



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO**

**LUCIANA CAGLIONE MARTINS**

**INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE IDOSAS INSERIDAS EM  
DIFERENTES CONTEXTOS SOCIAIS NO MUNICÍPIO DE  
GUARULHOS**

**Guarulhos  
2016**

**LUCIANA CAGLIONE MARTINS**

**INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE IDOSAS INSERIDAS EM  
DIFERENTES CONTEXTOS SOCIAIS NO MUNICÍPIO DE  
GUARULHOS**

Dissertação de Mestrado apresentado à  
Universidade Guarulhos como parte  
dos requisitos para obtenção do título  
de Mestre em Ciências.

**Orientadora. Prof<sup>ª</sup>. Dra. Fernanda  
Amendola**

**Guarulhos  
2016**

<b>ATA DE APRESENTAÇÃO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO</b>
---

No dia 20 de dezembro de 2016, na Unidade I da Universidade Guarulhos, às 14h00, realizou-se a sessão de Exame de Dissertação da aluna Luciana Caglione Martins, regularmente matriculada no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Guarulhos, para avaliação de dissertação intitulada "Incontinência urinária de idosas inseridas em diferentes contextos sociais no município de Guarulhos". Os trabalhos foram instalados pela Profa. Dra. Fernanda Amendola, orientadora da candidata e Presidente da Banca Examinadora, constituída também pela Profa. Dra. Maria Helena Baena de Moraes Lopes (UNICAMP) e pela Profa. Dra. Rosa Áurea Quintella Fernandes (UNG). Após a apresentação pública e oral de seu trabalho, a candidata foi arguida pela Banca Examinadora, à qual apresentou suas argumentações e defendeu suas ideias. Em sessão secreta, a Banca Examinadora exarou seu parecer que foi posteriormente comunicado à candidata e aos presentes. A aluna Luciana Caglione Martins foi **aprovada**.

**Comentários da banca**

---



---



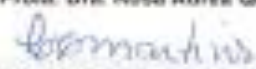
---

Guarulhos, 20 de dezembro de 2016.

  
 Profa. Dra. Fernanda Amendola

  
 Profa. Dra. Maria Helena Baena de Moraes Lopes

  
 Profa. Dra. Rosa Áurea Quintella Fernandes

  
 Luciana Caglione Martins

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família, meu pai Waldemar que mesmo sem entender o exato significado deste trabalho, esteve sempre na torcida; a minha irmã Claudia, que me faz acreditar que sou melhor do que eu imagino e especialmente a minha mãe por estar sempre ao meu lado e cuidar incansavelmente do meu maior amor.

Aos professores do programa de mestrado da Universidade Guarulhos, pelas discussões, aprendizado e principalmente pelo acolhimento.

A Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Fernanda Amêndola, minha orientadora, por seu apoio, amizade, por me dar a oportunidade de experimentar a pesquisa, além da atenção especial nas revisões e sugestões que tornaram possível a finalização deste trabalho.

As alunas do curso de fisioterapia da UNG, que me auxiliaram na coleta dos dados fazendo com que eu vencesse meu maior inimigo: o tempo.

A minha amiga Carol Teixeira, responsável pela minha entrada no programa e que está ao meu lado, incondicionalmente, em todos os momentos.

Agradeço especialmente a Carol Vaz, pela parceria incansável que tornou possível cada parte deste trabalho e principalmente pela paciência, compreensão e alegria em todos os momentos do trabalho e da vida.

Por último, agradeço ao meu maior amor, meu filho Vitor, minha grande inspiração que faz a minha vida mais leve e colorida.

*“Suba o primeiro degrau com fé.  
Não é necessário que você veja toda a escada.  
Apenas dê o primeiro passo”*

***Martin Luther King***

**Luciana Caglione Martins. Incontinência urinária de idosas inseridas em diferentes contextos sociais no município de Guarulhos. [Dissertação de Mestrado]. Guarulhos (São Paulo): Universidade Guarulhos; 2016.**

## RESUMO

**Introdução:** A incontinência urinária (IU) é definida como qualquer perda involuntária de urina. É uma doença que afeta principalmente mulheres idosas e que impacta de forma negativa na qualidade de vida com implicações importantes em muitas esferas como a psicológica, social, física, econômica, de relacionamento pessoal e sexual e que afetam a auto percepção do estado de saúde. Uma abordagem atual de atendimento da mulher incontinente inclui um enfoque na educação levando a um maior conhecimento do assunto. **Objetivo:** avaliar a prevalência e o conhecimento o da IU em mulheres de diferentes contextos sociais. **Método:** Trata-se de um estudo observacional e intervencionista, descritivo, analítico, comparativo, de corte transversal, com análise quantitativa dos dados, realizado com 240 mulheres, sendo 120 provenientes da Universidade Aberta da Terceira Idade (UATI-UNG) e 120 de uma UBS-ESF do município de Guarulhos. Avaliou-se fatores sócio demográficos, de saúde, antecedentes ginecológicos e obstétricos, queixas urinárias e conhecimento sobre prevenção e tratamento de IU. As mulheres com perda urinária também responderam um questionário de diagnóstico diferencial (questionário de *Gaudenz-Fragebogen*). **Resultados:** As idosas que participavam da UATI apresentavam melhor renda, escolaridade, mais banheiros na casa, saneamento básico e menos diabetes mellitus, doença renal e tabagismo, que as idosas da UBS. Foi evidenciado neste estudo, perda urinária em 111 participantes (46,25 %) sendo 47,79% com IU de esforço, sem diferença entre os grupos ( $p=0,80$ ). Em relação aos antecedentes ginecológicos e obstétricos não houve diferença entre os dois contextos. Não houve diferença na quantidade de acertos das questões sobre conhecimento em relação à incontinência urinária ( $p=0,43$ ). As variáveis que se associaram a menor chance de ter IU foi a cor parda em relação à branca ( $OR=0,38;p=0,02$ ), não ter hipertensão ( $OR=0,42;p=0,00$ ), não ter dislipidemia ( $OR=0,50;p=0,03$ ) e não ter o hábito de beber ( $OR=0,32;p=0,03$ ), referir ter feito cirurgia ginecológica ( $OR=0,54;p=0,02$ ), maior número de partos cesáreas ( $OR=0,64;p=0,00$ ), levantar à noite para urinar ( $OR=0,34;p<0,00$ ), perder urina à noite ( $OR=0,34;p<0,00$ ), evitar realizar algo por perder urina ( $OR=0,01;p=0,00$ ), e as variáveis associadas com maior chance de ter IU foram maior número de partos vaginais ( $OR=1,35;p<0,00$ ), maior número de vezes que levanta à noite para urinar ( $OR=1,40;p<0,00$ ), maior tempo de perda urinária ( $OR=35,73;p=0,00$ ), responder errado às questões sobre quem tem IU ter uma vida normal ( $OR=1,73;p=0,04$ ) e sobre a perda involuntária de urina ser um dos resultados normais do envelhecimento ( $OR=2,08;p=0,01$ ). A ação educativa mostrou-se eficaz em aumentar o conhecimento sobre IU imediatamente após a intervenção em ambos os grupos. **Conclusão:** Não há diferença na prevalência e no conhecimento da IU entre idosas de diferentes contextos sociais. Porém, determinados fatores sócio demográficos influenciam na chance de ter IU e no conhecimento.

**Descritores:** Incontinência Urinária; Idosas; Educação em Saúde.

**Luciana Caglione Martins. Urinary incontinence of elderly women inserted in different social contexts in the city of Guarulhos. [Master's Dissertation]. Guarulhos (São Paulo): Universidade Guarulhos; 2016.**

### **ABSTRACT**

**Introduction:** Urinary incontinence (UI) is defined as any involuntary loss of urine. It is a disease that mainly affects older women and that negatively impacts the quality of life with important implications in many spheres such as psychological, social, physical, economic, personal and sexual relationship and that affect the self perception of health status. A current approach to care for incontinent women includes a focus on education leading to greater knowledge of the subject. **Objective:** to evaluate the prevalence and knowledge of UI in women from different social contexts. **Method:** This is an observational, descriptive, analytical, comparative, cross-sectional study with quantitative data analysis of 240 women, 120 from the Open University of the Third Age (UATI-UNG) and 120 A UBS-ESF of the municipality of Guarulhos. Socio-demographic, health, gynecological and obstetric history, urinary complaints and knowledge about UI prevention and treatment were evaluated. Women with urinary loss also answered a differential diagnosis questionnaire (Gaudenz-Fragebogen questionnaire). **Results:** The elderly women who participated in the UATI presented better income, schooling, more bathrooms in the house, basic sanitation and less diabetes mellitus, renal disease and smoking, than the elderly women in UBS. It was evidenced in this study, urinary loss in 111 participants (46.25%), with 47.79% with effort UI, with no difference between groups ( $p = 0.80$ ). Regarding gynecological and obstetric history, there was no difference between the two contexts. There was no difference in the number of answers to questions about knowledge regarding urinary incontinence ( $p = 0.43$ ). The variables that were associated with a lower chance of having UTI were brown compared to white ( $OR = 0.38, p = 0.02$ ), no hypertension ( $OR = 0.42, p = 0.00$ ), ( $OR = 0.50, p = 0.03$ ) and not having a drinking habit ( $OR = 0.32, p = 0.03$ ), reported having undergone gynecological surgery ( $OR = 0.54; = 0.02$ ), greater number of cesarean deliveries ( $OR = 0.64, p = 0.00$ ), nighttime urination ( $OR = 0.34, p < 0.00$ ), urine loss at night ( $OR = 0.01, p = 0.00$ ), and the variables associated with a higher chance of having UI were greater numbers of vaginal deliveries ( $OR = 0.34, p < 0.00$ ) ( $OR = 1.40, p < 0.00$ ), higher urinary loss time ( $OR = 35.73, p = 0.00$ ), erroneously answer the questions about who has UI to have a normal life ( $OR = 1.73, p = 0.04$ ) and on the involuntary loss of urine is one of the normal results of aging ( $OR = 2.08 ; P = 0.01$ ). Educational action proved to be effective in increasing UI knowledge immediately after intervention in both groups. **Conclusion:** There is no difference in the prevalence and knowledge of UI among elderly women from different social contexts. However, certain sociodemographic factors influence the chance of having UI and knowledge.

**Keywords:** Urinary incontinence; Elderly; Education in Health.

**Luciana Caglione Martins. Incontinencia urinaria inserta ancianos en diferentes contextos sociales en Guarulhos. [Disertación de Maestría]. Guarulhos (São Paulo): Universidade Guarulhos; 2016.**

## **RESUMEN**

**Introducción:** La incontinencia urinaria (IU) se define como la pérdida involuntaria de orina. Es una enfermedad que afecta principalmente a las mujeres de más edad y que repercute negativamente en la calidad de vida con implicaciones importantes en muchas áreas como la relación psicológica, social, físico, económico, personal y sexual y afectan a la autopercepción del estado de salud. Un enfoque actual para la incontinencia llamada de la mujer incluye un enfoque en la educación que conduce a un mayor conocimiento de la materia. **Objetivo:** Evaluar la prevalencia y el conocimiento de la interfaz de usuario en mujeres en diferentes contextos sociales. **Método:** Se trata de un estudio observacional y de intervención, descriptivo, analítico, comparativo, transversal, análisis de datos cuantitativos, realizado con 240 mujeres y 120 de la Universidad Abierta de la Tercera Edad (UATI-UNG) y 120 un BHU-FSE en el municipio de Guarulhos. Se evaluaron los factores sociodemográficos, salud, historia ginecológica y obstétrica, problemas urinarios y el conocimiento sobre la prevención y el tratamiento de la IU. Las mujeres con incontinencia urinaria también respondieron a un cuestionario de diagnóstico diferencial (cuestionario Gaudenz-Fragebogen). **Resultados:** Las mujeres de edad que participaron en el UATI tenían mejores ingresos, la educación, más baños en la casa, el saneamiento y menos diabetes mellitus, enfermedad renal y el tabaquismo, el mayor de UBS. Se ha demostrado en este estudio, la pérdida urinaria en 111 participantes (46,25%) y 47,79% con incontinencia de esfuerzo, sin diferencia entre los grupos ( $p = 0,80$ ). En cuanto a la historia ginecológica y obstétrica no hubo diferencia entre los dos contextos. No hubo diferencia en la cantidad de conocimientos sobre cuestiones de respuestas correctas en relación con la incontinencia urinaria ( $p = 0,43$ ). Las variables que se asociaron con una menor probabilidad de tener la interfaz de usuario era el color marrón en comparación con el blanco ( $OR = 0,38$ ;  $p = 0,02$ ) no tenían hipertensión ( $OR = 0,42$ ;  $p = 0,00$ ), no tienen dislipidemia ( $OR = 0,50$ ;  $p = 0,03$ ) y no tenía el hábito de beber ( $OR = 0,32$ ;  $p = 0,03$ ) cirugía ginecológica, consulte lo han hecho ( $OR = 0,54$ ;  $p = 0,02$ ), mayor número de partos por cesárea ( $OR = 0,64$ ;  $p = 0,00$ ), por la noche para orinar ( $OR = 0,34$ ;  $p < 0,00$ ), bajar de orina durante la noche ( $O = 0,34$ ;  $p < 0,00$ ), evitar hacer algo que perder orina ( $OR = 0,01$ ;  $p = 0,00$ ), y las variables asociadas con una mayor probabilidad de tener IU fueron partos vaginales más ( $OR = 1,35$ ;  $p < 0,00$ ), mayor número de veces que aumenta la noche para orinar ( $OR = 1,40$ ,  $p < 0,00$ ), aumento de la pérdida urinaria de tiempo ( $OR = 35,73$ ,  $p = 0,00$ ), contestar preguntas equivocadas acerca de quién ha de interfaz de usuario tener una vida normal ( $OR = 1,73$ ;  $p = 0,04$ ) y la pérdida involuntaria de orina es un resultado normal de envejecimiento ( $OR = 2,08$ ,  $p = 0,01$ ). La actividad educativa fue efectiva en aumentar el conocimiento sobre la interfaz de usuario inmediatamente después de la intervención en ambos grupos. **Conclusión:** No hay diferencia en la prevalencia y el conocimiento de la interfaz de usuario entre las mujeres de edad avanzada en diferentes contextos sociales. Sin embargo, ciertos factores sociodemográficos que influyen en la probabilidad de tener la interfaz de usuario y el conocimiento.

**Palabras clave:** Incontinencia urinaria; personas de edad; Educación para la Salud.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1.</b> Mapa Conceitual representando causas, impacto e razões da não procura por tratamento da Incontinência Urinária.....	15
<b>Figura 2.</b> Fluxograma referente as etapas da coleta de dados .....	23
<b>Figura 3.</b> Diagnóstico diferencial de incontinência urinária pelo Instrumento Gaudenz-Fragebogen .....	29
<b>Figura 4.</b> Número de acertos por questão .....	33
<b>Figura 5.</b> Número de acertos no questionário de conhecimento, pré e pós ação educativa do grupo UATI .....	44
<b>Figura 6.</b> Número de acertos no questionário de conhecimento, pré e pós ação educativa do grupo UBS .....	44

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Distribuição dos grupos de estudo, segundo as características sócio demográficas.....	26
<b>Tabela 2.</b> Distribuição das variáveis relacionadas à saúde .....	27
<b>Tabela 3.</b> Distribuição das variáveis relacionadas aos antecedentes ginecológicos e queixas urinárias .....	28
<b>Tabela 4.</b> Distribuição das questões de conhecimento sobre IU e % de acertos e erros .....	29
<b>Tabela 5.</b> Comparação dos grupos de estudo, segundo as características sócio demográficas .....	30
<b>Tabela 6.</b> Comparação dos grupos de estudo, segundo as características de saúde .....	31
<b>Tabela 7.</b> Comparação dos grupos de estudo, segundo os antecedentes ginecológicos, obstétricos e queixas urinárias .....	32
<b>Tabela 8.</b> Comparação do conhecimento sobre prevenção e tratamento da incontinência urinária entre os grupos do estudo .....	33
<b>Tabela 9.</b> Razão de chances de se ter IU segundo variáveis .....	34
<b>Tabela 10.</b> Análise de regressão logística binária univariada, segundo características sócio demográficas, de saúde, ginecológicas, obstétricas, urinárias associadas a Questão 1.....	36
<b>Tabela 11.</b> Análise de regressão logística binária univariada, segundo características sócio demográficas, de saúde, ginecológicas, obstétricas, urinárias associadas a Questão 2.....	37
<b>Tabela 12.</b> Análise de regressão logística binária univariada, segundo características sócio demográficas, de saúde, ginecológicas, obstétricas, urinárias associadas a Questão 3.....	37
<b>Tabela 13.</b> Análise de regressão logística binária univariada, segundo características sócio demográficas, de saúde, ginecológicas, obstétricas, urinárias associadas a Questão 4.....	38
<b>Tabela 14.</b> Análise de regressão logística binária univariada, segundo características sócio demográficas, de saúde, ginecológicas, obstétricas, urinárias associadas a Questão 5.....	39
<b>Tabela 15.</b> Análise de regressão logística binária univariada, segundo características sócio demográficas, de saúde, ginecológicas, obstétricas, urinárias associadas a Questão 6.....	39
<b>Tabela 16.</b> Análise de regressão logística binária univariada, segundo características sócio demográficas, de saúde, ginecológicas, obstétricas, urinárias associadas a Questão 7.....	40
<b>Tabela 17.</b> Análise de regressão logística binária univariada, segundo características sócio demográficas, de saúde, ginecológicas, obstétricas, urinárias associadas a Questão 8.....	41
<b>Tabela 18.</b> Análise de regressão logística binária univariada, segundo características sócio demográficas, de saúde, ginecológicas, obstétricas, urinárias associadas a Questão 9.....	42
<b>Tabela 19.</b> Análise de regressão logística binária univariada, segundo características sócio demográficas, de saúde, ginecológicas, obstétricas, urinárias associadas a Questão 10 .....	43

