

Fisioterapia na incontinência urinária: olhares sobre a qualidade de vida de mulheres idosas

*Physiotherapy urinary incontinence: views on the
quality of life of elderly women*

*Fisioterapia en la incontinencia urinaria: puntos de
vista sobre la calidad de vida de las mujeres
mayores*

Luzia Wilma Santana da Silva
Taís Queiroz Campos Lucas
Sara de Santana Oliveira dos Santos
Vilmary Silva Novaes
Eulina Patrícia Oliveira Ramos Pires
Flamínia Manzano Moreira Lodovici

RESUMO: O objetivo foi caracterizar perfil e prevalência dos tipos de incontinência urinária em idosas e avaliar sua qualidade de vida pré- e pós-programa de treino de fortalecimento da musculatura pélvica. Os métodos: Misto, intervencionista, a 11 mulheres com tal queixa, já cadastradas em programa, com atividade física regular. Consistiu em sessões de cinesioterapia para fortalecimento do assoalho pélvico, em 3 meses, 3 por semana, em grupo, por 50 minutos. Antes das sessões, aplicação de três questionários: Gaudenz-Fragebogen, de análise do tipo de incontinência; King's Health Questionnaire, de qualidade de vida; e Sociodemográfico. Finalmente, discursos sobre a percepção de melhora foram interpretados interdisciplinarmente. Os resultados mostraram que a maioria era casada, com baixo nível de escolaridade, múltiparas, com incontinência urinária de esforço. Apresentaram percepção de melhora pós-treino. Como conclusão: a cinesioterapia do assoalho pélvico, via treino de fortalecimento, mostrou-se eficaz para maior bem-estar físico-emocional das participantes.

Palavras-chave: Fisioterapia; Incontinência Urinária; Mulheres; Qualidade de Vida.

ABSTRACT: *Purpose: to characterize the profile and the prevalence of urinary incontinence types in adult-elderly women, and to evaluate the quality of life of participants before and after a pelvic muscle strength training program. Methods: mixed and interventionist method of study, attended by 11 women with urinary incontinence complaints, all enrolled in an interdisciplinary program of teaching-research-extension linkage in regular physical activity. It consisted of kinesiotherapy sessions for strengthening the pelvic floor, for 3 months, 3 times a week, in group, for 50 minutes. Before the sessions 3 questionnaires were implemented: the Gaudenz-Fragebogen Questionnaire, to analyze the type of incontinence, the Quality Of Life Questionnaire, King's Health Questionnaire (KHG), and a Sociodemographic Questionnaire. At the end of the program, speeches were collected about the perception of improvement, which were interpreted in an interdisciplinary approach. Results: most of the women were married, with little schooling, multiparous and stress urinary incontinence. All showed perception of improvement after the strength training of the pelvic floor. Conclusion: pelvic floor muscle exercises, through strength training, proved effective in the improvement of the participants' physical and emotional well-being.*

Keywords: *Physiotherapy; Urinary Incontinence; Women; Quality of Life.*

RESUMEN: *Objetivo: Caracterizar el perfil y la prevalencia de los tipos de incontinencia urinaria en adultas-ancianas y evaluar su calidad de vida antes y después del programa de entrenamiento de fortalecimiento de la musculatura pélvica. Métodos: Mixto, intervencionista, a 11 mujeres con esa queja, registradas en un programa interdisciplinar, enseñanza-investigación-extensión, con actividad física regular. Consistió en sesiones de kinesioterapia para el fortalecimiento del suelo pélvico, en 3 meses, 3 por semana y en grupo, en 50 minutos. Antes de las sesiones, aplicación de 3 cuestionarios: Gaudenz-Fragebogen para análisis del tipo de incontinencia; King's Health Questionnaire, de calidad de vida; y Sociodemográfico. Finalmente, discursos sobre la percepción de mejora fueron interpretados de modo interdisciplinar. Resultados: La mayoría era casada, bajo nivel de escolaridad, múltiparas, con incontinencia urinaria de esfuerzo. Presentaron percepción de mejora después del entrenamiento. Conclusión: La kinesioterapia del suelo pélvico, por entrenamiento de fortalecimiento, se mostró eficaz para un mayor bienestar físico-emocional de las participantes.*

Palabras-clave: *Fisioterapia; Incontinencia urinaria; Mujeres; Calidad de Vida.*

Introdução

Vivemos um momento de transição demográfica nunca antes imaginada no contexto do nosso país. Estamos vivenciando o envelhecimento de nossa população (Carvalho, & Garcia, 2003), assim como o de todas as sociedades (Quaresma, 2008; Quaresma, & Ribeirinho, 2016). Falar da pessoa nesta fase da vida remete a alguns preconceitos sociais de declínio, de fase última, de fragilização, entre uma multiversidade de outras adjetivações do meio. A pessoa idosa, como regredindo, fase última do ciclo vital, a uma infantilização, sobretudo, quanto a aspectos anatomofisiológicos do sistema urinário (Murray, & Lopez, 1997).

