UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

SAMANTHA DA SILVA E CRUZ

Intervenção física e comportamental para tratamento da incontinência urinária em idosas: elaboração e validação de um protocolo

RIBEIRÃO PRETO

2024

SAMANTHA DA SILVA E CRUZ

Intervenção física e comportamental para tratamento da incontinência urinária em idosas: elaboração e validação de um protocolo

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: O cuidar de adultos e idosos

Orientador: Luciana Kusumota

RIBEIRÃO PRETO

2024

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Cruz, Samantha da Silva
INTERVENÇÃO FÍSICA E COMPORTAMENTAL PARA TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM IDOSAS: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PROTOCOLO. Ribeirão Preto, 2024.
ppp253p.: il.; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.
Orientador: Luciana Kusumota

1. Incontinência Urinária. 2. Idoso. 3. Protocolos Clínicos. 4. Enfermagem em Reabilitação. 5. Pesquisa em Enfermagem Clínica.

CRUZ, Samantha da Silva

INTERVENÇÃO FÍSICA E COMPORTAMENTAL PARA TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM IDOSAS: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PROTOCOLO

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese a minha filha, minha bebê, com amor, carinho e gratidão por, mesmo que sem entender, ter me dado tanta força para continuar durante todo o período de elaboração deste trabalho. Eu amo você mais que tudo que existe no meu universo. Meu eterno amor, **Luna**.

AGRADECIMENTOS

Agradeço infinitamente a **Deus** por me sustentar em todos os momentos da minha vida.

A minha filha, **Luna**, por ter me dado tantas forças para seguir. Você é meu maior sonho realizado.

Ao meu companheiro de vida, meu marido **Leonardo**, que sempre me apoiou quando eu mais precisei, em vários momentos dessa jornada e da minha vida.

A minha mãe (**Maria dos Reis**), tão guerreira e tão companheira, que esteve presente em toda a jornada acadêmica. Sem você eu jamais teria conseguido. Obrigada por tanto.

Ao meu pai (**José Pedro**) que esteve ao meu lado em todos os momentos e em todos os sonhos. Obrigada por me trazer até aqui.

A minha querida irmã, **Fabiana**, que sempre viu o melhor em mim e me incentivou a buscar mais.

A minha orientadora, **Profa. Dra. Luciana Kusumota**, por toda atenção, dedicação, explicações, correções e contribuições apresentadas, sem as quais este trabalho não poderia ser realizado.

A todos os **professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental**, pelo acolhimento, ensinamentos transmitidos e, principalmente, pelo incentivo à pesquisa e inovação na área da Enfermagem.

Ao **Núcleo de Pesquisa Geriátrica e Gerontológica** (NUPEGG-EERP-USP) pelo estímulo ao desenvolvimento de novas habilidades e apoio.

Aos **amigos e colegas do Programa de Pós-graduação**, pelos momentos compartilhados.

Aos meus pacientes **idosos da Vila Dignidade** e aos meus **colegas de trabalho** por me apoiarem tanto e torcerem tanto por mim.

À **Banca examinadora da defesa**, por aceitarem o convite para participar deste momento.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (**CAPES**) - Código de Financiamento 001.

RESUMO

CRUZ, S.S. **Intervenção física e comportamental para tratamento da incontinência urinária em idosas: elaboração e validação de um protocolo**. 2024. 253f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2024.

A incontinência urinária pode ser definida como qualquer perda involuntária de urina, sendo mais prevalente em idosas. Para o tratamento não farmacológico, um protocolo pode auxiliar na implementação de um conjunto de recomendações sistemáticas para o tratamento da incontinência urinária nessa população. Este estudo teve por objetivo elaborar e validar com especialistas um protocolo de intervenção física e comportamental para tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas. Trata-se de um estudo metodológico com abordagem qualitativa, no qual foi estruturado e elaborado o protocolo com base na literatura, bem como submetido à validação de conteúdo por especialistas, por meio de participação em grupo focal para análise consensual de revisão, modificação de itens e delineamento das definições do protocolo. O processo de elaboração do protocolo se fundamentou em referencial teórico e incluiu ampla revisão da literatura científica e técnica. Para a avaliação e elaboração do protocolo, seguiram-se critérios, como: origem; objetivo; grupo de desenvolvimento; conflito de interesse; evidências; revisão; fluxograma; indicador de resultado; validação por profissionais técnicos; limitações; e plano de implementação. Está composto pelos tópicos: 1) Educação acerca da incontinência urinária; 2) Avaliação de comportamento por meio do diário miccional; 3) Identificação da perda urinária utilizando o teste do absorvente (*pad-test*); 4) Propriocepção; 5) Avaliação de força dos músculos do assoalho pélvico; 6) Exercícios perineais. O procedimento operacional do protocolo indica que o mesmo deve ocorrer em quatro etapas durante 12 semanas de intervenção. Na primeira etapa as idosas devem ser caracterizadas com ou sem incontinência urinária por meio do *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form*. Na segunda etapa, as idosas com incontinência urinária, com desempenho funcional preservado, avaliado pelo teste "levante e ande cronometrado" e com contato telefônico disponível participam de uma palestra sobre incontinência urinária e iniciam a etapa três que inclui a avaliação inicial da idosa, a realização de consultas e exercícios para os músculos do assoalho pélvico distribuídos em 12 semanas de intervenção e separados entre: "Mês 1", "Mês 2" e "Mês 3". A quarta etapa inclui a reavaliação e comparação com as medidas iniciais da força dos músculos do assoalho pélvico, bem como da qualidade de vida relacionada à saúde da idosa. No processo de validação do protocolo participaram cinco especialistas, com idade média de 45,2 anos, sendo quatro do sexo feminino e quatro casados. Sobre a formação acadêmica, três eram fisioterapeutas, um enfermeiro e um médico. A maioria possuía mais de 10 anos de formação acadêmica, todos tinham formação e experiência profissional específica na área relacionada à incontinência urinária. Embora a maioria dos itens tivesse recebido concordância e/ou sido considerados relevantes pela maioria dos especialistas, em todos os critérios avaliados, as pesquisadoras priorizaram por atender a maior parte das modificações sugeridas. O protocolo foi reformulado, com incorporação das considerações consensuais dos especialistas e, assim, puderam-se considerar o conteúdo e a apresentação do protocolo como válidos para a implementação da intervenção física e comportamental no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas. Desta forma, tal protocolo deve, numa próxima etapa, ser submetido à validação clínica com idosas da atenção básica em saúde.

Palavras-chave: Incontinência Urinária. Idoso. Protocolos Clínicos. Enfermagem em Reabilitação. Pesquisa em Enfermagem Clínica.

ABSTRACT

CRUZ, S.S. **Physical and behavioral intervention to treat urinary incontinence in older women: developing and validating a protocol**. 2024. 253f. Doctoral dissertation. Nursing School, University of São Paulo at Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2024.

Urinary incontinence, the unintentional passing of urine, is more prevalent among older women. A non-pharmacological protocol can support the implementation of systematic recommendations to treat urinary incontinence in this population. This study aimed to develop a physical and behavioral protocol to treat urinary incontinence in older women and have it validated by an expert panel. This methodological study adopted a qualitative approach to structure and develop a protocol based on the literature. A focal group was used for the experts to validate its content, review and modify its items, and determine its definitions. The protocol was based on a theoretical framework and a comprehensive scientific and technical literature review. The following criteria were adopted to develop and assess the protocol: origin, objective, development group, conflict of interest, evidence, review, flowchart, result indicator, validation by technical professionals, limitations, and implementation plan. It comprises the topics: 1) Education on urinary incontinence; 2) Behavior assessment using a voiding diary; 3) Identification of urinary loss using the pad-test; 4) Proprioception; 5) Pelvic floor muscle strength assessment; 6) Perineal exercises. The protocol's operational procedure indicates that it must be implemented during 12 weeks according to four stages. In the first stage, older women must be characterized (urinary incontinence /No urinary incontinence) using the International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form. In the second stage, the women identified with urinary incontinence, whose functional performance (verified through the timed up-and-go test) is preserved, and who have an accessible telephone, participate in a lecture on urinary incontinence. The third stage consists of consultations and exercises to strengthen the pelvic floor muscle and is distributed in 12 weeks: Month 1, Month 2, and Month 3. The fourth stage includes the reassessment and comparison of baseline pelvic floor muscle strength and health-related quality of life. Five specialists, 45.2 years on average, four women and four married, validated the protocol. Three were physical therapists, one was a nurse, and one was a physician. Most had graduated more than ten years ago, with a background and professional experience in the urinary incontinence field. Even though most items obtained the agreement and/or were considered relevant by most experts in all criteria, we sought to meet most of the changes proposed. The protocol was reformulated, and the changes proposed by the experts were incorporated. As a result, the protocol's content and presentation were considered valid and suitable for implementing physical and behavioral interventions to treat older women with urinary incontinence. Therefore, further research should include the protocol's clinical validation addressing older women from primary health care services.

Keywords: Urinary Incontinence. Older People. Clinical Protocols. Rehabilitation Nursing. Clinical Nursing Research.

RESUMEN

CRUZ, S.S. **Intervención física y comportamental para tratamiento de la incontinencia urinaria en mujeres de edad avanzada: elaboración y validación de un protocolo**. 2024. 253f. Tesis (Doctorado). Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto, Universidad de Sao Paulo, Ribeirao Preto, 2024.

