

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

LUISA BRAGA JORGE

FATORES RELACIONADOS AO DESCONFORTO URINÁRIO EM LONGEVOS E  
LONGEVAS

PORTO ALEGRE

2018

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica  
do Rio Grande do Sul

LUISA BRAGA JORGE

**FATORES RELACIONADOS AO DESCONFORTO URINÁRIO EM LONGEVOS E  
LONGEVAS**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Escola De Medicina da PUCRS como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia Biomédica.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bós  
Linha de Pesquisa: Envelhecimento e Saúde Coletiva

PORTO ALEGRE

2018

LUISA BRAGA JORGE

**FATORES RELACIONADOS AO DESCONFORTO URINÁRIO EM LONGEVOS E  
LONGEVAS**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Escola De Medicina da PUCRS como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia Biomédica.

Aprovada em: 15 de janeiro de 2018

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bós - PUCRS (Orientador)

---

Prof. Dr. Newton Luiz Terra -PUCRS

---

Prof. Dra. Ângela Kemel Zanella - UNIPAMPA

## Ficha Catalográfica

J82f Jorge, Luisa Braga

Fatores relacionados ao desconforto urinário em longevos e longevas / Luisa Braga Jorge . – 2018.  
90 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bos.

1. Idoso de 80 anos ou mais. 2. Sistema urinário. 3. Desconforto urinário. 4. Incontinência urinária. 5. Qualidade de vida. I. Bos, Ângelo José Gonçalves. II. Título.

## **DEDICATÓRIA**

*A minha família, por me acompanhar, me incentivar e comemorar cada vitória minha.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e saúde concebida;

Aos idosos participantes do projeto AMPAL onde essa pesquisa foi realizada, por abrirem as portas de suas casas, sempre cordiais, atenciosos e carinhosos;

Ao meu orientador Dr. Ângelo, pela competência científica, construção e revisão crítica do texto, disponibilidade, e pelas oportunidades ofertadas de crescimento profissional;

A diva Dra. Ângela, por ter participado desde o início dessa jornada, ajudando na aprovação, sempre com dicas e conselhos sábios. Fosse crucial para que esse sonho se tornasse realidade e me sinto extremamente honrada por ter você como participante da minha banca examinadora. Você é um exemplo de profissional que pretendo ser no futuro;

Aos membros da banca examinadora de qualificação, Dr. Terra e Dr. Régis, que aceitaram o convite para avaliar e colaborar com a execução deste trabalho;

Aos meus amados pais Manif e Ana Luisa, por todo amor, carinho e dedicação em todas as fases da minha vida. Agradeço pelos seus esforços imensuráveis em abdicar muitas vezes dos seus sonhos, para tornarem realidade o meu. Vocês são minha fonte de inspiração em todos os sentidos;

Aos meus irmãos Rodrigo e Felipe juntamente com minhas cunhadas e a pequena Rafaela, por serem meus parceiros, incentivadores, porto seguro e minha referência;

Ao meu grande amor William, pelo companheirismo, suporte, paciência, amor e principalmente por acreditar, planejar, embarcar e tentar realizar meus sonhos. Com você ao meu lado tudo se torna mais fácil e com mais sentido;

As minhas amigas que moram perto ou longe, e sempre souberam se fazer presente para dar aquela boa risada, amenizar angustias, compartilhar experiências e dividir momentos bons e ruins;

As colegas amigas do IGG, vocês foram peça fundamental durante esses dois anos, tornando o dia a dia mais divertido, prazeroso, dividindo conhecimento, crescimento, medos e incertezas acompanhadas do bom mate quente com gengibre, em especial a querida Josemara por sempre estar disponível para ajudar e orientar, com seu jeito meigo e carinho;

E por fim, agradecer a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa integral ofertada durante essa jornada.

Muito obrigada!

*“Onde você vê um obstáculo,  
alguém vê o término da viagem  
e o outro vê uma chance de crescer.  
Onde você vê um motivo pra se irritar,  
alguém vê a tragédia total  
e o outro vê uma prova para sua paciência.  
Onde você vê a teimosia,  
alguém vê a ignorância,  
um outro compreende as limitações do companheiro,  
percebendo que cada qual caminha em seu próprio passo,  
e que é inútil querer apressar o passo do outro  
a não ser que ele deseje isso.  
Cada qual vê o que quer, pode ou consegue enxergar.  
Porque eu sou do tamanho do que vejo.  
E não do tamanho da minha altura”*

**Fernando Pessoa**

## RESUMO

**Introdução:** O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, destacando-se o aumento importante de pessoas com mais de 80 anos, também chamadas de longevos (a). Esse aumento da longevidade pode vir acompanhado de alguns prejuízos funcionais gerando alguns eventos incapacitantes e que causam uma perda significativa da qualidade de vida (QV). Entre os prejuízos funcionais destaca-se a diminuição do funcionamento do sistema urinário. Este estudo buscou avaliar os possíveis fatores relacionados ao desconforto urinário em longevos e longevas. **Métodos:** Estudo transversal, observacional e analítico de caráter quantitativo. A amostra foi composta por longevos residentes da cidade de Porto Alegre, RS, participantes do projeto Atenção Multiprofissional ao Longevo. O impacto do desconforto urinário na QV foi avaliado pelo instrumento *Kings Health Questionnaire* (KHQ) adaptado para homens e mulheres com e sem incontinência urinária (IU). Além deste questionário, os longevos ainda responderam um questionário uroginecológico com perguntas sociodemográficas e clínicas. O programa estatístico utilizado foi o Epiinfo™ 7.2 e considerados significativos valores de  $p < 0,05$ . **Resultados:** Participaram 82 longevos, 56 mulheres e 26 homens com idade média de  $92,3 \pm 2,69$  anos. 43% dos participantes referiram desconforto urinário e deste percentual, 97% relataram IU. Os fatores relacionados ao desconforto urinário com significância estatística foram: questões obstétricas como: parto normal, número de gestações, número de filhos e bebês pesados ao nascer. No KHQ, limitações em atividades fora de casa, viagens, atividade física, convívio social, sentimentos de depressão, ansiedade, nervosismo, preocupação em cheirar urina assim como mudanças comportamentais como uso de protetores, diminuição da ingestão hídrica foram relacionadas com o desconforto. **Conclusão:** Com este trabalho foi possível concluir que diversos fatores estão associados ao desconforto urinário. Apesar de baixo percentual, houve relato também de desconforto urinário na ausência de IU. A partir disso, torna-se importante durante a avaliação com longevos, um cuidado especial à saúde urinária, propiciando uma intervenção antes do aparecimento dos sintomas, repercutindo em um envelhecimento mais ativo com maior qualidade de vida.

**Palavras-Chave:** Idoso de 80 anos ou mais, sistema urinário, desconforto urinário, incontinência urinária, qualidade de vida, longo



## ABSTRACT

**Introduction:** Population aging is a worldwide phenomenon, emphasizing the important increase of people with more than 80 years, elderly people. This increase in longevity may be accompanied by some functional impairment leading to some disabling events and causing an important quality of life (QoL) impairment. Regarding the functional impairments, there is the decrease of the urinary tract function. This study aimed to evaluate the possible factors related to urinary discomfort in elderly people. **Methods:** Cross-sectional, observational and quantitative study. The sample was composed of elderly people from Porto Alegre, RS, and participants in the multiprofessional attention to elderly project. The impact of urinary discomfort on QOL was assessed by the Kings Health Questionnaire (KHQ) instrument adapted for men and women with and without urinary incontinence (UI). In addition to KHQ, the elderly still answered an urogynecologic questionnaire with sociodemographic and clinical questions. The statistical program used was Epiinfo™ 7.2 and considered significant values  $p < 0.05$ . **Results:** 82 participants, 56 women and 26 men with a mean age of  $92,3 \pm 2,69$  years participated. 43% of the participants reported urinary discomfort and of this percentage, 97% reported UI. The factors related to urinary discomfort with statistical significance were: obstetric issues such as: vaginal delivery, number of pregnancies and number of higher weight gain at birth. In KHQ, limitations in outside activities, travel, physical activity, relationships, feelings of depression, anxiety, anger, concern in smelling urine as well as behavioral changes like wearing protective, decreased water intake were related to discomfort. **Conclusion:** With this study it was possible to conclude that several factors are associated with urinary discomfort. Despite a low percentage, there was also a report of urinary discomfort in the absence of UI. Therefore, special attention to urinary health is important during the evaluation of the longevity, providing an intervention before the appearance of symptoms, repercussions on a more active aging with a higher quality of life.

**Key words:** Elderly aged 80 years and over, urinary system, urinary discomfort, urinary incontinence, quality of life, longevity

## LISTA DE SIGLAS

AMPAL - Atenção Multiprofissional ao Longevo

APS - Atenção Primária em Saúde

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CC - Comissão Científica

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CNS - Conselho Nacional de Saúde

COMUI - Conselho Municipal do Idoso

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC - Índice da massa corporal

ITU - Infecção do trato urinário

IU - Incontinência Urinária

IUM - Incontinência Urinária Mista

IUU - Incontinência Urinária de Urgência

KHQ - King's Health Questionnaire

MAP - Musculatura do Assolho Pélvico

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PUCRS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

QV - Qualidade de vida

RN - Recém-Nascido

RS - Rio Grande do Sul

SBH - Síndrome da bexiga hiperativa

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TUI - Trato Urinário Inferior

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Relação entre desconforto urinário e incontinência urinária.....	28
Tabela 2. Relação entre desconforto urinário e fatores sociodemográficos.....	28
Tabela 3. Relação entre desconforto urinário e fatores clínicos.....	29
Tabela 4. Relação entre desconforto urinário e fatores obstétricos.....	30
Tabela 5. Relação entre desconforto urinário e o consumo de alimentos e bebidas consideradas irritativas da bexiga.....	30
Tabela 6. Relação entre desconforto urinário e autopercepção de saúde geral (KHQ.1).....	31
Tabela 7. Relação entre desconforto urinário com as limitações do desempenho de tarefas (KQH.2).....	31
Tabela 8. Relação entre desconforto urinário com as limitações físico-social (KQH.3).....	32
Tabela 9. Relação entre desconforto urinário com as relações pessoais (KQH.4).....	32
Tabela 10. Relação entre desconforto urinário com o impacto da incontinência urinária (KQH.5).....	33
Tabela 11. Relação entre desconforto urinário com as emoções (KQH.6).....	33
Tabela 12. Relação entre desconforto urinário com o sono e energia (KQH.7).....	34
Tabela 13. Relação entre desconforto urinário com as medidas de gravidade da Incontinência Urinária (KQH.8).....	34
Tabela 14. Distribuição das médias dos escores dos domínios do KHQ entre os participantes com e sem desconforto urinário.....	35
Tabela 15. Chances de o participante apresentar desconforto urinário relacionado às variáveis significativas nas análises descritivas. Modelos univariados e ajustados pela presença de incontinência urinária.....	37

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	16
2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	16
2.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DO LONGEVO- SÍNDROMES GERIÁTRICAS.....	16
2.3 ENVELHECIMENTO GENITURINÁRIO.....	17
2.4 PRINCIPAIS PROBLEMAS URINÁRIOS.....	17
2.4.1 Incontinência urinária.....	17
2.4.2 Noctúria.....	19
2.4.3 Bexiga hiperativa.....	19
2.4.4 Infecção urinária.....	20
2.5 ATENÇÃO MULTIPROFISSIONAL AO LONGEVO -AMPAL.....	20
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	22
3.1 OBJETIVO GERAL .....	22
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	22
<b>4 MÉTODOS</b> .....	23
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	23
4.2 LOCAIS DE REALIZAÇÃO.....	23
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	23
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	23
4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	23
4.6 ETAPAS DA COLETA E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	23
4.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	24
4.7.1 Desconforto urinário.....	24
4.7.2 Fatores sociodemográficos e clínicos.....	25
4.7.3 Qualidade de vida medida pelo KHQ.....	25
4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	26
4.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	26
<b>5 RESULTADOS</b> .....	28
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	38
6.1 FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS.....	38
6.2 FATORES CLÍNICAS.....	39
6.3 FATORES OBSTÉTRICAS.....	41
6.4 CONSUMO DE ALIMENTOS E BEBIDAS CONSIDERADOS IRRITATIVOS DA BEXIGA.....	41
6.5 QUALIDADE DE VIDA - KHQ.....	42
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	47
<b>ANEXOS</b> .....	52

<b>APÊNDICES.....</b>	<b>71</b>
-----------------------	-----------

## 1 INTRODUÇÃO

Envelhecer é uma condição e uma tendência natural do ser humano. Todos os indivíduos têm um ciclo de vida que começa no nascimento e continua até seu perecimento, com a morte física. Portanto, o envelhecimento populacional é um fenômeno mundial (WACHS, 2016). A Organização das Nações Unidas (ONU), relatados pelo IBGE (2010), estima que nos próximos 43 anos o número de pessoas com mais de 60 anos de idade será três vezes maior do que atualmente. Destaca-se no último censo o aumento importante das pessoas com 80 anos ou mais, também chamadas de longevas.

Em 1998 a expectativa de vida nos países desenvolvidos era de 70 anos para homens e 78 anos para mulheres. Estima-se que em 2040 nos países desenvolvidos, este aumento seja de 87 anos para os homens e 92 para as mulheres. Já nos países em desenvolvimento, estima-se que este serão de 82 anos para homens e 86 para mulheres (BERQUÓ; CAVENAGUI, 2006). O aumento da expectativa de vida é uma ambição de qualquer sociedade. Porém, o grande desafio da modernidade, é não só adicionar anos a vida, mas sim, qualidade a estes anos vividos, com mais saúde e bem-estar, tornando-os o mais prazeroso possível (VERAS, 2009).

A longevidade pode vir acompanhada de alguns prejuízos funcionais do corpo e da mente. Conforme Honório; Santos (2009), o que pode predispor a eventos incapacitantes e que gerem uma perda muito grande da qualidade de vida (QV). Entre esses eventos, Lopes; Higa (2006), destacam a diminuição do funcionamento da bexiga, podendo levar ao aparecimento de sintomas relacionados ao trato urinário, como por exemplo, levantar muitas vezes durante a noite para ir ao banheiro, aumento da frequência miccional e perda de urina.

Apesar da incontinência urinária (IU), não ser uma condição assustadora em termos de gravidade, a literatura descreve que o nível de QV baixa drasticamente, podendo levar ao aparecimento de quadros depressivos, isolamento social, constrangimento, diminuição da função sexual, qualidade do sono/repouso e limitações de atividades diárias e ocupacionais (BOMFIM et al., 2014). Além disso, é causa frequente de institucionalização podendo ter consequências físicas como lesões de pele, dermatite amoniacal, propensão a úlceras de decúbito, infecção urinária e quedas (FLORES, et al., 2004).

A importância de pesquisar questões relacionadas à IU, é que através da identificação da prevalência, da sua caracterização, fatores associados e características sociodemográficos envolvidos, pode ser traçado e planejado medidas de prevenção e tratamento, que visem reduzir os sintomas, diminuir custos e melhorar a QV ainda nessa fase de vida (JEREZ-ROIG

et al., 2013).

Zanella (2016), em sua tese de Doutorado, utilizando o *Kings Health Questionnaire* (KHQ), observou um número considerável de idosas que responderam que a bexiga ou a urina atrapalhavam a vida mesmo na ausência de IU. Relatou também, a existência de baixa QV relacionada a essa questão, em alguns casos, independente da presença de IU. Desta forma, a presente pesquisa busca assim identificar os fatores relacionados ao desconforto urinário em longevos e longevas, mesmo na ausência de IU.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL**

Segundo (BÓS, 2012) o aumento populacional total de idosos vem aumentando consideravelmente. No Brasil, o número de pessoas com 60 anos ou mais (idosos) em 2000 era de 14.413.201 um equivalente a 8,4% da população, subindo para 20.466.214 (10,78%) em 2010. Essa população poderá chegar a mais de 30 milhões em 2025 e, para isso o envelhecimento no país requer planejamento na saúde pública para atender a demanda. Dessa forma, infere-se que os idosos necessitam de cuidados e uma qualidade de vida, tornando-a digna, confortável e prazerosa.

No Rio Grande do Sul, no mesmo período, conforme dados do IBGE (2010), eram 1.063.869 (10,4%). Após 10 anos esse número aumentou para 1.460.626 (13,66%). Já na cidade de Porto Alegre, capital do estado onde o estudo foi realizado, este aumento foi ainda maior, de 160.441(10,16%) idosos no ano de 2000, aumentou para 211.896(14,04%) em 2010. Com relação aos longevos, no Brasil a população atual é de 2.917.391 (1,4%) e na cidade de Porto Alegre o número corresponde a 34.694 (2,4%), valores esses também do último censo realizado.

### **2.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DO LONGEVO – SÍNDROMES GERIÁTRICAS**

O envelhecimento acarreta uma série de mudanças físicas, orgânicas e funcionais que afetam direta ou indiretamente diferentes esferas de sua organização social, econômica e política. Em alguns campos, como a saúde, por exemplo, as consequências são bastante claras e evidentes (SAAD, 2015).

Algumas características presentes durante a vida podem influenciar de forma positiva na longevidade, como por exemplo: uma boa alimentação. A ingestão excessiva de alimentos pode estar associada à obesidade e outras doenças que acabam por encurtar o tempo de vida. Uma boa ingestão hídrica é outra forma bastante importante. Outra questão é o componente genético, alegando que até 25% do tempo de vida pode ser determinado por componentes genéticos. Também já é verificado que idosos que possuem uma boa atividade mental, mantendo-se com pensamentos positivos e otimistas, vivem mais. Em contrapartida, consumo excessivo de álcool, drogas e sedentarismo, podem levar ao envelhecimento e doenças



crônicas precocemente (PATRÍCIO et al., 2008).

Com a longevidade, aumenta a chance de doenças crônicas, vulnerabilidade, declínio funcional e cognitivo. Levando ao aparecimento de dificuldades nas atividades de vida diária com interferência na autonomia e sua independência. Essas particularidades podem levar ao surgimento de sentimentos negativos, solidão, depressão, isolamento social e baixa qualidade de vida (QV), segundo Lourenço et al. (2012). Esta queda de particularidades, geralmente depende de muitos fatores, mas a principal questão é a identificação precoce desses fatores, para garantir uma prevenção adequada da dependência funcional ou um tratamento com menor chance de danos futuros (NOGUEIRA et al., 2010).

### 2.3 ENVELHECIMENTO GENITURINÁRIO

O segmento geniturinário pode também ser afetado com o aumentar da idade. De acordo com Busato; Mendes (2007), pode ocorrer uma diminuição da capacidade vesical e do fluxo urinário máximo, aumento da frequência, resíduo pós-miccional e instabilidade do detrusor, diminuição da perfusão do lobo frontal e córtex cerebral. Isso está relacionado principalmente a IU de urgência e redução da sensação vesical (SCHREINER, 2009). Outra questão é a diminuição de colágeno e elastina, gerando diminuição do suporte uretral e ou disfunção esfinteriana (FIETZGERALD et al., 2000).

A continência urinária não depende somente da integridade do trato urinário inferior. Alterações de motivação, da destreza manual, mobilidade, lucidez e doenças associadas como, por exemplo, diabetes, insuficiência cardíaca, entre outras estão entre os fatores que podem diminuir o funcionamento e capacidade da bexiga (REIS et al., 2003).

O tratamento dos problemas urinários torna-se bastante difícil devido principalmente à crença de que são naturais da idade e também exclusivos do envelhecimento, além de vergonha e constrangimento em procurar profissionais adequados ou conversar sobre o assunto com familiares ou cuidadores (SILVA; SANTOS, 2005).