Mas, em que residem tais adjetivações à infantilização – a criança nos primeiros anos de vida não detém, de fato, controle do sistema urinário, uma vez que não há ainda o desenvolvimento e a mielinização das fibras nervosas, nem o desenvolvimento cognitivo necessário para aquisição do controle (Mota, & Barros, 2008). Será este um dos fatores a se associar, homogênea e indiscriminadamente, a incontinência urinária às pessoas idosas? Se sim, neste caso, compreendemos haver uma visão desconexa de entendimentos, posto que não se pode generalizar o acontecimento de uma a outras gerações, tampouco considerar os fatores fisiológicos como similares. No primeiro caso, acontece um processo de maturação e desenvolvimento do sistema urinário (Mota, & Barros, 2008; Hellstrom, Hanson, Hansson, Hjälmsås, & Jodal, 1990). Já o segundo apresenta-se por um declínio do sistema de eliminação vesical, causada via de regra por atrofia, perda da elasticidade da uretra e fragilidade da musculatura pélvica, provocando o aumento da frequência de perda de urina (Souza, 2002), com consequentes efeitos subjetivo-sociais.

O declínio do sistema de eliminação vesical está associado a fatores como: idade avançada, raça, multiparidade, tipo de parto, histórico de histerectomia e episiotomia, trauma do assoalho pélvico, fatores hereditários, menopausa, obesidade, doenças crônicas, tabagismo, consumo de cafeína e exercícios intensos na região abdominal (Higa, Lopes, & Reis, 2008). Estes se configuram como fatores preditores para o desenvolvimento da incontinência urinária (IU). Por IU, entende-se qualquer perda involuntária de urina (Abrams, *et al.*, 2003).

Essa alteração fisiológica tem se revertido em um sério problema de saúde pública que envolve milhões de pessoas de todas as idades no mundo, sendo o sexo feminino o mais atingido, impactando sobremaneira na qualidade de vida deste gênero social (Guarisi, *et al.*, 2001).

Equivocadamente por não conhecer, muitas mulheres acreditam que a perda de urina é algo natural no envelhecimento, tratando-a como decorrência “normal”. Esta aceitação de naturalidade oculta a necessidade da procura de acompanhamento profissional, privando-as do tratamento adequado (Shaw, 2003).

O fato de muitas mulheres não reconhecerem a IU como uma patologia a ser tratada é muito discutido; contudo, uma das proposições versa sobre o desconhecimento sobre a doença. Por vezes, quando a conhecem, essas mulheres encapsulam-se em uma teia de constrangimento, o que as condiciona a conviver com este problema por anos (Shaw, 2003).

Estudiosos enunciam que episódios de perda de urina causam constrangimento social, isolamento, depressão, estresse, vergonha, baixo autoestima, disfunção sexual e sensações de incapacidade (Pedro, Ribeiro, Soler, & Bugdan, 2011; Lopes, & Higa, 2006). Trata-se de características que se associam à sensação de vulnerabilidade, trazendo efeitos negativos em âmbitos como o socioeconômico, o físico-emocional e a vida sexual das mulheres (Lopes, & Higa, 2006; Oliveira, *et al.*, 2015).

Sobre esta condição, o sistema público de saúde brasileiro, ainda se encontra de ‘olhos entreabertos’, desconhecendo a demanda existente (Menezes, Pinto, Silva, Castro, & Medeiros, 2012).

Do que depreendemos, que tal desconhecimento favorece a não disponibilização da viabilidade de tratamentos e de estratégias de promoção e proteção a esse grupo social.

A escassez de dados, no Brasil, dificulta quantificar os gastos anuais ao Sistema Público de Saúde com absorventes, fraldas, internações hospitalares por complicações inerentes à incontinência, tratamentos específicos, cirurgias, reeducação e medicamentos (Tamanini, Lebrão Duarte, Santos, & Laurenti, 2009).

Diferentemente, dados sobre o sistema de saúde norte-americano demonstram que os EUA gastem em torno de 10 a 16 bilhões de dólares com mulheres incontinentes por ano (Bushnell, *et al.*, 2005).

No âmbito de tratamento da IU, a estratégia para minimização pode ser de natureza simples, a exemplo do treino muscular para fortalecimento do assoalho pélvico (TAP), através de fisioterapia – reveste-se em uma opção menos invasiva e com baixo risco de complicações (Neumann, & Morrison, 2008). O índice de melhora chega a 94% (Dannecker, Wolf, Raab, Hepp, & Anthuber, 2005). Pode ser realizada individualmente ou em grupo, podendo promover até mesmo cura de muitos casos (Neumann, & Morrison (2008); Bo Berghmans, Hendriks, De Bie, Van W, & Van Doorn, 1998).

Diante da importante relevância de se discutir essa temática e de sua elevada prevalência, e, conscienciosos de que ações interventivas proximais de natureza simples, a exemplo da TAP têm alta resolutividade à problemática IU, interessou-nos nesse estudo caracterizar o perfil e a prevalência dos tipos de IU em mulheres adulto-idasas, praticantes de um programa de atividade física regular, em um município baiano e avaliar a qualidade de vida das participantes antes e após um programa de treino de fortalecimento da musculatura pélvica.

Método

Trata-se de um estudo de método misto e intervencionista, oriundo de um projeto matriz, intitulado: “Alterações posturais em pessoas idosas praticantes de um programa de atividade física regular”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), protocolo n.º 817.799, CAAE: 35151914.7.0000.0055, em atenção à Resolução 466/12 (Brasil, 2012).