A incontinencia urinaria puede ser definida como cualquier pérdida involuntaria de orina, siendo más prevalente en mujeres mayores. Para el tratamiento no farmacológico, un protocolo puede auxiliar la implementación de un conjunto de recomendaciones sistemáticas para el tratamiento de la incontinencia urinaria en esa población. Este estudio tuvo por objetivo elaborar y validar, con especialistas, un protocolo de intervención física y comportamental para tratamiento de la incontinencia urinaria en mujeres mayores. Se trata de un estudio metodológico con abordaje cualitativo, en el cual fue estructurado y elaborado el protocolo con base en la literatura, así como sometido a la validación de contenido por especialistas, por medio de participación en grupo focal para análisis consensual de revisión, modificación de ítems y delineamiento de las definiciones del protocolo. El proceso de elaboración del protocolo se fundamentó en referencial teórico e incluyó amplia revisión de la literatura científica y técnica. Para la evaluación y elaboración del protocolo, se siguieron criterios, como: origen; objetivo; grupo de desarrollo; conflicto de intereses; evidencias; revisión; diagrama de flujo; indicador de resultado; validación por profesionales técnicos; limitaciones; y, plan de implementación. Está compuesto por los temas: 1) Educación sobre la incontinencia urinaria; 2) Evaluación de comportamiento por medio del diario de micción; 3) Identificación de la pérdida urinaria utilizando el test del absorbente (*pad-test*); 4) Propriocepción; 5) Evaluación de la fuerza de los músculos del suelo pélvico; 6) Ejercicios perineales. El procedimiento operacional del protocolo indica que el mismo debe ocurrir en cuatro etapas durante 12 semanas de intervención. En la primera etapa las mujeres mayores deben ser caracterizadas con o sin IU por medio del *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form*. En la segunda etapa, las mujeres mayores con incontinencia urinaria, con desempeño funcional preservado, evaluado por el test "levántese y camine cronometrado" y con contacto telefónico disponible, participan de una conferencia sobre incontinencia urinaria e inician la etapa tres que incluye la evaluación inicial de la mujer de edad avanzada, la realización de consultas y ejercicios para los músculos del suelo pélvico distribuidos en 12 semanas de intervención y separados entre: "Mes 1", "Mes 2" y "Mes 3". La cuarta etapa incluye la reevaluación y comparación con las medidas iniciales de la fuerza de los músculos del suelo pélvico, así como de la calidad de vida relacionada a la salud de la mujer de edad avanzada. En el proceso de validación del protocolo participaron cinco especialistas, con edad media de 45,2 años, siendo cuatro de sexo femenino y cuatro casados. Sobre la formación académica, tres eran fisioterapeutas, un enfermero y un médico. La mayoría poseía más de 10 años de formación académica, todos tenían formación y experiencia profesional específica en el área relacionada a la incontinencia urinaria. A pesar de que la mayoría de los ítems recibieron la concordancia y/o fueron considerados relevantes por la mayoría de los especialistas, en todos los criterios evaluados, las investigadoras priorizaron atender la mayor parte de las modificaciones sugeridas. El protocolo fue reformulado, con incorporación de las consideraciones consensuales de los especialistas y, así, se pudo considerar el contenido y la presentación del protocolo como válidos para la implementación de la intervención física y comportamental en el tratamiento de la incontinencia urinaria en mujeres mayores. De esta forma, este protocolo debe, en una próxima etapa, ser sometido a la validación clínica con mujeres mayores en la atención básica de la salud.

Palabras-clave: Incontinencia Urinaria. Anciano. Protocolos Clínicos. Enfermería en Rehabilitación. Investigación en Enfermería Clínica.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Proposta de protocolo de intervenção física e comportamental para tratamento de IU em mulheres idosas. Ribeirão Preto/SP, 2023..... 67

Figura 2 – Pontos do POP-Q: exame em mulher com útero..... 86

Figura 3 – Pontos anatômicos em grade de barras 3X3 das medidas..... 87

Figura 4 – Estadiamento final do prolapso genital (POP-Q) 88

Figura 5 – Fluxograma com etapas de operacionalização do protocolo de intervenção física e comportamental para idosas com incontinência urinária..... 91

Figura 6 – Protocolo final de intervenção física e comportamental para tratamento da IU em mulheres idosas, realizado em 12 semanas, após validação de conteúdo..... 123

Quadro 1 – Perda urinária investigada no ICIQ-SF e o sintoma urinário correspondente..... 80

Quadro 2 – *Check list* de atividades desenvolvidas no Mês 1 do protocolo de intervenção física e comportamental para tratamento da IU em mulheres idosas..... 130

Quadro 3 – *Check list* de atividades desenvolvidas no Mês 2..... 135

Quadro 4 – *Check list* de atividades desenvolvidas no Mês 3..... 139

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Frequência das categorias e subcategorias extraídas das falas e das respostas ao formulário aplicado no grupo focal aos juízes/especialistas participantes da validação do protocolo de intervenção física e comportamental para tratamento da IU em mulheres idosas. Ribeirão Preto/SP, 2023..... 93

Tabela 2 – Caracterização dos juízes/especialistas participantes da validação do protocolo de intervenção física e comportamental para tratamento da IU em mulheres idosas. Ribeirão Preto/SP, 2023..... 96

Tabela 3 – Itens do protocolo avaliados pelos juízes com respostas em concordância ou discordância para validação do protocolo de intervenção física e comportamental para tratamento da IU em mulheres idosas. Ribeirão Preto/SP, 2023..... 99

Tabela 4 – Itens do protocolo avaliados pelos juízes com respostas em relevância ou irrelevância para validação do protocolo de intervenção física e comportamental para tratamento da IU em mulheres idosas. Ribeirão Preto/SP, 2023..... 101

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
ANOVA	Análise de variância
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BFLUTS	*Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms*
CAG1	Consulta agendada do primeiro mês
CAG2	Consulta agendada do segundo mês
CAG3	Consulta agendada do terceiro mês
CCI	Coeficiente de correlação intraclasses
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
CP	Comprimento do corpo perineal
CRET1	Consulta de retorno do primeiro mês
CRET2	Consulta de retorno do segundo mês
CRET3	Consulta de retorno do terceiro mês
CVT	Comprimento vaginal total
DBPOC	Doença broncopulmonar
DP	Desvio padrão
EAU	*European Association of Urology*
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EMAP	Exercícios dos músculos do assoalho pélvico
EMAP0	Exercícios dos músculos do assoalho pélvico iniciais
EMAP1	Primeiro exercício dos músculos do assoalho pélvico
EMAP2	Segundo exercício dos músculos do assoalho pélvico
EMAP3	Terceiro exercício dos músculos do assoalho pélvico
Estudo SABE	Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento
FMAP	Força dos músculos do assoalho pélvico
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HG	Hiato genital
ICIQ-SF	*International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form*
ICS	*International Continence Society*
I-QoL	*Incontinence Quality of Life Questionnaire*

IU	Incontinência urinária
IUE	Incontinência urinária de esforço
IUF	Incontinência urinária funcional
IUM	Incontinência urinária mista
IUT	Incontinência urinária transitória
IUU	Incontinência urinária de urgência
KHQ	*King's Health Questionnaire*
LIG1	Primeira ligação telefônica
LIG2	Segunda ligação telefônica
LIG3	Terceira ligação telefônica
MAP	Músculos do assoalho pélvico
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
NANDA-I	Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I
NIC	*Nursing Interventions Classification*
NICE	*The National Institute for Health and Care Excellence*
NUPEGG	Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Geriátrica e Gerontológica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
POP-Q	*Pelvic Organ Prolapse Quantification System*
QV	Qualidade de vida
QVNRS	Qualidade de vida não relacionada à saúde
QVRS	Qualidade de vida relacionada à saúde
SG	Síndromes geriátricas
SIQ	*Stress Incontinence Questionnaire*
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UBS	Unidade Básica de saúde
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 17
2 OBJETIVOS 27
2.1 OBJETIVO GERAL 27
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 27
3 REFERENCIAL TEÓRICO 28
3.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA URINÁRIO DA PESSOA IDOSA 28
3.2 DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA 32
3.3 AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA 36
3.4 QUALIDADE DE VIDA DE IDOSAS COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA 42
3.5 TEORIA SOCIAL COGNITIVA 46
4 MATERIAL E MÉTODO 51
4.1 DESENHO DO ESTUDO, ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO FÍSICA E COMPORTAMENTAL PARA TRATAMENTO DA IU EM IDOSAS 51
4.2 ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO FÍSICA E COMPORTAMENTAL PARA TRATAMENTO DA IU: SUBSÍDIOS DA LITERATURA 52
4.3 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO FÍSICA E COMPORTAMENTAL PARA TRATAMENTO DA IU EM IDOSAS: PARTICIPANTES DO GRUPO FOCAL 69
4.4 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO FÍSICA E COMPORTAMENTAL PARA TRATAMENTO DA IU EM IDOSAS: GRUPO FOCAL VIRTUAL 70
4.5 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO FÍSICA E COMPORTAMENTAL PARA TRATAMENTO DA IU EM IDOSAS: TECNOLOGIA UTILIZADA 74
4.6 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO FÍSICA E COMPORTAMENTAL PARA TRATAMENTO DA IU EM IDOSAS: ETAPAS OPERACIONAIS DO PROTOCOLO 75
4.7 CRITÉRIO PARA DESCONTINUAR A INTERVENÇÃO 92
4.8 ANÁLISE DOS DADOS 92
4.9 ASPECTOS ÉTICOS 94
5 RESULTADOS 95
5.1 CATEGORIZAÇÃO TEMÁTICA DO PROTOCOLO 101
5.1.1 Categoria 1: O protocolo 102

5.1.2 Categoria 2: Critérios de inclusão 105
5.1.3 Categoria 3: Avaliação dos Músculos do Assoalho Pélvico (MAP) 108
5.1.4 Categoria 4: Fatores de risco para IU 112
5.1.5 Categoria 5: Exercícios dos Músculos do Assoalho Pélvico (EMAP) 114
5.1.6 Categoria 6: Diário miccional 117
5.1.7 Categoria 7: *Pad-test* 119
5.2 PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO APÓS GRUPO FOCAL 121
6 DISCUSSÃO 142
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 151
REFERÊNCIAS 154
APÊNDICE 178
APÊNDICE A – CONVITE E INSTRUÇÕES PARA AVALIAÇÃO DE PROTOCOLO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA 179
APÊNDICE B – AVALIAÇÃO DE UM PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES IDOSAS 180
APÊNDICE C – CONCORDÂNCIA DOS JUÍZES 187
APÊNDICE D - DIÁRIO MICCIONAL 196
APÊNDICE F - PROTOCOLO INICIAL DE INTERVENÇÃO (ANTERIOR À VALIDAÇÃO DOS JUÍZES) 198
APÊNDICE G – REUNIÃO PARA AVALIAÇÃO DE UM PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES IDOSAS 208
APÊNDICE I – *CHECK LIST* MÊS 1, MÊS 2 e MÊS 3 234
ANEXOS 240
ANEXOS A, B, C, D e E – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PRÓ-IDOSO 241
ANEXO A – DADOS CLÍNICOS 242
ANEXO B – INFORMAÇÕES PESSOAIS 243
ANEXO C – PERFIL SOCIAL 245
ANEXO E – ESTILO DE VIDA 248
ANEXO F – PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA 249

1 INTRODUÇÃO

Com o aumento da população idosa, torna-se relevante o conhecimento do profissional de saúde sobre o processo de envelhecimento, bem como suas alterações, tanto as físicas, cognitivas quanto as funcionais. O comprometimento da capacidade funcional da pessoa idosa pode afetar sua autonomia e independência, levar ao isolamento social, às dificuldades econômicas e alterar seu estilo de vida (Trindade, 2013).