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>EE</b>	Escore de Esforço
<b>EU</b>	Escore de Urgência
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>DP</b>	Desvio Padrão
<b>HAS</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica
<b>IU</b>	Incontinência Urinária
<b>IUE</b>	Incontinência Urinária de Esforço
<b>IUM</b>	Incontinência Urinária Mista
<b>IUU</b>	Incontinência Urinária de Urgência
<b>OR</b>	<i>Odds Ratio</i>
<b>QV</b>	Qualidade de Vida
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UATI</b>	Universidade Aberta da Terceira Idade
<b>UBS-ESF</b>	Unidade Básica de Saúde – Estratégia Saúde da Família
<b>UNG</b>	Universidade Guarulhos

## Sumário

1. INTRODUÇÃO .....	144
2. OBJETIVOS.....	1919
2.1. Objetivo geral .....	19
2.2. Objetivos específicos .....	19
3. MÉTODO.....	20
3.1. Tipo de estudo.....	20
3.2. Local do estudo .....	200
3.3. População e amostra .....	200
3.4. Procedimentos.....	211
3.5. Instrumentos de coleta .....	233
3.6. Análise dos dados .....	244
4. RESULTADOS.....	26
4.1. Caracterização da amostra.....	26
4.2. Comparação entre os grupos.....	30
4.3. Modelo de regressão univariado para IU.....	34
4.4. Modelo de regressão univariado para as questões sobre conhecimento .....	35
4.4.1. Questão 1: As pessoas que têm incontinência urinária vivem vidas normais.....	36
4.4.2. Questão 2: As pessoas com incontinência urinária podem ser curadas. ....	36
4.4.3. Questão 3: Mulheres têm maior probabilidade de desenvolver a incontinência urinária do que homens. ....	37
4.4.4. Questão 4: Os profissionais da saúde devem perguntar para seus pacientes se elas têm ou já tiveram alguma dificuldade com o controle da urina. ....	38
4.4.5. Questão 5: Perda involuntária de urina (ou IU), é um os resultados normais do envelhecimento. ....	38
4.4.6. Questão 6: A cirurgia é o único tratamento para pessoas com incontinência urinária. ....;	39
4.4.7. Questão 7: Existem exercícios que podem ajudar no controle de urina quando uma pessoa perde urina quando tosse, ri ou espirra.....	40
4.4.8. Questão 8: Hábitos alimentares podem levar a piora da incontinência urinária. .	41
4.4.9. Questão 9: Levantar durante a noite para urinar, pode significar incontinência urinária .....	41
4.4.10. Questão 10: Toda perda de urina, independentemente da situação, deve ser informada a um profissional de saúde.....	42
4.5. Ação Educativa.....	43
5. DISCUSSÃO .....	45
6. CONCLUSÃO .....	54

<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>56</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>68</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Incontinência urinária (IU) é a queixa de qualquer perda involuntária de urina. Essa disfunção, responsável por prejuízos físicos, psicológicos e sociais, acomete entre 20% e 50% da população feminina ao longo de suas vidas. De acordo com a Sociedade Internacional de Continência a incontinência pode ser classificada em três tipos principais: Incontinência Urinária de Esforço (IUE), o tipo mais comum entre as mulheres, responsável por 60% dos casos, definida como perda de urina decorrente de algum esforço físico; Incontinência Urinária de Urgência (IUU), caracterizada pela perda involuntária de urina acompanhada de urgência miccional; e Incontinência Urinária Mista (IUM), quando apresenta a associação entre os sintomas da IUE e IUU<sup>1,2,3</sup>.

Vários fatores têm sido relacionados à ocorrência de sintomas da IU, sendo considerados os mais importantes a idade avançada, a gravidez, o parto, a queda dos níveis de estrógeno na menopausa, as incapacidades física e mental e algumas doenças prevalentes em idosos como o Acidente Vascular Encefálico e Doença de Parkinson, além de medicações e cirurgias que são potencialmente capazes de provocar a diminuição do tônus muscular pélvico<sup>4,5</sup>.

A ocorrência da perda urinária implica em consequências psicossociais mais devastadoras do que as sequelas sobre a saúde física, com múltiplos e abrangentes efeitos que restringem as atividades diárias, além de implicações importantes em muitas esferas como a psicológica, social, física, econômica, de relacionamento pessoal e sexual, afetam a auto percepção do estado de saúde e a qualidade de vida (QV) da mulher incontinente, quando comparada com a continente<sup>6,7</sup>.

A vida social de mulheres incontinentes passa a depender da disponibilidade de banheiros, preocupando-se sempre com o embaraço do odor de urina, fazendo com que deixe de sair, viajar, divertir-se e fazer coisas de que gosta, podendo em alguns casos, levar também ao estresse do cuidador (figura 1)<sup>6,7</sup>.



**Figura 1:** Mapa Conceitual representando causas, impacto e razões da não procura por tratamento da Incontinência Urinária<sup>4,5,6,7</sup>.

A prevalência da IU varia de acordo com a população observada, afetando milhões de pessoas de todas as idades e de ambos os sexos. A literatura aponta de 14% a 57% de mulheres com idade variando entre 20 e 89 anos com queixa de episódios que vão de esporádicos a diários<sup>8,9</sup>.

Um estudo transversal realizado na Turquia em 2012, por meio de inquérito populacional com 1555 participantes (sendo 59,1% mulheres) maiores de 18 anos, identificou que 74,7% das mulheres apresentam pelo menos um sintoma de incontinência urinária. A prevalência de todos os sintomas de perda de urina aumentou de acordo com a idade dos participantes em ambos os sexos<sup>9</sup>.

Em 2011 um estudo realizado na Noruega em mulheres com mais de 20 anos de idade, evidenciou a prevalência da IU em 25%, sendo que em mulheres entre 80 e 89 anos esse percentual foi de 46%<sup>10</sup>.

A prevalência da IU e a influência da qualidade de vida, foi estudada em 2911 mulheres da Suécia em 1999, por meio de inquérito populacional. A prevalência aumentou de forma linear de 3% em mulheres de 20 a 29 anos para 32% no grupo de mulheres acima de 80 anos, e apresentou uma influência negativa na qualidade de vida em ambas as idades, porém, apenas 6% das mulheres desta população procuraram atendimento médico<sup>11</sup>.

No Brasil, os estudos que mostram a prevalência de mulheres com IU variam entre 26,2% e 43%<sup>5,12,13,14</sup>.

Apesar do impacto negativo na QV, muitas mulheres com sinais e sintomas de IU não procuram tratamento. A porcentagem de mulheres que procuram assistência médica com queixa de perda de urina comparado as que apresentam perda de urina regular ou esporadicamente têm se mostrado divergentes. As taxas de procura por assistência médica encontradas em diferentes estudos são de 4%, 6%, 11% e 14%<sup>11,15</sup>. Além disso, a busca por tratamento não acontece devido a constrangimento, estigma social e ideia errônea de que a IU é uma consequência natural do envelhecimento e, portanto, não seria passível de tratamento efetivo<sup>2,16,17,18</sup>.

Outros estudos revelam que 56% das mulheres com IU não buscam auxílio profissional, e dentro desse grupo 71% dos casos consideram o problema como algo normal enquanto 9,7% acreditam que o mesmo não tem solução<sup>3,19</sup>.

Alguns autores apontam em pesquisas razões comuns para a não procura do tratamento: o fato da IU não ser vista como algo sério ou anormal, e ser considerada parte do processo de envelhecimento; a baixa expectativa nos benefícios de tratamento; falta de conhecimento e de onde buscá-lo; vergonha, hesitação ou medo de consultar os profissionais de saúde; custos elevados; entre outros<sup>2,19</sup>.

Como citado anteriormente, a IU pode acometer a mulher em diversas fases da sua vida sendo a maior prevalência em idosas<sup>19,20,21</sup>.

O aumento do contingente de idosos observado no Brasil nos últimos anos, associado à maior expectativa de vida entre as mulheres em relação aos homens, indicam a necessidade de adoção de medidas visando à manutenção e à melhora da qualidade de vida da população feminina, desde a idade reprodutiva até a velhice. A prevenção e o tratamento das mulheres com IU constituem uma dessas medidas<sup>19,20,21</sup>.

A abordagem da IU deve ser iniciada nos centros de saúde, já que a atenção básica é a porta de entrada preferencial do usuário no SUS. A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas<sup>19,22</sup>.

O Ministério da Saúde dispõe, dentro da Estratégia de Saúde da Família, atendimento especializado à mulher nas áreas específicas de planejamento familiar, câncer do colo de útero e da mama, anticoncepção de emergência, violência sexual e doméstica, gravidez saudável, parto seguro, entre outros. Entretanto, em nenhum desses programas está inserida a importância de busca ativa dos casos de IU. Se durante uma consulta de rotina, o profissional não faz uma



escuta detalhada buscando identificar essas necessidades afetadas, a IU permanece como um problema silente pelas mulheres<sup>23</sup>.

A prevenção de IU, segundo a ICS, deve incluir educação sobre os hábitos comportamentais que aumentam a chance de se ter incontinência, sobre o funcionamento normal do trato urogenital e intestinal, mudanças esperadas com o envelhecimento e como encontrar o tratamento apropriado<sup>19,22</sup>.

Em relação ao tratamento, existe hoje uma diversidade de opções, desde os tratamentos cirúrgicos e farmacológicos até os tratamentos mais conservadores<sup>16</sup>. Os tratamentos cirúrgicos são ainda os mais conhecidos pela população em geral, mas apresentam altas taxas de falhas e um custo bastante elevado<sup>2,3,7</sup>.

Diante disso, nos últimos anos, o tratamento conservador vem ganhando maior projeção pelos bons resultados, com melhora dos sintomas em até 85% dos casos, baixos índices de efeitos colaterais e diminuição de custos<sup>2,3,20</sup>.

A terapia comportamental em particular, é um método de tratamento de baixo risco, que incluem orientações sobre hábitos de vida, promoção do autocuidado, diário miccional e exercícios perineais. Trata-se de um método pouco dispendioso e pode constituir numa estratégia efetiva na recuperação das funções fisiológicas<sup>17</sup>.

Além disso, sabe-se que algumas mudanças comportamentais, como minimizar a ingestão de cafeinados, excesso de líquidos no período noturno, frutas cítricas, achocolatados e refrigerantes, podem auxiliar nos episódios de perda urinária em mulheres com incontinência urinária de urgência ou incontinência urinária mista, já que esses excessos são considerados irritantes vesicais<sup>19</sup>.

Além dos fatores citados referentes a não procura de tratamento, associa-se a falta de informação de alguns profissionais de saúde que prestam assistência a mulheres com IU, e que não detectam ou não indicam tratamento adequado para a resolução do problema. Tais observações salientam o fato de que a prevenção primária e o tratamento de mulheres com IU requerem conscientização não apenas da comunidade, mas também dos profissionais de saúde<sup>16,17</sup>.

Ações educativas realizadas em grupo são uma forma de auxiliar no contexto da promoção e educação em saúde com enfoque nas pedagogias participativas, permitindo que as mulheres se sintam ativas no processo de aprendizagem. A articulação entre educação e saúde sob o ponto de vista da relação interpessoal, cuidado e respeito, se constitui como uma das mais ricas fontes de interdisciplinaridade<sup>24</sup>.

A incorporação da educação em saúde às práticas da estratégia de saúde da família se mostra cada vez mais atual e necessária, principalmente quando esta ocorre a partir da troca de conhecimentos, estabelecendo mais do que um ensino e uma aprendizagem um ato de criar e transformar<sup>24</sup>.

O exercício de uma prática educativa crítica, como experiência especificamente humana, constitui uma forma de intervenção no mundo comprometida com o princípio de democracia que rejeita qualquer forma de discriminação, dominação e integra uma atitude de inovação e renovação na crença de que é possível mudar. Neste sentido, compreendemos a educação em saúde inspirada nos pensamentos de Freire, “coerente e competente, que testemunha seu gosto pela vida, sua esperança no mundo melhor, que atesta sua capacidade de luta, seu respeito às diferenças da realidade, a maneira consistente com que vive sua presença no mundo”. Assim, para educar em saúde, se faz necessário estar aberto ao contorno geográfico, social, político, cultural do indivíduo, família e comunidade<sup>25</sup>.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo geral**

- Avaliar a prevalência e o conhecimento da incontinência urinária em idosas inseridas em diferentes contextos sociais.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Identificar fatores sócio demográficos, de saúde, antecedentes ginecológicos, obstétricos e queixas urinárias associadas à presença de incontinência urinária.
- Verificar o diagnóstico diferencial da incontinência urinária nas idosas.
- Avaliar o conhecimento sobre incontinência urinária e os fatores associados
- Analisar o conhecimento sobre incontinência urinária após ação educativa.

### **3. MÉTODO**

#### **3.1. Tipo de estudo**

Trata-se de uma pesquisa observacional, descritiva, analítica, comparativa, de corte transversal, com análise quantitativa dos dados.

#### **3.2. Local do estudo**

O estudo foi realizado em dois locais com perfis sociais diferentes de idosas, descritos a seguir:

Local 1: Universidade Aberta da Terceira Idade – UATI/UNG

A Universidade Aberta da Terceira Idade (UATI) pertence a Universidade Guarulhos (UNG) e é voltada a pessoas da comunidade de Guarulhos, com idade acima de 60 anos, não importando o grau de escolaridade. Tem como objetivos promover o desenvolvimento do ser humano em sua totalidade, trabalhando os aspectos psicológicos, sociais, físicos, cognitivos e artísticos. Os cursos da UATI estão divididos em cinco áreas, que abrangem mais de 30 opções de atividades voltadas para a qualidade de vida. As áreas estão divididas em saúde e bem-estar; arte e lazer; cidadania; cultura e tecnologia.

Local 2: Unidade Básica de Saúde (UBS)

O município de Guarulhos possui 68 UBS dispostas no seu território que prestam atendimento de atenção básica à saúde de acordo com os princípios do SUS. Das 68 UBS, 47 são Unidades com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou Estratégia de Saúde da Família (ESF). Para fins de gerenciamento e planejamento, o município encontra-se dividido em quatro Regiões Intermunicipais de Saúde: Centro, Cantareira, São João-Bonsucesso e Pimentas – Cumbica. Estas regionais ainda são organizadas em 18 distritos no total.

O município não atende somente a demanda de sua área, mas também as áreas de seus municípios vizinhos, apresentando importância regional.

#### **3.3. População e amostra**

Segundo o IBGE, a cidade de Guarulhos apresenta uma população de aproximadamente 1.312.197 habitantes. Sendo essa população composta por 50,31% de mulheres e 49,69% de

homens. A população idosa do município, corresponde a 102 mil habitantes, o que equivale a 8,3% da população.

Esses dois locais foram escolhidos para coleta de dados, por apresentarem perfis sociais distintos de idosos. A Tabela 1 apresenta as principais características sócio demográficas dos idosos cadastrados em uma UBS e os idosos da UATI.

Considerando a média de prevalência da IU apontada por estudos no Brasil de aproximadamente 30%, com intervalo de confiança de 95% e erro máximo de 10%, a amostra deveria ser constituída por, no mínimo, 80 idosas em cada grupo. No presente estudo, a amostra foi constituída por 120 idosas em cada grupo, totalizando 240 idosas.

Os critérios de inclusão do estudo foram as idosas que estivessem matriculadas e presentes na UATI e na UBS Cumbica Mario Macca, no período de coleta de dados.

Os critérios de exclusão foram as idosas que apresentaram dificuldade na elaboração de respostas e desta forma impediram a comunicação com o pesquisador.

### **3.4. Procedimentos**

O Projeto foi apresentado e aprovado na UATI-UNG (APÊNDICE A) e também na Secretaria Municipal de Saúde – SMS (APÊNDICE B).

Foi realizada uma reunião com a Comissão de Pesquisa da SMS-Guarulhos, na qual os pesquisadores apresentaram o Projeto e solicitaram que fosse sugerida uma UBS com maior número de idosas e com uma área de abrangência de baixa condição socioeconômica. A UBS escolhida foi a Cumbica Mario Macca, que está situada em região de alta vulnerabilidade social e com alto índice de envelhecimento. Após acordar com a gerência e profissionais da UBS, iniciou-se a coleta, por meio de abordagem direta com as idosas na sala de espera da UBS, com entrevistas realizadas individualmente, garantindo o sigilo e a privacidade dos dados fornecidos pela idosa. O número de idosas cadastradas na área de abrangência da UBS, foi obtido por meio do e-SUS (estratégia que busca reestruturar e integrar as informações da atenção básica em nível nacional). A partir desses dados a pesquisadora realizou a coleta, por meio de abordagem direta com as idosas na sala de espera da unidade, com entrevistas realizadas individualmente, a fim de manter o sigilo e a privacidade dos dados fornecidos pela idosa.

Na UATI, as idosas foram abordadas em sala de aula e as entrevistas também foram realizadas em local apropriado para manter a privacidade e sigilo das informações da pesquisa.

Além da pesquisadora, colaboraram com a coleta de dados uma fisioterapeuta e duas alunas do sexto semestre do curso de fisioterapia da Universidade Guarulhos - UNG, que foram

orientadas previamente pela pesquisadora sobre os procedimentos. Em ambos os locais de estudo, ao serem abordadas, as idosas receberam as informações sobre a pesquisa e foram convidadas a participar da mesma. Para aquelas que concordaram, foi entregue, lido e explicado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C). Após aceite e assinatura do termo foi aplicado um questionário sócio demográfico e de queixas urinárias (APÊNDICE D), além de um instrumento sobre o conhecimento em relação à prevenção e tratamento da incontinência urinária e comportamento miccional (APÊNDICE E), construído a partir das principais dúvidas relacionadas a doença na literatura<sup>2,4,6,8</sup>.