A pesquisa ora apresentada derivou da necessidade apresentada à luz da análise compreensivo-avaliativa de alguns dos resultados do estudo supracitado, em que foi identificada, nas participantes, fragilidade do assoalho pélvico, relacionada a alterações posturais. Assim, foi-se dando prosseguimento ao enfoque intervencionista na abordagem de fortalecimento do assoalho pélvico das mulheres adultas/idasas, no estudo ora apresentado. Tratou-se de pôr em evidência o desenvolvimento dos resultados em ações investigativo-intervencionistas com vistas à minimização do impacto das alterações posturais sobre o assoalho pélvico à IU.

Participaram do estudo 11 mulheres com idade entre 53 e 78 anos, média de 64 anos, cadastradas em um programa interdisciplinar de ensino-pesquisa-extensão, no enlace da atividade física regular, de cuidados à saúde das pessoas em enfrentamento por doenças crônicas não transmissíveis. Foram critérios de inclusão: a) apresentar alterações posturais de impacto a IU; b) relatar perda involuntária de urina, podendo ser de esforço, urgência ou mista; c) estar cadastrada e participando do programa atividade física regular supracitado; e d) interesse/aceitação em participar da pesquisa assinando Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critérios de exclusão, não apresentar perda involuntária de urina de qualquer natureza.

O estudo foi desenvolvido na sala de dança do Ginásio Poliesportivo, da UESB, acontecendo entre os meses de março a maio/2015, no período vespertino, três vezes por semana e em grupo, com duração de 50 minutos, sendo: 00h10min destinados ao treino aeróbico; 00h30min à atividade propriamente dita; e 00h10min de volta à calma, seguindo recomendação do Colégio Norte-Americano de Medicina do Esporte (American College of Sports Medicine, 2006). Consistiu em sessões de cinesioterapia para fortalecimento do assoalho pélvico.

Teve-se em evidência na pesquisa manter a duração do treino em 00h50min, assentadas no saber de que se tratava de mulheres participantes de um programa de atividade física regular que, para além da alteração fisiológica da IU, enfrentavam no seu cotidiano, condições crônicas como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. Assim, as sessões de cinesioterapia também deviam convergir para a manutenção/controle do condicionamento cardiorrespiratório e metabólico, sendo utilizados, para tanto, instrumentos como bambolês, bastões, estepes, cadeiras e alteres.

Em atenção aos aspectos éticos, foram guardados sigilos das participantes, as quais são identificadas no estudo pela ordem de aplicação dos instrumentos de coleta de dados, segundo número cardinal.

Delineando os passos

O primeiro momento da pesquisa constituiu de convidar as participantes ao estudo, informando-lhes sobre os objetivos e a metodologia a ser empreendida e, do aceite, passou-se à assinatura do TCLE.

No momento seguinte, um encontro com todas as participantes foi realizado, objetivando abordar saberes sobre IU e dirimir dúvidas sobre a temática investigativa. Momento em que foi proposto que as mulheres relatassem suas experiências do viver cotidiano com a IU. Constituiu de uma etapa do estudo de enriquecimento ao direcionamento da investigação com o redelineamento da estratégia de ação. Utilizou-se de uma estratégia lúdica com recurso da bola Suíça para melhor discussão dos saberes sobre a musculatura pélvica. Tratou-se de uma tática à conscientização para contração do assoalho pélvico protetivo à IU.

Outra estratégia versou sobre a importância de se conhecer os fatores de risco para IU; para tal, foi elaborado um questionário de dados sociodemográficos através do qual se buscou traçar o perfil de cada uma das mulheres (nome, idade, sexo, cor, estado civil, endereço, escolaridade e renda familiar) e de saúde (número de filhos, tipo de parto, histerectomia, episiotomia, hipertensão arterial e diabetes quando se aplicava, peso e altura), e outros dois questionários: Gaudenz-Fragebogen (Gaudenz R., 1979) e King's Health Questionnaire (KHG) (Fonseca, *et al.*, 2005), que foram aplicados antes do início das sessões.

O questionário Gaudenz-Fragebogen permite, sem investigação urodinâmica, fornecer de forma simples um diagnóstico inicial e diferencial da IU. Este instrumento foi desenvolvido originalmente na língua alemã por Reto Gaudenz, constituído por 16 questões que permitem dois escores finais, o *urge-score* (U-E) que pontua para incontinência urinária de urgência (IUU) e o *score de estresse* (E-E) para incontinência urinária de esforço (IUE) (Gaudenz, 1979).

Este instrumento possui apenas duas opções de respostas, a primeira relaciona-se ao E-E e a segunda ao U-E. A pontuação varia de zero a três pontos para cada questão. O escore final pode variar de 0 a 26 pontos. Considera-se para o E-E um ponto para as questões 1,2,4,5,11,14 e 15; dois pontos para as questões 3,7,8,9,10,12,13 e 16; e três pontos para a questão 6. Já para o U-E, um ponto para as questões 1,2,3,4,11 e 14; dois pontos para 6,8,13 e 15; três pontos para as questões 7,9,10 e 12; e zero para as questões 5 e 16.

Valores entre 13 e 26 pontos para o U-E, e 0 a 6 para o E-E, indicam uma probabilidade de 97% para diagnóstico da IUU; valores entre 13 e 26, para o E-E, e 0 a 6 para o U-E probabilidade de 87% para IUE.