Dentre as alterações funcionais que acometem a população idosa, uma das mais comuns é a incontinência urinária (IU). Sabe-se que também têm índices em outras faixas etárias, entretanto é ainda mais prevalente em mulheres idosas. Na mesma proporção que a IU é prevalente em idosas, é também velada pelas pacientes. Quando a IU é subdiagnosticada pode ocorrer piora do quadro, já que os profissionais de saúde desconhecem o que de fato pode estar comprometendo a saúde dessas idosas (Kataria; Ilsey, 2021).

Por outro lado, os profissionais da saúde também podem estar conduzindo a avaliação e conduta terapêutica das idosas, com pouca ênfase na investigação e estabelecimento deste diagnóstico, comum na velhice (Andres *et al*., 2021)

A *International Continence Society* (ICS) (2010), por meio de um relatório, identificou evidências para padronização da terminologia em disfunção do trato urinário em mulheres com disfunção no assoalho pélvico. Tal relatório combinou características a fim de elaborar uma terminologia ampla que anexasse as específicas. Assim, considera características como: compreensão por todos os usuários, em clínica ou em pesquisa; critérios clínicos (sinais e sintomas) para estabelecimento de um diagnóstico; e capacidade de indicar a origem da terminologia e fornecer as explicações necessárias e apropriadas em relação às alterações das definições anteriores (Haylen *et al*., 2010).

Adotou-se, para o estudo, o conceito de IU apresentado pela ICS (2015), sendo considerada a IU como qualquer perda involuntária de urina. Ainda segundo a ICS (2015), a IU apresenta sintomas diferenciados da sensação natural de enchimento da bexiga, pois, na IU, o enchimento da bexiga ocorre mais precocemente ou até mesmo mais tardiamente, além de ser considerado persistente ou sem controle, quando comparado à sensação natural de urinar (Abrams *et al*., 2018).

O relatório de recomendação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da IU não Neurogênica da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) define a IU como a queixa de qualquer perda de urina, que pode ser involuntária, provocada pela pessoa ou

descrita por um cuidador. Essa perda involuntária de urina pode estar associada a uma urgência miccional e também aos esforços, seja o esforço físico, por exemplo de atividades esportivas ou em espirros e em tosse (Brasil, 2019).

Na população idosa, a IU apresenta-se como uma alteração de etiologia multifatorial resultante da interação de mudanças particulares do envelhecimento com alterações dos sistemas nervoso e urinário, bem como com outras comorbidades ou com o uso de determinados medicamentos e alterações de funcionalidade e cognição. Tal condição pode restringir a pessoa idosa do convívio social e a expor a situações constrangedoras (Sperandio *et al*., 2011; Jacob Filho *et al*., 2014).

Possui elevada prevalência na população idosa (de 25 a 45%), sendo de 50% na população feminina. Entretanto, ainda permanece subdiagnosticada e subtratada, em que 25 a 61% procuram tratamento. A distribuição de prevalência dos subtipos de IU na população feminina é consistente, sendo a IU de esforço (IUE) de 10 a 39%, a IU mista (IUM) de 7,5 a 25% e a IU de urgência (IUU) isolada, a menos frequente, com prevalência de 1 a 7% (Jacob Filho *et al*., 2014; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2018).

No início dos anos 2000, havia estimativa de que 200 milhões de pessoas no mundo apresentavam IU. No Brasil o número de aproximava de 10 milhões de pessoas com IU, entretanto ainda são escassas as pesquisas nacionais e atuais que identifiquem a prevalência da IU (Sociedade Brasileira de Urologia, 2006). Já em relação ao sexo feminino, a IU é mais comum, podendo acometer cerca de 50% das mulheres em alguma fase da vida (Sperandio *et al*., 2011). A pesquisa com maior número de brasileiros sobre IU foi realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) com o Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (Estudo SABE) com 2.143 pessoas idosas da cidade de São Paulo, e apresentou prevalência de 11,8% em homens idosos e 26,2% entre as mulheres idosas (Lebrão; Duarte, 2003).

Segundo a ICS (2015), a prevalência da IU é duas vezes maior em mulheres quando comparada aos homens. Uma em cada três mulheres pode sofrer episódios de perda urinária em algum momento da vida (Haylen *et al*., 2010). A prevalência de IU atinge mais da metade de idosas institucionalizadas e não institucionalizadas (Izilian *et al*., 2020).

Ainda em relação à prevalência, entre as pessoas idosas atendidas por voluntários em todo o Brasil de 2005 a 2012, a Pastoral da Pessoa Idosa da Igreja Católica, uma entidade ligada à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) abordou questões sobre IU e das 26.325 pessoas idosas estudadas, 3.930 (15%) relataram IU. Segundo a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2018) a idade é o fator de risco mais descrito na literatura, já que tanto a

prevalência quanto a gravidade aumentam com o envelhecimento. Em mulheres não grávidas com idade inferior a 35 anos, por exemplo, a prevalência de IU é de aproximadamente 3%, já em mulheres entre os 55 e 64 anos a prevalência é de 7% e em idosas acima de 65 anos é de 38%, sendo observado um aumento na prevalência de IU na menopausa (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2018).

A IU não está diretamente relacionada ao aumento da mortalidade, entretanto apresenta profundo impacto no bem-estar e na qualidade de vida (QV), sendo, também, relacionada às condições de baixa satisfação com a vida, baixo envolvimento social, depressão, ansiedade, dificuldades laborais, isolamento social, disfunção sexual por medo da IU durante a atividade sexual, infecções perineais, infecções do trato urinário, lesões por pressão, celulites, quedas, fraturas, perturbações do sono e dependência (Pinto; Neri, 2013; Jacob Filho *et al*., 2014; Senra; Pereira, 2015; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2018).

A enfermagem aborda as disfunções do trato urinário estabelecendo os diagnósticos de IU da Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA *International* (NANDA-I) (Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021) conhecidos por desencadear alterações relevantes que têm sido considerados problemas de saúde pública (Leandro *et al*., 2015).

Os diagnósticos de enfermagem relacionados à IU fazem parte do Domínio 3 da NANDA-I: Eliminação e troca, da Classe 1 (Função urinária). São reconhecidos oito diagnósticos de enfermagem que se relacionam à classe de função urinária, dentre esses, cinco diagnósticos são considerados com foco no problema: Incontinência urinária de esforço (IUE) (00017), Incontinência urinária de urgência (IUU) (00019), Incontinência urinária mista (IUM) (00310) e Incontinência urinária associada à incapacidade (00297); e um diagnóstico de risco: Risco de incontinência urinária de urgência (00022) (Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021).

O diagnóstico de enfermagem de IUE, segundo NANDA-I, é definido como: perda involuntária ou repentina de urina com atividades que aumentam a pressão intra-abdominal, não associada à urgência para urinar. As características definidoras/sinais e sintomas são: perda involuntária de urina ao dar risadas; perda involuntária de urina ao esforço; perda involuntária de urina ao esforço físico; perda involuntária de urina ao espirrar; perda involuntária de urina ao tossir; perda involuntária de urina na ausência de bexiga hiperdistendida; e perda involuntária de urina na ausência de contração do detrusor. Fatores relacionados: distúrbios do assoalho pélvico; prolapso de órgão pélvico; e sobrepeso. Populações em risco: indivíduos que realizam exercício físico de alta intensidade; mulheres dando à luz por parto vaginal; mulheres grávidas; mulheres multíparas; e mulheres vivenciando a menopausa. Condições associadas: doenças no sistema nervoso; incompetência do esfíncter uretral; lesão do esfíncter uretral;

mudanças degenerativas da musculatura do assoalho pélvico; musculatura do assoalho pélvico danificada; e prostatectomia (Kusumota *et al*., 2020; Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021).

O diagnóstico de enfermagem de IUU, segundo NANDA-I, é definido como: perda involuntária de urina acompanhada ou precedida de uma forte sensação de urgência para urinar. Características definidoras/sinais e sintomas: capacidade vesical diminuída; frequência urinária; noctúria; perda involuntária de urina antes de chegar ao banheiro; perda involuntária de urina com contrações da bexiga; perda involuntária de urina com espasmos da bexiga; perda involuntária de volumes variáveis de urina entre micções, com urgência; e sensação de urgência com estímulo provocado. Fatores relacionados: ansiedade; consumo de álcool; consumo de bebidas carbonatadas; consumo de cafeína; distúrbios do assolho pélvico; hábitos de higiene íntima ineficazes; impactação fecal; prolapso de órgão pélvico; relaxamento involuntário do esfíncter; e sobrepeso. Populações em risco: idosos; indivíduos com história de urgência urinária durante a infância; indivíduos expostos a abuso; mulheres; e mulheres vivenciando a menopausa. Condições associadas: assoalho pélvico hiperativo; depressão; diabetes mellitus (DM); doenças no sistema nervoso; doenças urológicas; obstrução do colo da bexiga; preparações farmacêuticas; regime de tratamento; trauma no sistema nervoso; e vaginite atrófica (Kusumota *et al*., 2020; Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021).