Para as participantes identificadas com incontinência urinária, foi aplicado também o questionário de *Gauden-Fragebogen* (ANEXO B), instrumento de origem alemã que tem como objetivo, o diagnóstico diferencial de IU<sup>26</sup>.

Todos os instrumentos foram aplicados pela pesquisadora e colaboradoras, garantindo que participantes não alfabetizadas também pudessem participar da pesquisa.

As participantes diagnosticadas com os diferentes tipos de incontinência urinária (Incontinência Urinária de Esforço – IUE e Incontinência Urinária de Urgência - IUU) foram encaminhadas para a clínica de fisioterapia da Universidade Guarulhos - UNG, onde serão tratadas por alunos ou fisioterapeutas da clínica, de forma individual ou em grupo, de acordo com a necessidade de cada uma.

As idosas que participaram da pesquisa foram convidadas a participar de uma ação educativa sobre esclarecimento das formas de prevenção e tratamento da incontinência urinária, assim como orientações de medidas comportamentais que podem auxiliar na melhora das queixas urinárias.

Esta ação foi realizada pela pesquisadora em uma data previamente agendada na UBS e na UATI. Os grupos tiveram aproximadamente uma hora e meia de duração.

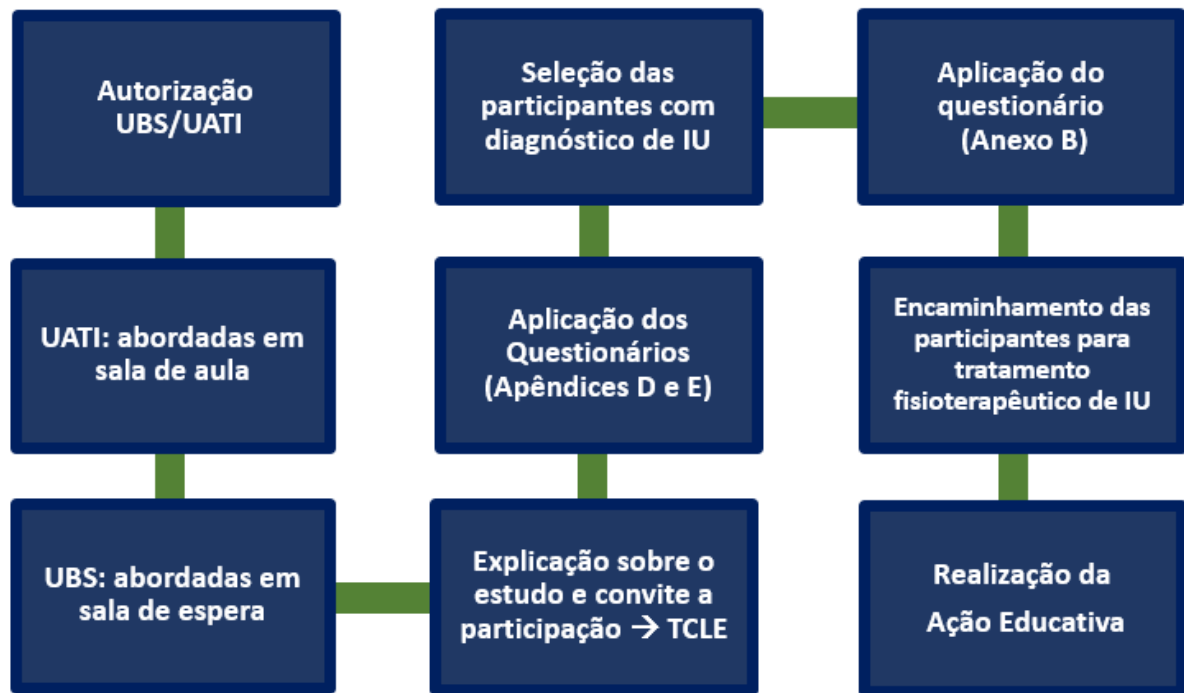
A pesquisadora deu início à ação educativa com uma breve explicação sobre o objetivo do grupo e abriu um espaço para que as participantes se apresentassem. As participantes foram encorajadas a contar sobre seus modos de vida e de trabalho.

No segundo momento, a pesquisadora questionou e explicou as participantes sobre os hábitos comportamentais, começando pelos hábitos de higiene (forma correta de se limpar quando utilizam o banheiro, posição para urinar, uso de forro ou absorventes, número de trocas de roupas quando úmidas ou molhadas), ingestão de líquidos, (ingestão diária, se ingerem líquido durante a noite, se levam água para o quarto) e alimentos que podem ser irritativos para a parede da bexiga (refrigerante, café, frutas cítricas, chocolate, condimentos).

Outra estratégia foi a utilização de peças anatômicas, vídeos e fotos, para explicar a anatomia do assoalho pélvico e o seu funcionamento, a fim de que as participantes consigam identificar onde se localiza as principais estruturas responsáveis pelo ato da micção e dessa forma, sejam orientadas a realizar reeducação vesical (manter intervalo regular entre as micções e descartar micções inúteis) e exercícios que melhoram a consciência e força do assoalho pélvico, colaborando na prevenção e tratamento das queixas urinárias.

Após a realização do grupo educativo, a pesquisadora reaplicou o questionário de conhecimento sobre incontinência urinária (APÊNDICE E) para analisar a compreensão das participantes sobre o tema abordado.

Um resumo sobre as etapas da coleta pode ser observado na figura 2.



**Figura 2:** Fluxograma referente as etapas da coleta de dados.

### 3.5. Instrumentos de coleta

- Instrumento de dados sócio demográficos, saúde e queixas urinárias: consiste em questões objetivas, em que as participantes responderam dados como: estado civil, cor, renda pessoal e grau de escolaridade, histórico de saúde e histórico uroginecológico e obstétrico (APÊNDICE D).

- Instrumento de avaliação do conhecimento: consiste em 10 questões assertivas em que as participantes responderam sim ou não, dando a possibilidade de se avaliar por meio do número de acertos, o conhecimento prévio sobre incontinência urinária (APÊNDICE E).
- Questionário de *Gauden-Fragebogen*: instrumento de origem alemã, validado e adaptado para a cultura brasileira por Oliveira e Lopes<sup>26</sup>, utilizado para o diagnóstico diferencial de incontinência urinária. O instrumento é composto por 16 itens em forma de questões que possibilitam dois escores finais, um para incontinência urinária de urgência (escore de urgência - EU) e outro para incontinência urinária de esforço (escore de esforço - EE). Cada questão possui duas alternativas de respostas, sendo a primeira referente ao EE e a segunda ao EU. A pontuação varia de 0 a 26 pontos para um ou outro tipo de IU. Para o cálculo do EE, as questões 1, 2, 4, 5, 11, 14 e 15 valem um ponto; as questões 3, 7, 8, 9, 10, 12, 13, e 16 valem dois pontos e a questão 6 vale três pontos. Da mesma forma, no cálculo de EU considera-se um ponto para seis questões (1, 2, 3, 4, 11 e 14), dois pontos para quatro questões (6, 8, 13 e 15), três pontos para quatro questões (7, 9, 10 e 12), e zero para duas questões (5 e 16). Segundo o instrumento, valores entre 13 e 26 pontos para urgência, caracterizam 97% de chance de IUU, por outro lado, valores entre 13 e 26 pontos para esforço caracterizam 87% de chance de IUE (ANEXO B)<sup>26</sup>.

### 3.6. Análise dos dados

Foi realizada análise descritiva das variáveis contínuas mediante o cálculo dos valores mínimos, máximos, médias, desvio padrão e medianas. As variáveis qualitativas foram analisadas por meio de frequências absolutas e relativas.

A amostra foi analisada segundo a adesão à distribuição normal das variáveis pelo teste Kolmogorov-Smirnov, e como não obteve distribuição normal foram utilizados testes não-paramétricos.

Na comparação dos resultados dos dois grupos, UBS e UATI, foi utilizado o Teste Wilcoxon-Mann-Whitney, para as variáveis quantitativas e para as variáveis qualitativas, o Teste exato de Fisher. Os valores da odds ratio (OR) foram extraídos dos modelos de regressão logística univariados.

As questões do pré e pós ação educativa, foram avaliadas por meio da estatística descritiva e foram apresentadas por meio de números absolutos e percentuais. Foi realizado também a média do número de acertos no pré e pós ação educativa, da UATI e UBS. A melhora do conhecimento foi avaliada comparando a média da pontuação inicial e a média da pontuação final, utilizados o teste t, de Student, para dados pareados. Em todas as análises foi utilizado o



nível de significância de 5% e as análises foram feitas pelo Software R Core Team (2016) (<https://www.R-project.org/>).

## 4. RESULTADOS

### 4.1. Caracterização da amostra

O presente estudo teve como amostra 240 participantes, divididos em dois grupos de 120 em cada local da pesquisa (Grupo UATI e Grupo UBS), com idade variando entre 60 e 87 anos, com média de 65,8 anos ( $\pm 5,22$ ). Prevaleceu as idosas casadas (42,91%), de cor branca (60,83%), com ensino fundamental incompleto e completo (40,42%), dividido entre renda pessoal de até um salário mínimo (47,50%) e de 1 a 5 salários mínimos (45,41%). A maioria tinha de 1 a 2 banheiros na casa (85,83%) e saneamento básico (89,58%).

**Tabela 1** – Distribuição dos grupos de estudo, segundo as características sócio demográficas.

<b>Variáveis</b>	<b>Total</b>	
<b>Idade</b>	65,80 (5,22)	
(média $\pm$ dp - anos)		
<b>Estado Civil</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Solteira	49	20,41
Casada	103	42,91
Divorciada	32	13,33
Viúva	56	23,33
<b>Cor</b>		
Branca	146	60,83
Amarela	23	9,58
Parda	35	14,58
Negra	36	15
<b>Grau de Escolaridade</b>		
Analfabeto	13	5,42
Fundamental Incompleto	55	22,92
Fundamental Completo	42	17,50
Médio Incompleto	16	6,67
Médio Completo	59	24,58
Superior Incompleto	14	5,83
Superior Completo	41	17,08
<b>Renda Pessoal</b>		
Até 1 salário mínimo	114	47,50
De 1 a 3 salários mínimos	80	33,33
De 3 a 5 salários mínimos	29	12,08
Acima de 5 salários mínimos	7	2,92
Sem renda	10	4,17

<b>Variáveis</b>	<b>Total</b>	
<b>Número de banheiros da casa</b>		
1 a 2	206	85,83
3 a 4	31	12,92
5 ou mais	3	1,25
<b>Saneamento</b>		
Sim	215	89,58
Não	25	10,42

Em relação às variáveis relacionadas à saúde, na Tabela 2 verifica-se que um pouco mais da metade referiu não ter hipertensão (52,91%), mas a maioria referiu não ser obeso (85,41%), não ter diabetes (86,25%), dislipidemia (77,91%), doença renal (95,00%), doença cardiovascular (98,75%) e também referiu não ser tabagista (89,16%) e nem ter o hábito de beber (92,50%).

**Tabela 2** - Distribuição das variáveis relacionadas à saúde.

<b>Variáveis</b>	<b>Sim</b>		<b>Não</b>		<b>Total</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Hipertensão	113	47,08	127	52,91	240	100,00
Obesidade	35	14,58	205	85,41	240	100,00
Diabetes Mellitus	33	13,75	207	86,25	240	100,00
Dislipidemia	53	22,08	187	77,91	240	100,00
Doença renal	12	5,00	228	95,00	240	100,00
Doença Cardiovascular	3	1,25	237	98,75	240	100,00
Tabagismo	26	10,83	214	89,16	240	100,00
Hábito de beber	18	7,5	222	92,50	240	100,00

Conforme a Tabela 3, a média da idade da menarca nos dois grupos foi de 13,07 anos (dp=3,03) e a média da idade da menopausa foi de 48,41 anos (dp=34,72). Com relação à gestação, 216 (90,00%) mulheres tiveram filhos, sendo a média de partos vaginais de 1,84 (dp=4,94) e partos cesáreas, de 0,94 (dp=1,05), porém não haviam feito cirurgias ginecológicas (63,33%). No que se refere as perdas urinárias, a amostra ficou dividida com um leve predomínio das idosas que referiram não ter perda urinária (53,75%). A média do tempo de início dos sintomas foi de 1,47 anos (dp=3,22). O motivo de perda de urina mais citado foi quando tosse (31,67%) e quando espirra (28,75%) e o menos citado, foi durante a relação sexual (2,08%). A maioria das idosas referiu que levanta à noite para urinar (68,75%), com média de

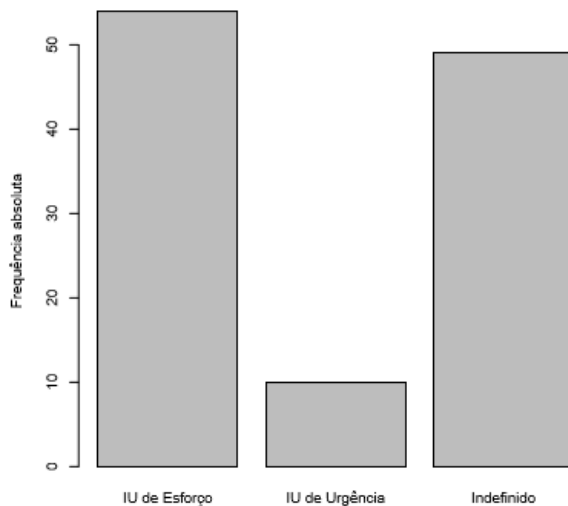
1,50 vezes/noite (dp=2,18), porém, apenas 14,58% afirmaram perderem urina durante à noite. A maioria também refere não ter evitado de realizar algo por perder a urina, não ter sido questionada sobre IU com algum profissional da saúde (70,0%) e não ter comentado sobre IU com algum profissional da saúde (72,08%).

**Tabela 3** – Distribuição das variáveis relacionadas aos antecedentes ginecológicos e queixas urinárias.

Variáveis	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Gestação	216	90,00	24	10,00	240	100,00
Cirurgia Ginecológica	88	36,67	152	63,33	240	100,00
Perda urinária	111	46,25	129	53,75	240	100,00
Perde urina quando tosse	76	31,67	164	68,33	240	100,00
Perde urina quando espirra	69	28,75	171	71,25	240	100,00
Perde urina quando dá risada	43	17,92	197	82,08	240	100,00
Perde urina quando carrega peso	33	13,75	207	86,25	240	100,00
Perde urina quando agacha	17	7,08	223	92,92	240	100,00
Perde urina durante a relação sexual	5	2,08	235	97,92	240	100,00
Perde urina em contato com água	16	6,67	224	93,33	240	100,00
Perde urina quando caminha	13	5,42	227	94,58	240	100,00
Perde urina quando tem um desejo súbito de urinar	49	20,42	191	79,58	240	100,00
Perde urina quando pula	21	8,75	219	91,25	240	100,00
Perde urina quando corre	17	7,08	223	92,92	240	100,00
Levanta à noite para urinar	165	68,75	75	31,25	240	100,00
Perde urina à noite	35	14,58	205	85,42	240	100,00
Evitou realizar algo por perder urina	42	17,50	198	82,50	240	100,00
Já foi questionada sobre IU com algum profissional da saúde	72	30,00	168	70,00	240	100,00
Já comentou sobre a IU com algum profissional da saúde	67	27,92	173	72,08	240	100,00

De acordo com o instrumento Gaudenz-Fragebogen, que possibilita o diagnóstico diferencial da incontinência urinária, foi observado que 47,79% apresentam incontinência

urinária de esforço e apenas 8,85%, incontinência urinária de urgência. Os 43,36% restantes, foram categorizadas como tipo de incontinência urinária indefinida, por não apresentar valores finais dentro do escore do instrumento (Figura 3).



**Figura 3** - Diagnóstico diferencial de incontinência urinária pelo Instrumento *Gaudenz-Fragebogen*.

Constatou-se ao aplicar os questionários de conhecimento sobre IU (Tabela 4), que as questões 2, 3, 4 e 10 apresentaram porcentagem de acerto acima de 80,00%. A questão com maior número de erro foi a número 9 (64,58%) que diz respeito sobre se levantar durante à noite para urinar pode significar IU. As respostas das questões que estavam erradas estão apontadas na Tabela 4.

**Tabela 4** – Distribuição das questões de conhecimento sobre IU e % de acertos e erros.

Questões	Certo		Errado		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Q1.</b> As pessoas que tem IU vivem vidas normais <b>ERRADA</b>	150	62,50	90	37,50	240	100,00
<b>Q2.</b> As pessoas com IU podem ser curadas	206	85,83	34	14,17	240	100,00
<b>Q3.</b> Mulheres tem maior probabilidade de desenvolver a IU do que os homens	199	82,92	41	17,08	240	100,00
<b>Q4.</b> Os profissionais da saúde devem perguntar para seus pacientes se elas têm ou já tiveram alguma dificuldade com o controle da urina	230	95,83	10	4,17	240	100,00
<b>Q5.</b> Perda involuntária de urina (ou IU) é um dos resultados normais do envelhecimento <b>ERRADA</b>	112	46,67	128	53,33	240	100,00
<b>Q6.</b> A cirurgia é o único tratamento para as pessoas com IU <b>ERRADA</b>	142	59,17	98	40,83	240	100,00
<b>Q7.</b> Existem exercícios que podem ajudar no controle de urina quando uma pessoa perde urina	156	65,00	84	35,00	240	100,00

<b>Q8.</b> Hábitos alimentares podem levar a piora da IU	120	50,00	120	50,00	240	100,00
<b>Q9.</b> Levantar durante à noite para urinar pode significar IU	85	35,42	155	64,58	240	100,00
<b>Q10.</b> Toda perda de urina independentemente da situação deve ser informada a um profissional da saúde	207	86,25	33	13,75	240	100,00

#### 4.2. Comparação entre os grupos

Na Tabela 5 está apresentada a descrição das variáveis de caracterização, dividida entre os grupos de idosas da UATI e da UBS. Não houve diferença estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ) em relação à idade, o que denota a homogeneidade dos grupos nessa variável. Porém o estado civil, a cor, o grau de escolaridade, a renda pessoal e o saneamento tiveram diferenças estatísticas significantes ( $p < 0,05$ ), indicando uma amostra heterogênea em relação ao local onde foi realizada a coleta de dados, indicando distintos contextos sociais.