### 2.4 PRINCIPAIS PROBLEMAS URINÁRIOS

#### 2.4.1 Incontinência urinária

Os problemas relacionados à IU, em geral, estão relacionados com algum distúrbio na musculatura do assoalho pélvico (MAP) e, de acordo com Valério et al. (2013), é muito

comum de ocorrer em mulheres após o parto, pós-trauma, decorrente de enfermidades, anomalias musculares ou mesmo por relaxamento da musculatura decorrente da idade. No entanto, não somente os problemas orgânicos ou funcionais podem determinar a IU, pois estes podem ter origem em problemas emocionais.

A IU é definida como qualquer perda de urina involuntariamente (FRANCO et al., 2011). Um sintoma bastante comum, que pode afetar indivíduos de todas as idades, principalmente mulheres. (CALDAS et al., 2010).

As clássicas divisões dos tipos de IU são: incontinência urinária de esforço (IUE), quando ocorre a perda urinária após um esforço, como atividade física, tosse, espirro ou risada. Incontinência urinária de urgência (IUU) ou também chamada de urge incontinência, caracterizada por perda urinária após um forte desejo miccional, geralmente súbita e de difícil controle; e, por último, a incontinência urinária mista (IUM), atribuída à mescla dos sintomas da IUE e da IUU (SILVA; LOPES, 2009).

Outra subclassificação usada também é a incontinência por transbordamento que ocorre quando a bexiga fica tão cheia a ponto de transbordar. Neste caso, o motivo pode ser o enfraquecimento da MAP ou obstrução na uretra. O aumento da próstata pode causar essa obstrução, por esta razão, este tipo de incontinência é mais frequente em homens. Já o enfraquecimento da MAP pode ocorrer tanto em homens como em mulheres, mas ocorre principalmente em pessoas com doenças prévias como diabetes, etilista crônico e alguns tipos de distúrbios neurológicos (BULECHEK et al., 2016).

E por último, Wang (2017), cita a incontinência funcional que normalmente é assintomática, mas por alguma razão o indivíduo não tem acesso ao banheiro, ou não consegue chegar a tempo hábil. Apesar de essas pessoas apresentarem continência urinária, limitações físicas, mentais ou outras circunstanciais impedem a utilização adequada do banheiro levando a uma incontinência urinária.

Os principais fatores de risco para IU encontrados na literatura foram: idade, trauma do assoalho pélvico, fatores hereditários, raça, menopausa, obesidade, doenças crônicas, uso de alguns simpaticomiméticos e parassimpaticolíticos, constipação, tabagismo, consumo de cafeína e exercícios intensos na região abdominal (HIGA et al., 2008), parto instrumental com ajuda de fórceps, parto normal e peso do maior recém-nascido (OLIVEIRA et al., 2010).

Nolasco et al. (2008) relatam que é comum a IU estar associado também ao parto vaginal, à hereditariedade, prolapso genital ou de tecido conjuntivo, e a fatores de risco extrínsecos, como atividade profissional, hábitos alimentares, bronquite crônica e obesidade.

A prevalência de idosos com IU na comunidade é aproximadamente 30%; já entre os

que vivem em clínicas geriátricas a prevalência pode chegar ao redor de 50% (BURGIO et al., 1996). Outro estudo mais recente relata a prevalência na comunidade em torno de 30% para mulheres e 10% para homens (MOURÃO et al., 2017).

#### 2.4.2 Noctúria

A queixa de noctúria é definida como a necessidade de levantar uma ou mais vezes durante a noite para urinar, com interrupção do sono pelo desejo urinário (REIS et al., 2003). Esta normalmente está fortemente associada a uma baixa qualidade do sono. Muitas idosas consideram esses episódios noturnos como parte normal do envelhecimento e além de não relatarem esses sintomas não procuram tratamento (FONSECA et al., 2010).

Uma avaliação mais detalhada se faz necessária, tendo em vista que muitas vezes é considerada exclusivamente problema urológico ou ginecológico e por traz desses sintomas pode haver doenças crônicas, hipertensão, diabetes, apneia do sono, doença renal crônica ou uso de determinadas medicações (FARIA et al., 2014).

#### 2.4.3 Bexiga hiperativa

A síndrome da bexiga hiperativa (SBH) é caracterizada por urgência miccional com ou sem escape de urina. O diagnóstico é clínico, normalmente é feito através do relato dos sintomas que o definem, não sendo necessários exames complementares, embora muitas vezes seja solicitado e realizado para complementação de diagnóstico (BONTEMPO et al., 2017).

Um estudo americano realizado por COYNE et al. (2003), com quase 20 mil entrevistados, relatou uma alta prevalência de SBH na comunidade, em torno de 27-46% em mulheres e 26-33% em homens. Muito comum no envelhecimento devido principalmente a diminuição da capacidade vesical (SCHREINER, 2009).

Os principais fatores de risco encontrados foram: idade, paridade (gestações, partos vaginais, partos cesáreos e abortos), baixo nível de escolaridade, cirurgias abdominais e uroginecológicas prévias, prática de atividade física, tabagismo, obesidade, hipertensão, depressão, ansiedade, diabetes mellitus e constipação (BONTEMPO et al., 2017).

#### 2.4.4 Infecção urinária

A ITU ocorre devido à invasão e proliferação de bactérias principalmente e, em menor proporção, por fungos e vírus, atingindo desde a uretra até os rins, podendo ser sintomática ou assintomática (ARAÚJO; QUEIROZ, 2012).

As mulheres, principalmente as jovens, são as mais propensas a serem afetadas. Além das mulheres, crianças, mulheres grávidas, idosos e pacientes imunodeprimidos (diabéticos, portadores de esclerose múltipla, HIV (ARAÚJO; QUEIROZ, 2012), disfunção renal, o uso de fraldas geriátricas pode predispor também (RODRIGUES et al., 2014).

Quanto maior a idade, maior o risco de desenvolver ITU, apesar de fácil diagnóstico, em idosos os sintomas muitas vezes são inespecíficos como piora da IU, falta de apetite, alteração do quadro da diabetes, alteração neurológicas (RODRIGUES et al., 2014).

O diagnóstico é feito através dos sintomas clínicos. Exame de urocultura de urina pode ser realizado para identificar o agente etiológico e também traçar o melhor tratamento e antimicrobiano mais eficiente (KONEMAN et al., 2008)

## 2.5 ATENÇÃO MULTIPROFISSIONAL AO LONGEVO - AMPAL

A partir de 2010, buscou-se reiniciar um projeto anterior com centenários desenvolvido entre 2001 e 2003 dentro da linha de pesquisa Envelhecimento e Saúde Pública do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Entretanto observou-se que a população centenária não havia crescido entre 2000 e 2010. Pelo contrário, havia reduzido de 142 para 140 centenários.

Buscando entender esse fenômeno foi realizada uma análise dos dados de mortalidade do DATASUS que observou uma mortalidade de 91,7% entre as pessoas que eram nonagenárias em 2000. Entre as principais causas de morte identificaram-se “mortes sem assistência” e por “outras causas mal definidas”. Identificou-se um problema de saúde pública que tentou ser resolvido através da criação de um ambulatório específico para nonagenários denominado Ambulatório Multiprofissional ao Longevo. Infelizmente o ambulatório não superou as expectativas previstas, pois somente 22 nonagenários dos 136 convidados compareceram. Entre as manifestações recebidas pelos longevos e familiares/cuidadores estava o fato de apresentarem dificuldade de locomoverem-se até o hospital onde seriam realizados os atendimentos. Desta forma o projeto moveu-se para uma abordagem domiciliar, passando a se chamar Atenção Multiprofissional ao Longevo (AMPAL). Inicialmente foi realizado um projeto piloto envolvendo longevos residentes na área de atuação do Centro de

Extensão Universitária Vila Fátima da PUCRS. Tendo por objetivo identificar demandas de prevenção, promoção e educação em saúde a serem repassadas para a Atenção Primária em Saúde (APS) na área de atuação da região de acordo com as peculiaridades dos longevos participantes.

Em 2014, o projeto teve o seu mérito social reconhecido pelo Conselho Municipal do Idoso (COMUI), que autorizou o recebimento de doações através do Fundo Municipal do Idoso. No final de 2014 o projeto conseguiu captar verba suficiente para dar início às atividades. Primeiramente ocorreu a identificação de idosos acima de 90 anos em 80 setores censitários distribuídos nas 19 regiões do Orçamento Participativo da cidade de Porto Alegre. O número de longevos identificados pelo projeto foi relacionado à capacidade de identificação e avaliação prevista para o projeto que contava com três equipes de dois pesquisadores com visitas domiciliares realizadas em dois turnos de dois dias semanais. Estimava-se que seriam acompanhados pelo projeto entre 360 e 480 longevos. Após a identificação, estes idosos receberam a visita de uma equipe multiprofissional a fim de responderem perguntas sobre o seu estado geral de saúde, realizando alguns testes e exames no próprio domicílio de caráter multidisciplinar. De 2016 á 2017, foram avaliados 247 longevos.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Estudar os fatores relacionados ao desconforto urinário de longevos e longevas.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a frequência de longevos apresentando desconforto urinário;
- Observar a relação entre o desconforto urinário e a QV em todos os longevos;
- Verificar a possível relação entre desconforto urinário e fatores sociodemográficos e clínicos.
  - Identificar a frequência e a característica da IU entre os entrevistados com e sem desconforto urinário;
  - Observar se a relação entre desconforto urinário e QV é ou não dependente da presença de IU.

## **4 MÉTODOS**

### **4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA**

Estudo transversal, observacional, analítico de caráter quantitativo.

### **4.2 LOCAIS DE REALIZAÇÃO**

A pesquisa foi realizada no próprio domicílio dos participantes.

### **4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A população foi composta por idosos participantes do projeto AMPAL, residentes na cidade de Porto Alegre, RS. A amostra foi composta por idosos com idade igual ou superior a 90 anos.

### **4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Foram incluídos todos os longevos que responderam à questão: “o quanto a urina ou bexiga atrapalham a sua vida? ”

### **4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Foram excluídos os longevos que não responderam todos os questionários ou que desistiram da pesquisa durante a entrevista.

### **4.6 ETAPAS DA COLETA E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO**

Entre junho e dezembro de 2016, 238 longevos participaram da avaliação inicial do AMPAL. Essa avaliação incluiu um questionário multidimensional, (ANEXO 1) onde constaram várias perguntas gerais de saúde. Nesse momento os entrevistados responderam à questão “se a urina ou a bexiga atrapalha a sua vida ou não”. Foi considerado desconforto urinário (CD) as respostas “raramente ou pouco”, “às vezes ou mais ou menos” e

“frequentemente ou muito” e sem desconforto (SD), os que responderam “nada” ou “quase nada”. Esses dois grupos foram considerados apenas para dividir os grupos, para a análise, independente de apresentarem ou não incontinência urinária.

A partir dessa divisão houve uma seleção aleatória realizada pelo pesquisador. Foi realizado um contato telefônico com o longo e o familiar explicando os objetivos da pesquisa. Os longos que aceitaram participar foram incluídos em uma agenda com dia e horário para a segunda avaliação na própria residência dos mesmos. Durante a segunda avaliação, todos receberam novamente as orientações e procedimentos previstos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1). Cientes dos termos de participação, depois de assinarem o referido termo, os participantes selecionados responderam fatores sociodemográficos e clínicos (APÊNDICE 2) e QV relacionada à urina (ANEXO 2).

Ao final, foi realizado um exame de urina com fita reagente - Comburtest. As fitas reagentes são capazes de analisar alguns elementos como pH, proteínas, glicose, cetonas, hemoglobina, bilirrubina, urobilinogênio, nitrito, densidade e leucócitos presentes na urina de forma mais rápida, simples e econômica. A própria embalagem traz consigo a coloração adequada para cada elemento, assim, possibilitando uma maior precisão das cores ao fazer a análise da urina avaliada (COLOMBELLI; FALKENBERG, 2006).

Foi solicitado que o longo urinasse em um recipiente limpo cedido pelo pesquisador e logo em seguida colocado a fita reagente a fim de mensurar a situação da urina em questão. As Fitas reagentes são normalmente utilizadas para evidenciar casos agudos de ITU, principalmente em nível ambulatorial ou no consultório.

As fitas detectam esterase leucocitária ou atividade redutora de nitrato. Outra questão é o pH urinário  $>7,5$ , indicando uma possível colonização. Portanto, falso negativo na fita é mais difícil do que no microscópio. O valor negativo é o mais importante, pois quando negativas praticamente excluem ITU (HEIBERG et al., 2003).

## 4.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO E INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

### 4.7.1 Desconforto urinário

Na avaliação global do AMPAL os participantes responderam à questão “O quanto a sua urina ou bexiga atrapalha a sua vida?” com 4 opções de escolha:

- Nada;



- Raramente ou pouco;
- Às vezes ou mais ou menos;
- Frequentemente ou muito.

As duas últimas opções serão para fins de análise considerados como apresentando desconforto urinário.

#### 4.7.2 Fatores sociodemográficos e clínicos

Após serem divididos em grupo CD e SD; todos os entrevistados responderam perguntas sobre os fatores sociodemográficos e clínicos como:

- Idade;
- Estado Civil;
- Nível de escolaridade;
- Menarca (ano da primeira menstruação);
- Menopausa (Ano da última menstruação);
- Número de filhos;
- Número de gestações;
- Peso do maior Recém-Nascido;
- Tipo de parto;
- Episiotomia;
- Cirurgia uroginecológica anterior;
- Presença de IU e caracterização;
- Sistema digestivo;
- Presença de incontinência urinária e sua caracterização;
- Atividade física;
- Tabagismo;
- Obesidade;
- Consumo de alimentos e bebidas irritativas da bexiga.

#### 4.7.3 Qualidade de vida medida pelo KHQ

O KHQ é composto por 30 questões, divididas em nove domínios: percepção geral de saúde, impacto da incontinência urinária, limitações ao desempenho de tarefas, limitações

físicas, limitações sociais, relacionamento pessoal, emoções e sono/disposição e medidas de gravidade. Além destes domínios, existe a escala de sintomas composta por frequência urinária, noctúria, urgência miccional, incontinência urinária de esforço, enurese noturna, incontinência no intercurso sexual, infecções urinárias e dor na bexiga.

Para essas perguntas existem quatro opções de respostas (“nem um pouco, um pouco, moderadamente, muito” ou “nunca, às vezes, frequentemente, o tempo todo”), exceção feita ao domínio percepção geral de saúde com cinco opções de respostas (“muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim”) e o domínio relações pessoal (“não aplicável, nem um pouco, um pouco, moderadamente e muito”). Os valores são calculados por domínios individuais somados e avaliados através de uma fórmula matemática (ANEXO 3) obtendo-se, assim, o escore de QV, que varia de 0 a 100, considerando-se que quanto maior o número obtido, pior a QV (FONSECA et al., 2005).

#### 4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foram comparadas as médias da QV entre os dois grupos e observadas à possível relação entre os grupos e os níveis dos fatores sociodemográficos clínicos e presença de IU. As médias foram comparadas pelo teste T de Student e a relação dos dois grupos com os níveis socioeconômicos testados pelo Qui-quadrado. Os testes de regressão logística univariada e ajustada pela IU foram realizados para analisar se a relação entre desconforto urinário e a QV. O programa estatístico utilizado foi o EPIINFO™ 7.2 e considerados significativos valores de  $p < 0,005$  e intervalos de confiança de 95% (IC95%) maiores ou menores que 1.

#### 4.9 ASPECTOS ÉTICOS

Com base na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos este projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão Científica do IGG da PUCRS (ANEXO 4) e do CEP da PUCRS sob número CAAE: 59664716.50000.5336 em 16 de novembro de 2016 (ANEXO 5).

Foi imprescindível o consentimento por parte dos indivíduos envolvidos através da assinatura do TCLE, que informa os propósitos da pesquisa, com linguagem fácil e acessível, o qual foi devidamente explicado mediante dúvidas e questionamentos. Na impossibilidade da assinatura do termo por parte do idoso longo, o mesmo deverá ser assinado pelo seu

responsável legal.

Os indivíduos participaram do estudo de forma voluntária. Esta pesquisa não ofereceu qualquer custo, e risco mínimo. Além disso, o participante teve o direito de desistir de participar da pesquisa, no momento que quisesse, sem que isso lhe acarretasse qualquer prejuízo.

## 5 RESULTADOS

Oitenta e dois longevos foram avaliados durante essa pesquisa, sendo 35 (43%) com relato de desconforto urinário. Entre os longevos que referiram desconforto urinário, 97% relataram ter incontinência urinária, já os longevos sem desconforto, esse percentual foi de 51%. Com associação estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ), como mostra a tabela 1.

Tabela 1. Relação entre desconforto urinário e incontinência urinária

	<b>Desconforto</b>	<b>Sem Desconforto</b>	<b>Total</b>	<b>p</b>
<b>Continentes</b>	1 (3%)	23 (49%)	24 (29%)	<b>&lt;0,001</b>
<b>Incontinentes</b>	34 (97%)	24 (51%)	58 (71%)	
<b>Total</b>	35	47	82	

Teste estatístico= Qui-quadrado

Os fatores sociodemográficos dos longevos avaliados estão apresentados na Tabela 2. Viúvos (67%), sem escolaridade (38%) e sexo feminino (68%) foram as características mais prevalentes encontradas na amostra. Entre os longevos que relataram desconforto urinário, a proporção maior do que o esperado foi de viúvos (74%), sem escolaridade (43%) e longevas (77%). A média de idade com relação aos que relataram desconforto e sem foi semelhante, sendo com desconforto ( $92,6 \pm 2,58$ ) e sem ( $92,1 \pm 2,78$ ). Sem associação estatisticamente significativa.

Tabela 2. Relação entre desconforto urinário e fatores sociodemográficos.

	<b>Desconforto</b>	<b>Sem Desconforto</b>	<b>Total</b>	<b>p</b>
<b>Estado Civil</b>				0,230
Viúvos	26 (74%)	29 (62%)	55 (67%)	
Não viúvos	9 (26%)	18 (38%)	27 (33%)	
<b>Nível de escolaridade</b>				0,494
Sem escolaridade	14(43%)	15 (31%)	31 (38%)	
Fundamental	8(24%)	19 (41%)	27 (33%)	
Médio	7(21%)	7(15%)	14(17%)	
Superior	4(12%)	6(13%)	10(12%)	
<b>Sexo</b>				0,137
Feminino	27 (77%)	29 (62%)	56 (68%)	
Masculino	8(23%)	18(38%)	26(32%)	
<b>Idade (anos)</b>	92,6 $\pm$ 2,58	92,1 $\pm$ 2,78	92,3 $\pm$ 2,69	0,456

Teste estatístico= Qui-quadrado e T-student (idade)

Na tabela 3 é possível visualizar os fatores clínicos dos longevos avaliados. A proporção total de longevos que realizaram cirurgias uroginecológicas foi de 37%, sendo maior entre os que relataram desconforto urinário (47%). Os longevos com desconforto urinário apresentaram também maior percentual de constipação (37%, contra 23% dos com ausência do desconforto), maior frequência de exercício físico (37% contra 32%), presença de leucócitos (73%, contra 69%), presença de nitritos (57% contra 45%), obesidade (3% contra 0%), com ardência ao urinar (12% contra 5%) e com IUM (50% contra 46%), valores maiores entre o grupo com desconforto, porém sem associação estatisticamente significativa.

