações;
- Tosse crônica;
- Infecção urinária;
- Menopausa;
- Retirada do útero;
- Obesidade.

Medidas comportamentais são a primeira escolha para o tratamento:

- Beber de 6 a 8 copos de água por dia;
- Evitar consumo de bebidas com cafeína;
- Atender ao primeiro desejo de urinar;
- Quando for urinar, sentar no vaso sanitário, esperar a bexiga esvaziar por completo até o jato terminar;
- Realizar a higiene da uretra após urinar, no sentido da vagina para o ânus para evitar infecção urinária.⁴



Você sabe que a constipação intestinal pode piorar a incontinência urinária?

Saiba como evitá-la:

- Ingerir alimentos ricos em fibras (frutas, verduras, legumes, principalmente com casca);
- Estabelecer rotina de sentar no vaso sanitário meia hora após a melhor refeição do dia, que é quando o intestino tem seu maior funcionamento;
- Sentar no vaso sanitário corretamente: colocar um apoio para os pés e inclinar o tronco levemente para frente, esta posição e o uso deste apoio facilitam a saída das fezes.⁴
- Lembre-se: fezes normais são lisas e macias.



Exercícios para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico, para pacientes que perdem urina aos esforços:

- O exercício pode ser feito de forma sentada, deitada;
- Escolher sua melhor posição, relaxe e respire;
- Relaxar o abdome, as pernas e o “bumbum”;
- Sentir a região do ânus, em seguida você deve apertar/contrair a região do ânus puxando para dentro como se fosse segurar um “pum” 10 vezes cada sessão, repetir esse movimento 5 vezes ao dia;
- Quando sentir que o exercício está muito fácil, apertar o músculo no máximo da força, segurar por quantos segundos aguentar e relaxar, repetir 5 vezes ao dia, com 10 contrações cada.⁵

O treino para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico é composto por várias etapas. Se você tem indicação para realizar esses exercícios, procure um profissional de saúde capacitado para melhor orientação e acompanhamento.



Observação: a musculatura do assoalho pélvico é responsável pelo fechamento da uretra, local por onde sai a urina. Da mesma forma que os músculos do nosso corpo, braços, pernas, glúteos, ficam flácidos, a musculatura do assoalho pélvico também fica. A prática de exercícios físicos, fortalece a musculatura, o mesmo acontece com a musculatura do assoalho pélvico.

Referências

1. FÁRIA, C. A. et al. Incontinência urinária e notúria: prevalência e impacto sobre qualidade de vida em idosas numa Unidade Básica de Saúde, 2014.
2. BOLINA, F. et al. Incontinência urinária autorreferida em idosos e seus fatores associados, 2013.
3. MOURÃO, L. F. et al. Caracterização e fatores de risco de incontinência urinária em mulheres atendidas em uma clínica ginecológica, 2017.
4. MORENO, A. L. Terapia Comportamental. In: MORENO, A. L. Fisioterapia em uroginecologia. 2ed. São Paulo: Manole, 2009. P.145-151.
5. MORENO, A. L. Terapia Comportamental. In: MORENO, A. L. Fisioterapia em uroginecologia. 2ed. São Paulo: Manole, 2009. P.113-115.

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UFPR

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Mulheres idosas com incontinência urinária aos esforços: ações educativas para o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico.

Pesquisador: Mariluci Hautsch Willig

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 69671217.1.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.247.608

Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta as pendências do projeto de pesquisa intitulado Projeto de Pesquisa: Mulheres idosas com incontinência urinária

aos esforços: ações educativas para o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico. Encaminhado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional. O pesquisador responsável será Mariluci Hautsch Willig e como colaborador SULAMITA DE PAULA SANTOS

Objetivo da Pesquisa:

Propor a implantação de um programa de fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico para idosas com incontinência urinária aos esforços (IUE).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo as pesquisadoras:

Riscos:

Os possíveis riscos oferecidos pela realização desta pesquisa são a quebra de confidencialidade, desconforto ou constrangimento dos participantes, durante a realização da entrevista, exame físico e das oficinas. O exame físico poderá ocasionar constrangimento para as participantes devido a exposição da região genital. As realizações das oficinas serão em local privativo, apenas

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Tênis
Cidade: Alto da Glória
UF: PR **Município:** CURITIBA **CEP:** 80.060-240
Telefone: (41) 3360-7250 **E-mail:** comitica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Contratado do Parecer: 2.247.908

com a presença dos participantes do estudo e pesquisadora. Os riscos apresentados pelas participantes serão de inteira responsabilidade do pesquisador. Para minimizar os riscos as informações obtidas serão acessadas apenas pela pesquisadora e colaboradora, a coleta de dados ocorrerá em local privativo e serão utilizados apenas as iniciais dos nomes dos participantes nas transcrições dos conteúdos gravados, e letras e números para análise e apresentação dos dados.