**Tabela 5** – Comparação dos grupos de estudo, segundo as características sócio demográficas.

Variáveis	UATI		UBS		p
<b>Idade</b> (média $\pm$ dp - anos)	66.12 $\pm$ 5.11		65.47 $\pm$ 5.34		0,16
<b>Estado Civil</b>	n	%	n	%	
Solteira	15	6.25	34	14.17	0,00*
Casada	52	21.67	51	21.25	
Divorciada	16	6.67	16	6.67	
Viúva	37	15.42	19	7.92	
<b>Cor</b>					
Branca	73	30.42	73	30.42	0,00*
Amarela	21	8.75	2	0.83	
Parda	13	5.42	22	9.17	
Negra	13	5.42	23	9.58	
<b>Grau de Escolaridade</b>					
Analfabeto	1	0.42	12	5.0	0,00*
Fundamental Incompleto	9	3.75	46	19.17	
Fundamental Completo	17	7.08	25	10.42	
Médio Incompleto	6	2.50	10	4.17	
Médio Completo	41	17.08	18	7.50	
Superior Incompleto	11	4.58	3	1.25	
Superior Completo	35	14.58	6	2.50	
<b>Renda Pessoal</b>					
Até 1 salário mínimo	47	19.58	67	27.92	0,00*

De 1 a 3 salários mínimos	40	16.67	40	16.67	
De 3 a 5 salários mínimos	24	10	5	2.08	
Acima de 5 salários mínimos	7	2.92	-	-	
Sem renda	2	0.83	8	3.33	
<b>Número de banheiros da casa</b>					
1 a 2	89	37,08	117	48,75	0,00*
3 a 4	28	11,66	3	1,25	
5 ou mais	3	1,25	0	0,00	
<b>Saneamento</b>					
Sim	120	100	95	79.16	0,00*
Não	-	-	25	20.83	

\*  $p < 0,05$

Com relação ao histórico de saúde das idosas (Tabela 6), a hipertensão arterial sistêmica, a obesidade, a dislipidemia, o hábito de beber, doenças cardiovasculares e outras doenças, não mostraram diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) quando comparado os dois locais estudados. Enquanto a diabetes mellitus, a doença renal crônica e o tabagismo, mostraram diferenças significativas ( $p < 0,05$ ).

**Tabela 6** - Comparação dos grupos de estudo, segundo as características de saúde.

Variáveis	UATI				UBS				p
	Sim		Não		Sim		Não		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Hipertensão	51	21,25	69	28,75	62	25,83	58	24,17	0,20
Obesidade	16	6,67	104	43,33	19	7,92	101	42,08	0,72
Diabetes Mellitus	9	3,75	111	46,25	24	10,00	96	40,00	0,01*
Dislipidemia	30	12,5	90	37,5	23	9,58	97	40,42	0,35
Doença renal	2	0,83	118	49,17	10	4,17	110	45,83	0,03*
Tabagismo	5	2,08	115	47,92	21	8,75	99	41,25	0,00*
Hábito de beber	10	4,17	110	45,83	8	3,33	112	46,67	0,81
Doença cardiovascular	2	0,83	118	49,17	1	0,42	119	49,58	1,00

\*  $p < 0,05$

Conforme demonstrado na Tabela 7, em relação aos antecedentes ginecológicos e obstétricos não foi observada diferença entre os grupos. Já em relação aos hábitos urinários, a perda urinária foi relatada por 111(46,25%) mulheres, sendo 22,50% na UATI e 23,75% na UBS e não mostrou diferença significante entre os grupos ( $p = 0,80$ ). O aumento da idade

também não evidenciou relação com a incontinência urinária ( $p= 0,90$ ). Em contrapartida, as variáveis sobre a perda de urina à noite e se evitou realizar algo por perder a urina apresentaram diferença significativa entre os grupos, sendo que na UBS mais idosas referiram perder urina à noite (12,08% x 2,50%;  $p=0,00$ ) e na UATI mais idosas referiram que já evitaram de realizar algo por perder urina (11,67% x 5,83%;  $p=0,03$ ).

**Tabela 7** - Comparação dos grupos de estudo, segundo os antecedentes ginecológicos, obstétricos e queixas urinárias.

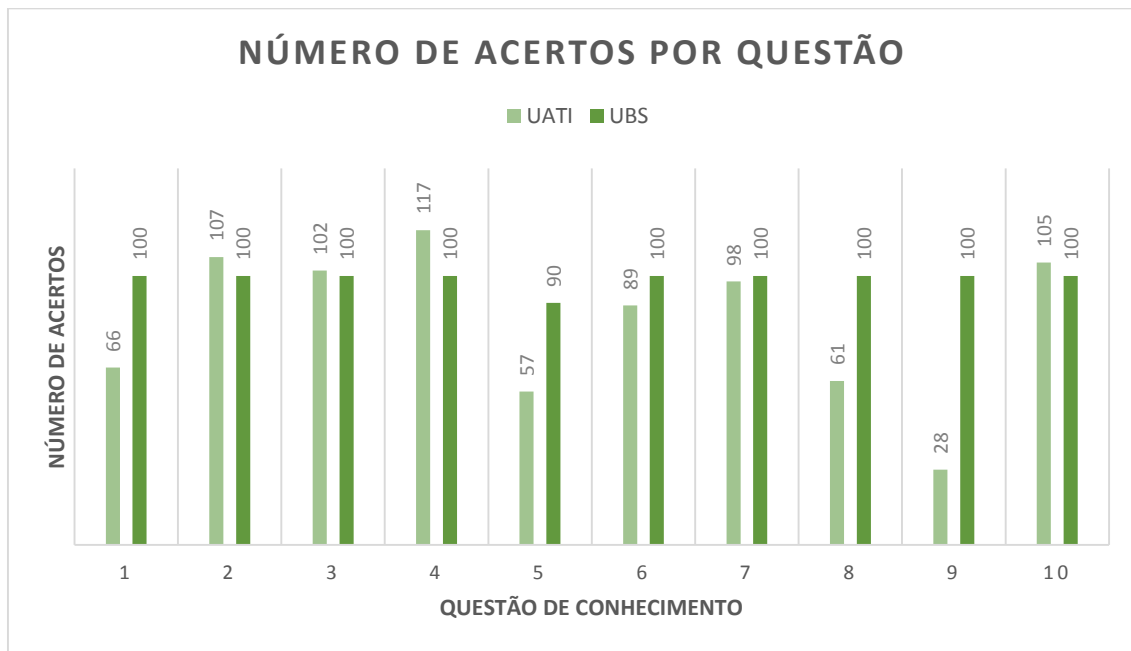
Variáveis	UATI				UBS				p
	Sim		Não		Sim		Não		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Gestação	106	44,17	14	50,83	110	45,83	10	4,17	0,52
Cirurgia Ginecológica	45	18,75	75	31,25	43	17,92	77	32,08	0,89
Perda urinária	54	22,50	66	27,50	57	23,75	63	26,25	0,80
Quando tosse	35	14,58	85	32,42	41	17,08	79	32,92	0,49
Quando espirra	34	14,17	86	35,83	35	14,58	85	35,42	1,00
Quando dá risada	21	8,75	99	41,25	22	9,17	98	40,83	1,00
Quando carrega peso	13	5,42	107	44,58	20	8,33	100	41,67	0,26
Quando agacha	9	3,75	111	46,25	8	3,33	112	46,67	1,00
Durante a relação sexual	0	0,00	120	50,0	5	2,08	115	47,92	0,06
Em contato com água	7	2,92	113	47,08	9	3,75	111	46,25	0,80
Quando caminha	3	1,25	117	48,75	10	4,17	110	45,83	0,08
Quando tem um desejo súbito de urinar	18	7,50	102	42,50	31	12,92	89	37,08	0,05
Quando pula	13	5,42	107	44,58	8	3,33	112	46,67	0,36
Quando corre	11	4,58	109	45,42	6	2,50	114	47,50	0,31
Levanta à noite para urinar	77	32,08	43	17,92	88	36,67	32	13,33	0,16
Perde urina à noite	6	2,50	114	47,50	29	12,08	91	37,92	0,00*
Evitou realizar algo por perder urina	28	11,67	92	38,33	14	5,83	106	44,17	0,03*
Já foi questionada sobre IU com algum profissional da saúde	41	17,08	79	32,92	31	12,92	89	37,08	0,20
Já comentou sobre a IU com algum profissional da saúde	32	13,33	88	36,67	35	14,58	85	35,42	0,77

\* $p<0,05$

Com relação ao questionário de conhecimento sobre tratamento e prevenção da incontinência urinária (Figura 4), de uma forma geral, não existe na amostra evidências de diferença significativa da quantidade de acertos entre os grupos ( $p=0,43$ ). Ao analisar-se isoladamente as questões, verifica-se que, a depender do aspecto abordado, houve diferença significativa entre os dois grupos (Tabela 8). Nessa condição estão as questões 1, 6, 7 e 9, que



demonstram que as idosas da UBS tiveram mais acertos nas questões 1 (As pessoas que tem IU vivem vidas normais) e 9 (Levantar durante à noite para urinar pode significar IU) em comparação com as idosas da UATI, enquanto que as idosas da UATI tiveram mais acertos nas questões 6 (A cirurgia é o único tratamento para as pessoas com IU) e 7 (Existem exercícios que podem ajudar no controle de urina quando uma pessoa perde urina), em comparação com as idosas da UBS.



**Figura 4** - Número de acertos por questão.

**Tabela 8** - Comparação do conhecimento sobre prevenção e tratamento da incontinência urinária entre os grupos do estudo.

Questões	UATI				UBS				p
	Certo		Errado		Certo		Errado		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Q1. As pessoas que tem IU vivem vidas normais	66	27,50	54	22,50	84	35,00	36	15,00	0,02*
Q2. As pessoas com IU podem ser curadas	107	44,58	13	5,42	99	41,25	21	8,75	0,19
Q3. Mulheres tem maior probabilidade de desenvolver a IU do que os homens	102	42,50	18	7,50	97	40,42	23	9,58	0,49
Q4. Os profissionais da saúde devem perguntar para seus pacientes se elas têm ou já tiveram alguma	117	48,75	3	1,25	113	47,08	7	2,92	0,33

dificuldade com o controle da urina										
Q5. Perda involuntária de urina (ou IU) é um dos resultados normais do envelhecimento	57	23,75	63	26,25	55	22,92	65	27,08	0,90	
Q6. A cirurgia é o único tratamento para as pessoas com IU	89	37,08	31	12,92	53	22,08	67	27,92	0,00*	
Q7. Existem exercícios que podem ajudar no controle de urina quando uma pessoa perde urina	98	40,83	22	9,17	58	24,17	62	25,83	0,00*	
Q8. Hábitos alimentares podem levar a piora da IU	61	25,42	59	24,58	59	24,58	61	25,42	0,90	
Q9. Levantar durante à noite para urinar pode significar IU	28	11,67	92	38,33	57	23,75	63	26,25	<0,00*	
Q10.Toda perda de urina independentemente da situação deve ser informada a um profissional da saúde	105	43,75	15	6,25	102	42,50	18	7,50	0,71	

\*p<0,05

### 4.3. Modelo de regressão univariado para IU

Verificou-se a razão de chances de se ter IU, segundo as características sócio demográficas, de saúde, ginecológicas, obstétricas, urinárias e em relação ao conhecimento sobre IU. Não foi observada associação significativa do local da coleta, UATI e UBS, em relação à chance de ter IU. Na Tabela 9 estão as variáveis que se associaram significativamente às chances de ter IU.

Observa-se na Tabela 9 que mulheres brancas apresentam uma chance maior de apresentarem IU, quando comparadas as mulheres não brancas (OR=2,24; p=0,003). Quanto à hipertensão arterial, verifica-se que mulheres com este agravo apresentam uma de chance 2,39 (p=0,003) maior de terem IU, em relação a mulheres sem hipertensão arterial. Para o parto cesáreo, destaca-se como fator protetor (OR=0,64; p=0,001).

**Tabela 9** – Análise de regressão logística binária univariada, segundo características sócio demográficas, de saúde, ginecológicas, obstétricas, urinárias e em relação ao conhecimento sobre IU associadas a presença de IU.

Variáveis	OR*	IC <sub>95%</sub>	p
Cor			
Não Branca	1.0		

Branca	2,24	1,31 – 3,82	0,003
Hipertensão arterial			
Não	1,0		
Sim	2,39	1,42 – 4,02	0,001
Dislipidemia			
Não	1,0		
Sim	1,99	1,01 – 3,71	0,030
Hábito de beber			
Não	1,0		
Sim	3,17	1,09 – 9,20	0,034
Cirurgia ginecológica			
Não	1,0		
Sim	1,79	1,05 – 3,05	0,031
Levanta a noite para urinar			
Não	1,0		
Sim	2,96	1,65 – 5,31	<0,001
Perde urina a noite			
Não	1,0		
Sim	54,23	7,28 – 404,06	<0,001
Evitou realizar algo por perder urina			
Não	1,0		
Sim	71,75	9,66 – 532,68	<0,001
Há quanto tempo iniciaram os sintomas	35,73	11,76 – 108,57	<0,001
Já comentou sobre IU com algum profissional da saúde			
Não	1,0		
Sim	6,36	3,31 – 12,24	<0,001
Questão 1			
Não	1,0		
Sim	1,73	1,02 – 2,92	0,042
Questão 5			
Não	1,0		
Sim	2,08	1,24 – 3,48	0,006
Parto vaginal	1,34	1,16 – 1,56	<0,001
Parto cesárea	0,64	0,49 – 0,84	0,001
Número de vezes que levanta a noite	1,40	1,15 – 1,70	0,001

---

\* não apresenta incontinência urinária como categoria de referência.

#### 4.4. Modelo de regressão univariado para as questões sobre conhecimento

A seguir estão demonstradas nas Tabelas, apenas as variáveis que tiveram associação significativa no modelo univariado com cada questão do questionário de conhecimento sobre IU.

#### 4.4.1. Questão 1: As pessoas que têm incontinência urinária vivem vidas normais.

Destaca-se na Tabela 10 que mulheres com perda urinária quando espirram tem uma chance maior de responderem sim para a questão 1 “As pessoas que tem IU vivem vidas normais”, em relação as mulheres que não tem perda urinária quando espirram (OR=1,83; p=0,037).

**Tabela 10** – Análise de regressão logística binária univariada, segundo características sócio demográficas, de saúde, ginecológicas, obstétricas, urinárias associadas a Questão 1.

Variáveis	OR*	IC <sub>95%</sub>	p
Local			
UATI	1,91	1,12 – 3,25	0,017
UBS	1.0		
Número de banheiros em casa	1,50	1,11 – 2,04	0,009
Perda urinária			
Não	1.0		
Sim	1,70	1,00 – 2,87	0,049
Perde urina quando espirra			
Não	1.0		
Sim	1,83	1,04 – 3,24	0,037
Quando tem um desejo súbito de urinar			
Não	1.0		
Sim	2,02	1,07 – 3,81	0,030
Quando pula			
Não	1.0		
Sim	3,00	1,19 – 7,54	0,020

\* categoria não como categoria de referência.

#### 4.4.2. Questão 2: As pessoas com incontinência urinária podem ser curadas.

Na Tabela 11, observa-se que mulheres que responderam terem comentado sobre IU com algum profissional da saúde tem uma chance de 4,66 (p=0,014) maior de responderem sim para a questão 2 “As pessoas com IU podem ser curadas”, em relação as mulheres que não comentaram.

**Tabela 11** – Análise de regressão logística binária univariada, segundo características sócio demográficas, de saúde, ginecológicas, obstétricas, urinárias associadas a Questão 2.

Variáveis	OR*	IC <sub>95%</sub>	p
Gestação			
Não	1.0		
Sim	3,65	1,42 – 9,38	0,007
Parto cesárea	1,95	1,22 – 3,12	0,005
Cirurgia ginecológica			
Não	1.0		
Sim	3,83	1,43 – 10,31	0,008
Já comentou sobre IU com algum profissional da saúde			
Não	1.0		
Sim	4,66	1,37 – 15,79	0,014

\* categoria não como categoria de referência.

#### 4.4.3. Questão 3: Mulheres têm maior probabilidade de desenvolver a incontinência urinária do que homens.

Verifica-se na Tabela 12 que, mulheres que perdem urina durante a noite apresentam uma chance de 8,24 (p=0,041) maior de responderem sim para a questão 3 “Mulheres tem maior probabilidade de desenvolver a IU do que os homens”, quando comparadas as mulheres que não perdem urina durante a noite.

**Tabela 12** – Análise de regressão logística binária univariada, segundo características sócio demográficas, de saúde, ginecológicas, obstétricas, urinárias associadas a Questão 3.