O diagnóstico de enfermagem de IUM, segundo NANDA-I, tem a definição: perda involuntária de urina acompanhada ou precedida de uma forte sensação de urgência para urinar, e também de atividades que aumentam a pressão intra-abdominal. Características definidoras/sinais e sintomas: expressa esvaziamento incompleto da bexiga; noctúria; perda involuntária de urina ao dar risadas; perda involuntária de urina ao esforço; perda involuntária de urina ao esforço físico; perda involuntária de urina ao espirrar; perda involuntária de urina ao tossir; e urgência urinária. Fatores relacionados: atrofia musculoesquelética; incompetência do colo vesical; incompetência do esfíncter uretral; parede anterior da vagina enfraquecida; prolapso de órgão pélvico; sobrepeso; e tabagismo. Populações em risco: idosos; indivíduos com tosse crônica; indivíduos com um tipo de incontinência urinária; mulheres dando à luz por parto vaginal; mulheres multíparas; e mulheres vivenciando a menopausa. Condições associadas: cirurgia para incontinência urinária de esforço; deficiência de estrogênio; DM; distúrbios do assoalho pélvico; distúrbios motores; incontinência urinária prolongada; e lesão do esfíncter uretral (Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021).

O diagnóstico de enfermagem de IU associada à incapacidade, segundo NANDA-I, é definido como: perda involuntária de urina não associada a patologia ou problema relacionado ao sistema urinário. Características definidoras/sinais e sintomas: comportamentos adaptativos

para evitar reconhecimento de incontinência urinária por parte dos outros; mapeamento de caminhos para banheiros públicos antes de sair de casa; perda de urina antes de chegar ao banheiro; tempo necessário para chegar ao banheiro é longo demais após sensação de urgência; e uso de técnicas para evitar a micção. Fatores relacionados: barreiras ambientais que interferem na continência; constrangimento em relação ao uso do banheiro em situações sociais; costume de ignorar a urgência para urinar; cuidador implementa inadequadamente as técnicas de treinamento da bexiga; dificuldade para encontrar o banheiro; dificuldade para obter assistência a tempo para o banheiro; disfunção cognitiva; distúrbios do assoalho pélvico; equilíbrio postural prejudicado; evita usar vaso sanitário sem condições adequadas de higiene; ingestão de líquidos aumentada; manifestações neurocomportamentais; mobilidade física prejudicada; e motivação inadequada para manter a continência. Populações em risco: crianças; e idosos. Condições associadas: coordenação prejudicada; deficiência intelectual; destreza manual prejudicada; distúrbios de visão; doenças cardíacas; doenças neuromusculares; doenças osteoarticulares; preparações farmacêuticas; e transtorno psicológico (Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021).

O diagnóstico de enfermagem de Risco de incontinência urinária de urgência, segundo NANDA-I, tem a definição: suscetibilidade à perda involuntária de urina que ocorre imediatamente após uma forte sensação de urgência para urinar, que pode comprometer a saúde. Fatores de risco: ansiedade; consumo de álcool; consumo de bebidas carbonatadas; consumo de cafeína; distúrbios do assoalho pélvico; hábitos de higiene íntima ineficazes; impactação fecal; prolapso de órgão pélvico; relaxamento involuntário do esfíncter; e sobrepeso. Populações em risco: idosos; indivíduos com história de urgência urinária durante a infância; indivíduos expostos a abuso; mulheres; e mulheres vivenciando a menopausa. Condições associadas: assoalho pélvico hiperativo; depressão; DM; doenças no sistema nervoso; doenças urológicas; obstrução do colo da bexiga; preparações farmacêuticas; regime de tratamento; trauma no sistema nervoso; e vaginite atrófica (Kusumota *et al*., 2020; Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021).

Diante dos diagnósticos de enfermagem considerados, a atuação do enfermeiro se finda na relevância de utilização da assistência de enfermagem desde a avaliação de mulheres idosas com IU até as intervenções, plano de cuidados, implementação da assistência e avaliação realizadas na prática. Nesse processo são compreendidas as etapas metodológicas que auxiliam enfermeiros tanto na prática clínica, quanto na pesquisa de enfermagem capazes de tratar a IU em mulheres idosas.

As circunstâncias específicas para conceituar a IU são observadas e definidas na perspectiva da pessoa, com descrição detalhada de fatores relevantes tais como, frequência, gravidade, fatores precipitantes, impacto social, efeito sobre a higiene e QV, medidas para conter o vazamento e tratamento para a IU (Abrams *et al*., 2013).

Portanto são fatores, com impacto relevante na vida social que necessitam de ações gerontológicas interdisciplinares que devem objetivar a melhoria da QV de idosas assistidas na Atenção Básica de Saúde (ABS). Esse quadro tem aumentado o interesse de profissionais de diferentes áreas da saúde, como enfermeiros, a pesquisarem e intervirem mais nessa temática em diferentes situações clínicas (Leandro *et al*., 2015).

Na ABS são desenvolvidas ações, tanto de caráter individual quanto coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção de agravos, para o tratamento e para a reabilitação da pessoa idosa (Brasil, 2017).

Para que as ações e as intervenções se tornem ferramentas capazes de prestar a melhor assistência de enfermagem, sugere-se a elaboração e validação de protocolos, que são conjuntos de recomendações sistemáticas que seguem um rigor metodológico para a sua construção (COFEN) (2019).

Em relação aos protocolos, de acordo com Lopes *et al*. (2017, p. 17):

> Devem ter boa qualidade formal, serem de fácil leitura, válidos, confiáveis, terem conteúdo baseado em evidências científicas, ser corretamente utilizados e comprovadamente efetivos. Tudo isso implica em rigoroso processo de construção, adaptação à realidade local e implementação, além de seguimento por meio de indicadores de uso (processo) e efetividade (resultado).

Para a avaliação e elaboração de um protocolo de assistência, tem-se discutido critérios, como: origem; objetivo; grupo de desenvolvimento; conflito de interesse; evidências; revisão; fluxograma; indicador de resultado; validação por profissionais técnicos; limitações; e plano de implementação (OMS, 2003; Lopes *et al*. (2017).

Os protocolos assistenciais são considerados ferramentas importantes para assistência, pautados na prática baseada em evidências para otimizar o cuidado em saúde e em enfermagem. Para o processo de validação de um protocolo, são diversos os caminhos, como a participação de profissionais experientes e/ou participantes do protocolo até a validação mais rigorosa com juízes especialistas. Ainda assim, seguindo um rigor metodológico, orienta-se a revisão do material e, logo, a validação e capacitação das equipes (Lopes *et al*., 2017).

Tratamentos que visam à melhora da função da musculatura do assoalho pélvico (MAP) e, consequentemente, da QV podem ser desenvolvidos na ABS com baixos custos tanto em

grupos quanto individualmente. Esse nível de atenção à saúde merece esforços no desenvolvimento deste tipo de ação, pois é a porta de entrada para atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) capaz de planejar cuidados e capacitar profissionais da área buscando a prevenção da perda urinária e de suas complicações (Langoni *et al*., 2014). Assim, é preponderante ter um protocolo assistencial para direcionar a assistência às mulheres com IU na ABS.

O enfermeiro está apto a observar o quanto a IU afeta emocionalmente a QV das mulheres e o quanto ainda existe estigma associado à perda ou ao controle de urina. As pacientes diagnosticadas com IU podem utilizar estratégias de enfrentamento efetivas para cuidar da IU e de seu impacto (Senra; Pereira, 2015).

O enfermeiro atua ativamente na ABS, tanto na promoção da saúde e prevenção das complicações relacionadas à IU, quanto no tratamento da idosa que apresenta IU, com a elaboração de planos de cuidados que caracterizam uma intervenção estruturada junto a um protocolo a fim de definir estratégias que atendam às necessidades apresentadas por essas idosas. Revisão sistemática disponível na biblioteca virtual do instituto Cochrane demonstrou que enfermeiros especialistas ensinaram o treinamento dos MAP na maioria dos ensaios clínicos (Dumoulin; Cacciari; Hay-Smith, 2018).

De acordo com uma classificação de intervenções de enfermagem propostas pela *Nursing Interventions Classification* (NIC), existem 565 intervenções na sétima edição e podem ser listadas cinco intervenções para IU: controle da eliminação urinária (0590); controle do pessário (0630); cuidados na IU (0610); exercícios para a musculatura pélvica (0560); e treinamento vesical (0570) (Butcher *et al*., 2022).

Dessa maneira, das cinco intervenções de enfermagem recomendadas pela NIC listadas para IU, foram selecionadas quatro a serem trabalhadas, excluindo-se uma intervenção sugerida destinada a terapias invasivas (controle do pessário) por não atender ao objetivo do trabalho em questão.

A intervenção NIC de controle da eliminação urinária (0590) é definida como: manutenção de um padrão excelente de eliminação urinária. As atividades abordam cuidados como: monitorar a eliminação urinária incluindo frequência, consistência, odor, volume e cor, conforme apropriado; identificar fatores que contribuem para episódios de incontinência; inserir supositório uretral, se apropriado; registrar o horário da primeira micção após o procedimento, conforme apropriado, dentre outras (Butcher *et al*., 2022).

A intervenção NIC de cuidados na IU (0610) é definida como: auxílio na promoção da continência e manutenção da integridade da pele do períneo. As atividades contemplam:

identificar causas multifatoriais de incontinência (débito urinário, padrão miccional, função cognitiva, problemas urinários preexistentes, resíduo pós-miccional e medicamentos); fornecer *feedback* positivo para qualquer diminuição nos episódios de incontinência; orientar o paciente/família a registrar o débito e o padrão urinário, conforme apropriado; orientar sobre como realizar exercícios de Kegel para fortalecer os MAP; e limitar a ingestão de irritantes vesicais (refrigerantes tipo cola, café, chá, chocolate, substitutos do açúcar, alimentos condimentados, álcool), dentre outras (Butcher *et al*., 2022).