Tabela 3. Relação entre desconforto urinário e fatores clínicos

	<b>Desconforto (35)</b>	<b>Sem Desconforto (47)</b>	<b>Total</b>	<b>p</b>
<b>Cirurgias</b>				
<b>uroginecológicas/ urológica anterior</b>	16 (47%)	14 (30%)	30 (37%)	0,138
<b>Constipação</b>	13 (37%)	11 (23%)	24 (29%)	0,176
<b>Exercício Físico</b>	13 (37%)	15 (32%)	28 (34%)	0,621
<b>Presença de Leucócitos</b>	22 (73%)	29 (69%)	51 (71%)	0,698
<b>Presença de Nitritos</b>	17 (57%)	19 (45%)	35 (50%)	0,338
<b>Obesidade</b>	1 (3%)	0 (0%)	1(2%)	0,243
<b>Ardência urinária</b>	4 (12%)	2(5%)	6(8%)	0,217
<b>Tabagismo</b>	1 (3%)	1(2%)	2(3%)	0,844
<b>Caracterização IU</b>				0,815
<b>IUE</b>	4(12%)	2(8%)	6(10%)	
<b>IUU</b>	13(38%)	11(46%)	24 (42%)	
<b>IUM</b>	17(50%)	11(46%)	28 (48%)	

\*IU= incontinência urinária; IUE= incontinência urinária de esforço; IUU= incontinência urinária de urgência; IUM= incontinência urinária mista. Teste estatístico= Qui-quadrado

Com relação aos fatores obstétricos, foram analisados somente participantes do sexo feminino. As longevas com desconforto urinário que apresentaram frequência maior do que o esperado foi parto domiciliar (52%, contra 31% sem desconforto), parto com ajuda do fórceps (4% contra 0%) e cesariana (6% contra 2%), sendo no parto domiciliar com significância estatística. As médias de número de gestações ( $4,6 \pm 2,79$  com desconforto e  $2,7 \pm 2,28$  sem desconforto), peso do maior RN ( $4,0 \pm 0,84$  contra  $3,3 \pm 0,7$ ) e número de filhos ( $3,8 \pm 2,22$  contra  $2,1 \pm 1,57$ ) foram significativamente maiores entre as longevas com desconforto do que as que não referiram esse problema como mostra a tabela 4.

Tabela 4. Relação entre desconforto urinário e fatores obstétricos

	<b>Desconforto (27)</b>	<b>Sem Desconforto (29)</b>	<b>Total</b>	<b>p</b>
<b>Parto normal domiciliar</b>	14 (52%)	9 (31%)	23(41%)	<b>0,037</b>
<b>Parto normal no hospital</b>	11(41%)	18(62%)	29(52%)	0,519
<b>Parto normal com auxílio do fórceps</b>	1(4%)	0 (0%)	1 (2%)	0,243
<b>Cesariana</b>	2(6%)	1(2%)	3(4%)	0.572
<b>Episiotomia</b>	2 (7%)	5 (17%)	7 (12%)	0,296
<b>Número de gestações</b>	4,6±2,79	2,7±2,28	3,6±2,6	<b>0,015</b>
<b>Peso do maior RN</b>	4,0±0,84	3,3±0,7	3,7±0,85	<b>0,019</b>
<b>Número de filhos</b>	3,8±2,22	2,1±1,57	2,9±2,09	<b>0,008</b>
<b>Menarca (anos)</b>	12,8±1,96	13,2±1,22	13,0 ±1,63	0,322
<b>Menopausa (anos)</b>	49±6,27	50±4,70	49,8±5,58	0,270

\*RN= Recém-nascido. Teste estatístico= Qui-quadrado

A relação entre o desconforto urinário e o consumo de alimentos e bebidas consideradas irritativas da bexiga foi também analisada com todos os participantes, conforme mostra a tabela 5. Os maiores consumos referidos pelos participantes foram de café com 86%, frutas cítricas 63%, chocolate 61%, chás 51%, refrigerante 35%, sucos cítricos 30% e pimenta 27% e chimarrão 22%. A proporção maior que o esperado entre os longevos com desconforto foram, do consumo de frutas cítricas (69% contra 60% sem desconforto), de refrigerante (37% contra 34% sem desconforto), sucos cítricos (37% contra 26%) e pimenta (28% contra 25%) embora o consumo dessas variáveis tenha sido maior nos entrevistados com desconforto, não houve associação estatisticamente significativa.

Tabela 5. Relação entre desconforto urinário e o consumo de alimentos e bebidas consideradas irritativas da bexiga.

	<b>Desconforto</b>	<b>Sem Desconforto</b>	<b>Total</b>	<b>p</b>
<b>Café</b>	29 (83%)	42 (89%)	71(86%)	0,392
<b>Frutas cítricas</b>	24 (69%)	28 (60%)	52 (63%)	0,402
<b>Chocolate</b>	24 (69%)	26 (55%)	50 (61%)	0,223
<b>Chás</b>	20 (57%)	22 (47%)	42 (51%)	0,354
<b>Refrigerante</b>	13 (37%)	16 (34%)	29 (35%)	0,771
<b>Sucos cítricos</b>	13(37%)	12 (26%)	25 (30%)	0,258
<b>Pimenta</b>	10 (28%)	12 (25%)	22 (27%)	0,758
<b>Chimarrão</b>	5 (22%)	13 (26%)	18 (22%)	0.5405

Teste estatístico= Qui-quadrado

A tabela 6 mostra a relação entre desconforto urinário e a autopercepção de saúde geral, pergunta extraída do KHQ: “Como você avaliaria sua saúde hoje”. A maioria dos entrevistados considerou sua saúde boa (55%). Os longevos que relataram desconforto urinário descreveram a sua saúde como regular ou ruim mais frequentemente (29%) do que o grupo sem desconforto (15%), embora não significativo. Por outro lado, os longevos sem esse desconforto responderam mais frequentemente autopercepção de saúde boa ou muito boa.

Tabela 6. Relação entre desconforto urinário e autopercepção de saúde geral (KHQ.1).

	<b>Desconforto</b>	<b>Sem Desconforto</b>	<b>Total</b>	<b>p</b>
<b>Autopercepção de saúde</b>				
Muito boa	7(20%)	13(28%)	20(24%)	0,557
Boa	18 (51%)	27 (57%)	45 (55%)	
Regular/Ruim	10 (29%)	7 (15%)	17 (21%)	

Teste estatístico= Qui-quadrado

Quanto às perguntas do KQH sobre o quanto a bexiga ou urina atrapalha o desempenho de tarefas, os longevos relataram uma maior frequência de limitação com tarefas fora de casa (18%). Quanto ao desconforto urinário, apresentaram uma proporção maior do que o esperado tanto nas tarefas domésticas (20% contra 8% sem desconforto) quanto nas tarefas fora de casa (37% contra 4%), esta última com associação estatisticamente significativa (Tabela 7).

Tabela 7. Relação entre desconforto urinário com as limitações do desempenho de tarefas (KQH.2)

	<b>Desconforto</b>	<b>Sem desconforto</b>	<b>Total</b>	<b>p</b>
<b>Limitação de tarefas domésticas</b>	7(20%)	4(8%)	11 (13%)	0,131
<b>Limitação de tarefas fora de casa</b>	13(37%)	2(4%)	15 (18%)	<0,001

Teste estatístico= Qui-quadrado

A tabela 8 mostra a relação entre o desconforto urinário e limitações físico-social do KQH. Os longevos apresentaram uma maior frequência de limitação durante viagens (15%), atividades físicas (11%) e limitação ao visitar amigos ou parentes (8%). Os participantes que relataram desconforto urinário apresentaram proporção maior do que o esperado de limitações

em atividades físicas (26% contra 0% dos sem desconforto), em viagens (31% contra 2%) e ao visitar amigos ou parentes (17% contra 2%), com associação estatisticamente significativa para todas as relações.

Tabela 8. Relação entre desconforto urinário com as limitações físico-social (KQH.3)

	<b>Desconforto</b>	<b>Sem desconforto</b>	<b>Total</b>	<b>P</b>
<b>Limitação em atividades físicas</b>	9 (26%)	0 (0%)	9 (11%)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Limitação em viagens</b>	11 (31%)	1 (2%)	12(15%)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Limitação ao visitar amigos ou parentes</b>	6 (17%)	1 (2%)	7 (8%)	<b>0,016</b>

Teste estatístico= Qui-quadrado

Quanto a relação entre relações pessoais e desconforto urinário, os longevos que apresentaram maior frequência de limitação foram durante a vida social ou familiar (71%) e relação sexual (9%). Os participantes que relataram desconforto urinário a proporção maior do que o esperado foi de longevos que disseram que atrapalhava a relação sexual (14% contra 4% sem desconforto) e que atrapalhava a vida social ou familiar (83% contra 62%), com associação estatisticamente significativa. Esse desconforto urinário não foi relacionado com atrapalhar companheiro, como mostra a tabela 9.

Tabela 9. Relação entre desconforto urinário com as relações pessoais (KQH.4)

	<b>Desconforto</b>	<b>Sem desconforto</b>	<b>Total</b>	<b>P</b>
<b>Limitação durante relação sexual</b>	5 (14%)	2 (4%)	7 (9%)	<b>0,014</b>
<b>Limitação durante a vida social ou familiar</b>	29 (83%)	29 (62%)	58 (71%)	<b>0,037</b>
<b>Limitação com companheiro</b>	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00

Teste estatístico= Qui-quadrado

A tabela 10 mostra a relação entre desconforto urinário e o impacto causado pela incontinência urinária. Esse impacto foi verificado com maior frequência para os relatos de acordar muitas vezes para ir ao banheiro (78%), perda de urina quando tem vontade forte de urinar (63), ir muitas vezes ao banheiro (44%), vontade forte de urinar e difícil de controlar (44%), incontinência urinária de esforço (41%), molhar a cama durante sono (17%), infecções urinárias frequentes (16%), dor na bexiga (7%) e outros problemas de bexiga (2%). Entre os



entrevistados que relatou desconforto urinário, a proporção maior do que o esperado foi de longevos que disseram ir muitas vezes ao banheiro (74% contra 21% sem desconforto), tinham vontade forte de urinar e difícil de controlar (74% contra 21%), perdiam urina quando tinham vontade forte de urinar (86% contra 47%), apresentavam incontinência urinária aos esforços: como tossir, espirrar, (57% contra 30%), molhavam a cama durante a noite (29% contra 8%), tinham infecções urinárias frequentes (26% contra 9), com associação estatisticamente significativa para todas as relações. Dor na bexiga (11% contra 4%) e outros problemas relacionados à bexiga ou urina (3% contra 2%) também tiveram proporções maiores do que o esperado, porém sem indicativo de significância.

Tabela 10. Relação entre desconforto urinário com o impacto da incontinência urinária (KQH.5)

	<b>Desconforto</b>	<b>Sem desconforto</b>	<b>Total</b>	<b>P</b>
<b>Ir muitas vezes ao banheiro</b>	26 (74%)	10 (21%)	36 (44%)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Acordar muitas vezes para ir ao banheiro</b>	27 (77%)	37(79%)	64(78%)	0,864
<b>Vontade forte de urinar e difícil de controlar</b>	26 (74%)	10 (21%)	36 (44%)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Perda de urina quando tem vontade forte de urinar</b>	30 (86%)	22 (47%)	52 (63%)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Incontinência urinária de esforço</b>	20 (57%)	14 (30%)	34 (41%)	<b>0,012</b>
<b>Molhar a cama durante a noite</b>	10 (29%)	4 (8%)	14 (17%)	<b>0,016</b>
<b>Incontinência no intercuro sexual</b>	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1,000
<b>Infecção urinária frequente</b>	9 (26%)	4 (9%)	13 (16%)	<b>0,034</b>
<b>Dor na bexiga</b>	4 (11%)	2 (4%)	6 (7%)	0,217
<b>Outros problemas</b>	1 (3%)	1 (2%)	2 (2%)	0,832

Teste estatístico= Qui-quadrado

Na tabela 11 é possível observar a relação entre desconforto urinário e as emoções dos avaliados. A maior frequência relacionada as emoções foi de relatados de sentir mal com os problemas de urina ou bexiga (40%), sentimento de depressão (39%) e ansiedade ou nervosismo (32%). Para os longevos que relataram desconforto urinário a proporção maior do que o esperado foi de sentimento de depressão (68% contra 19% sem desconforto), sentiam ansiedade ou nervosismo (60% contra 11%) e se sentiam mal por esses problemas de bexiga ou urina (63% contra 23), com associação estatisticamente significativa para todas as relações, como mostra a tabela 11.

Tabela 11. Relação entre desconforto urinário com as emoções (KQH.6)

	<b>Desconforto</b>	<b>Sem desconforto</b>	<b>Total</b>	<b>P</b>
<b>Sentimento de depressão</b>	23 (68%)	9 (19%)	32 (39%)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Ansiedade ou nervosismo</b>	21 (60%)	5 (11%)	26 (32%)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Se sentir mal por esses problemas de urina ou bexiga</b>	22 (63%)	11 (23%)	33 (40%)	<b>&lt; 0,001</b>

Teste estatístico= Qui-quadrado

Quanto à relação entre desconforto urinário e sono e energia é possível verificar uma frequência maior de relatos de sentimento de cansaço ou desgastado relatado por 38% dos entrevistados e sono atrapalhado/interrompido pelos problemas de bexiga ou urina relatados por 35%. Entre longevos que relataram desconforto urinário a proporção maior do que o esperado foi que referiram que o “problema de bexiga” atrapalhava o sono (40% contra 32% sem desconforto) e se sentiam desgastados ou cansados por causa do problema de bexiga (40% contra 36% sem desconforto), sem associação estatisticamente significativa, como mostra a tabela 12.

Tabela 12. Relação entre desconforto urinário com sono e energia (KQH.7)

	<b>Desconforto</b>	<b>Sem desconforto</b>	<b>Total</b>	<b>P</b>
<b>Sono atrapalhado pela bexiga</b>	14 (40%)	15 (32%)	29 (35%)	0,448
<b>Sentir desgastado ou cansado em relação à bexiga</b>	14 (40%)	17 (36%)	31(38%)	0,72 3

Teste estatístico= Qui-quadrado

Na tabela 13 observam-se as frequências das medidas de gravidade da incontinência urinária entre longevos com e sem desconforto urinário. Foi relatado em maior frequência com 52% uso de protetores higiênicos, 37% controle na qualidade de líquidos ingeridos e 34% preocupação em estar com cheiro de urina. A proporção de desconforto foi maior do que o esperado entre longevos que usavam protetores higiênicos (69% contra 40% sem desconforto) controlavam quantidade de líquido ingerido (54% contra 23%) e se preocupavam em estar com cheiro de urina (57% contra 17%). Com associação estatisticamente significativa para todas as variáveis.

Tabela 13. Relação entre desconforto urinário com as medidas de gravidade da incontinência urinária (KQH.8)

	<b>Desconforto</b>	<b>Sem desconforto</b>	<b>Total</b>	<b><i>p</i></b>
<b>Uso de protetores higiênicos</b>	24 (69%)	19 (40%)	43 (52%)	<b>0,011</b>
<b>Controle de quantidade de líquidos ingeridos</b>	19 (54%)	11 (23%)	30 (37%)	<b>0,004</b>
<b>Preocupação em estar com cheiro de urina</b>	20 (57%)	8 (17%)	28 (34%)	<b>&lt; 0,001</b>

Teste estatístico= Qui-quadrado

Na tabela 14 é possível visualizar as médias dos escores separados por domínios do KHQ. Os escores foram criados para medir o impacto negativo da incontinência em diversos domínios. Seguindo a experiência de Zanella (2016), o instrumento foi utilizado tanto para incontinentes quanto para continentares. Os domínios com maior impacto negativo foram: medidas de gravidade ( $77,2 \pm 11,22$ ), limitação nas relações pessoais ( $56,1 \pm 33,66$ ), sono e energia ( $37,3 \pm 3,78$ ) e autopercepção de saúde ( $25,3 \pm 19,44$ ). A proporção de desconforto foi maior do que o esperado entre longevos que relataram limitação nas relações pessoais ( $62,4 \pm 33,0$  contra  $51,4 \pm 33,7$  sem desconforto), percepção negativa de saúde ( $29,3 \pm 21,43$  contra  $22,3 \pm 17,47$ ), emoções ( $34,3 \pm 27,54$  contra  $7,08 \pm 13,39$ ), limitação físico-social ( $14,2 \pm 2,36$  contra  $13,0 \pm 0,32$ ) e limitação do desempenho tarefas ( $12,8 \pm 16,14$  contra  $2,85 \pm 8,01$ ). As variáveis com associação significativa foram impacto da incontinência urinária, emoções, limitação físico-social, limitação desempenho tarefas e escore total  $p < 0,001$ .

Tabela 14. Distribuição das médias dos escores dos domínios do KHQ entre os participantes com e sem desconforto urinário.

Escores	Desconforto	Sem desconforto	Total	<i>p</i>
<b>Medidas de gravidade</b>	74,8±7,49	79,0±13,13	77,2±11,22	0,092
<b>Limitação nas relações pessoais</b>	62,4±33,0	51,4±33,7	56,1±33,66	0,147
<b>Sono/Energia</b>	36,6±4,14	37,7±3,46	37,3±3,78	0,221
<b>Percepção negativa de Saúde</b>	29,3±21,43	22,3±17,47	25,3±19,44	0,110
<b>Impacto da IU</b>	20,7±0,95	22,2±1,17	21,6±1,30	<b>&lt;0,001</b>
<b>Emoções</b>	34,3±27,54	7,08±13,39	18,7±24,57	<b>&lt;0,001</b>
<b>Limitação físico-social</b>	14,2±2,36	13,0±0,32	13,5±1,67	<b>&lt;0,001</b>
<b>Limitação desempenho tarefas</b>	12,8±16,14	2,85±8,01	7,1±13,06	<b>&lt;0,001</b>
<b>Escore Total</b>	21,3±0,84	22,7±0,93	22,13±1,14	<b>&lt;0,001</b>

Teste estatístico= Qui-quadrado; KHQ= Kings Health Questionnaire; IU= Incontinência urinária.

Para observar se a relação entre desconforto urinário e a QV medida pelas perguntas do KHQ foram realizadas regressões logísticas univariadas e ajustadas pela IU. As regressões univariadas calcularam as chances de o longo apresentar desconforto urinário na presença de itens do KHQ, não ajustando por IU. As regressões ajustadas calcularam o impacto da IU nessa relação. Os resultados (Tabela 15) permitiram verificar que a perda urinária influencia nas chances de longevos com limitações ou presenças de sintomas do questionário KHQ apresentar desconforto urinário. Também foram incluídos nessa análise fatores obstétricos. Todas as questões do KHQ assim como os fatores obstétricos foram significativos na análise univariada.

Dentre as variáveis que apresentaram as maiores chances de relatar desconforto urinário, na análise univariada, foram: limitação em viagens (RC=21,08; IC 95%= 2,56-173,15), limitação de tarefas fora de casa (RC=13,28; IC 95%=2,75-64,07) e sentimento de ansiedade ou nervosismo (RC=12,59; IC 95%=3,99-39,69). Ao ajustar pela IU essas mesmas variáveis continuaram sendo significativas, porém apresentaram menor risco de desconforto urinário. A limitação em viagens reduziu a chance em 10,9 vezes (RC=10,9; IC95%=1,31-92,29), limitação de tarefas fora de casa reduziu a chance em 1,5 vezes (RC=10,78; C 95%=1,79-64,88) e o sentimento de ansiedade ou nervosismo reduziu em 3,4 vezes (RC=9,27; IC 95%=2,58-33,25), demonstrando alguma dependência nessa relação com a IU.

Algumas questões do KHQ perderam a significância ao ajustar por IU, principalmente

as relacionadas diretamente com esse sintoma: “Perda de urina quando tem vontade forte de urinar”, “incontinência urinária de esforço”, “perda de urina durante o sono”, “uso de protetores higiênicos” e “preocupação em cheirar urina”. Questões não relacionadas diretamente com a IU também perderam sua significância: “Limitação durante a vida social ou familiar”, “infecção urinária frequente” e “se sentir mal por esses problemas de urina ou bexiga”. Entre os fatores obstétricos somente peso do maior nascido perdeu a significância ao ajustar por IU.