Variáveis	OR*	IC <sub>95%</sub>	p
Idade	0,94	0,87 – 0,98	0,009
Renda pessoal			
< 1 SM	6,67	1,38 – 32,23	0,018
1 A 3 SM	6,29	1,26 – 31,26	0,025
3 A 5 SM	11,56	1,70 – 78,46	0,012
> 5 SM	1.0		
Hipertensão arterial			
Não	1.0		
Sim	0,39	0,19 – 0,80	0,010
Idade da menarca	0,81	0,66 – 0,98	0,030
Perde urina a noite			
Não	1.0		

Sim	8,24	1,09 – 62,03	0,041
-----	------	--------------	-------

\* categoria não como categoria de referência.

#### 4.4.4. Questão 4: Os profissionais da saúde devem perguntar para seus pacientes se elas têm ou já tiveram alguma dificuldade com o controle da urina.

Na Tabela 13, observa-se que mulheres com hipertensão arterial apresentam fator protetor OR=0,09 (p=0,025) quando responderam sim para a questão 4 “Os profissionais da saúde devem perguntar para seus pacientes se elas tem ou já tiveram alguma dificuldade com o controle da urina”, em relação as pacientes sem hipertensão arterial.

**Tabela 13** – Análise de regressão logística binária univariada, segundo características sócio demográficas, de saúde, ginecológicas, obstétricas, urinárias associadas a Questão 4.

Variáveis	OR*	IC <sub>95%</sub>	p
Hipertensão arterial			
Não	1.0		
Sim	0,09	0,01 – 0,74	0,025
Obesidade			
Não	1.0		
Sim	0,23	0,06 – 0,87	0,031
Idade da menarca	0,68	0,48 – 0,98	0,039

\* categoria não como categoria de referência.

#### 4.4.5. Questão 5: Perda involuntária de urina (ou IU), é um os resultados normais do envelhecimento.

Observa-se na Tabela 15 que mulheres com perda urinária tem uma chance de 2,24 maior de responderem sim para a questão 5 “Perda involuntária de urina (ou IU), é um dos resultados normais do envelhecimento”, em relação as mulheres que não tem perda urinária.

**Tabela 14** – Análise de regressão logística binária univariada, segundo características sócio demográficas, de saúde, ginecológicas, obstétricas, urinárias associadas a Questão 5.

Variáveis	OR*	IC <sub>95%</sub>	p
Perda urinária			
Não	1.0		
Sim	2,24	1,33 – 3,77	0,002
Quando espirra			
Não	1.0		
Sim	2,17	1,21 – 3,89	0,009
Quando tem um desejo súbito de urinar			
Não	1.0		
Sim	2,08	1,08 – 4,04	0,029
Há tempo iniciaram os sintomas	1,25	1,08 – 1,46	0,003

\* categoria não como categoria de referência.

#### 4.4.6. Questão 6: A cirurgia é o único tratamento para pessoas com incontinência urinária.

Na Tabela 15, observa-se que mulheres tabagistas apresentam uma chance maior de responderem sim para a questão 6 “A cirurgia é o único tratamento para pessoas com IU”, comparadas as não tabagistas (OR=3,10;p=0,009).

**Tabela 15** – Análise de regressão logística binária univariada, segundo características sócio demográficas, de saúde, ginecológicas, obstétricas, urinárias associadas a Questão 6.

Variáveis	OR*	IC <sub>95%</sub>	p
Local			
UATI	0,28	0,16 – 0,47	<0,001
UBS	1.0		
Grau de escolaridade			
Fundamental incompleto	2,78	1,14 – 6,75	0,024
Fundamental completo	3,41	1,34 – 8,69	0,010
Médio incompleto	3,99	1,18 – 13,47	0,026
Superior completo	1.0		
Renda pessoal			
< 1 SM	1.0		
1 a 3 SM	0,39	0,21 – 0,71	0,002
Número de banheiros	0,68	0,49 – 0,95	0,023
Tabagista			
Não	1.0		
Sim	3,10	1,32 – 7,28	0,009

Idade da menarca	1,33	1,14 – 1,57	<0,001
Número de vezes que levanta	1,25	1,04 – 1,50	0,017

\* categoria não como categoria de referência.

#### 4.4.7. Questão 7: Existem exercícios que podem ajudar no controle de urina quando uma pessoa perde urina quando tosse, ri ou espirra.

Evidencia-se na Tabela 16 que, mulheres que não levantam a noite para urinar apresentam uma chance maior (OR=1,92;p=0,036) de responderem sim para a questão 7 “Existem exercícios que podem ajudar no controle de urina quando uma pessoa perde urina”, quando comparadas as mulheres que levantam a noite para urinar.

**Tabela 16** – Análise de regressão logística binária univariada, segundo características sócio demográficas, de saúde, ginecológicas, obstétricas, urinárias associadas a Questão 7.

Variáveis	OR*	IC <sub>95%</sub>	p
Local			
UATI	4,76	2,65 – 8,55	<0,001
UBS	1.0		
Cor			
Branca	1.0		
Amarela	3,80	1,08 – 13,39	0,039
Grau de escolaridade			
Analfabeto	6,60	1,70 – 25,67	0,006
Fundamental incompleto	3,98	1,56 – 10,14	0,004
Fundamental completo	2,80	1,04 – 7,53	0,041
Superior completo	1.0		
Renda pessoal			
< 1 SM	1.0		
1 A 3 SM	3,22	1,68 – 6,17	<0,001
Número de banheiros	1,69	1,16 – 2,46	0,006
Saneamento			
Não	1.0		
Sim	3,17	1,36 – 7,42	0,008
Tabagista			
Não	2,40	1,05 – 5,46	0,037
Sim	1.0		
Idade da menarca	0,85	0,72 – 0,99	0,035
Idade da menopausa	1,05	1,01 – 1,10	0,027
Parto vaginal	0,87	0,77 – 0,89	0,024
Levanta a noite para urinar			
Não	1,92	1,04 – 3,51	0,036
Sim	1.0		



Número de vezes que levanta	0,68	0,56 – 0,83	<0,001
Já foi questionado sobre Iucom algum profissional da saúde			
Não	1.0		
Sim	2,15	1,15 – 4,01	0,017

\* categoria não como categoria de referência.

#### 4.4.8. Questão 8: Hábitos alimentares podem levar a piora da incontinência urinária.

Na Tabela 17, observa-se que mulheres não obesas apresentam uma chance maior de responderem sim para a questão 8 “Hábitos alimentares podem levar a piora da IU”, comparadas as obesas (OR=4,48; p=0,020).

**Tabela 17** – Análise de regressão logística binária univariada, segundo características sócio demográficas, de saúde, ginecológicas, obstétricas, urinárias associadas a Questão 8.

Variáveis	OR*	IC <sub>95%</sub>	p
Obesidade			
Não	4,48	1,15 – 5,32	0,020
Sim	1.0		

\* categoria não como categoria de referência.

#### 4.4.9. Questão 9: Levantar durante a noite para urinar, pode significar incontinência urinária

Na Tabela 18, observa-se que mulheres com o hábito de beber apresentam uma chance maior de responderem sim para a questão 9 “Levantar durante a noite para urinar pode significar IU”, comparadas as mulheres sem este hábito (OR=3,14; p=0,023).

**Tabela 18** – Análise de regressão logística binária univariada, segundo características sócio demográficas, de saúde, ginecológicas, obstétricas, urinárias associadas a Questão 9.

Variáveis	OR*	IC <sub>95%</sub>	p
Local			
UATI	1.0		
UBS	2,97	1,71 – 5,17	<0,001
Grau de escolaridade			
Analfabeto	6,60	1,70 – 25,67	0,006
Fundamental incompleto	3,98	1,56 – 10,14	0,004
Fundamental completo	2,80	1,04 – 7,53	0,041
Superior completo	1.0		
Doença renal			
Não	1.0		
Sim	3,92	1,14 – 13,43	0,030
Tabagista			
Não	1.0		
Sim	3,36	1,45 – 7,92	0,005
Hábito de beber			
Não	1.0		
Sim	3,14	1,17 – 8,44	0,023
Gestação			
Não	1.0		
Sim	6,86	1,57 – 29,95	0,010
Quando tosse			
Não	1.0		
Sim	2,29	1,31 – 4,02	0,004
Perde urina a noite			
Não	1.0		
Sim	2,18	1,06 – 4,50	0,035
Há tempo iniciaram os sintomas	1,16	1,01 – 1,35	0,041

\* categoria não como categoria de referência.

#### **4.4.10. Questão 10: Toda perda de urina, independentemente da situação, deve ser informada a um profissional de saúde.**

Verifica-se na Tabela 19 que, mulheres não tabagistas apresentam uma chance maior (OR=3,36; p=0,01) de responderem sim para a questão 10 “Toda perda de urina, independentemente da situação, deve ser informada a um profissional da saúde”, quando comparadas as mulheres tabagistas.

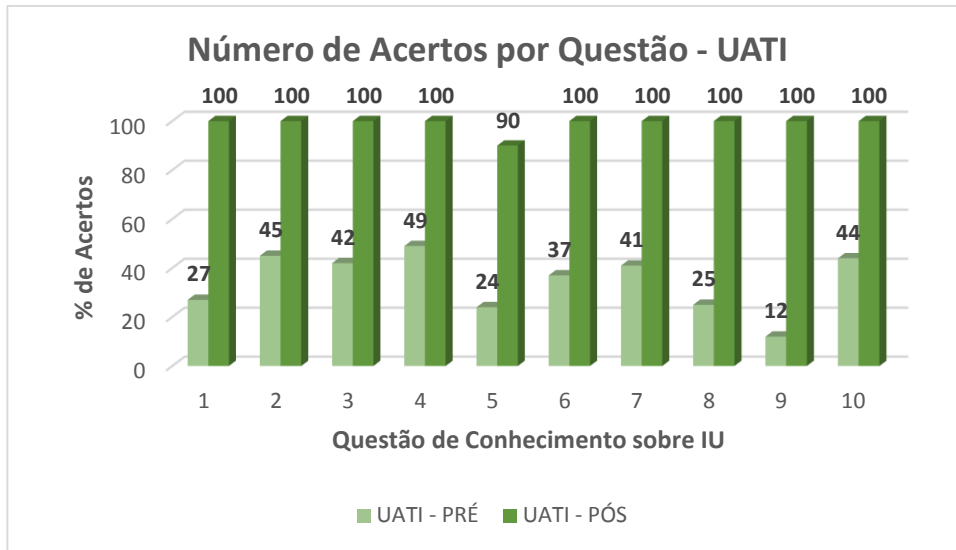
**Tabela 19** – Análise de regressão logística binária univariada, segundo características sócio demográficas, de saúde, ginecológicas, obstétricas, urinárias associadas a Questão 10.

Variáveis	OR*	IC <sub>95%</sub>	p
Tabagista			
Não	3,36	1,32 – 8,53	0,011
Sim	1.0		
Parto cesárea	1,54	1,01 – 2,35	0,046
Em contato com a água			
Não	3,18	1,03 – 9,84	0,044
Sim	1.0		

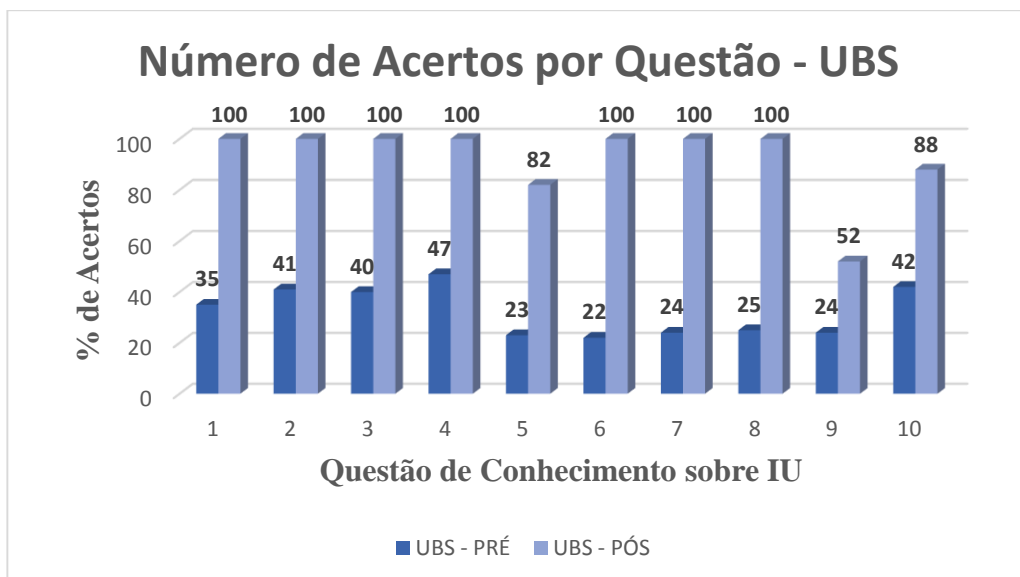
#### 4.5. Ação Educativa

Para a ação educativa, foram convidadas todas as participantes do grupo UATI e do grupo UBS, porém, somente 7 (5,83%) e 17 (14,17%) participaram, respectivamente. Durante a ação em ambos os locais, as mulheres participaram de forma ativa, com muitos questionamentos. As participantes da UATI tiveram dúvidas mais contextualizadas e maior interesse na prevenção da incontinência urinária. Na UBS, não foram realizadas tantas perguntas, mas a participação também foi positiva.

As figuras 5 e 6 mostram o número de acertos no questionário de conhecimento pré e pós ação educativa em cada grupo (UATI e UBS, respectivamente), evidenciando uma diferença significativa em ambos os grupos com relação a um maior número de acertos. A média de acertos na UATI, antes da ação educativa foi de 6,86 e após, foi de 9,86 ( $p < 0,00$ ). Da mesma forma na UBS a média de acertos foi de 6,76 antes e após foi de 9,18 ( $p < 0,00$ ).



**Figura 5** – Número de acertos no questionário de conhecimento, pré e pós ação educativa, UATI.



**Figura 6** – Número de acertos no questionário de conhecimento, pré e pós ação educativa, UBS.

## 5. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo avaliar a incontinência urinária em idosas de diferentes contextos sociais, uma vez que o contexto relacionado às formas de viver e trabalhar condicionam os potenciais de fortalecimento e desgaste à saúde, que poderão levar a manifestações físicas e psíquicas de adoecimento. O conhecimento sobre os processos de adoecimento ou de um agravo é fundamental para que os indivíduos se apropriem de si e detenham melhores condições para suas tomadas de decisão. Nesse sentido, esse estudo buscou também avaliar o conhecimento sobre a incontinência urinária e verificar quais os fatores que o influenciam.

Entre as 240 idosas que participaram desse estudo, a perda urinária foi relatada por 111 participantes (46,25 %), conforme indicado em outros estudos de prevalência no Brasil, que mostram uma taxa entre 25% e 69%, a depender de alguns fatores como faixa etária, população, tipo de incontinência urinária e tipo de estudo<sup>1,5,13,20</sup>. Não houve diferença significativa entre os grupos das idosas ( $p=0,80$ ).

A média de idade entre as idosas foi de 65,80 anos e não houve diferença entre os grupos ( $p>0,05$ ). Apesar dos idosos serem os mais acometidos, há divergência entre os estudos quanto à faixa etária específica. Neste estudo não foi encontrado relação entre a prevalência de incontinência urinária e a idade, o que difere dos estudos realizados por Marques et al.<sup>27</sup> e Bolina et al.<sup>28</sup>, em que os idosos com idade maior ou igual a 70 anos tiveram maior prevalência de incontinência urinária. Em relação ao conhecimento sobre IU, a cada aumento da idade aumentava a chance de errar a questão sobre as mulheres terem maior probabilidade de incontinência urinária que os homens.

Os dois grupos apresentaram diferença significativa em relação ao estado civil, cor, grau de escolaridade, renda pessoal, número de banheiros na casa e presença de saneamento básico ( $p=0,00$ ). Esses resultados demonstraram que a amostra do estudo representa dois contextos sociais distintos e que, portanto, pode-se dizer que foram comparados dois grupos de idosas com a mesma média de idade, porém com condições socioeconômicas diferentes, sendo que na UATI as condições sociais apresentaram-se mais favoráveis e na UBS, menos favoráveis.

Em relação ao grau de escolaridade, não houve associação significativa com a IU. Os resultados obtidos referentes à associação entre o grau de escolaridade e IU não corroboram com Marques et al.<sup>28</sup>, Bolina et al.<sup>29</sup> e com o estudo do Projeto SABE<sup>29</sup>, que verificaram maior prevalência de IU com menor grau de escolaridade.

Entende-se com isso que a escolaridade pode ser considerada um instrumento fundamental a determinação de uma velhice bem-sucedida. Entretanto, em nosso estudo, os resultados demonstram que os dois grupos têm conhecimento semelhante em relação a prevenção e tratamento de IU, o que vai de encontro com o estudo de Prado et al.<sup>2</sup> que mostraram que independentemente do nível sócio econômico e do grau de escolaridade, o nível de conhecimento sobre IU é equivalente. Em um estudo conduzido na cidade de São Paulo, identificou-se falta de conhecimento, atitudes negativas e falta de informação sobre vários aspectos da incontinência urinária<sup>30</sup>, o que vai de encontro aos resultados do nosso estudo, quando se relaciona incontinência urinária com as questões de conhecimento sobre a doença.

Porém, neste estudo, verificou-se que o idoso com maior escolaridade, em relação às idosas analfabetas, tem menos chance de errar as questões a respeito da cirurgia como único tratamento para IU (Q6) e a existência de exercícios para ajudar a controlar a IU (Q7). Contrariamente, os idosos com maior nível de escolaridade tinham mais de 500% de chance de errar a questão sobre que levantar à noite para urinar pode significar IU (Q9) em relação às analfabetas. Esse resultado pode estar relacionado a um melhor acesso à informação dos idosos com maior escolaridade, em relação ao tratamento. Da mesma forma, um melhor conhecimento sobre outras causas que levam a levantar à noite para urinar também pode estar relacionado ao aumento de chances dos idosos de maior escolaridade errar a questão.