Para a avaliação do impacto da IU na qualidade de vida, o KHG²² foi adotado. Este instrumento é composto por 21 questões divididas entre oito domínios e duas escalas independentes. Domínios: percepção geral de saúde, impacto da IU, limitações da atividade diária, limitações físicas, limitações sociais, relações pessoais, emoções, sono/disposição. A primeira escala avalia a medida de gravidade da IU, e a segunda, a presença e a intensidade dos sintomas urinários.

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

Os dados oriundos dos instrumentos foram digitados no programa *Microsoft Word* e importados ao *Microsoft Office Excel*, ambas as versão 10.0; deste processamento, foi procedida a análise estatística e sua apresentação em tabelas à discussão dos resultados.

Todo o caminhar metodológico da pesquisa de campo foi subsidiado pelo Diário de Campo, no qual era realizado registro das impressões das pesquisadoras imediatamente ao término de cada ação, usando-se, para tanto, o recurso à memória recente.

Resultados

Na Tabela 1, dos dados sociodemográficos, pôde-se observar que a amostra foi composta por 11 mulheres, idade entre 53 a 78 anos (média 64 anos) e todas com diagnóstico de IU, sendo 08 por esforço e 03 por urgência, diagnosticadas a partir dos escores referidos no instrumento Gaudenz-Fragebogen, sendo 05 casadas. Com referência à escolaridade, 07 com ensino fundamental incompleto. A renda familiar variou de 01 a 02 salários mínimos. Em relação aos antecedentes obstétricos, apenas uma mulher não teve filhos, as demais multíparas com 03 a mais filhos, 06 tiveram parto normal, destas 5 com história de Episiotomia e 02 Histerctomia. Relataram doenças crônicas em número de 06, cujo diagnóstico médico foi de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

Domínios													%		Tipo de IU- Diagnosticada pelo Gaudenz		
N	Idade	Cor	Estado		Renda		Número de		Tipo de		Hipertensão		Diabetes			IMC	
			Civil	Escolaridade	Familiar	Filhos	parto	Histerectomia	Episiotomia	Arterial	Melitus						
													Sim	Não	Sim	Não	
1	6	Branca	Viúva	2º grau completo	1 salário										24,44	IUE	
2	71	Negra	Casada	Fundamental Incompleto	1 salário	4	Normal	x	x		x		x		27,07	IUU	
3	70	Negra	Casada	Fundamental Incompleto	1 salário	3	Cesário			x	x		x		27,57	IUE	
4	53	Parda	Solteira	Fundamental Incompleto	2 salários	3	Cesário	x	x			x	x		27,08	IUE	
5	65	Parda	Casada	1º grau x	1 salário										24,11	IUU	
6	78	Negra	Viúva	Fundamental completo	2 salários	19	Normal	x			x	x		x	29,87	IUE	
7	62	Negra	Viúva	Fundamental Incompleto	1 salários	7	Normal	x		x		x		x	29,13	IUE	
8	66	Parda	Divorciada	Fundamental Incompleto	1 salário	4	Normal			x	x		x		32,76	IUU	
9	67	Parda	Viúva	Incompleto	1 salário										26,66	IUE	
10	59	Branca	Casada	2º grau completo	2 salários	-	-			x		x		x	25,35	IUE	
11	59	Branca	Casada	2º grau completo	2 salários		Normal	x	x		x		x		31,67	IUE	

Fonte: Originada da pesquisa "Incontinência Urinária: olhares sobre a Qualidade de Vida de mulheres"

Tabela 1: Dados sociodemográficos e de Saúde. Jequié (BA), Ano 2015

Abaixo a tabela 02 apresenta a síntese dos domínios do KHG (Fonseca, *et al.*, 2005):

Percepção geral da saúde	63,6
Impacto da IU	81,8
Limitações da atividade diária	72,7
Limitações físicas/sociais	81,8
Relações pessoais	36,4
Emoções	9,0
Sono/disposição	72,7

Fonte: Originada da pesquisa “Fisioterapia na Incontinência Urinária: olhares sobre a Qualidade de vida de mulheres

Tabela 2: Avaliação da qualidade de vida segundo domínios do King’s Health Questionaire Jequié, BA, Ano 2015.

Considerando o diagnóstico referente aos tipos de IU, tossir e espirrar são as situações que mais provocam perda da urina nas mulheres, segundo seus relatos.

Os dados do KHG (Fonseca, *et al.*, 2005) foram analisados de acordo com os domínios (percepção geral de saúde, impacto da IU, limitações da atividade diária, limitações físicas, limitações sociais, relações pessoais, emoções e sono/disposição).

No domínio percepção geral da saúde, 07 mulheres avaliaram sua saúde como boa; 09 relataram que a IU atrapalha sua vida um pouco, limitando-as às atividades diárias; sendo que 08 referiram limitações no desempenho de tarefas de trabalho ou atividades normais fora de casa, a exemplo levar o filho à escola e fazer compras.

Nos domínios limitações físicas e sociais, 09 referiram enfrentamentos no seu cotidiano, sendo as atividades físicas, caminhar, correr e fazer algum esporte, as mais impactantes à perda de urina. No domínio relações pessoais, 07 mulheres optaram por responder aos quesitos: *não se aplica* e *não*, para as questões voltadas à vida sexual e relação familiar.