Benefícios:

Os possíveis benefícios para a população estudada será diminuição ou eliminação da perda urinária bem como melhoria da qualidade de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

todas as pendências foram atendidas

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

todos os termos foram apresentados

Recomendações:

todas as pendências foram atendidas

Condições ou Pendências e Lista de Inadequações:

- É obrigatório retirar na secretaria do CEPISD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEPISD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONERCNS).

Favor agendar a retirada do TCLE pelo telefone 41-3360-7259 ou por e-mail cometica.saude@ufpr.br, necessário informar o CAAE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo:

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Tênis	CCP: 80.060-240
Bairro: Alto da Glória	
UF: PR	Município: CURITIBA
Telefone: (41) 3360-7259	E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.247.908

NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_940370.pdf	20/08/2017 19:12:07		Aceito
Outros	Carta_simples_2.docx	19/08/2017 18:05:43	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_corrigido_3.docx	19/08/2017 18:07:58	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido_2.docx	19/08/2017 18:07:04	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
Outros	Carta_Simples_ao_CEP.docx	01/08/2017 21:30:59	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_Corrigido.docx	01/08/2017 21:28:41	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Corrigido.docx	01/08/2017 21:28:19	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_corrigido_CEP_SMS.docx	13/06/2017 11:11:07	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Corrigido_CEP_UFPR_SMS.docx	13/06/2017 11:09:56	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
Outros	TERMO DE RESPONSABILIDADE COM A PESQUISA REAJUSTADO.docx	13/06/2017 11:04:01	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
Outros	ANALISE DO MERITO CIENTIFICO_AJUSTADO.docx	13/06/2017 11:00:58	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	08/06/2017 22:59:07	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
Outros	Check_List_corrigido.docx	08/06/2017	SULAMITA DE	Aceito

Endereço: Rua Pôrto Camargo, 285 - Tênis
 Bairro: Alto da Glória CCR: 80.060-240
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3363-7253 E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Contribuição do Parecer: 2.247.608

Outros	Check_List_corrigido.docx	22:51:58	PAULA SANTOS	Aceito
Outros	Requerimento_apreciacao_projeto.pdf	08/06/2017 22:50:58	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
Outros	Declaracao ausencia custos FEAES e MS.doc	08/06/2017 22:49:28	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
Outros	Termo de Compromisso para Utilizacao de Dados de Arquivos.docx	08/06/2017 22:46:09	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
Outros	Termo_compromisso_inicio_pesquisa.pdf	08/06/2017 22:44:17	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
Outros	Declaracao_uso_especifico.pdf	08/06/2017 22:43:48	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
Outros	Declaracao_tomar_publico_resultados.pdf	08/06/2017 22:43:23	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
Outros	Termo_confidencialidade.pdf	08/06/2017 22:42:53	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
Outros	Concordancia_instituicao_coparticipante.pdf	08/06/2017 22:42:11	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
Outros	Termo_concordancia_servico_envolvido.pdf	08/06/2017 22:41:41	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
Outros	Extrato_de_ata.pdf	08/06/2017 22:39:28	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
Outros	Oficio_pesquisador_encaminhando_projeto.pdf	08/06/2017 22:35:32	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Neecessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 30 de Agosto de 2017

Assinado por:
Claudia Seely Flocco
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Tênis
Bairro: Alto da Glória
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41) 33360-7250
CCP: 00.060-240
E-mail: comitica.saude@ufpr.br

ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP SMS

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Mulheres idosas com incontinência urinária aos esforços: ações educativas para o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico.