Houve menor chance de referir IU nas idosas de cor parda em relação às idosas que referiram cor branca. As idosas de cor amarela apresentaram menores chances de errar a questão sobre exercícios que podem ajudar no controle da IU, do que as idosas de cor branca. As questões de cor parecem estar mais relacionadas a uma questão cultural do que propriamente genética. O estado civil não apresentou associação com a IU e nem com as questões sobre o conhecimento da IU nesse estudo.

No que se refere a condição econômica, não houve associação com a IU. No entanto, a renda pessoal se associou a três questões de conhecimento. Idosas com renda maior de 5 salários mínimos tinham mais chance de errar a questão 3 (mulheres tem maior probabilidade de desenvolver IU do que os homens) do que as idosas com até 1 salário mínimo. Porém nas questões 6 (A cirurgia é o único tratamento para pessoas com incontinência urinaria) e 7 (Existem exercícios que podem ajudar no controle de urina), as idosas com 1 a 3 salários mínimos tinham menos chance de errar do que as com até 1 salário mínimo. Destaca-se aqui, mais uma vez, a questão de conhecimento do tratamento da IU, inferior nas idosas com condições sociais desfavoráveis.

Em relação ao número de banheiros na casa, a cada aumento do número diminuía a chance de as idosas errarem as questões 6 (A cirurgia é o único tratamento para pessoas com incontinência urinária) e 7 (Existem exercícios que podem ajudar no controle de urina), por outro lado, aumentava a chance de errar a questão 1 (pessoas que tem IU vivem vidas normais). O saneamento básico apenas se associou com a questão 7 (Existem exercícios que podem ajudar no controle de urina), já que quem referiu não ter saneamento tinha mais chance de errar essa questão em relação a quem referiu ter. Novamente as variáveis que indicam piores condições sociais estão relacionadas a pior conhecimento sobre o tratamento da IU.

No que diz respeito às características da incontinência urinária, não há consenso na literatura sobre a frequência e a quantidade da perda urinária, uma vez que é consequente a diversos fatores, tais como o tipo de IU, comorbidades, grau de dependência funcional, entre outros. Em nosso estudo, ficou evidenciado que a idosa hipertensa, dislipidêmica e com hábito de beber, tem uma chance maior em apresentar incontinência urinária. Esse achado corrobora com estudos que relatam que o uso de medicações associadas a drogas anti-hipertensivas e diuréticos podem potencializar ou até mesmo desenvolver sinais clínicos de IU, como o aumento da frequência e da urgência de urinar, além do agravo do hábito de beber associado, que pode aumentar o débito urinário, agravando estes sintomas<sup>31,32,33</sup>.

A prevalência de hipertensão arterial na amostra foi de 47,08% e não houve diferença significativa entre os grupos ( $p=0,20$ ). As idosas que referiram não ter hipertensão arterial tinham menos chance de errar a questão 3 (mulheres tem maior probabilidade de desenvolver IU do que os homens) e 4 (os médicos e demais profissionais devem perguntar para suas pacientes sobre o controle de urina).

Em relação à obesidade não foi encontrada diferença entre os grupos de idosas e a prevalência foi de 14,58%. A obesidade se associou com as questões 4 (os médicos e demais profissionais devem perguntar para suas pacientes sobre o controle de urina) e 8 (hábitos alimentares podem levar a piora da incontinência urinária). As idosas que não referiram obesidade tinham menos chance de errar a questão 4 e 8.

A prevalência de diabetes foi maior nas idosas da UBS ( $p=0,01$ ), com 10,0% de idosas nessa condição. Porém o diabetes não se associou com a IU nem com o questionário de conhecimento. A doença cardiovascular também não se associou a nenhuma dessas variáveis e também não houve diferença de prevalência entre os grupos ( $p=1,00$ ).

A dislipidemia associou-se com a IU ( $p=0,03$ ), conforme já mencionado e também com a questão 4 (os médicos e demais profissionais devem perguntar para suas pacientes sobre o controle de urina), indicando que as idosas que não referiram ter dislipidemia tinham menos

chance de errar a questão do que as idosas com dislipidemia. Não houve diferença de prevalência dessa morbidade entre os grupos ( $p=0,35$ ).

O tabagismo não se associou a IU, porém as idosas que referiram não fumar tiveram menor chance de erro nas questões 6 (A cirurgia é o único tratamento para pessoas com incontinência urinária), 7 (Existem exercícios que podem ajudar no controle de urina) e 9 (levantar à noite para urinar, pode significar IU). O tabagismo foi maior entre as idosas da UBS do que nas idosas da UATI (8,75%;  $p=0,00$ ).

O hábito de beber apresentou baixa prevalência nas idosas da amostra e não houve diferença significativa entre os grupos. Apresentou associação com a IU ( $p=0,03$ ) e com a questão 9 (levantar à noite para urinar, pode significar IU), indicando que a idosa que não tem o hábito de beber tem mais chance de errar a questão do que quem refere ter o hábito. Por fim, a doença renal também se associou a essa questão, já que a idosa que referiu não ter doença renal apresentou mais chance de errar do que as idosas que referiram ter doença renal. A prevalência de doença renal foi maior nas idosas da UBS (4,17%;  $p=0,03$ ).

Portanto, em relação às condições de saúde, as idosas que referiram não ter hipertensão, obesidade e dislipidemia tinham menos chance de errar sobre a questão de que os médicos e demais profissionais devem perguntar para suas pacientes sobre o controle de urina. Espera-se que esse dado não esteja relacionado à experiência dos pacientes com doenças crônicas, em consultar os serviços de saúde.

Em relação aos antecedentes ginecológicos e obstétricos não foi encontrada diferença entre os grupos de idosas. As idosas que não referiram ter cirurgia ginecológica tiveram menos chance de ter IU do que as que referiram ter cirurgia. Contudo, diversas variáveis ginecológicas e obstétricas se associaram com as questões de conhecimento.

O aumento da idade da menarca esteve associado ao aumento de chance de erro nas questões 3 (mulheres tem maior probabilidade de desenvolver IU do que os homens), 4 (os médicos e demais profissionais devem perguntar para suas pacientes sobre o controle de urina), 6 (A cirurgia é o único tratamento para pessoas com incontinência urinária) e 7 (Existem exercícios que podem ajudar no controle de urina). Em contrapartida, a cada aumento da idade da menopausa menor a chance de erro na questão 7.

No que se refere a ter tido alguma gestação, não houve diferença entre o grupo de idosas. As que referiram não ter tido nenhuma gestação tiveram uma chance maior de errar a questão 2 (as pessoas com incontinência podem ser curadas) e maior de errar a questão 9 (levantar à noite para urinar, pode significar IU), do que a idosa que teve alguma gestação.



Não houve diferença entre os grupos em relação ao número de partos cesáreas e vaginais. Porém ambos se associaram com a IU, sendo que a cada aumento do parto vaginal, a chance de IU aumenta, ao contrário do parto cesárea, em que cada aumento diminui a chance de IU. O número de partos cesáreas também se associou com menor chance de erros na questão 2 (as pessoas com IU podem ser curadas) e com a questão 10 (toda perda de urina deve ser informada). Já a cada aumento do número de partos vaginais aumentou a chance de errar a questão 7 (Existem exercícios que podem ajudar no controle de urina).

Peeker e Peeker<sup>34</sup> afirmam que a gestação por si só, está relacionada com a chance de apresentar IU, e que esta se eleva quando associada com o parto vaginal e a multiparidade, confirmando o que foi demonstrado em nosso estudo, em que o maior número de partos vaginais apresentou maior chance da participante apresentar IU. Já o estudo de Dellu et al.<sup>35</sup> mostrou que para ambos os fatores, gestação e paridade, quanto maior seu número, maior a prevalência do agravo, porém não apresentou fatores associados a IU com o tipo de parto. A proteção do assoalho pélvico e consequentemente a diminuição da prevalência de IU são frequentemente citadas como benefício do parto cesárea, porém a relação do tipo de parto com a incidência de IU não está totalmente esclarecida<sup>20,29,36,37,38</sup>.

Já em relação aos hábitos urinários, a perda urinária foi relatada por 111(46,25%) idosas, sendo que não houve diferença significativa entre os grupos ( $p=0,80$ ). Na UBS mais idosas referiram perder urina à noite (12,08% x 2,50%;  $p=0,00$ ) e na UATI mais idosas referiram que já evitaram de realizar algo por perder urina (11,67% x 5,83%;  $p=0,03$ ).

As variáveis relacionadas às queixas urinárias são as que, em maior número, tiveram associação com a IU (levantar à noite para urinar, perder urina à noite, número de vezes que levanta à noite para urinar, evitar realizar algo por perder urina, tempo de perda urinária), como era de se esperar. Da mesma forma em relação às questões de conhecimento. De forma geral, as idosas que não referiram perdas urinárias tiveram menos chance de errar as questões do que as que relataram perdas urinárias.

Nesse estudo, as idosas que referiram não ter comentado sobre o IU com algum profissional de saúde tiveram menor chance de IU e mais chance de errar a questão 2 (pessoas com IU podem ser curadas). As mulheres incontinentes, raramente falam sobre seu problema, e acabam sofrendo em silêncio. Pesquisa realizada com mulheres incontinentes, descreveu que 36% nunca falaram com ninguém sobre o assunto, e somente 23% procuraram ajuda médica<sup>39</sup> o que concorda com os dados encontrados em nosso estudo independente do grupo que a participante estava inserida. Menos de 50% das mulheres discutem sobre cuidados preventivos

e queixas urinárias com um profissional da saúde, e nem sempre recebem avaliação consistente por parte destes profissionais<sup>29,40</sup>.

Embora a IU não coloque diretamente a vida da paciente em risco, é uma condição que pode trazer diversas implicações médicas, econômicas e sociais, afetando adversamente a qualidade de vida<sup>4,22</sup>. Entretanto, mesmo com todas essas implicações foi constatamos que a maior parte das participantes acreditam que as mulheres com IU vivem vidas normais. Esse fato vai de encontro com o estudo de Wong et al.<sup>41</sup>, em que se evidenciou que entre um grupo populacional com predominância de nível superior de escolaridade, as entrevistadas não sabiam que a incontinência urinária é uma morbidade, e consideraram que a perda de urina foi um processo de envelhecimento normal. Assim quando apontados especificamente a relação da incontinência urinária com o processo envelhecimento, os resultados parecem demonstrar que as crenças de que esse processo acarreta incontinência urinária como consequência frequente e natural, permeiam o senso comum<sup>42</sup>.

O tratamento da IU pode ser cirúrgico ou conservador. O tratamento cirúrgico envolve procedimentos invasivos e são de alto custo, podendo em muitos casos ser contraindicados para a paciente, além de apresentarem 30% de recidiva<sup>23</sup>. Já estudos realizados que mostram o tratamento por meio de exercícios, relatam índice de cura de 84% em média<sup>17,19,43</sup>. Estes estudos demonstram a falta de conhecimento em relação as formas de tratamento encontrados na literatura, uma vez que a maioria acredita que a única forma de tratamento é a cirúrgica e não conhecem outras formas que podem melhorar essa condição e esta pode ser uma das razões apontadas para a não procura de ajuda profissional. A ideia errônea de que a cirurgia é o único tratamento para a IU, também foi percebida em nosso estudo, porém as mulheres da UATI, tem maior conhecimento sobre o assunto, quando comparadas as mulheres da UBS.

Os serviços públicos de saúde em nosso país não dispõem de programas de reabilitação do assoalho pélvico, o que difere com o que acontece em outros países, e o que pode justificar o fato de menos da metade das participantes do nosso estudo não relatarem os sintomas aos profissionais da área da saúde e também a razão pela qual os profissionais não fazem uma busca pelos sintomas referentes a incontinência urinária. Devemos ressaltar nesse sentido, que não bastam estudos que identifiquem os problemas, mas também, formas de resolver o seu impacto negativo<sup>19</sup>.

A literatura cita a Incontinência Urinária de Esforço como o tipo mais prevalente de Incontinência Urinária, seguida pela Incontinência Urinária Mista e pela Incontinência Urinária de Urgência<sup>13,20,44</sup>. Os dados encontrados no estudo mostram que a maioria das participantes 47,79% tinham como diagnóstico a IUE, e apenas 8,85% apresentaram IUU, entretanto, 43.36%

das participantes, apesar de apresentarem incontinência urinária, não tiveram seu diagnóstico definido, já que não estavam dentro dos escores de esforço ou urgência, determinados no instrumento utilizado. Quando observado o que relata a literatura com as queixas destas pacientes, podemos levantar a hipótese que estas apresentam Incontinência Urinária Mista, entretanto, o estudo de Oliveira e Lopes<sup>27</sup>, que validou o instrumento, descartou em sua análise as pacientes com diagnóstico com IUM e, apesar de ter considerado o instrumento confiável e estável, sugere que este não deve ser utilizado como único recurso para determinar o diagnóstico diferencial de incontinência urinária feminina.

Há necessidade de se considerar os sintomas para um melhor diagnóstico, para que se possa planejar o tratamento mais adequado para cada caso, no entanto, os dados sobre sinais e sintomas não devem ser supervalorizados, pois não informam acerca do impacto destes na qualidade de vida das pacientes. A relação entre os sinais e sintomas de IU e a qualidade de vida das mulheres afetadas, são necessários para o desenvolvimento de estratégias adequadas, considerando o indivíduo dentro de seu contexto social<sup>1,4,6</sup>.

A educação em saúde possibilita que as pessoas se informem e tenham habilidades para fazer escolhas saudáveis sobre sua vida, contudo, no Brasil o esclarecimento sobre as características de determinada doença para o paciente é realizado de modo discreto sem a existência de um programa educacional efetivo. É importante o conhecimento acerca do nível de escolaridade do grupo a ser trabalhado como grau de escolaridade, hábitos e conhecimento prévio do assunto abordado, para que a intervenção seja realizada de forma adequada, tendo em vista que para um trabalho de educação em saúde eficiente é preciso da compreensão correta das informações repassadas as participantes<sup>5,27,45</sup>.

Em nosso estudo, após a realização de ação educativa, as participantes apresentaram melhora significativa no conhecimento de IU. Esses dados corroboram com o estudo de Galvez et al.<sup>46</sup>, que avaliou o conhecimento de pacientes submetidos a um questionário pré e pós educacional em que houve uma diminuição das dúvidas mais frequentes.

Foi notado que as participantes sentiram-se mais confortáveis em falar sobre o assunto durante a ação educativa, quando comparada a forma de resposta que deram individualmente nas entrevistas. Isso pode ter relação com o fato da ação ser realizada em grupo e ser mais fácil compartilhar experiências com pessoas que se encontram na mesma situação. Segundo Kaestner et al.<sup>3</sup> e Smith<sup>47</sup>, o tratamento comportamental ensina as pacientes novos hábitos ou habilidades de prevenir episódios de perdas urinárias. A eficácia destas intervenções comportamentais depende da participação ativa de uma paciente, sendo que atividades em

grupos associadas a jogos didáticos são recursos interessantes para atingir o envolvimento e a motivação da paciente.

Taddeo et al.<sup>48</sup> relataram em seu estudo que alguns pacientes aguardam o momento da consulta para externarem suas angustias relativas a doença, porém em alguns momentos não conseguem espaço para diálogo e a relação profissional paciente não se concretiza.

Nas narrativas observadas no nosso estudo, podemos perceber os sentimentos como apresentados no parágrafo anterior:

*“Ninguém para pra explicar essas coisas pra gente”*

*“Os médicos dizem que é coisa da nossa cabeça, nem ligam”*

Desde a antiguidade, o ser humano procura uma maneira de lidar com seus excrementos, uma vez que essas são consideradas escórias e devem ser abolidas. A maneira correta para que isso ocorra é o controle do esfíncter propiciando a eliminação privativa em local e hora apropriada. Quando há uma situação que se distancie dessa condição isso torna-se um sinal de alerta. Na condição de perda urinária, a mulher deixa de cumprir a norma da continência<sup>48,49</sup>.

*“Eu não consigo sair sem saber onde vou encontrar um banheiro”*

*“Tenho medo de estar sempre cheirando mal”*

O lidar constante ou esporádico com a perda de urina permite a mulher vivenciar um turbilhão de emoções e sentimentos<sup>49</sup>. Horrocks et al.<sup>50</sup> relataram em seu estudo que mulheres normalmente descrevem sentir constrangimento, vergonha e humilhação associado a IU, bem como nervosismo, perda de confiança e tristeza.

*“Não tem hora, acontece em todo lugar, fico com muita vergonha”*

*“Esse problema mata sim, minha mãe morreu de tanta tristeza, depois de ter feito xixi na frente de todo mundo”*

*“Aqui a gente ri porque todo mundo está falando disso, mas não é engraçado, é muito triste”*

A tarefa do educador de saúde é a de levar o indivíduo ao entendimento das questões ligadas a ela, e então, de acordo com a necessidade, ele próprio saberá como agir desde que a forma de educação oferecida seja transformadora, criativa, abra o leque de possibilidades e tenha real valor cotidiano<sup>24,51</sup>.

O desconhecimento sobre o que é, para que serve e como funciona a musculatura do assoalho pélvico, pode ser um fator precipitante para IU, pois o desconhecimento da função muscular pode levar a uma hipotrofia e fraqueza dessa musculatura. Assim, o simples fato de optar pelo conhecimento pode ser o ponto de partida para a busca de transformações<sup>13,25,47</sup>.