A intervenção NIC de exercícios para a musculatura pélvica (0560) é definida como: fortalecimento e treinamento dos músculos levantador do ânus e urogenital por meio de contração voluntária e repetitiva para diminuir os tipos de IU de esforço, de urgência ou mista. As atividades abordam: determinar a capacidade do paciente em reconhecer a urgência miccional; orientar o indivíduo a contrair e depois relaxar o anel do músculo ao redor da uretra e do ânus, como se estivesse tentando impedir a micção ou a evacuação; orientar o indivíduo a evitar contrair o abdome, coxas e glúteos, prender a respiração ou fazer esforço para baixo durante o exercício; assegurar que o indivíduo possa diferenciar entre a contração muscular direcionando o movimento para dentro e para cima e o esforço indesejado em sentido contrário; orientar pacientes do sexo feminino a identificar os músculos levantador do ânus e urogenital, colocando um dedo na vagina e comprimindo; orientar o indivíduo a realizar exercícios de fortalecimento muscular, executando até 300 contrações por dia, mantendo as contrações por 10 segundos e repousando por pelo menos 10 segundos entre cada contração, de acordo com o protocolo da instituição; informar o indivíduo que demora de seis a 12 semanas para que os exercícios sejam eficazes; fornecer *feedback* positivo por estar fazendo os exercícios conforme prescrito; ensinar o indivíduo a monitorar a resposta ao exercício, tentando interromper o fluxo urinário não mais do que uma vez por semana; incorporar o *biofeedback* ou estimulação elétrica para indivíduos selecionados quando a assistência for indicada, para identificar corretamente os músculos a contrair e/ou para desencadear a força desejada na contração muscular; fornecer informações por escrito descrevendo a intervenção e o número recomendado de repetições; e criar um registro diário da continência com o indivíduo para promover o reforço (Butcher *et al*., 2022).

A intervenção NIC de treinamento vesical (0570) é definida como: melhora do funcionamento da bexiga para pessoas com incontinência de urgência, aumentando a capacidade da bexiga de reter a urina e a capacidade do paciente de suprimir a micção. Dentre as atividades descritas estão: determinar a capacidade de reconhecer a urgência miccional; encorajar o paciente a manter um diário sobre sua micção; manter um registro de especificação

da continência durante três dias para estabelecer um padrão miccional; auxiliar o paciente a identificar os padrões de incontinência; e revisar o diário miccional com o paciente (Butcher *et al*., 2022).

Diante do exposto, observa-se a complexidade e a multidimensionalidade de aspectos determinantes, relacionados e consequentes da IU, assim é possível vislumbrar a relevância desta pesquisa que pode minimizar lacunas existentes e agregar conhecimentos científicos da área específica. Vale destacar também que o desenvolvimento do estudo sugere que sejam dadas as condições para que o manejo e o cuidado da idosa com IU sejam estruturados e realizados na ABS, adaptando intervenções para atender as necessidades das idosas e do serviço de saúde. Essas ponderações demonstram a relevância que envolve a avaliação da IU, sua intervenção e seu impacto na saúde de idosas.

Apesar de existirem estudos que avaliaram o efeito dos EMAP como intervenção física e comportamental na QV de mulheres idosas, não foram encontrados protocolos específicos validados por especialistas. Ainda vale ressaltar que nesse ambiente científico, vários instrumentos relacionados aos EMAP foram construídos e estudados em diferentes populações, entretanto não foram encontrados protocolos e/ou instrumentos validados de intervenção física e comportamental para tratamento da IU em mulheres idosas.

Com base no exposto, o presente estudo visa disponibilizar um protocolo específico de intervenção física e comportamental para tratamento da IU em mulheres idosas. O protocolo poderá também contribuir com a realização da assistência de enfermagem visando a prevenção das complicações relacionadas à IU e ao tratamento de idosas com IU. Poderá auxiliar, ainda, na implementação de ações voltadas à prevenção da IU na ABS e, posteriormente, nos demais níveis de atenção, bem como melhorar a subnotificação sofrida nesses níveis de atenção.

Visto que a IU possui prevenção e tratamento de baixo custo com EMAP e que esses exercícios são considerados tratamento de primeira linha, pretende-se estruturar um protocolo de intervenção que poderá ser aplicado por profissionais da saúde, especialmente por enfermeiros.

Justifica-se a relevância do estudo no sentido de contribuir para o atendimento das mulheres idosas com IU, também para desenvolver mecanismos de enfrentamento. Dessa maneira, pode-se contribuir em relação às mudanças de comportamento e de saúde com a conscientização de que o tratamento físico e comportamental é uma tentativa de melhoria dos efeitos causados pela IU.

Vale ressaltar que a IU tem efeitos negativos em mulheres idosas, pois envolvem alterações físicas e comportamentais que podem comprometer aspectos relacionados à

sexualidade, ao sono, ao humor podendo levar à idosa ao constrangimento devido à perda urinária, ao isolamento social e à depressão.

A realização de um protocolo para tratamento da IU em idosas pode padronizar a assistência do profissional da saúde, principalmente do enfermeiro, a fim de determinar o plano de cuidados que atenda às necessidades das idosas com IU de maneira individualizada. Além de que, um protocolo pode facilitar a avaliação de dados e resultados, pois a maioria dos estudos não publica os protocolos utilizados.

Assim, com este estudo, pretende-se responder as questões: Qual é a melhor forma de tratar, não farmacologicamente, a IU em mulheres idosas? Qual estrutura e conteúdo devem compor um protocolo válido de intervenção para IU em idosas?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Elaborar e validar com especialistas um protocolo de intervenção física e comportamental para tratamento da IU em mulheres idosas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar na literatura científica e técnica as evidências sobre o tratamento não farmacológico de intervenção para IU em mulheres idosas;
- Estruturar e elaborar um protocolo de intervenção física e comportamental para tratamento da IU em mulheres idosas;
- Validar com especialistas o protocolo de intervenção física e comportamental para tratamento da IU em mulheres idosas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA URINÁRIO DA PESSOA IDOSA

No processo de envelhecimento, algumas alterações estruturais e funcionais ocorrem no sistema urinário e em outros sistemas, que podem contribuir para a ocorrência de IU, entretanto a perda da continência não deve ser incluída às mudanças fisiológicas, naturais e esperadas do envelhecimento (Tavares *et al*., 2011).

A IU é comum na velhice, pois pode ocorrer em consequência de várias alterações crônicas decorrentes do processo de envelhecimento e da senilidade dos tecidos (Kessler *et al*., 2018). Algumas mudanças são mais predominantes no sistema urinário de idosas devido à pressão máxima de fechamento uretral, ao menor comprimento uretral, à atrofia da uretra e às alterações nas células da musculatura estriada esquelética. Essas alterações também ocasionam o enfraquecimento da musculatura pélvica relacionado à perda da elasticidade uretral e do colo vesical favorecendo o aumento da frequência, urgência e posterior IU (Souza, 2002; Cardoso, 2009).

O sistema urinário é composto pelas estruturas: dois rins, dois ureteres, uma bexiga e uma uretra. Exerce funções de: excreção de produtos degradados do metabolismo e de substâncias químicas nocivas ao organismo; regulação do equilíbrio acidobásico; regulação da pressão arterial por meio do sistema renina-angiotensina; regulação do equilíbrio hidroeletrolítico; secreção de eritropoietina que estimula a produção de eritrócitos; regulação da produção de vitamina D; e formação, transporte e eliminação da urina (Veronez; Vieira, 2012).

Os rins estão anatomicamente localizados na cavidade abdominal, entretanto são retroperitoneais. Suas dimensões são entre 11 a 13 cm de comprimento, 5 a 7,5 cm de largura e 2,5 a 3 cm de espessura com peso aproximado de 125 a 170 gramas no homem e 115 a 155 gramas na mulher. Apresentam dois polos, o superior e o inferior e ainda dois bordos, o lateral e o medial que se abre no hilo renal e é a passagem para as estruturas que formam o pedículo renal. São subdivididos em córtex renal, que realiza a filtração do sangue, e a medula renal, que coleta a urina. No córtex estão localizadas as colunas renais, as medulas renais, as pirâmides e a pelve renal. A unidade morfofuncional dos rins que filtra o sangue é denominada néfron e está presente na quantidade de um milhão em cada rim (Larosa, 2012).

À medida que ocorre o envelhecimento, há diminuição gradativa do peso dos rins e da taxa de filtração glomerular. As artérias localizadas no pedículo renal também se alteram com o envelhecimento ficando mais estreitas, o que dificulta o suprimento de sangue suficiente para os rins. As paredes das arteríolas que desembocam nos néfrons se espessam diminuindo a função glomerular. Ocorre ainda a diminuição na capacidade dos néfrons em excretar os resíduos e muitos medicamentos e, também, prejuízos na concentração e diluição da urina. Entretanto, são alterações esperadas no envelhecimento e, mesmo com a quantidade reduzida da função renal, os rins ainda se conservam para satisfazer as necessidades do organismo, mesmo que precisem trabalhar próximos de sua capacidade total (Jaipaul, 2017).

Já os ureteres não se alteram, consideravelmente, com a idade. São dois órgãos tubulares que saem dos rins para a bexiga urinária e têm dimensões aproximadas de 25 cm de comprimento. Apresentam movimentos peristálticos, já que são revestidos por musculatura lisa e auxiliam na condução da urina, dos rins à bexiga. Dividem-se anatomicamente em ureteres da região abdominal e da região pélvica (Larosa, 2012).