Pesquisador: MariLuiz Hautsch Willig

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 69671217.1.3001.0101

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.318.532

Apresentação do Projeto:

O presente estudo visa melhorar o atendimento a pessoa idosa, devido ao aumento desta população, evidenciando a imprescindibilidade de se repensar a gestão do cuidado gerontológico, para atender as especificidades do idoso tratando especificamente das disfunções da musculatura do assoalho pélvico.

Objetivo da Pesquisa:

- Propor a implantação de um programa de fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico para idosas com incontinência urinária aos esforços.
- Identificar a prevalência da incontinência urinária aos esforços em idosas assistidas em um ambulatório de geriatria e urologia em Curitiba
- Avaliar a qualidade de vida das idosas identificadas com incontinência urinária aos esforços, antes e após a realização das oficinas coletivas para o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico;
- Aplicar os exercícios para o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico;
- Avaliar a eficácia do fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico realizado em grupo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os possíveis riscos oferecidos pela realização desta pesquisa são a quebra de confidencialidade.

Endereço: Rua Afílio Bório, 690	CCP: 80.050-250
Data: Cristo Rei	
UF: PR	Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-4965	Fax: (41)3360-4965
	E-mail: etica@smc.curitiba.pr.gov.br

Contratação de Pessoa: 2.318.932

desconforto ou constrangimento dos participantes, durante a realização da entrevista, exame físico e das oficinas. O exame físico poderá ocasionar constrangimento para os participantes devido a exposição da região genital. As realizações das oficinas serão em local privativo, apenas com a presença dos participantes do estudo e pesquisadora. Os riscos apresentados pelas participantes serão de inteira responsabilidade do pesquisador. Para minimizar os riscos, as informações obtidas serão acessadas apenas pela pesquisadora e colaboradora, a coleta de dados ocorrerá em local privativo e serão utilizados apenas as iniciais dos nomes dos participantes nas transcrições dos conteúdos gravados, e letras e números para análise e apresentação dos dados. A qualquer momento, por solicitação do participante, a pesquisa poderá ser interrompida. Os possíveis benefícios para a população estudada será diminuição ou eliminação da perda urinária bem como melhoria da qualidade de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa, após ajustes operacionais com os pesquisadores, tem viabilidade operacional.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados estando em conformidade às recomendações da Res. CNS 466/12.

Recomendações:

ATENÇÃO: Atentar constantemente, durante a pesquisa de campo, para eventuais desconfortos ou constrangimentos dos participantes, o que deverá determinar o encerramento imediato da coleta de dados.

Em cumprimento à Resolução CNS 466/12, este Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios parciais sobre o andamento do estudo, bem como o relatório completo ao final do estudo. Eventuais notificações ou modificações, que gerem emendas ao protocolo devem ser apresentadas tempestivamente, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas. Salientamos a necessidade de entrar previamente em contato com nossas Unidades ou Equipes, de posse do Termo de Aprovação da Pesquisa, para agendar as atividades necessárias.

Condições ou Pendências e Lista de inadequações:

Projeto encontra-se em adequação à Res. CNS 466/12.

Codereço: Rua Adão Bóris, 680	CEP: 80.050-250
Bairro: Cristo Rei	
UF: PR	Município: CURITIBA
Telefone: (41) 3360-4961	Fax: (41) 3360-4963
E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br	

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS

Continuação do Parecer 2.318.932

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/SMS-Curitiba ratifica o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO_940370.pdf	20/08/2017 18:12:07		Aceito
Outros	Carta_simples_2.docx	19/08/2017 18:08:43	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_corrigido_2.docx	19/08/2017 18:07:58	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido_2.docx	19/08/2017 18:07:04	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO_940370.pdf	01/08/2017 22:05:22		Aceito
Outros	Carta_Simples_ao_CEP.docx	01/08/2017 21:30:59	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_Corrigido.docx	01/08/2017 21:28:41	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Corrigido.docx	01/08/2017 21:28:19	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO_940370.pdf	13/06/2017 11:11:51		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_corrigido_CEP_SMS.docx	13/06/2017 11:11:07	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Corrigido_CEP_UFPR_SMS.docx	13/06/2017 11:09:58	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
Outros	TERMO DE RESPONSABILIDADE COM A PESQUISA REAJUSTADO.docx	13/06/2017 11:04:01	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
Outros	ANALISE DO MERITO CIENTIFICO A JUSTADO.docx	13/06/2017 11:00:58	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO_940370.pdf	08/06/2017 23:41:37		Aceito
Projeto Detalhado	Projeto_corrigido_CEP_SMS.docx	08/06/2017	SULAMITA DE	Aceito