Já o domínio emoções não foi impactado; o escore obtido de 10 entre 11 mulheres demonstrou não haver sintoma de depressão devido ao problema da IU.

No que tange ao domínio sono/disposição, 08 mulheres relataram atrapalhar seu repouso/sono de alguma forma, pela noctúria (Faria, Menezes, Rodrigues, Ferreira, & Bolsas, 2014).

Discussão

No estudo, a média de idade das participantes foi de 64 anos; este dado encontra aderência em outros estudos, sobre a incidência da IU em mulheres, demonstrando que esta alteração fisiológica tem maior prevalência com o aumento da idade, tendo seu pico na meia-idade (prevalência de 30% a 40%) e aumento considerável na velhice, isto é, após os 60 anos (prevalência de 30% a 50%) (Hunskaar, 2000).

Estudiosos (Danforth, 2006; Guccione, 2002) concordam que a idade provoca a diminuição da competência do assoalho pélvico e do comprimento funcional da uretra, causando alterações na capacidade de contração da musculatura. Além dessas alterações, a problemática é associada a outros agentes como medicamentos, patologias e a falta de suporte assistencial necessário à identificação precoce da IU.

Neste estudo, as patologias identificadas foram diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. Trata-se de doenças que cursam exigindo o uso de polifármacos, com alteração do sistema endócrino, metabólico e cardiocirculatório, situação que pode ascender ainda mais a IU (Reis, *et al.*, 2003).

No que tange a fatores contributivos ao risco da IU, o parto vaginal apresentou-se como o fator mais manifestado. Este dado foi evidenciado em um estudo de revisão de literatura, o qual elencou vários trabalhos e, nestes, o parto normal estava entre as causas mais relacionadas à IU. Neste particular, relacionado a danos no assoalho pélvico impactando os mecanismos de continência urinária (Oliveira, *et al.*, 2007).

Além disso, os estudos sugerem que, embora o maior dano neuromuscular seja causado durante o parto vaginal, podem surgir também durante a gravidez, principalmente em primíparas (Menta, & Schirmer, 2006).

Este dano tem estreita relação com a falta de orientação e acampamento gestacional à atuação profissional próxima aos cuidados a um parto normal, como é ventilado pelo programa Humanização do Parto e do Nascimento (Ministério da Saúde Brasil, 2014).

A multiparidade apresentada em nosso estudo está associada ao parto vaginal: 7 das 11 mulheres relataram ter parido três e mais filhos. Este achado corrobora outras pesquisas, as quais fazem associação de maior probabilidade de diminuição da função muscular do assoalho pélvico com mulheres múltíparas (Amaro, Gameiro, & Padovani, 2003).

Em relação aos tipos de IU, observou-se no estudo maior prevalência de IUE, coincidindo com o de Glisoi, & Girelli (2011), com 10 pacientes, com diagnóstico de IU, de um hospital na cidade de Santo André (SP), no qual o predomínio foi de 80% para IUE e 20% para incontinência urinária mista IUM, e também, em outro estudo com 59 mulheres de uma unidade básica de saúde na cidade de Fortaleza (CE), em que 72% das mulheres relataram sintomas de IUE, sendo a perda de urina relatada em situações como tossir e espirrar, principalmente (Menezes, Pinto, Silva, Castro, & Medeiros, 2012).

Outro relato presente neste, e em outros estudos (Oliveira, & Garcia, 2011; Pedro, Ribeiro, Soler, & Bugdan 2011), foi o desconhecimento das mulheres acerca da IU, seus sintomas, causas e implicações, bem como do funcionamento da musculatura pélvica. Este dado tem estreita relação com o nível de escolaridade das mulheres e, neste estudo, a maioria delas tinha apenas o ensino fundamental, o que pode ter relação estreita com o episódio da IU, uma vez que consideram essa alteração normal, própria da idade, e porque pariu muitos filhos. Assim, no seu imaginário não se trata de um desvio de saúde, de uma hipotrofia, e a fraqueza da musculatura pélvica é, dessa forma, é considerada “natural”.

Sobre o impacto da baixa escolaridade associada à IU, este é um dado já constatado na literatura (Knorst, Cavazzotto, Henrique, & Resende, 2012), de tal modo que se trata de uma evidência científica e, como tal, precisa ser perspectivada em ações de política pública proximal no âmbito da atenção básica em saúde – promoção e proteção específica – e educação em saúde.