A bexiga urinária é um órgão muscular que armazena provisoriamente a urina até a oportunidade de ser liberada para o meio externo. Em seu interior há uma parede pregueada com uma porção triangular lisa, o trígono da bexiga, que é delimitado pelos dois óstios dos ureteres direito e esquerdo e pelo óstio interno da uretra. É inervada basicamente pelas fibras do centro sacral da micção (S2-S4); fibras do plexo hipogástrico, simpáticas adrenérgicas (alfa e beta); e fibras somáticas (voluntárias). Nos homens, a bexiga é localizada em região anterior ao reto e nas mulheres anteriormente ao útero e à porção inferior da vagina (Larosa, 2012; Gorzoni; Fabbri, 2013).

A bexiga possui quatro camadas: mucosa, submucosa, muscular e adventícia. A mucosa possui epitélio próprio que diminui sua espessura quando a bexiga se torna distendida e, assim, utiliza a submucosa como apoio. A camada muscular é formada por musculatura lisa, o que promove movimentos involuntários, e é chamada de detrusor da bexiga. A adventícia é composta por tecido adiposo e conjuntivo revestindo apenas a região superior da bexiga. A fusão do tecido da submucosa da bexiga constituído de tecido conjuntivo frouxo mais o tecido de fibra muscular lisa da uretra e da bexiga, compreendem o plexo vascular que auxilia no mecanismo da continência (Paulsen; Waschke, 2018; Vasconcelos, 2019).

Com o envelhecimento, o volume máximo de urina que a bexiga armazena diminui e a capacidade em retardar a micção após a primeira sensação da necessidade de urinar também diminui. A quantidade de resíduo de urina que continua na bexiga logo após a micção aumenta e, proporcionalmente, aumentam também a frequência urinária, o risco de infecções no trato

urinário e da IU, que podem surgir como resultado do desequilíbrio funcional do complexo vesico-esfincteriano (Urologia Campinas, 2016; Jaipaul, 2017; Silva *et al*., 2017).

Existem também contrações involuntárias dos músculos das paredes da bexiga ao longo da vida. Em jovens e adultos a medula espinhal e os controles cerebrais bloqueiam a maior parte das contrações, entretanto, com o envelhecimento, esse bloqueio é inibido e as contrações aumentam resultando em IU. Essas alterações podem causar a Síndrome da Bexiga Hiperativa que se caracteriza por uma urgência miccional e causa perda involuntária de urina com o aumento da frequência urinária, principalmente noturna (Urologia Campinas, 2016; Jaipaul, 2017).

Essa síndrome afeta em maior proporção as mulheres idosas, pois ocorre com frequência na diminuição dos hormônios sexuais que têm sua produção reduzida pelos ovários após a menopausa (estrógeno e progesterona), causando alterações progressivas na bexiga. Ocorrem, também, disúria, hematúria e carúnculas (lesões avermelhadas no orifício uretral) (Urologia Campinas, 2016).

Uma alteração observada na uretra é a diminuição da velocidade do fluxo de urina para fora da bexiga (Jaipaul, 2017). A uretra é um canal muscular que sai da face inferior da bexiga urinária e transporta urina até o meio externo. É revestida por tecido muscular liso em seu esfíncter interno e tecido muscular estriado esquelético em seu esfíncter externo. Pelo revestimento liso, ocorre mínima contração espasmódica o que possibilita uma pressão de fechamento e a continência urinária seja mantida por um período superior sem que haja fadiga muscular (Larosa, 2012; Paulsen; Waschke, 2018).

Deve ser ressaltada a voluntariedade das fibras estriadas o que promove controle consciente da micção ou força contrária à musculatura lisa forçando o esvaziamento da bexiga. Na mulher, a uretra é mais curta comparada à do homem, com aproximadamente 4 cm de comprimento, se abre no óstio externo da vulva entre o clitóris e o óstio vaginal, localizado no vestíbulo da vagina com a função exclusiva de eliminação urinária (Larosa, 2012; Paulsen; Waschke, 2018).

A uretra das mulheres encurta, ainda mais com o envelhecimento e seu revestimento fica mais fino, o que diminui a capacidade do esfíncter urinário de se fechar e aumenta o risco de IU. Essas alterações ocorrem por uma diminuição no nível de estrogênio, produzido pelos ovários durante a menopausa (Jaipaul, 2017).

A pelve é, então, responsável por realizar a sustentação dos órgãos supracitados, sendo que apresenta divergências classificadas conforme o gênero por razões anatômicas, funcionais e de desenvolvimento geral. Nos homens, a pelve é mais rígida e capaz de suportar mais peso,

pois possuem mais músculos em sua estrutura. Nas mulheres é estruturada para gerar um feto e facilitar a passagem durante o parto (Bengochea, 2019).

É constituída pelos ossos: dois íleos; dois ísquios; um púbis; um sacro com cinco ossos sacrais inferiores; e pelo cóccix com quatro vértebras fundidas e uma vértebra individual terminal única. Essa estrutura é capaz de transmitir o peso da porção superior do corpo para os membros inferiores a fim de manter o corpo equilibrado (Bengochea, 2019).

Possui, ainda, quatro diferentes articulações. Primeiras: as articulações lombossacrais são compostas e estabilizadas pelos ligamentos iliolombares. São constituídas por duas articulações zigoapofisárias posteriores e uma articulação intervertebral através do disco intervertebral entre L4 e S1. Segunda: articulação sacrococcígea cartilaginosa secundária que liga o sacro ao cóccix e é reforçada por meio dos ligamentos sacrococcígeos anterior e posterior. Terceira: articulação sacroilíaca com superfícies articulares entre o sacro e o íleo e estabilizada pelos ligamentos interósseos e sacroilíacos anterior e posterior. Quarta: sínfise púbica que une os ossos púbicos em uma articulação cartilaginosa secundária e é reforçada pelos ligamentos púbicos superior e inferior (Bengochea, 2019).

Em relação aos músculos que constituem a pelve, destacam-se os: psoas maior; ilíaco, piriforme; quadrado femoral; obturador interno; obturador externo; gêmeo superior; gêmeo inferior; glúteo máximo; glúteo médio; glúteo mínimo; músculos do assoalho pélvico. Os MAP sustentam os órgãos do assoalho pélvico e controlam funções como a micção, a evacuação e a continência da urina e das fezes (Larosa, 2012).

Os MAP são músculos estriados esqueléticos e, portanto, realizam contrações voluntárias. Estão dispostos em forma de rede e se localizam na região inferior da pelve, servindo de sustentação para os órgãos internos (útero, bexiga, intestino grosso, intestino delgado). Esses músculos têm inserção no osso púbico e nas paredes laterais dos ossos da pelve com continuidade para o cóccix. Esse grupo muscular exerce contrações para que ocorra um bom desempenho da uretra e do reto como se fossem esfíncteres que circundam a vagina e o ânus (Vasconcelos, 2019).

Esses músculos são agrupados em duas camadas, sendo uma superficial (períneo) e a outra mais profunda. A primeira camada, o períneo, é composta pelos músculos: bulbocavernoso, isquiocavernoso, transverso superficial, transverso profundo e esfíncter anal externo. A função destes músculos é participar do mecanismo de continência urinária e fecal e da ereção do pênis e clitóris, promovendo a ejaculação e as contrações vaginais durante o orgasmo, o que demonstra a extrema relevância nos Sistemas Urinário e Reprodutor (Paulsen; Waschke, 2018).

A camada profunda dos MAP é compreendida pelos músculos levantadores do ânus: pubococcígeo, puborretal, pubovaginal, iliococcígeo, isquiococcígeo e elevador da próstata. A fáscia endopélvica possui ligamentos importantes por também envolver o diafragma pélvico, seus ligamentos são: pubovesical, redondo do útero, uterossacro e cervical transverso. Assim, juntamente com a fáscia endopélvica, os MAP exercem funções fundamentais na manutenção da continência urinária (Larosa, 2012).

Os MAP possuem 70% de fibras do tipo 1 que são fibras de contração lenta e 30% de fibras do tipo 2 com contrações rápidas. As primeiras desempenham papel importante na ação antigravitacional com manutenção constante do tônus muscular e da continência em repouso. As segundas são solicitadas durante o aumento da pressão intra-abdominal, participando da pressão no fechamento uretral (Paulsen; Waschke, 2018).

Assim, explica-se a prevalência de IU entre as mulheres idosas, mesmo que ainda acometa mulheres em todas as faixas etárias. A presença da menopausa precedente ao envelhecimento sustenta aspectos inerentes à IU, pois as mulheres apresentam perdas de funcionalidades de propriedades estruturais e anatômicas até então saudáveis ao corpo (Higa; Lopes; Turato, 2008; Singh; Herwijnen; Phillips, 2013; Trutnovsky *et al*., 2014).

Após compreensão da anatomia e fisiologia do envelhecimento, levando em consideração as alterações do sistema urinário, torna-se relevante a definição de IU, bem como suas causas. As modificações que ocorrem no sistema urinário das idosas associadas aos agravos diversos favorecem o desenvolvimento da IU, a qual demonstra ter alta prevalência na velhice.

3.2 DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A IU pode ser entendida como qualquer perda involuntária de urina podendo estar ou não relacionada a esforços e é enquadrada nas sete grandes Síndromes Geriátricas (SG) segundo a OMS (OMS, 2015; Abrams *et al*., 2003; Carneiro *et al*., 2017). A IU, pode ser caracterizada como uma das SG que tem maior relevância, pois possui apresentação multifatorial decorrente de alterações relacionadas ao envelhecimento e, ainda, alterações dos sistemas nervoso e/ou urinário, comorbidades, interações medicamentosas e alterações de funcionalidade e cognição (Jacob Filho *et al*., 2014).

O conceito de SG é recente, pois começou a ser utilizado no final da década de 60 com referência às características mais comuns e frequentes em pessoas idosas internadas nos

diversos serviços de Geriatria. A terminologia associada à SG refere-se a um conjunto de quadros causados por uma série de doenças que são mais prevalentes entre pessoas idosas e que geram, frequentemente, incapacidades funcionais (Ayala, 2005).