Endereço: Rua Alípio Bório, 680
 Bairro: Cristo Rei CCR: 80.050-250
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41) 3360-4991 Fax: (41) 3360-4993 E-mail: sms@smc.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS

Continuação do Parecer: 2.311.532

J Brochura Investigador	Projeto_comigido_CEP_SMS.docx	23:33:28	PAULA SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	08/06/2017 22:59:07	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
Outros	Check_List_comigido.docx	08/06/2017 22:51:58	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
Outros	Requerimento_apreciacao_projeto.pdf	08/06/2017 22:50:58	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
Outros	Declaracao_ausencia_custos_FEAES_SMS.doc	08/06/2017 22:49:28	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
Outros	Termo_de_Compromisso_para_Utilizacao_de_Dados_de_Arquivos.docx	08/06/2017 22:46:09	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
Outros	Termo_compromisso_inicio_pesquisa.pdf	08/06/2017 22:44:17	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
Outros	Declaracao_uso_especifico.pdf	08/06/2017 22:43:48	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
Outros	Declaracao_tomar_publico_resultados.pdf	08/06/2017 22:43:23	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
Outros	Termo_confidencialidade.pdf	08/06/2017 22:42:53	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
Outros	Concordancia_instituicao_participante.pdf	08/06/2017 22:42:11	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
Outros	Termo_concordancia_servico_envolvido.pdf	08/06/2017 22:41:41	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
Outros	Extrato_de_ata.pdf	08/06/2017 22:39:28	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito
Outros	Oficio_pesquisador_encaminhando_projeto.pdf	08/06/2017 22:35:32	SULAMITA DE PAULA SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 06 de Outubro de 2017

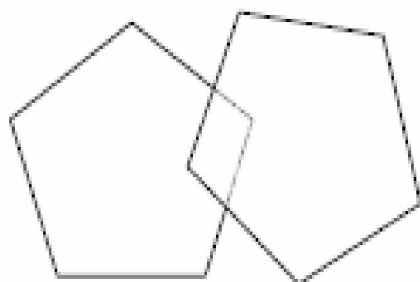
Assinado por:
SAMUEL JORGE MOYSES
(Coordenador)

Endereço: Rua Adão Boro, 680
Bairro: Centro-RH
UF: PR, Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-4961 Fax: (41)3360-4925 E-mail: sms@smc.curitiba.pr.gov.br
CCP: 00.150-250

ANEXO 3 – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

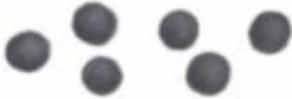





		Pont	Máx. Pont.
ORIENTAÇÃO TEMPORAL	Em que ano estamos?		1
	Em que estação do ano estamos?		1
	Em que mês estamos?		1
	Em que dia da semana estamos?		1
	Em que dia do mês estamos?		1
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Em que estado nós estamos?		1
	Em que cidade nós estamos?		1
	Em que bairro nós estamos?		1
	Como é o nome dessa rua, ou esse endereço?		1
	Em que local nós estamos?		1
REGISTRO	Repetir: CARRO, VASO, BOLA . Solicitar que memorize.		3
ATENÇÃO E CÁLCULO	Subtrair: $100-7 = 93-7 = 86-7 = 79-7 = 72-7 = 65$ ou soletrar a palavra MUNDO , e então, de trás para frente.		5
MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO	Quais os três objetos perguntados anteriormente?		3
NOMEAR 2 OBJETOS	Lápis e relógio		2
REPETIR	“Nem aqui, nem ali, nem lá”		1
COMANDO DE ESTÁGIOS	Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio com ambas as mãos e coloque-a no chão		3
LER E EXECUTAR	Feche seus olhos		1
ESCREVER UMA FRASE COMPLETA	Escrever uma frase que tenha sentido		1
COPIAR DIAGRAMA	Copiar dois pentágonos com interseção		1
TOTAL			30