Para o conhecimento de como os exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico impactaram a vida das mulheres, foi realizada uma entrevista, a partir de uma questão norteadora ao final do estudo: “O quanto você melhorou com as atividades de fortalecimento do assoalho pélvico?” As respostas em unanimidade convergiram para uma única frase – *“Melhorou muito, melhorou bastante”*. Foram enunciados ganhos referentes ao controle da micção, satisfação sexual com o parceiro, redução de dores articulares, nas pernas, e na coluna vertebral, como se pode observar nos relatos:

“Bastante. Porque antes quando eu sentia vontade de fazer xixi, não dava nem tempo de chegar no banheiro; agora eu já consigo andar um pouco, pra depois ir. Muito bom! Ótimo!” (P3)

“Bastante. *Com os exercícios, melhorou bastante a incontinência urinária que eu tinha; graças a Deus já melhorou bastante, inclusive pra namorar também, agora é que ficou bom; se era bom, agora ficou melhor ainda; ah, mas agora que tá gostoso.*” (P4)

“Muito bem. *[...] eu sentia dores nas costas, que eu tinha um problema na coluna, eu melhorei e tô melhorando. Bom, de urina graças a Deus eu me sinto muito bem [...] Eu me sinto bem também pela medicação que eu tô tomando, eu me sinto bem melhor, né? A medicação também ajuda. [...] muitas coisas, que existia em minhas pernas, nos meu corpo, na minha carne... e eu me sinto também muito feliz, sinto feliz mesmo, porque no dia que eu não faço ginástica aqui [...] eu vejo muitas coisas errada nessas pernas. Graças a Deus eu me sinto muito feliz, eu tô me sentindo muito bem.*” (P6)

“Muito. *Eu sentia muita dor nas pernas, eu vivia cansada e depois daqui do exercício pra cá, melhorei bastante, não tenho queixa de nada, não, até a dor na coluna que eu sentia, eu melhorei mais.*” (P7)

“Bastante. *Porque eu, antes, nem sabia que eu tinha esses problemas, né? Eu tinha, mas achava que era normal, mas depois que eu comecei a fazer as atividades aqui, eu tô bem melhor, bem melhor mesmo, às vezes eu já vou pra rua. É, tenho vontade de fazer xixi, mas dá tempo de chegar em casa e antes era muito difícil, eu tinha que procurar um lugar pra poder eu usar, né?, ir ao banheiro, mas agora não, eu tô bem melhor, graças a Deus, tá bem mesmo.*” (P8)



Arquivo da pesquisa. Maio 2015

O efeito da fisioterapia para o fortalecimento do assoalho pélvico é discutido na literatura como um excelente recurso para melhor sensação de controle e bem-estar das pessoas em enfrentamento ao IU (Oliveira, & Garcia, 2010, um dado que também foi validado neste estudo, pelo que se pode interpretar das falas supracitadas.

Esta abordagem é tratada na literatura como eletiva ao tratamento de qualquer tipo de manifestação de IU, revertendo-se em uma terapia efetiva, segura, de baixo custo e capaz de reduzir os sintomas da perda de urina em mulheres, de forma significativa (Figueiredo, Lara, Cruz, Quintão, & Monteiro, 2008).

Logo, segundo o que enuncia a literatura e os resultados obtidos neste estudo, a abordagem intervencionista desenvolvida em um período de três meses foi capaz de proporcionar melhor fortalecimento do assoalho pélvico, maior controle sobre a perda de urina diária e alívio dos sinais e sintomas, promoção do bem-estar físico social da *ser* mulher em sua vida sexual, impactando positivamente a expressão de significados de qualidade de vida.

Conclusão

Conclui-se que a cinesioterapia do assoalho pélvico foi positiva para o bem-estar físico e emocional das participantes do estudo – mulheres em plena atividade de vida diária, que se encontravam encapsuladas em suas casas pela perda involuntária de urina.

Ao caracterizar o perfil dessas mulheres e os fatores relacionados à presença da IU, o estudo buscou contribuir com informações para subsidiar a adoção de medidas preventivas e de tratamento, uma vez que foi evidenciado déficit de conhecimento acerca dos sintomas, causas e implicações, bem como do funcionamento da musculatura pélvica, na amostra da pesquisa.

Ao constatar que muitas informações ainda são negligenciadas e ou ignoradas pelas mulheres, por falta de conhecimento, verifica-se a importância da disseminação de informações em saúde, sobre as diversas patologias que enlaçam a IU, a fim de possibilitar a realização de diagnóstico precoce e a adequada intervenção, de modo a corroborar o melhor entendimento das causas, do tratamento e da prevenção; com isso, favorecer um viver humano mais saudável e feliz. Por outras palavras, compreendemos que deve ser assumido o enfrentamento à IU como uma ação de política pública em saúde, com medidas preventivas e de promoção desenvolvidas, a fim de contribuir para a redução da prevalência da IU em mulheres.

Agradecimentos

Às mulheres participantes do estudo pela experiência e ensinamentos compartilhados.