Pacientes mais informados, envolvidos e responsabilizados, interagem de forma mais eficaz com os profissionais da saúde, tentando realizar ações que produzam resultados. A educação em saúde, direcionada a pacientes, tem se mostrado fundamental para que haja um entendimento por parte dos mesmos, das mudanças físicas e psicológicas, provocadas pela incontinência urinária. Então, ensinar a estas pacientes como lidar com sua disfunção, torna-as mais aptas a desenvolverem atitudes de autocuidado<sup>46,48</sup>.

A prática de educação em saúde deve utilizar uma linguagem simples e de fácil compreensão, buscando avaliar os conhecimentos prévios em relação à doença, além da avaliação do quanto às orientações foram assimiladas. Por isso, é fundamental a aplicação de algum instrumento, como um questionário com temas relacionados ao programa educativo, para avaliar e monitorar o nível de conhecimento das participantes para então determinar a eficácia do mesmo<sup>20,52,53,54</sup>.

## 6. CONCLUSÃO

Idosas com a mesma média de idade e em diferentes contextos apresentaram características sociais distintas, sendo que as idosas que participavam da Universidade Aberta da Terceira Idade apresentavam melhor renda, escolaridade, mais banheiros na casa e saneamento básico do que as idosas da UBS. Além de ter mais idosas viúvas e menos solteiras, da cor amarela e menos parda e negra do que na UBS. Em relação à saúde, as idosas da UBS apresentavam mais diabetes mellitus, doença renal e tabagismo. Porém, em relação aos antecedentes ginecológicos e obstétricos não houve diferença entre os dois contextos. A perda urinária foi relatada por quase metade da amostra e não houve diferença entre os grupos da UATI e UBS, porém, na UATI as idosas referiram mais que evitaram realizar algo por perder urina e na UBS as idosas relataram mais perder urina à noite. Não foi encontrada nesse estudo correlação da idade com a incontinência urinária.

Apesar das características sociais distintas entre os grupos, não houve diferença na quantidade de acertos das questões sobre conhecimento em relação à incontinência urinária. Contudo, as idosas da UATI tiveram mais acertos sobre as questões de tratamento da IU e as idosas da UBS apresentaram mais acertos em relação às questões sobre quem tem IU ter uma vida normal e que levantar à noite para urinar pode significar IU. Essas questões que apresentaram diferença de acertos entre os diferentes contextos sociais de idosas também apresentaram relação com variáveis socioeconômicas, sendo maior a chance de erro nas condições sociais desfavoráveis para as questões relacionadas ao tratamento e maior chance de erro para as condições sociais favoráveis nas questões sobre ter vida normal e levantar à noite para urinar.

A única variável sócio demográfica que se associou a maior chance de ter IU foi a cor branca em relação à parda, em relação à saúde, ter hipertensão, dislipidemia e hábito de beber, das variáveis ginecológicas e obstétricas, referir ter feito cirurgia ginecológica, maior número de partos vaginais e menor número de partos cesáreas. Dentre as variáveis urinárias, levantar à noite para urinar, perder urina à noite, maior número de vezes que levanta à noite para urinar, evitar realizar algo por perder urina e maior tempo de perda urinária foram as que se associaram a maior chance de ter IU. Por fim, as questões de conhecimento que mais se associaram a chance de ter IU foram responder errado às questões sobre quem tem IU ter uma vida normal e sobre a perda involuntária de urina ser um dos resultados normais do envelhecimento, ou seja,

acreditar que as pessoas que tem IU tem vida normal e que isso é um processo normal do envelhecimento pode significar um sinal de resiliência das idosas entrevistadas.

A ação educativa mostrou-se eficaz em aumentar o conhecimento sobre IU imediatamente após a intervenção. Estudos de acompanhamento longitudinal podem ajudar a evidenciar melhor o efeito das variáveis desse estudo, bem como da ação educativa na IU em idosas de diferentes contextos sociais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <sup>1</sup> Figueiredo EM, Lara JO, Cruz MC, Quintão DMG, Monteiro MVC. Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de serviço de Fisioterapia Uroginecológica da rede pública. *Rev. bras. fisioter.* 2008 Apr; 12( 2 ): 136-142.
- <sup>2</sup> Prado DS, Lima TIA, Mota VPLP. Conhecimento sobre incontinência urinária em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. *Rev Bras Cien. Med. Saúde.* 2013;2(2):12-17.
- <sup>3</sup> Luz SCT, Kaestner KT, Oliveira MC, Honório GJS, Santos AH, Coan AC, Conceição TAM, Virtuoso JF. Educação em saúde e incontinência urinária: avaliação do nível de conhecimento de mulheres usuárias da rede pública de saúde. *UDESC.* 2012; v. 6, n. 1.
- <sup>4</sup> Da Silva VA, de Souza KL, D'Elboux MJ. Incontinência urinária e os critérios de fragilidade em idosos em atendimento ambulatorial. *Rev. esc. enferm. USP.* 2011 June; 45( 3 ): 672-678.
- <sup>5</sup> Da Silva APM, Santos VLCG. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. *Rev. esc. enferm. USP.* 2005 Mar; 39( 1 ): 36-45.
- <sup>6</sup> Bomfim IQM, Soutinho RSR, de Araújo EN. Comparação da Qualidade de Vida das Mulheres com Incontinência Urinária Atendidas no Sistema de Saúde Público e Privado. *Cient. Ciênc. Biol. Saúde.* 2014 Mai; 16( 1 ): 19-24.
- <sup>7</sup> Oliveira E, Zuliani LMM, Ishikava J, Silva SV, Albuquerque SSR, Souza AMB, Barbosa CP. Avaliação dos fatores relacionados a ocorrência da Incontinência Urinária feminina. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2010; 56( 6 ): 688-690.
- <sup>8</sup> Lopes MHBM, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev. esc. enferm. USP.* 2006 Mar; 40( 1 ): 34-41.
- <sup>9</sup> Zumrutbas AE, Bozkurt A, Tas E, Acar IC, Alkis O, Coban K, Aybek Z. The prevalence of lower urinary tract symptoms, overactive bladder and urinary incontinence in turkey: results of a population based survey. In *neurourology and urodynamics, NJ/USA 2010*; 32(6): 849-849.
- <sup>10</sup> Ebbesen MH, Hannestad YS, Hunskaar S. Prevalence of UI in the Norwegian EPINCONT population 10 years after. *Parity, Noruega 2011*; 5(916): 28-1.
- <sup>11</sup> Simeonova Z, Milsom I, Kullendorff AM, Molander U, Bengtsson C. The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women from an urban Swedish population. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 2009*; 78(6): 546-551.
- <sup>12</sup> Tamanini JTN, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Laurenti R. Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brazil: SABE Study (Health, Wellbwing and Aging). *Cad. Saúde Pública.* 2009 Aug; 25( 8 ): 1756-1762.
- <sup>13</sup> Guarisi T, Neto AMP, Osis MJ, Pedro AO, Paiva LHCP, Faúndes A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. *Rev. Saúde Pública.* 2001 Oct; 35( 5 ): 428-435.



- <sup>14</sup> Blanes L, Pinto RCT, Santos VLCG. Urinary incontinence Knowledge and attitudes in São Paulo. *Braz. Journal of Urology*. 2001 Jun; Vol. 27 ( 3 ): 281-288.
- <sup>15</sup> Eva UF, Gun W, Preben K. Prevalence of urinary and fecal incontinence and symptoms of genital prolapse in women. *Acta Obstet. Gynecol. Scand*. 2003 Mar; 82( 3 ):280-6.
- <sup>16</sup> Brasil. Governo Federal. Fundação Oswaldo Cruz. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasil. 2008.
- <sup>17</sup> Honório MO, Santos, SMA. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. *Rev. bras. enferm*. 2009 Feb; 62( 1 ): 51-56.
- <sup>18</sup> Higa R, Lopes MHBM, Turato ER. Significados psicoculturais da Incontinência Urinária feminina: uma revisão. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008 Jul-Ago; 16(4)
- <sup>19</sup> Silva L, Lopes MHBM. Incontinência Urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. *Rev. esc. enferm. USP*. 2009 Mar; 43( 1 ): 72-78.
- <sup>20</sup> Figueiredo EM, Baracho SN, Vaz CT, Sampaio RF. Educação de funcionárias de Unidade Básica de Saúde acerca da atenção fisioterapêutica na Incontinência Urinária: relato de experiência. *Fisioter. Pesqui*. 2012 June; 19( 2 ): 103-108.
- <sup>21</sup> Brasil. Ministério da Saúde, IBGE. Indicadores Sócio demográficos e de saúde no Brasil. 2009.
- <sup>22</sup> Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília. 2012.
- <sup>23</sup> Menezes GMD, Pinto FJM, Silva FAA, Castro ME, Medeiros CRB. Queixa de perda urinária: um problema silente pelas mulheres. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2012 Mar; 33( 1 ): 100-108.
- <sup>24</sup> Porto MC, Fernandes VMSB. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. *Rev Bras Enferm*. 2010 jul-ago; 63(4): 567-73.
- <sup>25</sup> Freire P. *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. Ed. Paz e Terra, Coleção Leitura, 1996. São Paulo.
- <sup>26</sup> Oliveira LDR, Lopes MHBM. Validação da versão brasileira do Gaudenz-Fragebogen: utilizado para o diagnóstico diferencial da incontinência urinária feminina. *Esc. Anna Nery*. 2016 Jun; 20( 2 ): 332-336.
- <sup>27</sup> Marques LP, Schneider IJC, Giehl MWC, Antes DL, d'Orsi E. Demographic, health conditions, and lifestyle factors associated with urinary incontinence in elderly from Florianópolis. *Rev. bras. epidemiol*. 2015 Sep; 18( 3 ): 595-606.
- <sup>28</sup> Bolina AF, Santos NMF, Tavares DMS, Dias FA. Incontinência urinária autorreferida em idosos e seus fatores associados. *Rev. RENE* 2013; 14(2):354-363.

- <sup>29</sup> Lebrão ML, Duarte YAO. SABE–Saúde, bem-estar e envelhecimento. O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Organização Pan-americana de Saúde–OPAS/OMS, Brasília, 2003.
- <sup>30</sup> Blanes L, Pinto CTR, Santos VLCCG. Urinary incontinence. Knowledge and attitudes in São Paulo. *Braz. Journal of Urology*. 2001; 27:281-8.
- <sup>31</sup> Lyra Júnior DP, Amaral RT, Veiga EV, Cárnio EC, Nogueira MS, Pelá IR. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial. *Ver. Latino-am. Enfermagem*. 2006 mai-jun; 14(3):435-41.
- <sup>32</sup> Ekundayo OJ, Markland A, Lefante C, Sui X, Goode PS, Allman RM. Association of diuretic use and overactive bladder syndrome in older adults: a propensity score analysis. *Arch. Gerontol. Geriatr*. 2009; 49(1): 64–68.
- <sup>33</sup> Pils K, Neumann F. Different attitudes towards hypertension and urinary tract incontinence in elderly individuals participating in a health promotion project. *Wien Med Wochenschr, Austria* 2006; 156(5-6):158-61.
- <sup>34</sup> Peeker I, Peeker R. Early diagnosis and treatment of genuine stress urinary incontinence in women after pregnancy: midwives as detectives. *J. Midwifery Womens Health* 2003; 48( 1 ):60-6.
- <sup>35</sup> Dellú MC, Zácara PMD, Schmitt ACB. Prevalência de sintomas urinários e fatores obstétricos associados em mulheres adultas. *Rev. Bras. Fisioter*, 2008;12( 6 ): 482-7.
- <sup>36</sup> McFarlin BL. Elective cesarean birth: issues and ethics of an informed decision. *Journal Midwifery Womens Health* 2004; 49(5):421-9.
- <sup>37</sup> Brennan DJ, Robson MS, Murphy M, O’Herlihy C. Comparative analysis of international cesarean delivery rates using 10-group classification identifies significant variation in spontaneous labor. *J Midwifery Womens Health*. 2009; 201( 3 ): 308 e 1-308.
- <sup>38</sup> Sze EHM, Hobbs G. A prospective cohort study of pelvic support changes among nulliparous, multiparous, and pre-and post-menopausal women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2012; 160( 2 ):232-235.
- <sup>39</sup> Reymer J, Hunskaar S. Why do only a minority of perimeno pausal women with urinary incontinence consult a doctor? *Scand J Prim Health Care*. 2004; 12( 3 ):180-3.
- <sup>40</sup> Guvenç G, Kocaoz S, Kok G. Quality of life in climacteric Turkish women with urinary incontinence. *Int J Nurs Pract*. 2016 Dec; 22( 6 ):649-659.
- <sup>41</sup> Wong T, Lau BYT, Mak HL, Pang MW, Cheon C, Yip SK. Changing prevalence and knowledge of urinary incontinence among Hong Kong Chinese women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2006 Nov; 17( 6 ):593-597.

- <sup>42</sup> Dellú MC, Schmitt ACB, Cardoso MRA, Pereira WMP, Pereira ECA, Vasconcelos EDSF, Aldrighi JM. Prevalence and factors associated with urinary incontinence in climacteric. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2016 Aug; 62( 5 ): 441-446.
- <sup>43</sup> Sousa JG, Ferreira VR, Oliveira RJ, Cestari CE. Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em idosas com incontinência urinária. *Rev. Fisioter. Mov.* 2011 Jan-Mar. 24, n. 1, p. 39-46.
- <sup>44</sup> Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Wein A. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn.* 2002; 21( 2 ):167-78.
- <sup>45</sup> Kha VO, Forder PM, Byles JE. Urinary Incontinence and Social Function in Older Australian Women. *Journal of the American Geriatrics Society* 2011; 64 ( 8 ):1646-1650.
- <sup>46</sup> Galvez DS, Malaguti C, Battagim AM, Nogueira A, Velloso M. Avaliação do aprendizado de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica em um programa de reabilitação pulmonar. *Rev. Bras. Fisiot.* 2007; 11 ( 4 ):311-317.
- <sup>47</sup> Smith AP. Female urinary incontinence and wellbeing: results from a multi-national survey. *BMC urology* 2016; 16 ( 1 ):1.
- <sup>48</sup> Taddeo PS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciên. e Saúde Col.* 2012; 17( 11 ):2923-30.
- <sup>49</sup> Borba AMC, Lelis MAS, Brêtas ACP. Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. *Texto & Contexto Enf.* 2008; 17(3):527-535.
- <sup>50</sup> Horrocks S, Somerset M, Stoddart H, Peters T. What prevents older people from seeking treatment for urinary incontinence? A qualitative exploration of barriers to the use of community continence services. *Family Practice* 2004; 21( 6 ):689-96.
- <sup>51</sup> Oliveira HM, Gonçalves MJF. Educação em saúde: uma experiência transformadora. *Rev. Bras. de Enf.* 2004; 57( 6 ): 761-3.
- <sup>52</sup> Silva VA, D'Elboux MJ. Atuação do enfermeiro no manejo da incontinência urinária no idoso: uma revisão integrativa. *Rev. Esc. Enf. da USP* 2012; 46( 5 ):1218-23.
- <sup>53</sup> Torres HC, Franco LJ, Stradioto MA, Hortale VA, Schall VT. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. *Rev. Saúde Pública, Minas Gerais* 2009;43( 2 ):291-8.
- <sup>54</sup> Roecker S, Budó MLD, Marcon SS. The educational work of nurses in the Family health strategy: difficulties and perspectives on change. *Rev. Esc. Enf. da USP* 2012; 46( 3 ):338-346.

## APÊNDICE A

### Autorização para Coleta de Dados – UATI



#### AUTORIZAÇÃO

Eu Profa. Aliteia Carla de Sousa, Coordenadora do Programa de Extensão da Universidade Aberta da Terceira Idade - UATI da Universidade Guarulhos, declaro estar informada da metodologia que será desenvolvida na pesquisa tema “Avaliação do conhecimento, e efeito de ação educativa sobre a Incontinência Urinária em idosas de diferentes contextos sociais do Município de Guarulhos”, coordenada pela Profa. Dra. Fernanda Amêndola, com participação da aluna Luciana Caglione Martins.

Ciente de que sua metodologia será desenvolvida conforme a resolução CNS 446/12 e das demais resoluções complementares autorizo a realização da pesquisa nesta instituição.

Guarulhos, 04 de março de 2016.

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Aliteia Carla de Souza  
Coordenadora do Programa de Extensão – UATI  
Tel.: 2464-1720  
Visite nosso site: [www.ung.br](http://www.ung.br)

## APÊNDICE B

### Autorização para Coleta de Dados – UBS



**SECRETARIA DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE  
DIVISÃO TÉCNICA DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE  
ESCOLA SUS GUARULHOS**

Guarulhos, 09 de maio de 2016

#### **TERMO DE CONCORDÂNCIA**

Após análise do conteúdo, manifestamo-nos favoráveis ao desenvolvimento do trabalho de pesquisa intitulado **"AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE A INCONTINÊNCIA URINÁRIA E SUA RELAÇÃO COM O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO EM IDOSAS DE DIFERENTES CONTEXTOS SOCIAIS DO MUNICÍPIO DE GUARULHOS"** que será realizado em Unidade Básica de Saúde desta Secretaria, pela pesquisadora Luciane Caglione Martins, do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Guarulhos, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, sob orientação da Professora Dra. Fernanda Amêndola, conforme documentação anexa.

Salientamos que para autorização do início da pesquisa em campo, será necessário apresentar Parecer com aprovação de "Comitê de Ética em Pesquisa".