Frase: _____



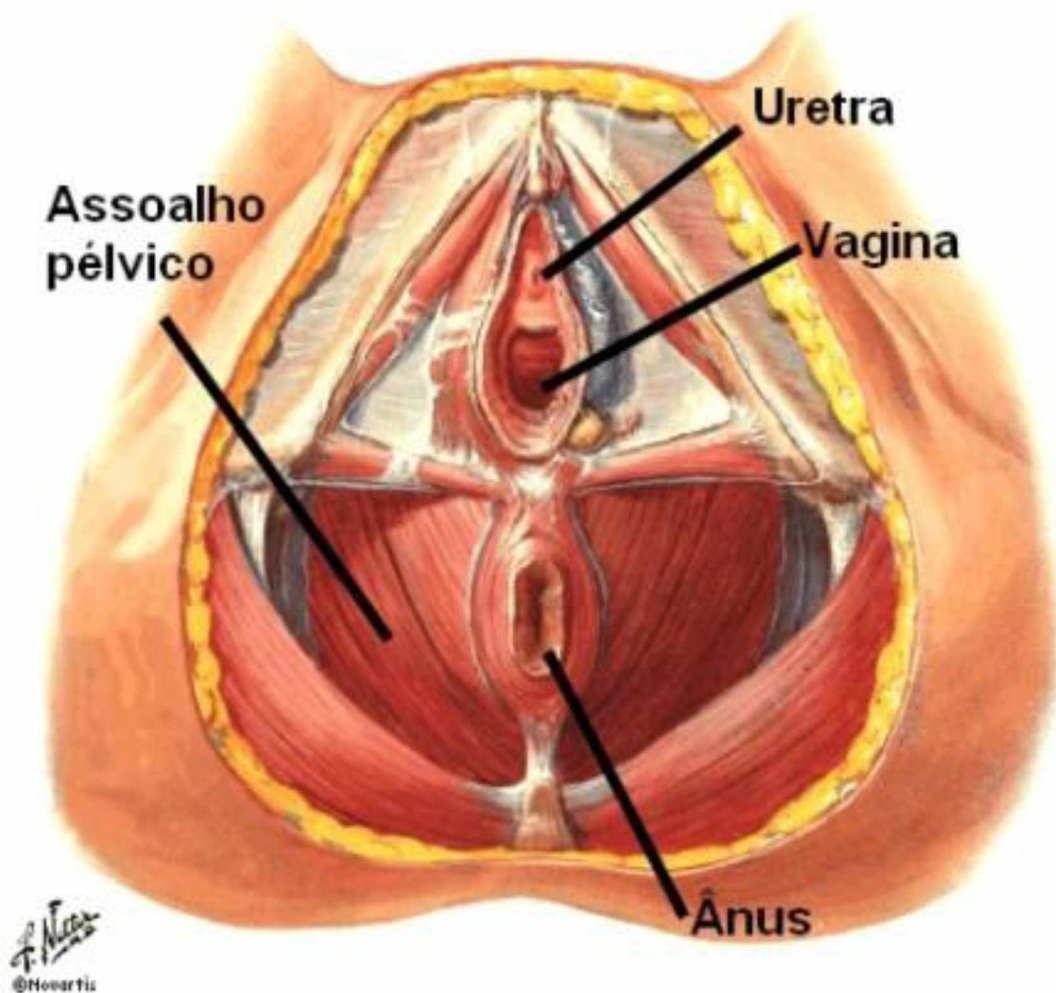
FONTE: Folstein; Folstein; Mchugh (1975).

ANEXO 4 – ESCALA DE BRISTOL DE CONSISTÊNCIA DAS FEZES

Tipo 1		Pequenas bolinhas duras, separadas como coquinhos (difícil para sair).
Tipo 2		Formato de linguiça encaroçada, com pequenas bolinhas grudadas.
Tipo 3		Formato de linguiça com rachaduras na superfície.
Tipo 4		Alongada com formato de salsicha ou cobra, lisa e macia.
Tipo 5		Pedaços macios e separados, com bordas bem definidas (fáceis de sair).
Tipo 6		Massa pastosa e fofa, com bordas irregulares.

FONTE: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a21v20n3.pdf

ANEXO 5 – ANATOMIA DO ASSOALHO PÉLVICO



FONTE: <http://www.gvinculo.com.br/2011/03/assoalho-pelvico-no-pre-parto-parto-e.html>