Referências

- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmster, U., *et al.* (2003). The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*, *61*(1), 37-49. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11857671>.
- Amaro, J. L., Gameiro, M. O. O., & Padovani, C. R. (2003). Treatment of urinary stress incontinence by intravaginal electrical stimulation and pelvic floor physiotherapy. *Int Urogynecol J*, *14*(3), 204-208. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12955344>.
- American College of Sports Medicine. (2006). *Recursos do ACSM para o personal trainer*. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Berghmans, L. C., Hendriks, H. J., De Bie, R. A., van Waalwijk, E. S., van Doorn, E. S., Bo, K., & van Kerrebroeck, P. H. (1998). Conservative treatment of urge urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials. *International Br J Urol*, *85*(3), 254-263. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK68342/>.
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. *Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos*. Diário Oficial da União, 12 de dezembro de 2012. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://www.fmt.am.gov.br/layout2011/denpe/cep/Alteracoes> 2013/Arquivo%2014Res%20CNS%20466 2012.pdf.
- Bushnell, D. M., Martin, M. L., Summers, K. H., Svihra, J., Lionis, C., & Patrick, D. L. (2005). Quality of life of women with urinary incontinence: Cross-cultural performance of 15 language versions of the I-QOL. *Qual Life Res*, *14*(8), 1901-1913. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16155777>.
- Carvalho, J. A. M., & Garcia R. A. (2003). O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saúde Pública*, *19*(3), 725-733. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15876.pdf>.
- Danforth, K. N., Townsend, M. K., Lifford, K., Curhan, G. C., Resnick, N. M., & Grodsten, F. (2006). Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *Am J Obstet Gynecol*, *194*(2), 339-345. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: doi: 10.1016/j.ajog.2005.07.051.
- Dannecker, C., Wolf, V., Raab, R., Hepp, H., & Anthuber, C. (2005). EMG-biofeedback assisted pelvic floor muscle training is an effective therapy of stress urinary or mixed incontinence: a 7-year experience with 390 patients. *Arch Gynecol Obstet*, *273*(2), 93-97. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: doi:10.1007/s00404-005-0011-4.
- Faria, C. A., Menezes, A. M. N., Rodrigues, A. O., Ferreira, A. L. V., & Bolsas, C. N. (2014). Incontinência urinária e noctúria: prevalência e impacto sobre qualidade de vida em idosas numa Unidade Básica de Saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, *17*(1), 17-25. (<http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232014000100003>).
- Figueiredo, E. M., Lara, J. O., Cruz, M. C., Quintão, D. M. G., & Monteiro, M. V. C. (2008). Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de serviço de fisioterapia uroginecológica da rede pública. *Rev Bras Fisioter*, *12*(2), 136-142. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v12n2/a10v12n2.pdf>.

Fonseca, E. S. M., Camargo, A. L. M., Castro, R. A., Sartori, M. G. F., Fonseca, M. C. M., Lima, G. R., *et al.* (2005). Validação do questionário de qualidade de vida (*King's Health Questionnaire*) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 27(5), 235-242. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n5/25638.pdf>.

Gaudenz R. (1979). Der inkontinenz-fragebogen mit dem neuem urge-score und stress-score. *Geburtsh U Frauenheilk*, 39(9), 784-792.

Glisoi, N. F. S., & Girelli, P. (2011). Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. São Paulo, SP: *Rev Bras Clin Med*, 9(6), 408-413. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n6/a2557.pdf>.

Guarisi, T., Pinto Neto, A. M., Osis, M. J., Pedro, A. O., Paiva, L. H. C., & Faúndes, A. (2001). Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública*, 35(5), 428-435. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n5/6580.pdf>.

Guccione, A. A. (2002). *Fisioterapia geriátrica*. (2ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.

Hellstrom, A. L., Hanson, E., Hansson, S., Hjälmås, K., & Jodal, U. (1990). Micturition habits and incontinence in 7-year-old Swedish school entrants. *Eur J Pediatr*, 149(6), 434-437. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: doi:10.1007/BF02009667.

Higa, R., Lopes, M. H. B. M., & Reis, M. J. (2008). Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enferm USP*, 42(1), 187-192. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/25.pdf>.

Hunskar, S., Arnold, E. P., Burgio, K., Diokno, A. C., Herzog, A. R., & Vallet, A. Z. (2000). Epidemiology and Natural History of Urinary Incontinence. *Int Urogynecol J*, 11(5), 311-320. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11052566>.

Knorst, R. M., Cavazzotto, K., Henrique, M., & Resende, L. T. (2012). Intervenção fisioterapêutica em mulheres com incontinência urinária associada ao prolapso de órgão pélvico. *Rev Bras Fisioter*, 16(2), 102-107. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v16n2/a04v16n2.pdf>.

Lopes, M. H. B. M., & Higa, R. (2006). Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev Esc Enferm USP*, 40(1), 34-41. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a04v40n1.pdf>.

Menezes, G. M. D., Pinto, F. J. M., Silva, F. A. A., Castro, M. E., & Medeiros, C. R. B. (2012). Queixa de perda urinária: um problema silente pelas mulheres. *Rev Gaúcha Enferm*, 33(1), 100-108. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000100014>.

Menta, S., & Schirmer, J. (2006). Relação entre a pressão muscular perineal no puerpério e o tipo de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 28(9), 523-529. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032006000900004>.

Ministério da Saúde (Brasil). (2014). *Caderno Humaniza SUS. Humanização do parto e do nascimento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014. (465 p.). Recuperado em 01 novembro, 2015, de: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf.