Tabela 15. Chances de o participante apresentar desconforto urinário relacionadas às variáveis significativas nas análises descritivas. Modelos univariadas e ajustadas pela presença de incontinência urinária (IU).

Perguntas KHQ (referência: ausência da limitação ou sintoma)	Regressões univariadas			Regressão ajustada IU		
	RC	IC 95%	<i>p</i>	RC	IC 95%	<i>p</i>
Limitação de tarefas fora de casa	13,28	2,75-64,07	<b>&lt;0,001</b>	10,78	1,79-64,88	<b>0,009</b>
Limitação em viagens	21,08	2,56-173,15	<b>0,004</b>	10,99	1,31-92,29	<b>0,027</b>
Limitação em visitar amigos ou parentes	9,51	1,08-83,08	<b>0,041</b>	15,05	0,82-274,8	0,067
Limitação durante a vida social ou familiar	2,99	1,04-8,62	<b>0,042</b>	1,21	0,33-4,45	0,766
Vontade forte de urinar e difícil de controlar	0,09	0,03-0,26	<b>&lt;0,001</b>	0,17	0,05-0,52	<b>0,001</b>
Perda de urina quando tem vontade forte de urinar	6,81	2,25-20,61	<b>&lt;0,001</b>	0,68	0,11-4,06	0,674
Incontinência urinária de esforço	3,92	1,54-9,94	<b>0,004</b>	1,36	0,47-3,94	0,563
Perda de urina durante o sono	4,29	1,21-15,15	<b>0,023</b>	2,76	0,70-10,94	0,146
Infecção urinária frequente	3,72	104-13,30	<b>0,043</b>	3,41	0,75-15,35	0,110
Sentimento de depressão	0,11	0,04-0,31	<b>&lt;0,001</b>	0,22	0,07-0,68	<b>0,008</b>
Ansiedade ou nervosismo	12,59	3,99-39,69	<b>&lt;0,001</b>	9,27	2,58-33,25	<b>&lt;0,001</b>
Se sentir mal por esses problemas de urina ou bexiga	0,18	0,06-0,47	<b>&lt;0,001</b>	0,40	0,13-1,15	0,090
Uso de protetores higiênicos	0,31	0,12-0,78	<b>0,013</b>	0,55	0,19-1,58	0,268
Preocupação em cheirar urina	6,49	2,35-17,88	<b>&lt;0,001</b>	2,85	0,96-8,49	0,058
<b>Fatores obstétricos</b>						
Número de gestações	0,72	0,54-0,96	<b>0,025</b>	0,66	0,47-0,94	<b>0,023</b>
Peso do maior RN	1,00	1,00-1,00	<b>0,031</b>	1,00	0,99-1,00	0,068
Número de filhos	0,53	0,34-0,84	<b>0,006</b>	0,49	0,29-0,82	<b>0,007</b>

RC= Razão de Chance; IC= Intervalo de confiança; KHQ= *King Health Questionnaire*;

RN = Recém-nascido. Teste estatístico=Regressões logística univariada e regressão ajustada IU.

## 6 DISCUSSÃO

O objetivo do estudo foi verificar os fatores relacionados ao desconforto urinário em longevos e longevas. Os indivíduos entrevistados nessa pesquisa eram idosos com média de idade de 92 anos denominados longevos, 56 mulheres e 26 homens, totalizando 82 participantes. Não foram encontrados estudos que avaliassem desconforto urinário independente da presença de incontinência urinária, em homens e mulheres e na faixa etária estudada. A discussão se baseia em estudos com idosos a partir de 60 anos relacionadas a sintomas urinários principalmente incontinência urinária, que é o sintoma urinário mais frequente, segundo a literatura.

### 6.1 FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Na presente pesquisa, verificou-se que a maioria dos longevos que relataram desconforto urinário eram viúvos, com baixo nível de alfabetização e do sexo feminino. Um estudo em mulheres idosas com idade média de 74 anos incontinentes e moradoras de uma instituição de longa permanência, identificou características semelhantes, sendo a maioria da amostra viúva e com baixo nível de escolaridade (PITANGUI et al., 2012).

Em relação ao nível de alfabetização, um estudo com idosos evidenciou que a maioria dos entrevistados possuía baixo nível escolar, o que influenciava na compreensão de percepção de saúde, exposições a atores de risco, estilo de vida saudável e tratamentos adequados para as questões urinárias (BERLEZI et al., 2009). Outro estudo, relacionando qualidade de vida e IU, observou, em sua amostra, que a maioria dos avaliados nunca havia estudado ou possuía baixo nível escolar (TAMANINI et al., 2003).

Quanto ao sexo, uma pesquisa buscando verificar a prevalência de IU mostrou que as mulheres são as mais acometidas com sintomas urinários (SILVA et al., 2005), esse fato pode ser explicado devido a questões anatômicas, obstétricas e hormonais. A anatomia da pelve feminina apresenta uma uretra mais curta, uma bexiga menor, além de órgãos apoiados sobre a bexiga, causando uma maior compressão. Isso pode levar a uma maior propensão a desenvolver sintomas urinários, principalmente infecção urinária (NETO, 2003), uma causa importante de IU. Outro fato é que, neste estudo conta com maior número de mulheres em relação aos homens, dados do IBGE (2010) apontam que há um maior crescente de mulheres à medida que a população envelhece.

Além disso, Higa et al. (2008) realizaram um estudo de revisão bibliográfica mostrando que problemas urinários, como a IU, aumentam com a idade. A explicação para isso, segundo os autores, se deve à diminuição da capacidade da bexiga em reter urina com o passar dos anos, diminuição do nível de estrogênio, principalmente pós-menopáusia em mulheres, e aparecimento de doenças crônicas que podem aumentar os sintomas urinários.

## 6.2 FATORES CLÍNICOS

Neste estudo, as cirurgias ginecológicas não apresentaram relação significativa, porém os idosos que realizaram cirurgia ginecológica ou urológica anterior relataram mais desconforto urinário. Um estudo descreveu que procedimentos cirúrgicos ginecológicos e urológicos possuem uma relação direta com a IU, pois a incisão cirúrgica pode gerar danos na sustentação dos órgãos, além de comprometer o bom funcionamento da MAP (PITANGUI et al., 2012). Cirurgias pélvicas, principalmente a histerectomia ou correção de prolapso de útero, podem comprometer as funções do assoalho pélvico e levar ao aparecimento de IU (HIGA et al., 2008). Outra pesquisa também mostra a relação da prostatectomia, tanto parcial quanto radical, e o aparecimento de IU, principalmente de esforço (RODRIGUES; MENDES, 1994).

A constipação não apresentou relação significativa em relação ao desconforto urinário, porém relataram mais desconforto urinário os longevos constipados. Uma pesquisa verificou que a constipação gera um estiramento do reto, podendo comprimir a bexiga, contribuindo para o aparecimento de retenção e infecção urinária. A força realizada durante a evacuação pode lesionar a MAP e, através da distensão, traumatizar e colaborar para o aparecimento de IU (HIGA et al., 2008)

Quanto à realização de exercício físico, o mesmo também não apresentou relação significativa com a presença de desconforto urinário, porém apresentaram maior frequência de atividade física os longevos com desconforto urinário. Virtuoso et al. (2012) relata que a prática de exercícios físicos, principalmente os de alto impacto, como corrida, *jump* e intensos na região abdominal; sobrecarregam a MAP, gerando um enfraquecimento e consequentemente aparecimento de urgência miccional e IU.

Entretanto, a literatura menciona que a IU e outros sintomas urinários diminuem a frequência de atividade física, gerando uma grande barreira relacionada a atividades com esforço físico. Muitas mulheres com esses sintomas abandonam as atividades físicas, pelo

temor da perda urinária e o constrangimento do odor causado por esse problema. (PEDRO et al., 2011)

O tabagismo não foi associado com o desconforto urinário. Apenas duas participantes eram tabagistas, uma apresentando desconforto outra não. Apesar disso, HIGA et al. (2008) relatam que os fumantes normalmente apresentam tosse, tosse essa mais forte e intensa, gerando pressão e aumento o esforço abdominal, podendo danificar os componentes do assoalho pélvico e o mecanismo esfinteriano da uretra. Além disso, os componentes do tabaco podem causar deficiência de estrogênio, propiciando a IU e piorando a frequência e a intensidade da IU.

Em nosso estudo a obesidade não foi vista em grande quantidade. Apenas 1 longo vivo era obeso, sendo este com relato de desconforto urinário. BERLEZI et al. (2009) relatou em sua pesquisa uma relação entre aumento de peso e sintomas urinários, devido ao excesso de peso, principalmente na região abdominal, gerando aumento da pressão intra-abdominal e, conseqüentemente, aumento da pressão intravesical. NOBLETT (2015) relata também que a urgência miccional, polaciúria e noctúria possuem forte relação com a obesidade.

Em nosso estudo, o tipo mais frequente de IU relatada foi IUM. Um estudo feito com idosas entre 60-80 anos, também teve esse mesmo resultado, tendo em vista que a IUM é mais facilmente encontrada em idosas de idade mais avançada (MELO et al., 2012)

Foram realizados testes com fita reagente, a fim de dosar presença de leucócitos e nitritos na urina, para verificar a possível relação entre indicadores de infecção urinária com desconforto urinário. Apesar de não ter tido relação estatisticamente significativa, foi possível verificar que os longevos com maior taxa de leucócitos e nitritos em suas urinas também relataram mais frequentemente desconforto urinário, a literatura traz alguns estudos duvidosos quanto à utilização e veracidade da fita, a interpretação dos mesmos é fundamental para a caracterização e prognóstico da ITU, já que pode ser considerado um exame complementar. (SATO et al., 2005).

A presença de sintomas urinários associados, além de sangue na urina e a perda excessiva de proteínas através da urina, pode sugerir comprometimento do ITU e merece uma investigação mais criteriosa (NASCIMENTO et al., 2012). Para que o teste do nitrito seja positivo, são necessárias bactérias em quantidades suficientes para converter nitratos em nitritos. Já o teste de esterase busca examinar a presença de leucócitos na urina. Para o teste ser positivo é necessária a existência de oito a dez leucócitos por campo de grande aumento. Por isso, ambos os testes com a fita são indicativos de colonização e podem estar associados com a ITU (SATO et al., 2005). O estudo de HEILBERG; SCHOR (2003) apontou que



presença de IU pode ser um fator de risco para a ocorrência de ITU na população mais idosa. Principalmente pela transmissão de bactérias durante o cuidado, higiene das mãos e o uso de absorventes que podem ser agentes de transmissão de microrganismos.

### 6.3 FATORES OBSTÉTRICOS

Quanto às características obstétricas das idosas avaliadas, foi possível verificar uma relação estatisticamente significativa de desconforto urinário com parto normal domiciliar, número de gestações, número de filhos e peso do recém-nascido. Essas variáveis já foram associadas anteriormente a presença de IU na literatura. HIGA et al.(2008) descrevem a paridade, por si só, como um fator de risco para IU; sendo o tipo de parto o principal componente para o aparecimento de sintomas urinários, porém não sendo um item isolado, mas sim quando existe a associação de traumas, lesões de assoalho pélvico ou muitas vezes quando a necessidade de utilizar instrumentos facilitadores do parto e que possam gerar danos maiores como é o caso do fórceps também pesquisado em nosso estudo, então constatando que quanto mais gestações e mais número de filhos maior a chance de traumas e maior chance do aparecimento desses sintomas. Outro fator é o peso do RN, que os autores descrevem como risco aumentado, devido ao aumento da pressão intra-abdominal, e, conseqüentemente, com o aumento da pressão intravesical.

### 6.4 CONSUMO DE ALIMENTOS E BEBIDAS CONSIDERADOS IRRITATIVOS DA BEXIGA

Em relação ao consumo de alguns alimentos e bebidas consideradas irritativas da bexiga, em nosso estudo não houve relação estatisticamente significativa com o desconforto urinário, porém foi observado, que longevos que consumiam mais chocolate, chás, sucos cítricos, frutas cítricas, pimenta e refrigerante tiveram mais queixas de desconforto urinário, quando comparado aos sem desconforto, indicando possível relação.

O estudo de Moreno et al. (2004) encontrou em suas pesquisas que determinados alimentos como cafés, frutas cítricas, achocolatados, adoçantes, pimentas e refrigerante são considerados irritativos da bexiga,(GROSSE et al., 2012) tendo em vista que essas bebidas possuem alto teor de cafeína em sua concentração tendo ação diurética nos rins aumentando o

volume urinário, apresentando efeito estimulante da musculatura lisa do detrusor, aumentando a chance de aparecimento de sintomas urinários como hiperatividade vesical.

## 6.5 QUALIDADE DE VIDA - KHQ

Quanto à autopercepção de saúde, em nosso estudo foi possível verificar que os longevos que relataram desconforto urinário descreveram a sua saúde em piores níveis que os sem desconforto. Um estudo mostra que a condição da qualidade de vida pode tornar-se menos significativa quando a percepção geral de saúde é baixa e principalmente quando existem comorbidades ou sintomas presentes (CHEN, 2009).

O questionário utilizado para verificar a qualidade de vida foi originalmente elaborado pensando em mulheres com presença de incontinência urinária, o questionário também normalmente é aplicado de forma independente respondida pelos próprios entrevistados. Em nosso estudo esse questionário foi adaptado tanto para homens quanto para mulheres com e sem presença de IU, já utilizado por ZANELLA (2016) somente em mulheres com idade a partir dos 60 anos que também apresentavam baixa escolaridade.

Outra modificação foi em virtude dos avaliados serem longevos e, a maioria com baixa escolaridade, optou-se pelo pesquisador ler as questões para os entrevistados, muitas vezes exigindo modificações de palavras ou termos que os idosos não conheciam ou não entendiam para um melhor entendimento da pergunta.

Quanto às limitações no desempenho de tarefas, a maior frequência de relato de limitação foi nas atividades fora de casa, o achado corrobora com o estudo de MINER (2008) que relata que as atividades fora de casa são as mais impactantes.

Quanto às limitações físico-social, a limitação ocorreu em maior frequência durante viagens, atividades físicas e visitar amigos e parentes. Um estudo demonstrou que a restrição social foi à queixa principal das mulheres que tinham IU, pois as impediam de sair de casa, ir a festas e clubes, fazer viagens longas e frequentar lugares. O mesmo aconteceu nas relações pessoais, houve limitação bastante evidente com relação ao atrapalhar o companheiro e relação sexual, já os familiares não houve nenhum relato disso. Nesse mesmo estudo supracitado, verificou que a vida sexual e com companheiro era prejudicada (HIGA et al., 2006).

Nos itens de impacto da IU, ir muitas vezes ao banheiro, vontade forte de urinar e difícil controlar, vontade forte de urinar com presença de perda urinária, molhar a cama durante o sono, acordar muitas vezes para ir ao banheiro, infecção urinária.

Os estudos de OLIVEIRA et al. (2007) e SAMPSELE et al. (2002) evidenciaram em seus estudos uma ligação direta entre pior qualidade de vida e a necessidade de ir muitas vezes ao banheiro, interromper o sono durante a noite pelo desejo de urinar.

Quanto às emoções, se sentir mal pelos problemas de urina ou bexiga, sentimento de depressão e ansiedade ou nervosismo, foram sentimentos associadas com desconforto urinário relatado pelos entrevistados com relação estatisticamente significativa. Esse estudo vai ao encontro do já publicado na literatura que traz que a perda de urina gera sentimentos de depressão, levando ao isolamento social, baixa autoestima (COYNE et al., 2003). Outro fator é a embaraço social, e a vergonha em procurar tratamento, se sentir desconfortável, podendo levar ao isolamento e sintomas depressivos. A própria depressão poderia também contribuir para uma demora maior na busca por tratamento, tornando-se um círculo vicioso. Portanto, é importante considerar a mentalidade e condição de humor ao gerenciar IU (HEILBERG; SCHOR, 2003) Outra questão é que os sentimentos de ansiedade ativam o sistema parassimpático levando ao aparecimento de sintomas urinários como a bexiga hiperativa (BONTEMPO et al., 2017).

Em relação ao sono e energia, apesar de não apresentar relação estatisticamente significativa, houve um maior relatado de limitação em se sentir desgastado ou cansado e também limitação durante o sono nos entrevistados que relataram desconforto urinário. Em pesquisa realizada com 54 mulheres com IU, constatou-se que o número de micções noturnas está relacionado à alteração do sono, diminuindo a energia e prejudicando as emoções das mulheres incontinentes (FONSECA et al., 2005)

Já as medidas de gravidade, apresentaram limitação com associação estatisticamente significativa os longevos com desconforto urinário que relataram que precisavam usar protetores higiênicos, controlar a quantidade de líquido ingerida e se preocupavam em cheirar a urina. Esses achados vão ao encontro do publicado por (HONÓRIO; SANTOS, 2009) que em seu estudo evidenciou que grande parte dos indivíduos que possuem perda urinária diminui o consumo de líquidos ingeridos, principalmente água e principalmente no período da noite pelo medo de aumentar a frequência urinária e o volume de perda. Eles ainda relatam que o uso de protetores higiênicos, como um hábito frequente ao sair de casa muitas vezes causando incomodo e desconforto, aumentando a segurança e diminuindo a preocupação ao sair de casa e estar cheirando a urina, podendo levar ao aparecimento de infecção urinária.

Assim, o número de micções diurnas e noturnas referidas foi o fator que mais prejudicou a qualidade de vida. O aumento da frequência urinária se relacionou com a maior limitação das atividades da vida diária, levando a alteração dos sentimentos, do

relacionamento pessoal e ao isolamento social. Da mesma forma, o número de micções noturnas demonstrou alterar o sono, a energia e as emoções das mulheres incontinentes (FONSECA et al., 2005).

Os escores com maior impacto negativo na QV foram às medidas de gravidade com total de 77 pontos, limitação nas relações pessoais com 56 pontos e sono/energia com 37 pontos. Faria et al. (2014) em sua pesquisa, verificou também, que o domínio medidas de gravidade foi o mais afetado, indicando que o estilo de vida acaba sendo modificado devido as questões urinárias, uso proteção diariamente e ingestão menor de líquidos, além de constantemente apresentarem sentimentos como vergonha e constrangimento. Quanto a questão do sono, os autores também evidenciaram um alto escore, podendo ser explicado pela noctúria, já que os idosos podem acordar pelo desejo miccional e acabar perdendo o sono.

Como limitação do estudo, foi percebida a dificuldade de compreensão por parte dos longevos de algumas perguntas do questionário KHQ, não ter aplicado o questionário prévio para avaliar a cognição, além de ficar claro e evidente o sentimento de vergonha e constrangimento em falar sobre um tema tão íntimo, em alguns casos foi percebida uma omissão dos reais sintomas pelos mesmos motivos.