A IU configura-se como uma SG com etiologia multifatorial que, por meio de alterações e/ou distúrbios, pode ser classificada em IU transitória ou persistente. Assim, causas como infecções geniturinárias, *delirium* e outros estados confusionais, alguns tratamentos farmacológicos (diuréticos, anticolinérgicos, bloqueadores alfa-adrenérgicos, antidepressivos, antipsicóticos, hipnóticos), distúrbios psicológicos, mobilidade limitada ou impactação fecal determinam a IU transitória. Já a IU persistente se associa a outros fatores, tais como lesões na coluna vertebral causando dissinergia detrusor-esfincteriana, doença de Alzheimer, Acidente Vascular Cerebral (AVC), fraqueza do assoalho pélvico, incompetência do esfíncter uretral, bexiga contrátil, comprometimento cognitivo e outras causas funcionais (Ayala, 2005; Shenot, 2016).

Na IU transitória não existe um mau funcionamento do trato urinário inferior, entretanto ocorrem eventos clínicos agudos com potencial de reversão quando a causa for tratada, assim como as causas já descritas anteriormente. A IU persistente possui quadro de evolução prolongada e é idiopática, sem causas aparentes ou correlação direta com comorbidades clínicas, e se subdivide em cinco categorias: IUU, IUE, IUM, Incontinência Urinária Transitória (IUT) e Incontinência Urinária Funcional (IUF) (Gorzoni; Fabbri, 2013; Jacob Filho *et al*., 2014; Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021).

A IUU ocorre por consequência do aumento na pressão intravesical por contrações involuntárias do músculo detrusor da bexiga, seja por hiperatividade ou por instabilidade do detrusor, relacionada a distúrbios oriundos de outras doenças do trato urinário inferior (tumores, cálculos, divertículos e obstrução do fluxo e saída) ou de fatores neurogênicos (AVC, Demência, Parkinson ou Lesão da Medula Espinhal) (Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021; Jacob Filho *et al*., 2014;).

Já a IUE se relaciona à perda involuntária de urina associada a aumento na pressão intra-abdominal causada por exercícios, como séries repetidas com levantamento de peso e exercícios de alto impacto; espirros, tosses e risadas. A fisiopatologia envolve a falha no processo de fechamento uretral e a perda de suporte anatômico nos MAP, hipermobilidade uretral, prolapso vesical e fraqueza do esfíncter uretral por trauma cirúrgico. É, geralmente, preponderante durante o período diurno, em pequena quantidade e com volume residual ínfimo. Essa etiologia se deve ao parto vaginal, à obesidade e às situações que constantemente elevam a pressão intra-

abdominal (Gorzoni; Fabbri, 2013; Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021; Jacob Filho *et al*., 2014; Lukacz *et al*., 2017).

A IUM está entre as mais comuns em mulheres, juntamente com a IUU e IUE, é conceituada pela perda urinária involuntária associada aos sintomas da Urgência e do Esforço que levam a pessoa ao desenvolvimento de mudanças anatômicas vesicais e contrações não inibidas do detrusor (Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021; Jacob Filho *et al*., 2014; Cruz Lendínez *et al*., 2017).

Na IUT a maior prevalência se dá em homens, entretanto são observados casos em idosas com doença neurológica sistêmica subjacente ou anormalidades anatômicas, como obstrução uretral. Ocorre por uma obstrução na região uretral ou por distúrbio neurológico que afeta a contratilidade vesical e pode ser relacionado à deficiência de vitamina B12, DM e álcool. É, ainda, caracterizada por hesitação e esforço elevado ao urinar, com perdas de pequenos volumes e grande volume residual após a micção que ocorre quando a pressão hidrostática da urina excede a pressão uretral (Gorzoni; Fabbri, 2013; Jacob Filho *et al*., 2014).

Quando se relaciona à presença de barreiras físicas, ambientais e psíquicas, a IUF é a mais retratada. Nesses casos, o Sistema Urinário se apresenta íntegro, entretanto há uma dificuldade de se chegar a tempo no sanitário, devido uma limitação física ou pela distância envolvida ou ainda, por uma não adaptação do banheiro para a pessoa idosa. Pode ser proveniente de comprometimento psíquico, por exemplo na Demência, e há perda de grande volume com ou sem percepção (Gorzoni; Fabbri, 2013).

De uma maneira geral, as causas que levam as pessoas idosas à IU podem ser descritas por: alterações da mobilidade, da destreza manual, da motivação; a redução da contratilidade da capacidade vesical; contrações vesicais involuntárias e aumento do volume residual (Reis *et al*., 2003).

Ainda existem diferenças nas alterações do fluxo urinário nos homens e nas mulheres, sendo em homens caracterizadas pelo aumento da próstata, enquanto que em mulheres são provocadas por redução da pressão máxima de fechamento da uretra relacionada à atrofia ou diminuição da vascularização dos tecidos que revestem a uretra, bexiga e vagina (Reis *et al*., 2003).

As mulheres, na maioria dos casos, sofrem em média cinco anos antes de retratar a alteração, sendo que a maior parte nunca se queixa do quadro ao médico de família (Rios *et al*., 2011). Condições ainda mais frequentes em idosas podem ser destacadas, tais como cirurgias ou deformidades pélvicas, multiparidade e hipoestrogenismo que têm efeito negativo na função esfincteriana da bexiga (Abrams *et al*., 2013).

Entretanto, em mulheres, a origem da IU ainda é considerada idiopática, sendo mais evidente em subgrupos que possuem doenças neurológicas sistêmicas como Parkinson, Esclerose Múltipla e Lesão do Nervo Pélvico ou Espinhal (Lukacz *et al*., 2017). Em estudo desenvolvido pela OMS e pela OPAS em sete países da América Latina identificou que pessoas idosas entre 60 e 74 anos de idade apresentaram IU, sendo 9% dos homens e 22% das mulheres. Na faixa etária acima de 75 anos, a prevalência é ainda mais alta, sendo de 23% em homens e 36% em mulheres (Tamanini *et al*., 2009).

A alta taxa de IU em idosas pode ser observada em revisão sistemática realizada por Justina (2013) referente aos estudos sobre a prevalência de IU em mulheres no Brasil que foi identificado menor índice em mulheres indígenas (5,8%) e maior em idosas com 60 anos ou mais (72%). A maioria dos estudos analisados indicou alta prevalência de perda urinária em idosas variando entre 15,3% e 62,6%.

O que também justifica a alta prevalência da IU em mulheres são as modificações que ocorrem no eixo córtico-hipotálamo-hipófise-ovariano. A fase de climatério, ainda muito confundida com a definição de menopausa, caracteriza-se por um período de transição na vida da mulher que se estende do final da menacme (capacidade reprodutiva da mulher) por toda senescência (OMS, 2015).

Durante o período de climatério, as mulheres desenvolvem sintomas urogenitais relacionados à deficiência hormonal do estrógeno levando ao hipoestrogenismo e causando a Síndrome da Menopausa Geniturinária na qual a bexiga é o principal órgão acometido. Desta maneira manifestações urinárias são percebidas, tais como disúria, poliúria, noctúria e IU (Coyne *et al*., 2012).

Esse período apresenta consequências sistêmicas que provocam alterações pela perda progressiva da função ovariana e consequente hipoestrogenismo o que acarreta em modificações neuropsíquicas, orgânicas e metabólicas que podem ter efeitos no Sistema Geniturinário (Kumar; Cotran, 2005; Fonseca *et al*., 2015). Com o hipoestrogenismo ocorrem várias alterações e a IU é uma delas como consequência da dependência hormonal das estruturas do assoalho pélvico. Soma-se a isso o fato de as mulheres não praticarem o fortalecimento dos MAP e o próprio envelhecimento ser um dos principais fatores de risco para a IU (Oliveira *et al*., 2017).

O hipoestrogenismo vivenciado durante o climatério é diretamente relacionado à IU, o que torna a temática relevante no envelhecimento, pois o processo funcional da musculatura que realiza o fechamento uretral é estrógeno-dependente. Assim, as mulheres idosas, podem apresentar sintomatologia de perda urinária involuntária (Galhardo; Katayama, 2007).

Dessa forma, identificar o tipo de IU em idosas, levando em consideração sua alta prevalência nesta população e reconhecer suas origens, são imprescindíveis para direcionar a assistência de enfermagem com avaliação e terapêutica que inclua a individualidade de cada idosa. O enfermeiro é o profissional que estabelece maior vínculo na ABS com idosas e está apto a desenvolver determinadas intervenções em saúde de promoção, prevenção das complicações e tratamento de idosas que apresentem IU.

3.3 AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Para que seja realizada a avaliação da IU e, posteriormente, sejam traçadas estratégias para o seu tratamento, é necessária a criação de um protocolo como ferramenta para prestar a melhor assistência de enfermagem por meio de um conjunto de recomendações sistemáticas que seguem um rigor metodológico para a sua construção (Lopes *et al*., 2017).

Protocolos assistenciais são considerados ferramentas que facilitam a assistência de enfermagem e de toda a equipe de saúde. Os protocolos são elaborados com base na literatura científica e técnica, levando em consideração a realidade local e a experiência dos agentes envolvidos (profissionais e pacientes) (Lopes *et al*., 2017).

O protocolo descreve a situação específica de assistência, no caso a IU, e conduz os profissionais envolvidos nas providências para a prevenção, tratamento ou reabilitação da saúde, com o uso de intervenções educacionais e/ou físicas. São considerados instrumentos que oferecem os melhores cuidados que subsidiam a prática assistencial (Lopes *et al*., 2017; Veras *et al*., 2019; Chiado *et al*., 2022).