- Mota, D. M., & Barros, A. J. (2008). Toilet training: situation at 2 years of age in a birth cohort. *J Pediatr.*, 84(1), 455-462. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v84n5/v84n5a13.pdf>.
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1997). Mortality by cause for eight regions of the world: global burden of disease study. *Lancet*, 349(9061), 1269-1276. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9142060>.
- Neumann, P., & Morrison, S. (2008). Physiotherapy for urinary incontinence. *Australian Family Physician*, 37(3), 118-121. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18345359>.
- Oliveira, E., Takano, C. C., Sartori, J. P., Araújo, M. P., Pimentel, S. H. C., Sartori, M. G. F., et al. (2007). Trato urinário, assoalho pélvico e ciclo gravídico-puerperal. *Femina*, 35(2), 89-94. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina352p89-94.pdf>.
- Oliveira, H. K., Lodovici, F. M. M., Canineu, P. R., & Raoc, R. (2015). Efeitos do tratamento fisioterapêutico em mulheres com incontinência urinária (IU). In: *Anais do VIII Seminário de Pesquisa em Gerontologia e Geriatria, 22 a 24 de abril de 2015*. Centro de Convenções da UNICAMP. Campinas (SP).
- Oliveira, R. J., & Garcia, R. R. (2011). Cinesioterapia no tratamento da Incontinência Urinária em mulheres idosas. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, 14(2), 343-351. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000200014>.
- Oliveira, R. J., & Garcia, R. R. (2011). Cinesioterapia no tratamento da Incontinência Urinária em mulheres idosas. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, 14(2), 343-351. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000200014>.
- Pedro, A. F., Ribeiro, J., Soler, Z. A. S. G., & Bugdan, A. P. (2011). Qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. *SMAD*, 7(2), 63-70. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v7n2/03.pdf>.
- Quaresma, M. de L. (2008). Questões do envelhecimento nas sociedades contemporâneas. *Revista Kairós Gerontologia*, 11(2), 21-47. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: [file:///C:/Users/Dados/Downloads/2391-4990-1-PB%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Dados/Downloads/2391-4990-1-PB%20(4).pdf).
- Quaresma, M. de L., & Ribeirinho, C. (2016). Envelhecimento – Desafios do Séc. XXI. *Revista Kairós Gerontologia*, 19(3), pp. 29-49. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. Recuperada em 01 dezembro, 2016, de: [file:///C:/Users/Dados/Downloads/30900-82640-1-SM%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Dados/Downloads/30900-82640-1-SM%20(4).pdf).
- Reis, R. B., Cologna, A. J., Martins, A. C. P., Paschoalin, E. L., Tucci, J. R. S., Suaid, H. J. (2003). Incontinência urinária no idoso. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 18(5), 47. Recuperado em 22 maio, 2010, de: <http://www.scielo.br/pdf/>.
- Shaw, P. (2003). Incontinência urinária. *Med Update*, 1(1), 08-12.
- Souza, R. S. (2002). Anatomia do envelhecimento. In: Papaléo Neto, M., & Carvalho Filho, E. T. *Geriatria: Fundamentos, Clínica e Terapêutica*, 35-42. (2ª ed.). São Paulo, SP: Atheneu.
- Tamanini, J. T., Lebrão, M. L., Duarte, Y. A., Santos, J. L., & Laurenti, R. (2009). Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brazil: SABE Study (Health, Wellbeing and Aging). *Cad Saúde Pública*, 25, 1756-1762. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19649416>.

Recebido em 02/11/2016

Aceito em 30/01/2017

Luzia Wilma Santana da Silva - Enfermeira. Professora MS, Ph.D. em Enfermagem, Titular do Depart. Saúde II, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Líder do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar de Estudos em Ciências da Saúde e Sociedade. Linha de pesquisa: Família em seu ciclo vital. Coord. do NIEFAM.

E-mail: luziawilma@yahoo.com.br

Taís Queiroz Campos Lucas - Graduada em Fisioterapia pela UESB. Membro do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar de Estudos em Ciências da Saúde e Sociedade. Linha de Pesquisa: Família em seu ciclo vital. Bolsista de Extensão no Programa NIEFAM, jun/2014 a ago/2015.

E-mail: tais-lucas@hotmail.com

Sara de Santana Oliveira dos Santos - Graduada em Fisioterapia pela UESB. Membro do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar de Estudos em Ciências da Saúde e Sociedade e NIEFAM. Linha de Pesquisa: Família em seu ciclo vital.

E-mail: sarafisio14@gmail.com

Vilmory Silva Novaes - Professora. Mestre em Enfermagem e Saúde pela UESB. Depart. de Saúde I. Membro do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar de Estudos em Ciências da Saúde e Sociedade e NIEFAM. Linha de pesquisa: Família em seu ciclo vital. Coord. do NIEFAM.

E-mail: vilmoryfisio@gmail.com

Eulina Patrícia Oliveira Ramos Pires - Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, UESB e Pós-Graduada em Enfermagem médico-cirúrgica pela Universidade Estadual de Santa Cruz, UESC. Docente efetiva, classe auxiliar da UESB. Membro do Núcleo interdisciplinar de estudos e extensão em cuidados à saúde da família em convivibilidade com doenças crônicas, NIEFAM.

E-mail: eulinapires@gmail.com

Fláminia Manzano Moreira Lodovici – Professora Assistente-Doutor da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Doutora em Linguística (IEL/Unicamp). Docente/Pesquisadora do Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia/FACHS/PUC-SP e Departamento de Linguística/FAFICLA/PUC-SP. Líder do GPI “Discursos, Tecnologias, Velhice e Políticas Públicas”. Linha de pesquisa: “Discursos sobre novos procedimentos algorítmicos, procedurais, por parte dos idosos, e implicações subjetivo-sociais e político-públicas”.

E-mail: flalodo@terra.com.br; flodovici@pucsp.br