## 7 CONCLUSÃO

Através dos resultados encontrados, é possível expor as seguintes considerações:

- A) 43% dos entrevistados relataram desconforto urinário;
- B) Já na qualidade de vida de todos os avaliados foi possível observar que o desconforto urinário limitou significativamente as tarefas fora de casa, durante a realização de atividades físicas, viagens e ao visitar amigos e parentes também. As relações pessoais com familiares, vida social e durante a relação sexual foram outros aspectos limitantes. Dos impactos diretos, ir muitas vezes ao banheiro, apresentar vontade forte de urinar e difícil de controlar, perder urinar quando tinha vontade forte de urinar, perda de urina aos esforços como tossir, espirrar, correr, molhar a cama durante a noite e infecção urinária frequente foram bastante limitantes. Aspectos relacionados às emoções como sentimento de depressão, nervosismo e ansiedade e se sentir mal com esses problemas de urina ou bexiga foram relatados.
- C) Os principais fatores relacionados ao desconforto urinário em mulheres foram: número de gestações e filhos e bebês muito grandes.
- D) A frequência de IU na amostra foi de 71%, destes 71%, 97% relataram desconforto urinário. Com relação a caracterização da IU, a maioria apresentou IUM (48%), seguida de IUU(42%), IUE(10%).
- E) A perda de urina influenciou significativamente a chance de relato de desconforto urinário, diminuindo o risco nos indivíduos que tinham esse desconforto urinário. Medidas preventivas de utilizar protetores higiênicos, controlar a quantidade de líquido ingerido e preocupação em estar cheirando a urina era frequentemente relatado também. Nos domínios do questionário de qualidade de vida as medidas de gravidade, limitação nas relações pessoais, sono e energia foram os escores de maior impacto negativo na qualidade de vida.

Apesar de poucas pesquisas com longevos, nonagenários e centenários, sugere-se, assim que, na avaliação do estado de saúde de todos os idosos, seja incluída a questão: “quanto a sua urina ou a bexiga atrapalha a sua vida ou não” em todas as oportunidades. Essa inclusão possibilitará a avaliação mais detalhada por um profissional habilitado, propiciando uma intervenção antes do aparecimento da IU. Como por exemplo, a Fisioterapia Pélvica, que é a especialidade da Fisioterapia que estuda as questões pélvicas e urinárias e atualmente já é considerada como tratamento padrão ouro para incontinência urinária, tendo ótimos

resultados em curto período de tempo, além de ser indolor, de fácil acesso, baixo custo, não invasivo. Tendo em vista que eles sentem-se incomodados e possuem uma pior qualidade de vida quando se trata da saúde urinária, exigindo uma maior atenção dos cuidadores formais e informais, profissionais de saúde em geral para esses sintomas existentes e a procura por tratamentos para melhorar a sintomatologia e repercutindo em um envelhecimento mais ativo com maior qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

- ARAUJO, K.L; QUEIROZ, A.C. Análise do perfil dos agentes causadores de infecção do trato urinário e dos pacientes portadores, atendidos no Hospital e Maternidade Metropolitano-SP. **Journal of the Health Sciences Institute**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 7-12, 2012.
- BERLEZI, E.M, et al. Incontinência urinária em mulheres no período pós menopausa: um problema de saúde pública. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 159-173, 2009.
- BERQUÓ, E; CAVENAGUI, S. Fecundidade em declínio. **Revista Novos Desafios**. Tocantins, v. 74, n.1, p. 11-15, 2006.
- BOMFIM, I.Q.M; SOUTINHO, S.R.S; ARAÚJO, E.N. Comparação da Qualidade de Vida das Mulheres com Incontinência Urinária Atendidas no Sistema de Saúde Público e Privado. **UNOPAR Científica Ciências biológicas e da saúde**. Londrina, v.16, n.1, p.19-24, 2014.
- BONTEMPO, A.P.S. et al. Fatores associados à síndrome da bexiga hiperativa em idosas: um estudo transversal. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 475-484, 2017.
- BÓS, A.J.G. **Epi Info® sem mistérios**: um manual prático. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.
- BULECHEK, B. et al. **NIC- Classificação de intervenção em enfermagem**. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- BURGIO, K.L. et al. Enurese noturna em adultos mais velhos da comunidade. **Journal of the American Geriatrics Society**. Dallas, v. 44, n. 2, p.139-43, 1996.
- BUSATO JUNIOR, W.F.S; MENDES, F.M. Incontinência urinária entre idosos institucionalizados: relação com mobilidade e função cognitiva. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Santa Catarina, v. 36, n. 4, p. 49-55, 2007.
- CALDAS, C.P. et al. Terapia comportamental para incontinência urinária da mulher idosa: uma ação do enfermeiro. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 783-8, 2010.
- CHEN, Y.N, et al. Urinary Incontinence among Institutionalized Oldest Old Chinese Men in Taiwan. **Neurourology and Urodynamics**. Estados Unidos, v. 28 n.1, p.335-338, 2009.
- COLOMBELLI, A.S.S; FALKENBERG, M. Comparação de bulas de duas marcas de tiras reagentes utilizadas no exame químico de urina. **O Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, v.42, n.2, p.85-93, 2006.

COYNE, K.S. et al. The impact on health-related quality of life of stress, urge and mixed urinary incontinence. **BJU International**. Boston, v. 92, n. 7, p. 731-51, 2003.

FARIA, C.A. et al. Incontinência urinária e noctúria: prevalência e impacto sobre qualidade de vida em idosas em uma Unidade Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 17-25, 2014.

FITZGERALD, S. et al. The impact of urinary incontinence in working women: a study in a production facility. **Women Health**, Cleveland, v. 35, n. 1, p. 1-16, 2002.

FLORES, M.N et al. Incontinência urinária em idosas institucionalizadas. **Moreira JR**. Rio de Janeiro, p. 70,74, 2004.

FONSECA, E.S.M. et al. Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 235-42, 2005.

FRANCO, MF, et al. Avaliação da qualidade de vida e da perda urinária de mulheres com bexiga hiperativa tratadas com eletroestimulação transvaginal ou do nervo tibial. **Fisioterapia e Pesquisa**. São Paulo, v.18, n.2, p. 145-50, 2011.

GROSSE, D; SINGLER, J. Reeducação perineal, São Paulo, **Manole**, 2002.

HEILBERG, I, P; SCHOR, N. Abordagem diagnóstica e terapêutica na infecção do trato urinário- ITU. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v.49, n.1, p.109-16, 2003.

HIGA, R. LOPES, M.H.B.M.; REIS, M.J. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 42, n. 1, p. 187-92, 2008.

HONÓRIO, M.O.; SANTOS, S.M.A. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na QV. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 51-6, 2009.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo de 2010**.

2010. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso em: 12 mar. 2016.

JEREZ-ROIG, J; SOUZA, D.L.B; LIMA, K.C. Incontinência urinária em idosos institucionalizados no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 865-879, 2013.

KONEMAN, E. W. et al. **Diagnóstico microbiológico**. Texto e atlas colorido, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

LOPES, M.H.B.M; HIGA, R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da



mulher urinária à vida da mulher. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 34-41, 2006.

LOURENÇO, T.M. et al. Capacidade funcional no idoso longo vivo: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 176-185, 2012.

MELO, B.E.S. et al. Correlação entre sinais e sintomas de incontinência urinária e autoestima em idosas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 41-50, 2012.

MINER, J.R. P.B. Economic and personal impact of fecal and Urinary Incontinence. **Journal of Clinical Gastroenterology**. Estados Unidos, v.126, n.1, p. 8-13, 2004.

MORENO, AL, Fisioterapia em uroginecologia, São Paulo, **Manole**; 2004.

MOURÃO, L.F. Caracterização e fatores de risco de incontinência urinária em mulheres atendidas em uma clínica ginecológica. **Revista ESTIMA**. São Paulo, v. 15, n. 2, p. 82-91, 2017.

NASCIMENTO, W.L.S; OLIVEIRA, F.C; ARÁUJO, G.L.S. Infecção do trato urinário em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. **Ensaio e ciência - Ciências biológicas, agrárias e da saúde**, Curitiba, v. 16, n. 4, p. 111-123, 2012.

NETO, O.N.V. Infecção do trato urinário. **Revista Medicina**. Ribeirão Preto, v. 36, n.1, p. 365-369, 2003.

NOBLETT, S.S. Results of a prospective, randomized, multicenter study evaluating sacral neuromodulation with interstim therapy compared to standard medical therapy at 6 months in subjects with mild symptoms of overactive bladder. **Neurourology and Urodynamics**, v. 34, n. 3, p. 224-30, 2015.

NOGUEIRA, S.L. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Carlos, v. 14, n. 4, p. 322-329, 2010.

NOLASCO, J.; BERQUO, L.M.M.; SANDOVAL, R.A. Atuação da cinesioterapia no fortalecimento muscular do assoalho pélvico feminino: revisão bibliográfica. **EF Deportes Revista Digital**. Buenos Aires, v. 12, n.117, 2008.

OLIVEIRA, E. et al. Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v. 56, n. 6, p. 688-90, 2010.

OLIVEIRA, J.M.S. et al. Correlação entre sintomas urinários e qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. **Fisioterapia e Pesquisa**. Rio de Janeiro, v. 14, p. 3, p. 12-7, 2007.

PATRICIO, K.P. et al. O segredo da longevidade segundo as percepções dos próprios longevos. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1189-1198, 2008.

PEDRO, A.F. et al. QV de mulheres com incontinência urinária. **Revista Eletrônica de Saúde Mental, Álcool e Drogas**. São Paulo, v. 7, n. 2, p. 63-70, 2011.

PITANGUI, A.C.R; SILVA, R.G; ARAÚJO, R.C. Prevalência e impacto da incontinência urinária na QV de idosas institucionalizadas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 15, n.4, p. 619-626, 2012.

REIS, R.B. COLOGNA, A.J.; MARTINS, A.C.P. et al. Incontinência urinária no idoso. **Acta Cirúrgica Brasileira**. São Paulo, v. 18, n.5, p. 47-51, 2003.

RODRIGUES, L.L. et al. 2 Alta frequência de infecção no trato urinário em idosos asilados em Santarém. **Revista Em Foco**. Belém, v. 11, n. 21, p. 10-15, 2014.

RODRIGUES, R.A; MENDES, M.M.R. Incontinência urinária em idosos: proposta para a conduta da enfermeira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.2, n. 2, p. 5-20, 1994.

SAAD, P.M. Envelhecimento populacional: demandas e possibilidades na área de saúde, 2015. Disponível em:  
<http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/series/article/view/71/68>.

SAMPSELE, C. M. et al. Urinary incontinence predictors and life impact in ethnically diverse perimenopausal women. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**. Philadelphia, v.100, n. 1, p. 1230-7, 2002.

SATO, A.F; et al. Nitrito urinário e infecção do trato urinário por cocos gram-positivos. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 6, p.397-404, 2005

SCHREINER, L. Eletroestimulação do nervo tibial no tratamento da incontinência urinária de urgência em idosas. Porto Alegre, 2009. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica). Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

SILVA, A.P.M; SANTOS, V.L.C.G. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v39, n.1, p. 36-45,2005.

SILVA, L; LOPES, M.H.B.M. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 43, n. 1, p. 72-8, 2009.

TAMANINI, J.T.N. et al. Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. **Revista Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 203-11, 2003.

VALÉRIO, T.M.O.S.; CARTVALHO, J.A.; SILVA, E.B. Cinesioterapia na incontinência urinária de esforço na mulher. **Revista Científica do ITPAC**. Araguaína, v. 6, n. 4, p. 7-13, 2013.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista Saúde Pública**. Rio De Janeiro, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

VIRTUOSO, J.F; MAZO, G.Z; MENEZES, E.C. Prevalência, tipologia e sintomas de gravidade da incontinência urinária em mulheres idosas segundo a prática de atividade física. **Fisioterapia em Movimento**. Curitiba, v. 25, p. 3, n. 571-82, 2012.


WACHS, L.S. et al .Prevalence of home care and associated factors in the Brazilian elderly population. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 258-264, 2016.

WANG, C.J. et al. Urinary Incontinence and Its Association with Frailty Among Men Aged 80 Years or Older in Taiwan. **Rejuvenescimento Revista**. São Paulo, v. 20, n. 2, p. 111-117, 2017.

ZANELLA, A. K. Avaliação da consciência da musculatura do assoalho pélvico e a sua relação a incontinência urinária em idosas. Porto Alegre, 2016. Tese de Doutorado, Programa de Gerontologia Biomédica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

**ANEXOS**

## ANEXO 1 - AVALIAÇÃO AMPAL

 Instituto de Geriatria e Gerontologia PUCRS  
Acompanhamento Multiprofissional de Longevos  
VERSÃO 5 (Março 2016)

Data da Entrevista:  /  / 20 L 1/8

**DADOS GERAIS**

Entrevistadores

Nome

Endereço/localidade

Bairro/distrito  CEP  -  Setor

Telefone (se preenchido confirmar)  Outro telefone  Contato

Data de nascimento  /  /  Idade  Sexo (longevo)  masculino  feminino CPF do longevo  .  .  -

Sabe ler e escrever?  Sim  Não Anos de Estudo:   Não sabe Primário 4 anos Médio (Científico) 11 anos  
Ginásio 8 anos Superior 15 anos

O longevo mora sozinho?  Sozinho  Com familiar  Só com cuidador ou pessoa não familiar

Qual seu atual estado conjugal? (ESCOLHA SIMPLES)

casado(a)  divorciado(a), sem companheiro(a)  não sabe  
 mora com companheiro(a)  viúvo(a), sem companheiro(a)  
 separado(a), sem companheiro(a)  nunca casou (solteiro(a), sem companheiro(a))

Qual a cor da sua pele ou etnia? (ESCOLHA SIMPLES)

branca  preta  parda (mulato)  indígena  asiática (amarela)  não sabe

Quem está acompanhando o longevo (nome) - se sozinho(a) colocar - "nenhum" Sexo do acompanhante:  masculino  feminino

Relação com o longevo:  Familiar  Não familiar Acompanhante é cuidador?  Sim  Não

Qual a renda mensal de sua família?  .  , 00 Ou em salários mínimos:  , 00  
 não sabe  
 recusou-se a responder

**Domicílio:** Observar (durante a entrevista se) se na casa há:  
Degraus:  Não  Sim Tapetes soltos:  Não  Sim Corrimão no banheiro:  Não  Sim

---

**Autopercepção de saúde (só pelo longevo)**

Em geral diria que sua saúde é (não se aplica para cuidador)? (ESCOLHA SIMPLES)

1. Ótima / Boa  2. Regular  3. Má / Péssima

Como classificaria sua saúde oral (dentes, dentadura, gengivas e dentro de sua boca)? (ESCOLHA SIMPLES)

1. Ótima / Boa  2. Regular  3. Má / Péssima

Como classificaria sua mastigação (para alimentos que gostaria de comer)? (ESCOLHA SIMPLES)

1. Ótima / Boa  2. Regular  3. Má / Péssima  4. Alimenta-se por sonda

---

**As próximas perguntas podem ser respondidas pelo cuidador (se presente) se o longevo não conseguir responder.**

Diria que, no geral, seu apetite ou vontade de comer tem sido... (ESCOLHA SIMPLES)

1. Ótima / Boa  2. Regular  3. Má / Péssima

Como classificaria sua visão (mesmo com óculos ou lentes). (ESCOLHA SIMPLES)

1. Ótima / Boa  2. Regular  3. Má / Péssima

Como classificaria sua audição (mesmo usando aparelho, caso use). (ESCOLHA SIMPLES)

1. Ótima / Boa  2. Regular  3. Má / Péssima

O que mais lhe incomoda ultimamente



Draft

## MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

L

2 / 8

Orientação temporal (5): Em que dia estamos?

 Ano  Semestre  Mês  Dia do mês  Dia da semana

Orientação espacial (5): Onde estamos?

 Estado  Cidade  Bairro  Rua  Local

Registro (3): Pedir para repetir as palavras depois de dizê-las (repetir até aprender, máximo 5x)

 Caneta  Tapete  Tijolo
Perguntar se faz cálculos:  Sim => Se de R\$ 100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria?
 93 Se retirados mais R\$ 7,00  86-7=  79-7=  72-7=  65

 Não => Solete a palavra MUNDO de trás para frente:  O  D  N  U  M
Memória de evocação (3): Repita as três palavras que disse a pouco.  Caneta  Tapete  TijoloMostrar um relógio e uma caneta e pedir para nomeá-los. Respondeu corretamente?  Relógio  CanetaRepita a frase (1): "NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ"  Conseguiu  Falhou

Siga em ordem os três estágios (3):

Pegue o papel com a mão direita,  Conseguiu 1Dobre-o ao meio  Conseguiu 2  Falhou todosPonha-o no chão  Conseguiu 3

Pedir para ler e executar (1):

 Conseguiu  Falhou

# Feche os olhos

Pedir para escrever uma frase completa (1): \_\_\_\_\_

 Conseguiu  Falhou

Copie o desenho (1):

 Conseguiu  Falhou


## Avaliação Linguagem

Dificuldade de encontrar a palavra certa: ( ) nunca ( ) às vezes ( ) sempre

Dificuldade de expressar pensamentos: ( ) nunca ( ) às vezes ( ) sempre

Dificuldade em entender as pessoas no silêncio? ( ) nunca ( ) às vezes ( ) sempre

Dificuldade em entender as pessoas no barulho? ( ) nunca ( ) às vezes ( ) sempre

## Memória (perguntas respondidas pelo familiar/cuidador)

Esquece nomes de familiares: ( ) nunca ( ) às vezes ( ) sempre

Esquece o que devia fazer: ( ) nunca ( ) às vezes ( ) sempre

Consegue acompanhar programas de TV: ( ) nunca ( ) às vezes ( ) sempre

Quantas vezes por mês, em média, saiu de casa, fora de sua propriedade, nos últimos 6 meses?

 todos os dias colocar 30, uma vez por semana colocar 4, se não sai, colocar 00, se não sabe,
   x/mês

colocar o mais aproximado possível

Com que frequência recebe visita de amigos ou familiares por semana: ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5+

Com que frequência participa de atividades sociais (ex.: grupo de idosos) por semana:

( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5+

Normalmente, realiza as seguintes atividades (pelo menos semanalmente)? (múltipla escolha)

 Atividades domésticas (ajuda na cozinha ou limpeza)

 Leitura  Assiste TV  Escuta rádio  Cuida de plantas ou animais

 Atividades manuais (conserta objetos, costura ou faz tricot)





Draft

### Qual a facilidade ou dificuldade de realizar as seguintes atividades (ESCOLHA SIMPLES)

L

3 / 8

	Fácil	± fácil	Difícil	Não consegue
É fácil ou difícil caminhar 400 metros ou quatro quadras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É fácil ou difícil subir 10 degraus ou um lance de escada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É fácil ou difícil levantar ou carregar objetos de 5 quilos (duas sacolas de supermercado)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É fácil ou difícil levantar-se de uma cadeira sem usar as mãos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É fácil ou difícil abaixar-se e levantar-se para pegar um objeto no chão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É fácil ou difícil levantar os braços acima da cabeça?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É fácil ou difícil agarrar objetos firmemente com as mãos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É fácil ou difícil transferir-se para uma cama ou cadeira?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É fácil ou difícil banhar-se?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É fácil ou difícil vestir-se?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É fácil ou difícil alimentar-se sozinho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É fácil ou difícil usar o banheiro para suas necessidades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sem auxílio, é capaz de:

Sair da cama:  Não  Sim Preparar refeições:  Não  Sim Fazer compras:  Não  Sim

As seguintes perguntas referem-se ao seu sentimento nas duas últimas semanas:

- Está satisfeito com sua vida?  Sim  Não  
 Interrompeu muitas de suas atividades?  Sim  Não  
 Acha que sua vida está vazia?  Sim  Não  
 Aborrece-se com frequência?  Sim  Não  
 Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?  Sim  Não  
 Teme que algo ruim lhe aconteça?  Sim  Não  
 Sente-se alegre a maior parte do tempo?  Sim  Não  
 Sente-se desamparado com frequência?  Sim  Não  
 Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?  Sim  Não  
 Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?  Sim  Não  
 Acha que é maravilhoso estar vivo(a)?  Sim  Não  
 Sente-se inútil?  Sim  Não  
 Sente-se cheio(a) de energia?  Sim  Não  
 Sente-se sem esperança?  Sim  Não  
 Acha que os outros têm mais sorte que você?  Sim  Não

Como foi o seu sono nos últimos seis meses (múltipla escolha):

- sem alteração  dificuldade para iniciar o sono  sono agitado  
 dificuldade de manter o sono  sonolência diurna

Padrão de comportamento: Apático/sonolento:  nunca  às vezes  sempreAgitado/hiperativo:  nunca  às vezes  sempreTosse durante/após refeição?  nunca  às vezes  sempreApresenta engasgos?  nunca  às vezes  sempreObservou alguma ferida (inclui aftas, úlceras, etc) em sua boca?  não  simSente a boca seca?  nunca  às vezes  sempreSente ardência na boca?  nunca  às vezes  sempre

Sentiu algum destes sintomas uma ou mais vezes por semana nos últimos 6 meses?