**CARLOS CHNAIDERMAN  
SECRETÁRIO DA SAÚDE**

## APÊNDICE C



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada: “**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO E EFEITO DE AÇÃO EDUCATIVA SOBRE A INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM IDOSAS DE DIFERENTES CONTEXTOS SOCIAIS DO MUNICÍPIO DE GUARULHOS**” que foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Guarulhos – UNG, de acordo com a Resolução CNS 446/12. Este é um estudo com abordagem quantitativa, por meio da aplicação de questionários, em mulheres idosas usuárias das Unidades Básicas de Saúde do Município de Guarulhos e da Universidade aberta da terceira idade (UATI) da Universidade Guarulhos(UNG), com o objetivo de avaliar o nível de conhecimento sobre a prevenção e o tratamento da Incontinência Urinária, assim como fazer o diagnóstico dos dois principais tipos de incontinência, verificar e comparar o conhecimento sobre a patologia antes e após uma ação educativa. O estudo está dividido em duas fases (fase 1 e fase 2).

Fase 1: Os questionários serão aplicados pela pesquisadora responsável. Primeiramente, será aplicado um questionário sócio demográfico e de queixas urinárias em seguida um questionário de conhecimento, prevenção e tratamento de Incontinência Urinária.

Se você for identificada com qualquer tipo de Incontinência Urinária, responderá a outro questionário de diagnóstico diferencial (que diferencia os tipos de incontinência urinária) e será encaminhada para tratamento na clínica de fisioterapia da Universidade Guarulhos – UNG.

Fase 2: Após a participação na primeira fase, você será convidada a participar da segunda fase do estudo, onde será agendada uma palestra na Universidade Guarulhos (se você for aluna da UATI) ou na UBS em que você pertencer. Durante essa palestra serão esclarecidas dúvidas sobre as formas de prevenção e tratamento de incontinência urinária, assim como orientações de medidas comportamentais que podem auxiliar na melhora das queixas urinárias.

Sua participação é voluntária; suas respostas e dos demais participantes serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento serão divulgados nomes em qualquer fase deste estudo. Os dados coletados serão utilizados somente nesta pesquisa e os resultados serão divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Em qualquer momento do estudo, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador e com a Unidade Básica de Saúde. Não haverá nenhum custo ou qualquer compensação financeira referente a sua participação nesta pesquisa. Os riscos relacionados à sua participação são mínimos, podendo gerar apenas constrangimento em responder alguma pergunta do questionário.

Os benefícios desta pesquisa serão diretos, ao transmitir ao participante o conhecimento sobre a prevenção e o tratamento conservador da Incontinência Urinária, além de contribuir para potencializar o conhecimento científico sobre o assunto e oferecer tratamento adequado para a patologia.

Você receberá uma via deste termo e poderá ter acesso aos dados do estudo em qualquer etapa do mesmo, por meio de contato com a principal pesquisadora: Esp. Ft. Luciana Caglione Martins, docente da Universidade Guarulhos, que pode ser encontrada no endereço Pça Tereza Cristina, 229, Centro, Guarulhos – SP, telefone: 2464-1758.

Desde já, agradeço!

Guarulhos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Esp. Ft. Luciana Caglione Martins  
Pesquisadora principal

Nome:

Eu, \_\_\_\_\_

Acredito ter sido suficientemente informada a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO E EFEITO DE AÇÃO EDUCATIVA SOBRE A INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM IDOSAS DE DIFERENTES CONTEXTOS SOCIAIS DO MUNICÍPIO DE GUARULHOS**”.

Argumentei com a pesquisadora responsável Luciana Caglione Martins sobre a minha decisão em participar nesse estudo, tendo os esclarecimentos necessários sobre o projeto. Ficaram claros para mim quais são os objetivos deste estudo, as fases que serão realizadas, seus mínimos desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes, além de não existir nenhuma compensação financeira. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso ou orientação quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício na Unidade Básica de Saúde, na UATI, ou mesmo no procedimento fisioterapêutico.

Guarulhos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

---

Nome:  
R.G

---

Esp. Ft. Luciana Caglione Martins  
Pesquisadora Responsável

## APÊNDICE D

### QUESTIONÁRIO SOBRE DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS, SAÚDE E

#### QUEIXAS URINÁRIAS

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

Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Estado Civil:            Cor:            Grau de Escolaridade:

( ) Solteira            ( ) Branca            ( ) Analfabeta

( ) Casada            ( ) Amarela            ( ) Fundamental Incompleto    ( ) Fundamental Completo

( ) Divorciada            ( ) Parda            ( ) Médio Incompleto            ( ) Médio Completo

( ) Viúva            ( ) negra            ( ) Superior Incompleto            ( ) Superior Completo

#### **1. Avaliação socioeconômica**

- Renda Pessoal

( ) Até um salário mínimo            ( ) De um a três salários mínimos

( ) De três a cinco salários mínimos    ( ) Acima de cinco salários mínimos    ( ) Sem renda

- Número de banheiros na sua casa: \_\_\_\_\_ banheiro (s)

- Saneamento básico: ( ) sim    ( ) não

#### **2. Histórico da saúde**

- HAS ( ) sim    ( ) não

- Obesidade ( ) sim    ( ) não

- Diabetes Mellitus ( ) sim    ( ) não

- Dislipidemia ( ) sim    ( ) não

- Doença renal ( ) sim    ( ) não

- Tabagismo ( ) sim    ( ) não

- Hábito de beber ( ) sim    ( ) não

- Doença cardiovascular ( ) sim    ( ) não

- Outras ( ) sim    ( ) não    Qual: \_\_\_\_\_



### 3. Histórico uroginecológico e obstétrico

- Idade da menarca: \_\_\_\_\_ anos
- Menopausa: ( ) sim ( ) não Idade: \_\_\_\_\_ anos
- Gestação ( ) sim ( ) não
- Número de partos: ( ) cesárea ( ) vaginal ( ) fórceps
- Cirurgia ginecológica ( ) sim ( ) não Qual: \_\_\_\_\_

### 4. Histórico relacionado à Incontinência Urinária

- Já apresentou algum tipo de perda urinária? ( ) sim ( ) não
- Se sim, em qual situação:
  - ( ) Tosse ( ) Espirro ( ) Risada ( ) Carregar peso ( ) Agachar ( ) Andar
  - ( ) Durante a relação sexual ( ) Contato com água ( ) Durante um súbito desejo de urinar
  - ( ) Pular ( ) Correr ( ) Outros. Quais? \_\_\_\_\_
- Você levanta a noite para ir ao banheiro? ( ) sim ( ) não
- Se sim, quantas vezes você levanta? \_\_\_\_\_ vez/vezes
- Perde urina durante a noite? ( ) sim ( ) não
- Evita ou já evitou realizar alguma atividade devido à perda de urina?
  - ( ) sim ( ) não qual? \_\_\_\_\_
- Há quanto tempo iniciaram os sintomas:
  - ( ) menos de seis meses ( ) menos de um ano
  - ( ) de um a quatro anos ( ) de cinco a oito anos
  - ( ) de nove a doze anos ( ) acima de doze anos
- Você já foi questionada sobre esse assunto por algum profissional da saúde (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, outros)? ( ) sim ( ) não
- Você já comentou com seu médico ou com algum outro profissional da saúde sobre essas queixas? ( ) sim ( ) não

## APÊNDICE E

### **Avaliação do conhecimento sobre prevenção e tratamento de Incontinência Urinária**

#### Responda Sim ou Não

- 1-As pessoas que têm incontinência urinária vive vidas normais.( )SIM ( )NÃO
- 2-As pessoas com incontinência urinária podem ser curadas. ( )SIM ( )NÃO
- 3- Mulheres têm maior probabilidade de desenvolver a incontinência urinária do que homens. ( )SIM ( )NÃO
- 4- Os médicos e demais profissionais da saúde devem perguntar para suas pacientes se elas têm ou já tiveram alguma dificuldade com o controle de urina. ( )SIM ( )NÃO
- 5- Perda involuntária de urina, ou incontinência urinária, é um dos resultados normais do envelhecimento. ( )SIM ( )NÃO
- 6- A cirurgia é o único tratamento para pessoas com incontinência urinária. ( )SIM ( )NÃO
- 7- Existem exercícios que podem ajudar no controle de urina quando uma pessoa perde urina quando tosse, ri ou espirra. ( )SIM ( )NÃO
- 8-Hábitos alimentares podem levar a piora da incontinência urinária ( )SIM ( )NÃO
- 9- Levantardurante a noite para urinar, pode significar incontinência urinária( )SIM( ) NÃO
- 10- Toda perda de urina, independentemente da situação, deve ser informada a um profissional de saúde( )SIM ( )NÃO

## APÊNDICE F

### Autorização para tratamento fisioterapêutico das participantes com diagnóstico de Incontinência Urinária



#### AUTORIZAÇÃO

Eu Prof. Ms. José Renato Romero, coordenador do Curso de Fisioterapia da Universidade Guarulhos, declaro estar informado da metodologia que será desenvolvida na pesquisa “Avaliação do conhecimento, e efeito de ação educativa sobre a Incontinência Urinária em idosas de diferentes contextos sociais do Município de Guarulhos”, coordenada pela Profa. Dra. Fernanda Amendola, com participação da aluna Luciana Caglione Martins.

Ciente de que a metodologia será desenvolvida conforme a resolução CNS 446/12 e das demais resoluções complementares, autorizo a realização da pesquisa na Clínica de Fisioterapia da Universidade Guarulhos

Guarulhos, 19 de julho de 2016.

Prof. José Renato Romero  
Coordenador Adjunto do Curso  
de Fisioterapia  
UNG  
UNIVERSIDADE

---

**Prof. Ms. José Renato Romero**  
Coordenador do Curso de Fisioterapia  
Universidade Guarulhos  
Tel.: 2464-1700  
Visite nosso site: [www.ung.br](http://www.ung.br)

## ANEXO A

### PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE GUARULHOS



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO E EFEITO DE AÇÃO EDUCATIVA SOBRE A INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM IDOSAS DE DIFERENTES CONTEXTOS SOCIAIS DO MUNICÍPIO DE GUARULHOS

**Pesquisador:** Luciana Caglione Martins

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 53862715.7.0000.5506

**Instituição Proponente:** Universidade Guarulhos - UNG

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.687.283

##### **Apresentação do Projeto:**

Incontinência urinária (IU) é a queixa de qualquer perda involuntária de urina. A ocorrência da perda urinária implica em consequências psicossociais mais devastadoras do que as sequelas sobre a saúde física. Apesar do impacto negativo na QV, muitas mulheres com sinais e sintomas de IU não procuram tratamento. Estudos revelam que parte das mulheres com IU não buscam auxílio profissional, porque consideram o problema como algo normal e porque acreditam que o mesmo não tem solução. A prevenção de IU, segundo a ICS, deve incluir educação sobre os hábitos comportamentais que aumentam a chance de se ter incontinência, sobre o funcionamento normal do trato urogenital e intestinal, mudanças esperadas com o envelhecimento e como encontrar o tratamento apropriado. Ações educativas realizadas em grupo são fundamentais no contexto da promoção e educação em saúde com enfoque nas pedagogias participativas, permitindo que as mulheres se sintam ativas no processo de aprendizagem. Essa prática educativa propicia reais condições de aprendizagem entre as participantes. **objetivo:** Avaliar o conhecimento sobre a incontinência urinária, antes e após uma ação educativa, em idosas de diferentes contextos sociais, no município de Guarulhos. **Método:** Trata-se de uma pesquisa observacional, descritiva, analítica, comparativa, de corte transversal, com análise quantitativa dos dados.



Continuação do Parecer: 1.687.283

**Objetivo da Pesquisa:**

- Avaliar a prevalência e o conhecimento da incontinência urinária em idosas, antes e após ação educativa, inseridas em diferentes contextos sociais.
- Verificar a influência de diferentes contextos sociais na IU.
- Identificar o diagnóstico diferencial das idosas com incontinência urinária.
- Avaliar a retenção do conhecimento sobre incontinência urinária, antes e após ação educativa.
- Verificar e comparar o conhecimento de incontinência urinária, antes e após ação educativa, das idosas nos dois contextos sociais.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Apesar dos sujeitos não serem expostos a procedimentos invasivos, considera-se pesquisa de risco mínimo. De maneira geral pode-se esperar que durante a aplicação dos questionários, o participante pode se queixar de incomodo ou constrangimento por alguma questão. Para minimizar esse aspecto, a pesquisadora irá orientar os participantes sobre a possibilidade de interromper o preenchimento dos questionários até se sentirem tranquilos e a vontade para dar continuidade às respostas, além de realizar a entrevista em local que as idosas tenham privacidade ou que se sintam a vontade em falar; Da mesma forma, ela será orientada que durante a ação educativa, ela não precisa se manifestar, e que poderá se retirar da sala a qualquer momento.

**Benefícios:**

O estudo pode ajudar a diminuir ou eliminar barreiras entre pacientes e profissionais da saúde facilitando a execução das intervenções para a redução da perda urinária e promoção da continência, com um desejado enfoque educativo que privilegie discussões abertas, durante as quais as mulheres possam relatar e compartilhar suas vivências e sentimentos. Além disso, as participantes identificadas com incontinência urinária serão encaminhadas para tratamento fisioterapêutico na clínica da universidade Guarulhos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa realizada com mulheres idosas no Município de Guarulhos, realizada em dois polos (UBS e UNG).

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

Endereço: Praça Tereza Cristina, 229  
 Bairro: Centro CEP: 07.023-070  
 UF: SP Município: GUARULHOS  
 Telefone: (11)2464-1664 E-mail: comite.etica@ung.br



Continuação do Parecer: 1.587.283

Todas as considerações anteriormente apontadas foram descritas e ajustadas.

**Recomendações:**

nada a declarar

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

Projeto aprovado, de acordo com a avaliação do Comitê de Ética, todas as considerações apontadas anteriormente foram ajustadas, sendo assim, o projeto de pesquisa está apto a ser realizado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Esta aprovação é válida pelo período previsto no cronograma postado.

Enviar relatório final até 01/04/2017, via Plataforma Brasil, contemplando as questões relativas aos Critérios Éticos da pesquisa:

- Houve ocorrência de fatos relevantes que alteraram o curso normal do estudo?
- Foram feitas eventuais modificações ou emendas ao projeto de pesquisa?
- A pesquisa foi concluída de acordo com o protocolo aprovado pelo CEP UnG ?
- Faça um parecer sobre o relacionamento Pesquisador X Participante da pesquisa durante a realização do estudo.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_641294.pdf	08/08/2016 22:55:58		Aceito
Cronograma	Cronograma_Atualizado.jpg	08/08/2016 22:53:29	Luciana Caglione Martins	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	NOVO_TCLE.docx	08/08/2016 22:52:46	Luciana Caglione Martins	Aceito
Outros	Carta_de_notificacao_lu.docx	08/08/2016 22:51:09	Luciana Caglione Martins	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Lu_2016_08_08_OFICIAL_destacado.docx	08/08/2016 22:50:26	Luciana Caglione Martins	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_Clinica_Fisio.pdf	08/08/2016 22:49:49	Luciana Caglione Martins	Aceito

Endereço: Praça Tereza Cristina, 229

Bairro: Centro

CEP: 07.023-070

UF: SP

Município: GUARULHOS

Telefone: (11)2464-1664

E-mail: comite.etica@ung.br



Continuação do Parecer: 1.687.283

Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_Prefeitura_CEP_10Junho.pdf	10/06/2016 21:06:11	Luciana Caglione Martins	Aceito
Orçamento	Orçamento_atualizado_CEP_10Junho.pdf	10/06/2016 21:05:36	Luciana Caglione Martins	Aceito
Outros	Autorizacao.pdf	05/03/2016 10:26:52	Luciana Caglione Martins	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoLU.docx	08/12/2015 23:28:27	Luciana Caglione Martins	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

GUARULHOS, 19 de Agosto de 2016

---

**Assinado por:**  
Regina de Oliveira Moraes Arruda  
(Coordenador)

**ANEXO B****Questionário de Gauden-Fragebogen**

1. Quantas vezes você perde urina de maneira involuntária?  
 raramente, às vezes  
 diariamente, algumas vezes durante o dia, constantemente
  
2. Qual a quantidade de urina que você perde?  
 algumas gotas  
 quantidades maiores
  
3. A perda de urina...  
 somente às vezes me incomoda  
 me incomoda demais
  
4. Em quais situações você perde urina?  
 ao tossir e espirrar  
 sentada e deitada
  
5. Você deu à luz?  
 Sim  
 Não
  
6. Quantas vezes por dia você precisa urinar?  
 de 3 a 6 horas  
 de 1 a 2 horas
  
7. Você precisa urinar durante a noite?  
 nunca a 1 vez  
 2 a 4 vezes, com mais frequência
  
8. A caminho do banheiro você perde urina?  
 nunca, raramente  
 quase sempre
  
9. Ao sentir vontade de urinar você precisa ir imediatamente ou pode esperar?  
 posso esperar, preciso ir em breve (10-15 minutos)  
 preciso ir imediatamente
  
10. Você sente repentinamente vontade de urinar e logo em seguida perde urina sem poder impedir?  
 Nunca  
 às vezes, frequentemente
  
11. Você perde urina a noite durante o sono?  
 não, nunca  
 frequentemente, regularmente
  
12. Você sente com frequência a necessidade de urinar que não pode ser reprimida?  
 praticamente nunca, somente às vezes  
 frequentemente, me limita muito
  
13. A frequente necessidade de urinar que é difícil de reprimir



para mim, não é realmente um problema

incomoda, me limita muito

14. Você tem a sensação que após urinar a sua bexiga está completamente vazia?

Sim

Não

15. Você pode interromper o jato de urina voluntariamente?

Sim

Não

16. Qual é o seu peso?

acima de 70 kg

igual ou abaixo de 70 kg