 Nenhum  Falta de ar  Chiado no peito  Palpitações  Fraqueza/Fadiga  Desmaios

 Tosse - atualmente está:  seca  secreção amarelada ou esverdeada  
 secreção clara  secreção vermelha ou preta

O quanto a sua urina ou bexiga atrapalha a sua vida?

 Nada  Raramente ou pouco  Às vezes ou mais ou menos  Frequentemente ou muito

 O/A Sr/a às vezes perde urina ou fica molhado/a?  Não  Sim Se sim quantas vezes:    
 dia  
 semana  
 mês

Quando perde urina? (MÚLTIPLA ESCOLHA)

- nunca  quando estou dormindo  sem razão óbvia  
 antes de chegar ao banheiro  quando faço atividades físicas  o tempo todo  
 quando tusso ou espirro  terminei de urinar e estou me vestindo

Isso provoca alguma vergonha ou constrangimento?  Não  SimTem sentido dificuldade ou desconforto ao urinar?  nunca  às vezes  sempre



Constipação intestinal: ( ) nunca ( ) às vezes ( ) sempre

Diarreia: ( ) nunca ( ) às vezes ( ) sempre

Sente tontura ou vertigem: ( ) nunca ( ) às vezes ( ) sempre

Com que frequência tem medo de cair: ( ) nunca ( ) às vezes ( ) sempre

Sofreu queda (nos últimos 6 meses)?  Não  Sim Se sim quantas vezes:  /  ( ) dia ( ) semana ( ) mês

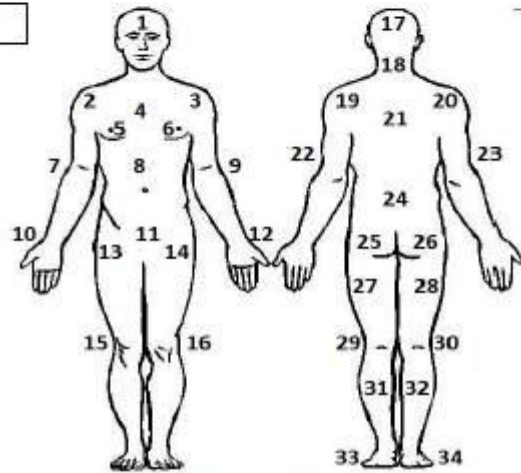
Para caminhar, na maioria das vezes, necessitou, nos últimos 6 meses: ( ) nenhum auxílio ( ) bengala ou muleta ( ) cadeira de rodas ( ) acamado

Alterações cutâneas ou osteoarticulares(últimos 6 meses)

Presença de lesão/ferida: ( ) não ( ) sim Local  Local  Local  Local

Apresenta alguma dor constante: ( ) não ( ) sim

LOCAL(dor)	INTENSIDADE:
<input type="text"/>	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10
<input type="text"/>	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10
<input type="text"/>	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10
<input type="text"/>	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10
<input type="text"/>	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10
<input type="text"/>	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10



Foi atendido/a em serviço de saúde nos últimos 6 meses?

( ) não ( ) sim, consulta rotina (hora marcada) ( ) sim, consulta emergência

Data do último atendimento:

/  /

Atendido por qual(is) profissional(is)

- ( ) NSA ( ) Agente de Saúde ( ) Fisioterapeuta ( ) Fonoaudiólogo ( ) Psicólogo
- ( ) Médico ( ) Dentista ( ) Nutricionista ( ) Não sabe responder
- ( ) Enfermeiro ( ) Outro profissional:

Motivo ( ) NSA

Ano da última vacina para gripe

( ) NSR  Pneumonia: ( ) NSR  Tétano: ( ) NSR

Teve infecção respiratória nos últimos 6 meses?

( ) não ( ) sim, sem antibiótico ( ) sim, com antibiótico Quantas vezes?

Quadro de doenças - Algum médico ou profissional de saúde alguma vez disse que o Sr(a) (ou longo vivo para o cuidador) tem ou teve as seguintes doenças:

- ( ) Nenhuma doença(exclui as outras)
- ( ) Problemas do coração(angina,infarto,arritmia)
- ( ) Hipertensão ou pressão alta (inclui uso de diurético)
- ( ) Diabetes (açúcar no sangue)
- ( ) Probl. gástricos (gastrite, úlcera,refluxo)
- ( ) Problemas respiratórios (Enfisema/Bronquite=DPOC, Asma)
- ( ) Artrose, junta gasta ou reumatismo
- ( ) Infecção urinária de repetição
- ( ) Doença da tireóide (hiper ou hipo)
- ( ) Prob. Olhos (glaucoma, catarata, degeneração)
- ( ) Doença de Parkinson
- ( ) Derrame ou isquemia cerebral
- ( ) Demências ou Alzheimer
- ( ) Depressão
- ( ) Ansiedade
- ( ) Câncer tipo=
- ( ) Excesso de peso

( ) Outra doença:





## Agora vamos lhe fazer perguntas sobre a sua alimentação

L  
5 / 8

Draft

Em quantos dias da semana costuma comer feijão?   
Se menos de uma vez por semana colocar 0 (zero)

Em quantos dias da semana costuma comer salada de alface ou tomate ou outra verdura ou legume cru?  *Se >0* → Em geral quantas vezes por dia come esse tipo de salada?  1 vez por dia  
Se menos de uma vez por semana colocar 0 (zero)  2 x por dia  
(Ler as opções)  3 x ou mais p/d

Em quantos dias da semana costuma comer verdura ou legume cozido, como couve, cenoura, chuchu, beringela, abobrinha? (sem contar batata, mandioca ou inhame) Se menos de uma vez por semana colocar 0 (zero)  *Se >0* → Em geral quantas vezes por dia come verdura ou legume cozido? (Ler as opções)  1 vez por dia  
 2 x por dia  
 3 x ou mais p/d

Em quantos dias da semana costuma comer carne vermelha (boi, porco, ovelha)?  *Se >0* → Quando come carne vermelha costuma:  Tirar o excesso de gordura  
Se menos de uma vez por semana colocar 0 (zero)  Comer com a gordura  
(Ler as opções)

Em quantos dias da semana costuma comer frango ou galinha?  *Se >0* → Quando come frango ou galinha costuma:  Tirar a pele  
Se menos de uma vez por semana colocar 0 (zero)  Comer com a pele  
(Ler as opções)

Em quantos dias da semana costuma comer peixe?

Em quantos dias da semana costuma tomar suco natural de frutas?  *Se >0* → Em geral quantos copos de fruta natural toma por dia? (Ler as opções)  1 copo  
Se menos de uma vez por semana colocar 0 (zero)  2 copos  
 3 copos ou mais

Em quantos dias da semana costuma tomar refrigerante ou suco artificial?  *Se >0* → Que tipo de refrigerante ou suco artificial costuma beber? (Ler opções)  Normal  
 Diet/Light/Zero  
 Ambos

Em geral quantos copos de refrigerante ou suco artificial toma por dia?  1 copo  
 2 copos  
 3 copos ou mais

Em quantos dias da semana costuma comer frutas?  *Se >0* → Em geral quantas vezes por dia come frutas? (Ler as opções)  1 vez por dia  
Se menos de uma vez por semana colocar 0 (zero)  2 x por dia  
 3 x ou mais p/d

Em quantos dias da semana costuma tomar leite?  *Se >0* → Quando toma leite que tipo costuma tomar? (Ler as opções)  Integral  
Se menos de uma vez por semana colocar 0 (zero)  Desnatado ou semi desnatado  
 Ambos

Em quantos dias da semana come alimentos doces, tais como pedaços de bolo ou torta, doces, chocolates, balas, biscoitos ou bolachas doces? Se menos de uma vez por semana colocar 0 (zero)

Em quantos dias da semana costuma tomar bebida alcoólica?

Em quantos dias da semana substitui a refeição do almoço ou jantar por sanduíches, salgados ou pizzas? Se menos de uma vez por semana colocar 0 (zero)

Considerando a comida preparada na hora e os alimentos industrializados, acha que o seu consumo de sal é:  Muito alto  Adequado  Muito baixo  
(Ler as opções)  Alto  Baixo

Nos últimos três meses, praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (não considere fisioterapia)  Sim  Não

Quantos dias por semana costuma praticar exercício físico ou esporte?   
Se menos de uma vez por semana colocar 0 (Zero)

O/A Sr/a perdeu mais de 4 kg no último ano sem razão específica?  Não  Sim  Não sabe

Houve diminuição da ingestão de alimentos por perda de apetite, problemas digestivos, dificuldade para mastigar ou deglutir, nos últimos 6 meses? (ESCOLHA SIMPLES)  
( ) Sem diminuição ( ) Diminuição leve ( ) Diminuição moderada ( ) Diminuição severa

Diminuiu o consumo dos seguintes alimentos nos últimos 6 meses: (MÚLTIPLA ESCOLHA)  
( ) Não diminuiu ( ) frutas (laranja, banana, mamão, etc) ( ) carnes ou ovos  
( ) verduras e legumes (cenoura, cebola, alface, brócolis) ( ) cereais (arroz, massa)  
( ) leite e derivados (queijo, iogurte, exceto margarina) ( ) leguminosas (feijão, lentilha)

Aumentou a ingestão alimentar nos últimos 6 meses? (MÚLTIPLA ESCOLHA)  
( ) não aumentou ( ) alimentos doces  
( ) sal (embutidos e processados, macarrão instantâneo, congelados) ( ) refrigerantes  
( ) alimentos gordurosos (frituras, carne gordurosa e fast food) ( ) bebidas alcoólicas









## ANEXO 2 -KING'S HEALTH QUESTIONNARIE ADAPTADO

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

**Como você avalia a sua saúde hoje:** Muito boa ( ) Boa ( ) Normal ( ) Ruim ( ) Muito ruim ( )

**Quanto você acha que seu problema de bexiga ou urina atrapalha a sua vida?** Não atrapalha ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

### Limitação ao desempenho de tarefas

**Com que intensidade seu problema de bexiga ou urina atrapalha suas tarefas de casa. (ex: limpar, lavar, cozinhar, etc)?** Nenhuma ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

**Com que intensidade seu problema de bexiga ou urina atrapalha seu trabalho ou suas atividades diárias normais fora de casa como: fazer compras, levar filho a escola, etc?** Nenhuma ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

### Limitação física/social

**Seu problema de bexiga ou urina atrapalha suas atividades físicas como: fazer caminhada, correr, fazer algum esporte, etc?** Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

**Seu problema de bexiga ou urina atrapalha quando você quer fazer uma viagem?** Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

**Seu problema de bexiga ou urina atrapalha quando você vai a igreja, reunião, festa?** Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

**Você deixa de visitar seus amigos por causa do seu problema de bexiga ou urina?** Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

### Relações pessoais

**Seu problema de bexiga ou urina atrapalha a sua vida sexual** ( ) Não se aplica ( ) Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito

**Seu problema de bexiga ou urina atrapalha sua vida com seu companheiro?** ( ) Não se aplica ( ) Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito

**Seu problema de bexiga ou urina incomoda seus familiares?** ( ) Não se aplica ( ) Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito

### Intensidade

**Frequência:** Você vai muitas vezes ao banheiro: Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

**Noctúria:** Você levanta a noite para urinar? Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

**Urgência:** Você tem vontade forte de urinar e difícil de controlar: Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

**Bexiga hiperativa:** Você perde urina quando tem muita vontade de urinar: Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

**Incontinência urinária de esforço:** Você perde urina quando tosse, espirra, corre? Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

**Enurese noturna:** Você molha a cama á noite: Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

**Incontinência no intercuro sexual:** Você perde urina durante relação sexual? Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

**Infecções urinárias:** Você tem muita infecção urinária frequente? Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

**Dor na bexiga:** Você tem dor na bexiga: Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

**Outros:** Você tem algum outro problema relacionado a bexiga ou urina? Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

### **Emoções**

Você fica deprimida com seu problema de bexiga ou urina? Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Você fica ansiosa ou nervosa com seu problema de bexiga ou urina? Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Você fica mal com você mesma por causa do seu problema de bexiga ou urina? Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

### **Sono/Energia**

Seu problema de bexiga ou urina atrapalha seu sono? Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Você se sente desgastada ou cansada pelo seu problema de bexiga ou urina? Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

### **Algumas situações acontecem com você?**

Você usa algum tipo de protetor higiênico como: fralda, forro, absorvente para manter-se seca (o)? ( ) Não ( ) Às vezes ( ) várias vezes

Você controla a quantidade de líquido que bebe? Não( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( )  
Muito ( )

Você precisa trocar a sua roupa íntima (calcinha/cueca) quando fica molhada (o): Não( ) Um  
pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )

Você se preocupa (o) em estar cheirando a urina? Não( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( )  
Muito ( )

## ANEXO 3 - CÁLCULO DO KING'S HEALTH QUESTIONNARIE

### PONTUAÇÃO E CALCULO DO KHQ (0-100)

#### Percepção geral de saúde

Pontuação / ((Pontuação da Questão 1-1)/4 x 100

1 -Muito boa

2- Boa

3- Regular

4- Ruim

5- Muito ruim

#### Impacto da incontinência

Pontuação = ((Pontuação da Questão 2-1)/3 x 100

1 Nem um pouco

2 Um pouco

3 Moderadamente

4 Muito

#### Limitações das atividades diárias

Pontuação = (((Pontuação das Questões 3a + 3b) -2) /6) x 100

1 Nem um pouco

2 Um pouco

3 Moderadamente

4 Muito

#### Limitações Físicas

Pontuação = (((Pontuação das Questões 4a + 4b) -2) / 6) x 100

1 Nem um pouco

2 Um pouco

3 Moderadamente



4 Muito

### **Limitações Sociais**

Pontuação = (((Pontuação das questões 4c + 4d + 5c) -3) /9 x 100\*\*

\*\* Se a pontuação da questão 5c  $\geq 1$ ; se 0, então ... -2) /6) x 100

1 Nem um pouco

2 Um pouco

3 Moderadamente

4 Muito

### **Relações Pessoais**

Pontuação = (((Pontuação das questões 5a + 5d) -2) /6) x 100\*\*\*

\*\*\* Se a pontuação das questões 5a + 5d  $\geq 2$ ,

Se (5a + 5b) = 1; .... -1) /3) 100

Se (5a + 5b) = 0; .... Tratar como não aplicável

1 Não aplicável

1 Nem um pouco

2 Um pouco

3 Moderadamente

4 Muito

### **Emoções**

Pontuação = (((Pontuação das Questões 6a + 6b + 6c) -3) /9) x 100

2 Nem um pouco

3 Um pouco

4 Moderadamente

5 Muito

### **Sono e disposição**

Pontuação = (((Pontuação das Questões 7a + 7b) -2) /6) x 100

- 1 Nunca
- 2 Às vezes
- 3 Frequentemente
- 4 O tempo todo

**Medidas de gravidade**

Pontuação = (((Pontuação das Questões 8a + 8b + 8c + 8d + 8e) -5) /15) x 100

- 1 Nunca
- 2 Às vezes
- 3 Frequentemente
- 4 O tempo todo

**ANEXO 4 - APROVAÇÃO COMISSÃO CIENTÍFICA****SIPESQ**  
Sistema de Pesquisas da PUCRS

Código SIPESQ: 7417

Porto Alegre, 14 de agosto de 2016.

Prezado(a) Pesquisador(a),

A Comissão Científica do INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA da PUCRS apreciou e aprovou o Projeto de Pesquisa "Impacto da urina na qualidade de vida e sua possível relação com a incontinência urinária de longevos e longevas". Este projeto necessita da apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Toda a documentação anexa deve ser idêntica à documentação enviada ao CEP, juntamente com o Documento Unificado gerado pelo SIPESQ.

Atenciosamente,

Comissão Científica do INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

## ANEXO 5 - PARECER DO CEP

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** IMPACTO DA URINA NA QUALIDADE DE VIDA E SUA POSSÍVEL RELAÇÃO COM A INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE LONGEVOS E LONGEVAS

**Pesquisador:** Ângelo José Gonçalves Bós

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 59664716.5.0000.5336

**Instituição Proponente:** UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.822.931

#### Apresentação do Projeto:

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. Enfatiza-se, no último Censo brasileiro de 2010, o aumento importante das pessoas com mais de 80, também chamadas de longevas. Esse aumento da longevidade vem acompanhado de alguns prejuízos funcionais gerando alguns eventos incapacitantes e que causam uma perda muito grande da qualidade de vida. Entre os prejuízos funcionais se destaca a diminuição da habilidade em controlar a bexiga. **Objetivo:** Avaliar o impacto da urina na qualidade de vida e sua possível relação com a incontinência urinária de longevos e longevas. **Métodos:** A pesquisa tem como desenho ser transversal, observacional e analítico de caráter quantitativo. A amostra será composta por longevos acima de 90 anos residentes da cidade de Porto Alegre, RS, participantes do projeto Atenção Multiprofissional ao Longevo (AMPAL), sendo excluídos idosos que apresentarem infecção urinária. O impacto da urina na qualidade de vida será avaliado pelo instrumento Kings Health Questionnaire (KHQ) adaptado para pessoas com e sem incontinência. Os longevos irão ser divididos em dois grupos de acordo com a presença ou ausência de incontinência urinária, as médias das subescalas do KHQ entre os dois grupos será feito pelo teste t- Student. Além deste questionário, os dois grupos ainda responderão um questionário uroginecológico com perguntas sobre a urina e fatores sociodemográficos.

**Endereço:** Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703  
**Bairro:** Partenon **CEP:** 90.619-900  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@puocs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.822.931

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Estudar a relação entre impacto da urina na qualidade de vida e a possível relação com a incontinência urinária de longevos e longevas.

**Objetivo Secundário:**

Descrever o nível de respostas à questão de "o quanto a urina e bexiga atrapalham a vida" apresentadas pelos longevos; Observar o grau de impacto da urina na qualidade de vida em todos os longevos; Identificar a frequência e a característica da IU entre os entrevistados; Relacionar o nível de respostas à questão de "o quanto a urina e bexiga atrapalham a vida" e o grau de qualidade de vida tanto na presença quanto na ausência da IU; Verificar a possível influência de fatores sociodemográficos e clínicos nessa relação.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Embora não seja comum, durante a entrevista o paciente poderá se sentir constrangido, ou desconfortável com o assunto em questão. Em qualquer momento, a entrevista poderá ser encerrada sem qualquer prejuízo para o participante respeitando o seu desejo de não participação.

**Benefícios:**

Ao identificar a prevalência da incontinência urinária nesta faixa etária, suas especificidades, fatores determinantes e aspectos sociodemográficos envolvidos, pode ser traçado e planejado medidas de prevenção e tratamento, que visem reduzir os sintomas, diminuir custos e melhorar a qualidade de vida nesta população.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Sem comentários adicionais

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

Todos os documentos e termos obrigatórios foram apresentados.

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

Todas as pendências foram atendidas adequadamente.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas na Resolução CNS n° 466 de 2012 e da Norma Operacional n° 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Endereço: Av.Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703  
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucls.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.822.931

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_782786.pdf	04/11/2016 15:52:16		Aceito
Declaração de Pesquisadores	AoCEP04112016.docx	04/11/2016 15:50:47	Angelo José Gonçalves Bós	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCUD.pdf	04/11/2016 15:50:27	Angelo José Gonçalves Bós	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_consentimento_adultos_capazes.docx	04/11/2016 15:32:19	Angelo José Gonçalves Bós	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	04/11/2016 15:31:59	Angelo José Gonçalves Bós	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_responsavel.pdf	01/09/2016 11:28:15	Angelo José Gonçalves Bós	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoassi.pdf	26/08/2016 18:13:21	Luisa Braga Jorge	Aceito
Outros	LATTES.docx	26/08/2016 18:05:30	Luisa Braga Jorge	Aceito
Outros	DocumentoUnificado_1471147205355.pdf	26/08/2016 18:05:17	Luisa Braga Jorge	Aceito
Outros	AprovacaoCCientifica_1471147205355.pdf	26/08/2016 18:04:57	Luisa Braga Jorge	Aceito
Orçamento	Orcamento_assinado.pdf	26/08/2016 17:49:06	Luisa Braga Jorge	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 16 de Novembro de 2016

Assinado por:

Paulo Vinicius Sporleder de Souza  
(Coordenador)

Endereço: Av.Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703  
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

**APÊNDICES**

## APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Nós, Ângelo José Gonçalves Bós e Luisa Braga Jorge, responsáveis pela pesquisa: **Impacto da urina na qualidade de vida e sua possível relação com a incontinência urinária de longevos e longevas.** Estamos fazendo um convite para você participar como voluntário nesse estudo.

Esta pesquisa pretende avaliar o impacto dos desconfortos urinários na QV de pessoas acima de 80 anos, possibilitando fornecer informações úteis para um maior entendimento das consequências desse desconforto. Acreditamos que a pesquisa seja importante, pois muitas vezes não nos damos conta que este possível desconforto causado pela urina pode atrapalhar muito a QV e que, sendo bem avaliado, poderá ser evidenciada a necessidade de um tratamento.

O presente trabalho será realizado através da coleta de informações relacionadas ao aparelho urinário. Os questionários serão analisados posteriormente para levantamento de dados. Além disto, será realizada também uma coleta de urina para detectar possível presença de infecção urinária.

A sua participação constatará em responder dois questionários com perguntas relacionadas sobre a bexiga e a urina, com duração de aproximadamente 45 minutos, para verificar os possíveis desconfortos urinários. A entrevista ocorrerá na própria residência dos participantes.

É possível a ocorrência de risco ou desconforto mínimo em função da coleta de dados através dos questionários, a qual se justifica pela relevância da pesquisa. Caso você se sinta constrangido, ou desconfortável em qualquer momento, a entrevista poderá ser encerrada sem qualquer prejuízo para você ou para os pesquisadores. Você tem o direito de pedir uma indenização por qualquer dano que resulte da sua participação no estudo.

Os benefícios que esperamos com o estudo são: identificação de uma possível infecção urinária e a avaliação da consequência do possível desconforto urinário na QV dos participantes.

O Senhor (a) pode solicitar esclarecimentos sobre qualquer questão referente ao estudo, tem liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar da pesquisa sem que lhe traga qualquer prejuízo ou retaliação. Garante-se o caráter confidencial das informações relacionados a sua privacidade. O acesso às informações será garantido em todas as etapas do trabalho, inclusive no resultado. Os dados obtidos serão



utilizados apenas para fins a que esta pesquisa se propõe. Os resultados serão divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Caso, tenha a necessidade de maiores esclarecimentos, poderá contatar a qualquer hora os pesquisadores Ângelo Bós (51) 3353-6229, ou Luisa Braga Jorge (51) 33536229.

Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa você terá direito à assistência gratuita que será prestada pelos pesquisadores. Se por algum motivo você tiver despesas decorrentes da sua participação neste estudo com transporte e/ou alimentação, você será reembolsado adequadamente pelos pesquisadores.

Caso você tenha qualquer dúvida quanto aos seus direitos como participante de pesquisa, entre em contato com Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP-PUCRS) em (51) 33203345, Av. Ipiranga, 6681/prédio 50 sala 703, CEP: 90619-900, Bairro Partenon, Porto Alegre -RS, e-mail: cep@pucrs.br, de segunda a sexta-feira das 8h às 12h e das 13h30 às 17h. O Comitê de Ética é um órgão independente constituído de profissionais das diferentes áreas do conhecimento e membros da comunidade. Sua responsabilidade é garantir a proteção dos direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes por meio da revisão e da aprovação do estudo, entre outras ações.

Ao assinar este termo de consentimento, você não abre mão de nenhum direito legal que teria de outra forma.

Não assine este termo de consentimento a menos que tenha tido a oportunidade de fazer perguntas e tenha recebido respostas satisfatórias para todas as suas dúvidas.

Se você concordar em participar deste estudo, você rubricará todas as páginas e assinará e datará duas vias originais deste termo de consentimento. Você receberá uma das vias para seus registros e a outra será arquivada pelo responsável pelo estudo. Não serão utilizadas imagens durante as avaliações.

A urina que será coletada irá ser analisada e descartada imediatamente após o teste rápido para detectar indícios de infecção urinária.

Eu, \_\_\_\_\_, após a leitura deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que

desejar.

Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Assinatura do participante da pesquisa ou de seu representante legal

Assinatura de uma testemunha

**Declaração do profissional que obteve o consentimento**

Expliquei integralmente este estudo clínico ao participante ou ao seu cuidador. Em minha opinião e na opinião do participante e do cuidador, houve acesso suficiente às informações, incluindo riscos e benefícios, para que uma decisão consciente seja tomada.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Investigador

\_\_\_\_\_  
Luisa Braga Jorge

**APÊNDICE 2 - FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS**Fatores sociodemográficos e clínicos

Data da avaliação: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Nível de escolaridade: \_\_\_\_\_

Mulheres

Menarca: \_\_\_\_\_ DUM: \_\_\_\_\_ N° de filhos: \_\_\_\_\_

N° de gestações: \_\_\_\_\_ Tipo de parto: ( ) normal ( ) Cesária ( ) fórceps

Episiotomia: Sim ( ) Não ( ) Peso do maior RN: \_\_\_\_\_

Cirurgia uroginecológica/urológica anterior: Sim( ) Não ( )

Sistema digestivo: ( )normal ( )constipada (o)

Desconforto urinário: Qual? \_\_\_\_\_

Perda urinária: Sim( ) Não( )

IUU ( )

IUE ( )

IUM ( )

Atividade física: Sim( ) Não( )

Tabagismo: Sim( ) Não( )

Obesidade: Sim( ) Não( )

Consumo de alimentos/bebidas irritativas da bexiga:

( )café ( )chimarrão ( )frutas cítricas ( )sucos cítricos ( )pimenta ( )chocolate ( )chás ( )refrigerante ( )bebida alcoólica

### APÊNDICE 3 – ARTIGO ORIGINADO DA DISSERTAÇÃO



#### Possíveis diferenças de sexo na relação entre indicadores de força muscular de membros inferiores e a presença de incontinência urinária em nonagenários e centenários

Journal:	Fisioterapia em Movimento
Manuscript ID:	FM-2017-0147
Manuscript Type:	Original Article
Keyword - Please find your keywords from the following lists <a href="http://decs.bvs.br/">http://decs.bvs.br/</a> and <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh</a>	longevidade, incontinência urinária, força muscular, dose de 80 anos ou mais

SCHOLARONE™  
Manuscripts

Possíveis diferenças de sexo na relação entre indicadores de força muscular de membros inferiores e a presença de incontinência urinária em nonagenários e centenários

*Possible gender differences in the relationship between lower limb muscle strength indicators and the presence of urinary incontinence in nonagenarians and centenarians*

*Posibles diferencias de sexo en la relación entre indicadores de fuerza muscular de miembros inferiores y la presencia de incontinencia urinaria en nonagenarios y centenarios*

## RESUMO

**Introdução:** A fraqueza da musculatura do assoalho pélvico (MAP) é uma das principais causas da incontinência urinária (IU). A força de membros inferiores (MMII) também pode estar comprometida nesse contexto. O avançar da idade favorece o desenvolvimento da IU e também a perda de massa e força muscular. **Objetivo:** Verificar a possível relação entre IU e indicadores de força de MMII em nonagenários e centenários. **Métodos:** Estudo transversal e analítico com nonagenários e centenários do projeto AMPAL. A IU, facilidade em executar atividades relacionadas aos MMII, teste *Timed Up and Go* (TUG), sexo, idade, estado conjugal e sintomas depressivos foram as variáveis do estudo. **Resultados:** Foram avaliados 238 idosos, sendo 174 mulheres (73%). A facilidade para caminhar 400 metros e levantar-se de uma cadeira e o tempo no TUG foram os indicadores de força muscular de MMII mais significativos na correlação entre IU e força muscular ajustado pelo sexo (respectivamente,  $RC=0,832$ ,  $p=0,011$ ;  $RC=0,846$ ,  $p=0,012$  e  $RC=0,352$ ,  $p=0,002$ ). Contudo, o sexo foi a variável com relação mais significativa ( $RC=0,349$ ,  $p=0,001$ ), sendo que sua presença diminuía a significância estatística das demais variáveis. Sintomas depressivos foram influenciados pela presença do sexo nos modelos de regressão. **Conclusão:** Os resultados apontam que a força muscular está relacionada com a força muscular de MMII, principalmente em mulheres e por isso, exercícios de fortalecimento muscular de MMII podem ser agregados aos programas de prevenção de IU, somados aos já reconhecidos exercícios da MAP.

1  
2  
3 **Palavras-Chaves:** longevidade, incontinência urinária, força muscular, idoso de 80  
4 anos ou mais.  
5

## 6 7 **ABSTRACT**

8  
9  
10 **Introduction:** Urinary incontinence is a health problem, which may be associated with  
11 weakness of the perineal muscles, which may be related to the loss of muscle strength in  
12 the lower limbs. **Objective:** To verify the possible relation between IU and lower limbs  
13 strength indicators. **Methods:** Cross-sectional and analytical study with nonagenarians  
14 and centenarians of the "Multiprofessional Attention to the oldest old" project. Presence  
15 of IU, Timed up and Go test walking and climbing stairs, sex, age means, marital status,  
16 and depression symptoms were the study variables. Descriptive and analytical analysis  
17 (chi-square tests, analysis of variance and univariate and sex-adjusted logistic  
18 regression) were performed accepting  $p < 0.05$ . **Results:** There was a relationship  
19 between indicators of lower limb muscle strength and IU. The ease of walking 400  
20 meters and stand up from a chair and the time in the TUG were the most significant  
21 indicators of muscle strength in the correlation between IU and muscle strength adjusted  
22 by sex (respectively,  $RC = 0.832$ ,  $p = 0.011$ ,  $RC = 0.846$ ,  $p = 0.012$  and  $RC = 0.352$ ,  $p =$   
23  $0.002$ ). However, sex was the most significant relationship with IU in the logistic  
24 regression ( $RC = 0.349$ ,  $p = 0.001$ ), and in the complete model it decreased the  
25 statistical significance of other variables. Depressive symptoms were influenced by the  
26 presence of sex in the regression model. **Conclusion:** Preventive activities need to focus  
27 on older women aiming to improve the muscular strength of lower limb may reduce the  
28 risk of developing IU.  
29

30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43 **Key Words:** longevity, urinary incontinence, muscle strength, aged – 80 and over.  
44  
45

## 46 47 **RESUMEN**

48  
49 **Introducción:** La debilidad de la musculatura del piso pélvico (MAP) es una de las  
50 principales causas de la incontinencia urinaria (IU). La fuerza de miembros inferiores  
51 (MMII) también puede estar comprometida en ese contexto. El avance de la edad  
52 favorece el desarrollo de la IU y también la pérdida de masa y fuerza muscular.  
53 **Objetivo:** Verificar la posible relación entre IU e indicadores de fuerza de MMII en  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3 nonagenarios y centenarios. **Métodos:** Estudio transversal y analítico con nonagenarios  
4 y centenarios del proyecto AMPAL. La IU, la facilidad para realizar actividades  
5 relacionadas con los MMII, la prueba Timed Up and Go (TUG), el sexo, la edad, el  
6 estado conyugal y los síntomas depresivos fueron las variables del estudio. **Resultados:**  
7 Se evaluaron 238 ancianos, siendo 174 mujeres (73%). La facilidad para caminar 400  
8 metros y levantarse de una silla y el tiempo en el TUG fueron los indicadores de fuerza  
9 muscular de MMII más significativos en la correlación entre IU y fuerza muscular  
10 ajustada por el sexo (respectivamente,  $RC = 0,832$ ,  $p = 0,011$ ;  $= 0,846$ ,  $p = 0,012$  y  $RC$   
11  $= 0,352$ ,  $p = 0,002$ ). Sin embargo, el sexo fue la variable con relación más significativa  
12 ( $RC = 0,349$ ,  $p = 0,001$ ), siendo que su presencia disminuía la significancia estadística  
13 de las demás variables. Los síntomas depresivos fueron influenciados por la presencia  
14 del sexo en los modelos de regresión. **Conclusión:** Los resultados apuntan que la fuerza  
15 muscular está relacionada con la fuerza muscular de MMII, principalmente en mujeres y  
16 por eso, ejercicios de fortalecimiento muscular de MMII pueden ser agregados a los  
17 programas de prevención de IU, sumados a los ya reconocidos ejercicios de la MAP.

18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28 **Palabras clave:** longevidad, incontinencia urinaria, fuerza muscular, anciano de 80  
29 años o más  
30  
31

## 32 33 34 35 36 **INTRODUÇÃO**

37  
38  
39 A incontinência urinária (IU) segundo a Sociedade Internacional de Continência  
40 é definida como a queixa de qualquer perda involuntária de urina<sup>1</sup>. Estudos  
41 internacionais demonstram que sua prevalência pode chegar a 30% em idosos residentes  
42 no domicílio e até 40 – 70% em idosos hospitalizados ou institucionalizados, sendo  
43 mais prevalente no sexo feminino aumentando significativamente com o avançar da  
44 idade, embora possa acontecer em qualquer fase da vida<sup>2</sup>.

45  
46  
47  
48  
49 Devido a sua alta prevalência, a IU é considerada um problema de saúde pública,  
50 que além de causar uma grande despesa econômica e, aumentar o risco de outras  
51 doenças pode reduzir a qualidade de vida dos portadores, levando ao aparecimento de  
52 sintomas depressivos como isolamento e baixa autoestima. Além disso, a IU aumenta  
53 expressivamente o risco de institucionalização, fraturas e fragilidade<sup>3</sup>. A fragilidade é  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3 uma condição clínica muito prevalente especialmente nas pessoas com 80 anos ou mais  
4 (Longevos) e é caracterizada principalmente pela diminuição da massa e da força  
5 muscular. A perda da força da musculatura do assoalho pélvico (MAP) é uma das  
6 principais causas de IU em longevos<sup>4</sup>.

7  
8  
9 Pesquisas recentes relatam a correlação da IU e declínio funcional, assim como  
10 com a força muscular especialmente de membros inferiores (MMII), indicando que  
11 quanto maior a perda de força muscular, maior a severidade dos sintomas de IU<sup>5,6</sup>. A  
12 força de MMII, por sua vez, está associada ao desempenho das atividades de vida diária  
13 e velocidade da marcha, estando relacionada também à incapacidade nas idades mais  
14 avançadas<sup>7</sup>. Existem diversas maneiras de mensurar a força de MMII, incluindo o  
15 autorrelato do desempenho das atividades de vida diária (AVDs), e, mais precisamente,  
16 por meio de testes funcionais, como o *Timed Up and Go* (TUG)<sup>8</sup>. A maioria dos estudos  
17 sobre IU e o declínio funcional é restrita à população feminina. Por isso poucos estudos  
18 buscam avaliar a comparação do desempenho funcional e a IU entre homens e  
19 mulheres. Os homens apresentam distintas características funcionais e de  
20 envelhecimento podendo apresentar também distintas relações aos sintomas da IU.  
21 Com relação à força de MMII tanto homens quanto mulheres demonstram o mesmo  
22 padrão de diminuição muscular durante o envelhecimento<sup>9</sup>. A mobilidade funcional e o  
23 TUG diminuem com o envelhecimento tanto em homens, quanto em mulheres, estudos  
24 mostram que essa diminuição não diferente entre os sexos<sup>10</sup>.

25  
26  
27 Dada à relevância da IU e da diminuição da força muscular em longevos, e  
28 principalmente nonagenários e centenários, urge a necessidade de descrever a possível  
29 relação entre os indicadores de força muscular de membros inferiores e a presença de IU  
30 em nonagenários e centenários.

## 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60

Trata-se de um estudo transversal e analítico. A técnica de amostragem foi de conglomerados representativos dos bairros de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, sendo selecionados idosos de 90 anos ou mais participantes do Projeto de Atenção Multiprofissional ao Longevo (AMPAL) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Os participantes deveriam ter 90 anos ou mais, ser domiciliados em Porto Alegre e não residir em instituições de longa permanência, sendo incluídos idosos com qualquer nível funcional. O projeto é um estudo longitudinal aprovado pelo comitê



Na Tabela 1 se observa a distribuição dos participantes por características sociodemográficas, divididos em grupos de continententes e incontinententes. Participaram 238 longevos, 73% mulheres, 67% viúvos, 56% incontinententes, com média etária maior entre os incontinententes,  $92,4 \pm 3,69$  anos ( $p=0,299$ ). Tanto o sexo quanto o estado conjugal apresentaram relação significativa com a perda urinária, sendo que as mulheres e os viúvos apresentaram maior frequência de perda urinária ( $p<0,05$ ). Com relação aos indicadores clínicos entre continententes e incontinententes, identificou-se que a média de sintomas depressivos foi maior entre os incontinententes ( $1,6 \pm 1,17$  sintomas,  $p=0,052$ ).

Tabela 1. Distribuição dos participantes por características sociodemográficas e clínicas nos grupos continententes e incontinententes,  $n=238$ , Porto Alegre, RS, Brasil, 2016.

	Continententes n (%)	Incontinententes n (%)	Total n (%)	<i>p</i>
<b>Sexo</b>				
Feminino	64 (35)	110 (65)	174 (73)	<u>0,001</u>
Masculino	40 (62)	24 (38)	64 (27)	
<b>Idade (Média <math>\pm</math> DP)</b>	$91,9 \pm 3,32$	$92,4 \pm 3,69$	$92,2 \pm 3,53$	0,299
<b>Estado conjugal</b>				
Casado	32 (63)	19 (27)	51 (21)	0,017
Solteiro/Divorciado	13 (48)	14 (52)	27 (11)	
Viúvo	59 (37)	101 (63)	160 (67)	
<b>Sintomas depressivos</b>	$1,4 \pm 1,09$	$1,6 \pm 1,17$	229 (96)	0,052
<b>TOTAL</b>	104(44)	134(64)	238(100)	

Na Tabela 2 se observa a distribuição dos continententes e incontinententes pelo grau de facilidade e velocidade em executar as atividades indicativas de força muscular de membros inferiores. A dificuldade em levantar-se da cadeira, subir escadas e caminhar 400 metros foram relacionadas significativamente com a IU ( $p<0,05$ ). Participantes incontinententes apresentaram maior frequência de dificuldade e impossibilidade de executar as tarefas. O tempo médio de realização do TUG não foi significativamente diferente entre os dois grupos. Entretanto, os continententes apresentaram um menor tempo de realização do TUG ( $20,6 \pm 20,69$ s) quando comparados aos incontinententes ( $21,0 \pm 17,38$ s), representando uma maior velocidade de realização do teste.

Tabela 2. Distribuição dos continentes e incontinentes pelo grau de facilidade e velocidade em executar as atividades indicadoras de força muscular de membros inferiores, n=238, Porto Alegre, RS, Brasil, 2016.

	Continentes n (%)	Incontinentes n (%)	Total	p
<b>Grau de facilidade em levantar da cadeira*</b>				
Não consegue	21 (20)	56 (42)	77 (32)	0,001
Difícil	31 (30)	30 (22)	61 (26)	
Mais ou menos fácil	12 (12)	19 (14)	31 (13)	
Fácil	39 (38)	29 (22)	68 (29)	
<b>Grau de facilidade em caminhar 400 metros</b>				
Não consegue	12 (12)	40 (30)	52 (22)	0,040
Difícil	37 (36)	46 (34)	83 (35)	
Mais ou menos fácil	22 (21)	22 (16)	44 (18)	
Fácil	33 (32)	26 (19)	59 (25)	
<b>Grau de facilidade em subir escadas*</b>				
Não consegue	13 (12)	40 (30)	53 (22)	0,011
Difícil	37 (36)	36 (27)	73 (31)	
Mais ou menos fácil	20 (19)	25 (19)	45 (19)	
Fácil	34 (33)	32 (24)	66 (28)	
<b>TUG (média ± DP)</b>	<b>20,6 ± 20,69</b>	<b>21,0 ± 17,38</b>		<b>0,874</b>

\* NR=1

A regressão logística foi utilizada para calcular as chances de o longo apresentar IU. Em um modelo completo (Tabela 3) apenas a variável sexo continuava apresentando significância estatística. Por isso, foram criados modelos ajustados pelo sexo, para identificar a influência dessa variável sobre cada um dos fatores de risco identificados. Nesse novo modelo, apenas a dificuldade de levantar da cadeira, caminhar 400 metros e o tempo do TUG continuavam significativos. Nas regressões univariadas o sexo foi a variável com nível de significância maior, também foram variáveis significativas, o estado conjugal, a dificuldade em levantar da cadeira, caminhar 400 metros e subir escadas.

Tabela 3. Regressões logísticas univariada e ajustada pelo sexo para a chance dos longevos apresentarem incontinência urinária, n=238, Porto Alegre, RS, Brasil, 2016.

	Regressões univariadas			Regressão ajustada pelo sexo*		
	RC	IC 95%	p	RC	IC 95%	p
<b>Sexo masculino</b>	0,35	0,19-0,63	0,001	-	-	-
<b>Idade (anos)</b>	1,07	0,91-1,25	0,377	0,34	0,78-1,12	0,223

Estado conjugal (ref. Casado)							
Solteiro/ divorciado		1,81	0,71-4,66	0,217	1,12	0,39-3,16	0,836
Viuvo (a)		2,88	1,50-5,54	0,002	1,85	0,87 - 3,94	0,893
Síntomas depressivos		0,56	0,33-0,96	0,034	0,60	0,35-1,04	0,069
Facilidade levantar-se cadeira	em da	0,83	0,73-0,94	0,003	0,85	0,74-0,96	0,012
Facilidade caminhar metros	em 400	0,806	0,70-0,92	0,002	0,83	0,72-0,96	0,001
Facilidade subir escadas	em	0,87	0,76-0,99	0,004	0,90	0,79-1,04	0,105
TUG		1,00	0,99-1,02	0,890	0,352	0,18-0,69	0,002

\*Regressões univariadas ajustadas pelo sexo para cada variável.

Na Tabela 4 observa-se que na regressão univariada para homens a única variável significativa que poderia influenciar a chance de apresentar IU foram os sintomas depressivos ( $p=0,044$ ). Já nas mulheres, a facilidade em levantar-se da cadeira, caminhar 400 metros e subir escadas foram variáveis com associação significativa à chance de desenvolver IU. Dessa forma, podemos inferir que as alterações funcionais, relacionada a força dos MMII, estão mais relacionadas à IU em mulheres do que nos homens.

Tabela 4. Regressões logísticas univariada para homens e mulheres para a chance dos longevos apresentarem incontinência urinária,  $n=238$ , Porto Alegre, RS, Brasil, 2016.

	Regressões univariadas para homens			Regressão univariada para mulheres			
	RC	IC 95%	<i>p</i>	RC	IC 95%	<i>p</i>	
Idade (anos)	1,07	0,92-1,26	0,377	1,01	0,93-1,11	0,743	
Estado conjugal (ref. Casado)							
Outro	1,18	0,10-14,42	0,895	0,89	0,23-3,35	0,858	
Viuvo (a)	2,36	0,81-6,86	0,113	1,42	0,46-4,33	0,537	
Síntomas depressivos <2pontos)	(ref. 0,33	0,11-0,97	0,044	0,74	0,40-1,40	0,359	
Facilidade levantar-se cadeira	em da	0,90	0,70-1,17	0,464	0,82	0,71-0,96	0,012
Facilidade caminhar	em 400	0,84	0,63-1,10	0,207	0,83	0,70-0,98	0,027

metros							
Facilidade subir escadas	em	1,12	0,85-1,47	0,395	0,84	0,71-0,99	0,029
TUG		1,05	0,99-1,13	0,105	0,10	0,98-1,01	0,454

## DISCUSSÃO

O presente trabalho teve o intuito de investigar a existência de possíveis diferenças entre os sexos, a relação com os indicadores de força muscular de MMII e a presença de IU em nonagenários e centenários, valendo-se que os achados poderiam ajudar o tratamento dessa disfunção. A literatura científica já demonstra a importância de verificar outros grupos musculares, como os abdominais, e sua relação com a MAP. Devido à sinergia muscular e seu funcionamento em cadeias, podemos relacionar o funcionamento da MAP e músculos abdominais com os achados do presente estudo, que demonstram a relação entre a IU e indicadores de força muscular em MMII. Considerando que a IU é sintoma bastante importante, a diminuição da força muscular pode ser considerada um sinal de alerta, tanto para prevenção, quanto para o seu tratamento<sup>14</sup>.

Estudos demonstram que a frequência de IU é maior em mulheres e aumenta com a idade<sup>15</sup>. Em nosso estudo as mulheres apresentaram mais perda urinária (65%) quando comparado aos homens (38%). As mulheres são mais acometidas por IU por uma desvantagem anatômica, em que o canal da uretra é mais curto do que dos homens. Além disso, a mulher é mais exposta a fatores de risco como obesidade, paridade (tipo de parto, uso anestesia no parto, peso do recém-nascido), menopausa, cirurgias ginecológicas, constipação intestinal, maior número de doenças crônicas, menores níveis de prática de atividade física e fatores hereditários, que estão intimamente relacionados com o enfraquecimento da musculatura pélvica<sup>15</sup>. As principais causas de IU no sexo masculino são a Hiperplasia Benigna Prostática (HBP) e as neoplasias prostáticas<sup>16,17</sup>. Sendo assim, embora não tenhamos avaliado a presença dessas afecções, sugere-se que esta porcentagem inferior de homens incontinentes se deve possivelmente à não existência dessas patologias.

Também em nosso estudo a frequência de IU foi maior que o encontrado na literatura em ambos os sexos. Esse achado pode ser explicado pois a idade dos participantes dessa pesquisa em questão é bastante diferente das demais encontradas, com idosos de menor idade. Um estudo analisando idosos institucionalizados observou

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

frequência menor para mulheres (54%) do que em homens (14%)<sup>18</sup>. São vários os fatores de risco encontrados na literatura que se associam e contribuem para o desenvolvimento da IU, entre eles, o envelhecimento natural das fibras musculares do assoalho pélvico<sup>10</sup>.

Em nossa pesquisa os incontinentes são o grupo que contam com mais participantes viúvos. Este achado corrobora com uma pesquisa que ao avaliarem a IU e a funcionalidade de uma população idosa, encontraram relação significativa entre a IU e estado civil ( $p=0,037$ ), apontando que entre os incontinentes, 73,8% eram viúvos<sup>19</sup>. Acredita-se que esta prevalência de IU em indivíduos viúvos esteja relacionada ao fato de não existir um companheiro, os mesmos não procuram tratamento por considerarem que perder urina é algo normal e por não acharem que se trata de um evento importante, pois é algo bastante íntimo.

Com relação à presença de sintomas depressivos medida pelo GDS, em nosso estudo, os incontinentes apresentaram uma pontuação maior do GDS quando comparado com os continentos. Tal achado corrobora com um trabalho que ao avaliarem a qualidade de vida de mulheres com IU observaram que quase 80% manifestaram problemas emocionais como depressão<sup>20</sup>. Uma outra pesquisa avaliando a QV, relata que normalmente, a IU gera perda de autoconfiança e autoestima, levando ao isolamento social e sentimentos como solidão e tristeza que conseqüentemente geram sintomas depressivos<sup>21,22</sup>.

Relacionando com as demais variáveis estudadas como o sexo e o estado civil, mulheres casadas incontinentes podem ter pior qualidade de vida, quando comparadas com as não casadas com os mesmos sintomas<sup>21</sup>. Esse fato pode ser explicado pela presença de depressão, que de acordo com achados de outra pesquisa<sup>23</sup>, podendo ser uma conseqüência da IU<sup>24</sup>. Além disso, essa condição clínica pode influenciar negativamente a autopercepção de saúde<sup>10,25</sup> e conseqüentemente mascararem o relato do grau de dificuldade para realizar atividades de mobilidade e força de MMII<sup>22,23</sup>. Em nosso estudo os sintomas depressivos foram particularmente mais importantes entre os homens avaliados, isso pode ser explicado por outro estudo que evidenciou que a IU afeta negativamente a vida dos homens principalmente com relação a suas parceiras, especialmente nas questões emocionais, sexuais e sociais, destacando-se o sofrimento psíquico que eles geram<sup>22</sup>. A IU foi mensurada por autorrelato, e dessa forma, muitos homens podem ter omitido a presença desse problema durante a avaliação, por vergonha ou constrangimento, principalmente na presença de suas companheiras.

1  
2  
3 Foi constatado que a maioria dos incontinentes apresentou algum nível de  
4 dificuldade para levantar de uma cadeira, caminhar e subir escadas e esse percentual foi  
5 menor nos continentes nas três atividades sugerindo a eles uma melhor funcionalidade,  
6 sendo mais determinantes entre as mulheres. A associação entre IU e funcionalidade  
7 também observaram escores mais baixos de funcionalidade no grupo de incontinentes.  
8 Os escores funcionais baixos observados nas atividades básicas e instrumentais de vida  
9 diária, como também da locomoção foram descritos como precipitantes da IU<sup>19</sup>.

10  
11 Em nosso estudo observamos que embora ambos os grupos se enquadrem na  
12 classificação de alto risco de quedas, a partir do TUG, os incontinentes apresentaram  
13 uma média de segundos superior na realização do teste, sugerindo uma relação entre IU  
14 e quedas, porém sem diferença estatística. O TUG é um teste de mobilidade  
15 frequentemente utilizado para se avaliar o risco de queda<sup>23,26</sup>. Mesmo que os resultados  
16 do TUG não apresentaram diferença estatisticamente relevante comparando idosos  
17 continentais e incontinentes, é importante salientar que os demais testes de mobilidade  
18 apresentam diferença estatística, inclusive, componentes do TUG, como levantar da  
19 cadeira e caminhar, no qual muito mais idosos incontinentes não conseguem realizar  
20 essas atividades ou relatam grande dificuldade de realizá-las.

21  
22 A IU foi um forte preditor de quedas na população estudada. Para eles uma das  
23 explicações é a necessidade do idoso de urinar com maior frequência e da incapacidade  
24 de adiamento da micção e preocupação de não urinar na roupa que o obriga a ir ao  
25 banheiro mais vezes que o esperado, expondo-o ao maior risco de quedas. Da mesma  
26 forma, as deficiências nos sistemas visual, vestibular e somatossensorial que ocorrem  
27 com o envelhecimento, podem levar a dificuldade de equilíbrio e marcha. Essas  
28 disfunções, concomitante à IU podem resultar em queda<sup>27,28</sup>.

29  
30 Os resultados alcançados são importantes pois favorecem o desenvolvimento de  
31 ações preventivas e intervenções para a IU, desfavorecendo a sua progressão.  
32 Especialmente nos aspectos da saúde do idoso, como a funcionalidade e qualidade de  
33 vida<sup>29,30</sup>. Porém, algumas limitações devem ser destacadas, como a variável dependente  
34 (IU) ter sido coletada por meio de autorrelato e a não abordagem dos diferentes tipos de  
35 IU, que poderiam ter relações diferentes com a musculatura.

## 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60

O sexo foi a variável de maior relevância estatisticamente relacionada à IU e os indicadores de força muscular em MMII apresentaram relação positiva com o risco de

1  
2  
3 desenvolver essa condição clínica. Esses resultados reforçam a necessidade da  
4 abordagem da IU também no sexo masculino, mesmo que as mulheres a desenvolvam  
5 com maior frequência. A IU foi um fator significativamente relacionado a sintomas  
6 depressivos nos homens, fato esse pouco descrito na literatura atual. Investigando mais  
7 profundamente a diferença entre homens e mulheres, foi possível identificar que na  
8 relação entre IU e força muscular de MMII a ausência de sintomas depressivos era um  
9 fator de proteção, enquanto que, nas mulheres os determinantes de força muscular de  
10 MMII utilizados no estudo, eram os fatores de proteção. Na prática, os resultados  
11 demonstram que em atividades de prevenção, exercícios de força muscular de membros  
12 MMII podem ser agregados aos exercícios de força da MAP para evitar que os  
13 nonagenários e centenários e, principalmente as mulheres desenvolvam a IU. Também  
14 se faz importante enfatizar a abordagem multiprofissional dos pacientes com IU,  
15 particularmente os homens nonagenários e centenários que apresentam importantes  
16 sintomas depressivos.  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

**REFERÊNCIAS**

1. Virtuoso JF, Mazo GZ, Menezes EC. Prevalência, tipologia e sintomas de gravidade da incontinência urinária em mulheres idosas segundo a prática de atividade física. *Revista Fisioterapia em Movimento*. 2012;25(3):167-181.
2. Silva VA, Elboux MJ. Fatores associados à incontinência urinária em idosos com critérios de fragilidade. *TextoContextoEnferm*. 2012;21(2):338-47.
3. Santos PHS, Fernandes MH, Casotti CA. Perfil de fragilidade e fatores associados em idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(6):1917-19
4. Zanella, AK. Avaliação da consciência da musculatura do assoalho Pélvico e sua relação com a incontinência urinária em Idosas, 2016.
5. Berardelli RFD, Morelli M, Corsonello A, Mazzei B, Mari V, Montesanto A, Lattanzio F, Passarino G. Urinary Incontinence in the Elderly and in the Oldest Old: Correlation with Frailty and Mortality. *Rejuvenation Research*. 2013;16(3): 206-211.
6. Jenkins KR, Fultz KR. Functional Impairment as a Risk Factor for Urinary Incontinence Among Older Americans. *Neurourology and Urodynamics*. 2005; 24(1):51-55.
7. Hayashida I, Tanimoto Y, Takahashi Y, Kusabiraki T, Junko T. Correlation between Muscle Strength and Muscle Mass, and Their Association with Walking Speed, in Community-Dwelling Elderly Japanese Individuals. *Plos One*. 2014; 9(1):21-36.
8. Aveiro MC, Driusso P, Barham EJ, Pavarani SC, Oishi J. Mobilidade e risco de quedas de população idosa da comunidade de São Carlos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(9):2481-2488.
9. Scheicher ME. Comparação da mobilidade, força muscular e medo de cair em idosas caídas e não caídas. *Rev. bras. geriatr. Gerontol*. 2013;16(2):251-257.



1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

10.Sousa JG, Ferreira VR, Oliveira RJ, Cestari CE. Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em idosas com incontinência urinária *Fisioterapia em Movimento*. 2011;24(1):39-46.

11.OBSERVAPOA, Observatório da Cidade de Porto Alegre, Territorialidades da Cidade, Regiões OP, Disponível em: <[http://www.observapoa.com.br/default.php?p\\_secao=46](http://www.observapoa.com.br/default.php?p_secao=46)>, acesso em: 15 set, 2015.

12. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons, *Journal of the American Geriatrics Society*, 1991;39(2): 142-148

13. Almeida, MSC. Efetividade da escala de depressão geriátrica de cinco itens em população idosa da comunidade. 2011. 137 f. Tese (Doutorado em Medicina e Ciências da Saúde) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Medicina e Ciências da Saúde, Porto Alegre, 2011.

14. Korelo RIG, Kosiba CR, Grecco L, Matos RA. Influência do fortalecimento abdominal na função perineal, associado ou não à orientação de contração do assoalho pélvico, em nulíparas, *Fisioter Mov*,2011;24(1):75-85.

15. Higa R, Lopes MHBM, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher, *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2008;42(1): 187-92.

16. Bing MT, Uhlman MA, Kreder KJ. An update in the treatment of male urinary incontinence. *Current Opinion in Urology*. 2013;23(6):540-544.

17. Kubagawa, LM; Pellegrini JRF; Lima, VP; Moreno, AL. A eficácia do tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária masculina após prostatectomia. *Revista Brasileira de Cancerologia*; 2006; 52(2):179-183.

1  
2  
3 18. Quadros LB, Aguiar A, Menezes AV, Alves EF, Bezerra PP. Prevalência de  
4 incontinência urinária entre idosos institucionalizados e sua relação com o estado  
5 mental, independência funcional e comorbidades associadas. *Acta Fisiátrica*,  
6 2015;22(3):130-134.  
7  
8

9  
10  
11 19. Fontes AP, Botelho MA, Fernandes AA. Incontinência Urinária e Funcionalidade:  
12 um estado exploratório numa população idosa. *Acta Urológica*. 2011;1(2):12-19.  
13  
14

15  
16 20. Pedro AF, Soler ZASG, Bugdan AP. Qualidade de vida de mulheres com  
17 incontinência urinária, SMAD, *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Ed.*  
18 *Port)*,2011;7(2):63-70.  
19  
20

21  
22 21. Knorst MR, Resende TL, Goldim JR. Perfil clínico, qualidade de vida e sintomas  
23 depressivos de mulheres com incontinência urinária atendidas em hospital-escola.  
24 *Revista Brasileira de Fisioterapia*.2011;15(2):109-116.  
25  
26

27  
28 22. Bicalho MB, Lopes MHBM. Impacto da incontinência urinária na vida de esposas  
29 de homens com incontinência: revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da*  
30 *USP*, 2012;46(4):1009-1014.  
31  
32

33  
34  
35 23. Hellwing N, Munhoz TN, Tomasi E. Sintomas depressivos em idosos: estudo  
36 transversal de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2016,21(11):3575-3584.  
37  
38

39  
40 24. Vigod SN, Stewart DE. Major Depression in Female Urinary Incontinence,  
41 *Psychosomatics*, 2006;47 (2):147-151.  
42  
43

44  
45 25. Bischoff, HÁ; Shahalin HB; Monsch, AM; Iverson, MD; Dechend, MD;  
46 Conzelmann, M; Dich, W; Theiler, R. Identifying a cut-off point for normal mobility: a  
47 comparison of the timed 'up and go' test in community-dwelling and institutionalised  
48 elderly women. 2003;32(1):315-320.  
49  
50

51  
52 26. Bolina, AF; Dias, FA; Tavares, DMS. Identifying a cut-off point for normal  
53 mobility: a comparison of the timed 'up and go' test in community-dwelling and  
54 institutionalised elderly women. *Rev. Rene*, 2003;14(2):354-63.  
55  
56



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
Pró-Reitoria de Graduação  
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar  
Porto Alegre - RS - Brasil  
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564  
E-mail: [prograd@pucrs.br](mailto:prograd@pucrs.br)  
Site: [www.pucrs.br](http://www.pucrs.br)