Na avaliação clínica deve ser realizada anamnese a fim de indagar sobre sintomas urinários, antecedentes mórbidos, uso de medicamentos e investigação do ambiente. Ainda deve-se enfatizar o exame físico especialmente abdominal, neurológico, genital e retal. Um instrumento que se demonstra eficaz para o processo de avaliação é o diário miccional, pois permite analisar ganhos e perdas em horários diversos e atividades com características peculiares a determinado tipo de IU (Gorzoni; Fabbri, 2013).

A avaliação complementar deve ser individualizada para a investigação de sinais e sintomas de IU associados às dores abdominal e pélvica; hematúria; persistência de sintomas após abordagem terapêutica; volume residual pós-miccional elevado (maior que 100 ml, pois sugere obstrução da via de saída ou detrusor hipoativo) que não ameniza após possíveis fatores precipitantes como impactação fecal ou medicamentos; condições neurológicas complexas;

recorrência após cirurgia e prolapso de órgão sintomático. O exame de urodinâmica é caracterizado como padrão ouro para o diagnóstico de IU, entretanto não deve ser solicitado como rotina, pois se trata de um método invasivo, caro e que necessita de mão-de-obra qualificada (Gorzoni; Fabbri, 2013).

Durante a consulta de uma idosa com IU é de extrema relevância pesquisar sinais e sintomas passíveis de reversão para que a escolha do tratamento envolva a correção mais adequada. Assim, o tratamento não farmacológico, também chamado de tratamento conservador, é uma intervenção que não envolve medicamentos ou cirurgias. Sua terapia abrange modificações no estilo de vida, terapia física, regimes de controle de micção, medidas de terapias complementares e alternativas, dispositivos anti-incontinência, suportes para prolapsos de órgãos pélvicos, uso de absorventes, uso de anéis de suporte e de cateteres (Jacob Filho *et al*., 2014).

Na enfermagem, os diagnósticos de IU, denominados por meio da Classificação da NANDA-I no Domínio 3 e, no protocolo, serão identificados como IUE, IUU e IUM (Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021). Essa taxonomia de diagnósticos de enfermagem utilizada na prática clínica direciona a elaboração do melhor plano de cuidados para as pacientes, mulheres idosas. Assim, podem ser utilizados e compreendidos na comunidade científica por enfermeiros de quaisquer locais por se tratarem de terminologias padronizadas (Rabelo-Silva *et al*., 2020). Ainda são poucos os estudos relacionados a essa temática, o que demonstra a necessidade de estudar e propor critérios na prática da avaliação urinária na enfermagem com mulheres idosas com IU (Melo *et al*., 2023).

Além da avaliação para IU em mulheres idosas, o enfermeiro atua na ABS com promoção e prevenção de complicações relacionadas à IU. A classificação de intervenções de enfermagem proposta pela NIC recomenda cinco intervenções específicas para IU e suas respectivas atividades de enfermagem, sendo que quatro intervenções são trabalhadas no protocolo (controle da eliminação urinária, cuidados na IU, exercícios para a musculatura pélvica e treinamento vesical) (Butcher *et al*., 2022).

A classificação da NIC estrutura um conjunto de intervenções aplicáveis na enfermagem para a melhora dos diagnósticos listados pela NANDA-I, sugerindo raciocínio clínico e prática baseada em evidencias desempenhados pelo enfermeiro (Adamy; Zocche; Almeida, 2020). Segundo a NIC, intervenção de enfermagem é: "*qualquer tratamento que, baseado em julgamento e conhecimento clínico, um enfermeiro ponha em prática para melhorar os resultados do paciente*" (Butcher *et al*., 2022).

A primeira linha de recomendações genéricas e mudanças comportamentais, inclui: perda de peso, que diminui o índice de IU em mulheres com obesidade e previne o desenvolvimento da IU; exercícios físicos moderados que diminui a incidência de IU em mulheres adultas e idosas; diminuição do tabagismo que ameniza o risco de IU mais grave; redução da ingestão hídrica que deve ser restrita no período noturno e aos idosos com comorbidades associadas; redução da ingestão de cafeína a fim de melhorar os sintomas pertinentes às IUU e IUE; exercícios dos MAP (EMAP) que fortalece o conjunto de músculos responsáveis por realizar o fechamento do esfíncter uretral (Jacob Filho *et al*., 2014; Silva *et al*., 2017).

A realização de exercícios de reforço que fortalecem o grupo dos MAP previne e trata os sintomas da IU e melhora a QV. A associação desses EMAP com intervenções comportamentais forma a terapia de primeira linha para o tratamento de todos os tipos de IU. Nesta primeira linha de tratamento, a terapia consiste em exercícios com supervisão para EMAP durante pelo menos três meses para idosas com IU de qualquer tipo (Nie *et al*., 2017; Silva *et al*., 2017).

Os EMAP envolvem todo o fortalecimento da musculatura responsável por realizar o controle do esfíncter uretral e também ajuda no mecanismo da continência. Trata-se do tratamento conservador com nível de evidência 1, ou seja, as evidências apresentadas são resultantes de revisão sistemática ou de metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados relevantes ou provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados (Melnyk; Fineout-Overholt, 2005).

Esse tratamento, inclui as técnicas dos exercícios de Kegel, os quais se baseiam na realização de contrações e relaxamentos musculares isométricos com fortalecimento do processo de pressão uretral pela realização em três séries de oito a 12 contrações, com duração de seis a oito segundos cada repetição de três a quatro vezes por semana durante, pelo menos, 15 a 20 semanas (Jacob Filho *et al*., 2014).

Os EMAP foram primeiramente descritos na década de 50 do século passado, por Arnold Kegel, um ginecologista americano, que publicou resultados de uma pesquisa de 15 anos com o uso de exercícios para o assoalho pélvico em pessoas com IU. O médico demonstrou que a rotina com os exercícios sistemáticos fazia com que os músculos perdessem quatro vezes menos massa do que se ficassem sem atividade muscular. Assim os exercícios foram demonstrados como eficazes para a melhora do comprometimento anatômico e funcional da musculatura (Kegel, 1948).

Essa rotina de realização metódica de exercícios sistemáticos dos MAP melhora o tônus e a coordenação muscular. Atingindo esse grupo muscular, ocorre a compressão uretral com maior precisão, levando à recuperação da propriocepção no levantador do ânus após sessões de treinamento sensório-motor e melhorando o quadro de IU (Radzimińska *et al*., 2018).

Em estudo de revisão sistemática realizado por Radzimińska *et al*. (2018) foi observado que os EMAP são eficazes para mulheres com IU e deve ser recomendado como tratamento conservador de primeira linha para as idosas. Esse treinamento demonstrou melhora significativa da QV dessas mulheres determinando o funcionamento físico, mental e social. Em relação à duração do treinamento, não deve ser inferior a seis semanas e deve ser supervisionado.

O estudo ressalta que a avaliação do impacto dos EMAP na QV de mulheres com IU foi realizada em todas as pesquisas da revisão. Nessas pesquisas incluídas na revisão foram comparados os efeitos dos exercícios para cada tipo de IU e cada uma demonstrou a melhora estatisticamente mais elevada da QV em casos de IUE, entretanto os EMAP foram relatados como eficazes para todos os tipos de IU (Radzimińska *et al*., 2018).

A estrutura de um protocolo para realização dos EMAP ainda não é consensual. Em pesquisa realizada por Ramos; Oliveira (2010) com mulheres no climatério foi observado o desenvolvimento de um protocolo supervisionado com 10 sessões de exercícios, duração de 30 a 40 minutos cada sessão, em três séries de exercícios com 10 contrações, com intervalo de 20 segundos entre as séries, em diversos posicionamentos (em pé, sentada, em decúbito dorsal, genupeitoral e cócoras), três vezes na semana em dias intercalados, com entrevista após a intervenção para avaliação dos resultados.

No estudo mencionado, foi observada melhora significativa do quadro de IU nas mulheres no climatério com redução da frequência e do volume de perda involuntária de urina. Foi ressaltada a necessidade de um tempo superior a 10 sessões para que o fluxo de urina involuntário fosse totalmente interrompido, entretanto as mulheres desenvolveram consciência corporal para a realização da contração voluntária principalmente nos casos de IUE em momentos de necessidade frente aos esforços. Dessa maneira foi comprovada a eficácia dos EMAP para a recuperação do controle do esfíncter e para a prevenção das alterações dos MAP (Ramos; Oliveira, 2010).

Em estudo realizado por Magdalena Ptak; Brodowska, (2017) para mensurar a eficácia do tratamento com intervenções dos EMAP em mulheres com IUE foi demonstrada melhora significativa na QV com EMAP isolado em protocolo e também associado com exercícios

adicionais para o músculo abdominal transverso. Sendo assim, quaisquer destes protocolos devem ser utilizados como tratamento de primeira linha para a IU.

Em revisão bibliográfica realizada por Oliveira *et al*. (2017) foram demonstrados as técnicas empregadas e os seus respectivos benefícios, assim, podem-se destacar: EMAP que proporcionou melhora significativa na QV de mulheres com IUE, além de melhorar a força e a função da musculatura; um protocolo preestabelecido baseado nos exercícios de Kegel demonstrou melhora significativa ao relatar que a maioria dos pacientes evoluiu do quadro de perda de urina em jato para perda em gotejamento.

Dessa maneira, os exercícios para o tratamento da IU demonstraram resultados favoráveis no que diz respeito ao controle das perdas urinárias e à melhora da QV das mulheres. Várias técnicas foram encontradas na revisão, tais como exercícios para os MAP com diversos tipos de repetições auxiliados ou não por eletroestimulação; uso de cones vaginais; cinesioterapia geral; e *biofeedback*, entretanto os EMAP foram destacados como a melhor intervenção para esse fim (Oliveira *et al*., 2017).

Revisão sistemática demonstrou o ganho de força muscular após utilização de diversos tipos de tratamento para IU: um estudo trabalhou com EMAP diariamente com controle semanal realizado por um supervisor e avaliação dos resultados dois meses após a última sessão com episódio de vazamento urinário reduzido em 75,67%; outro estudo trabalhou com programa de EMAP diários com exercícios de Kegel com controle semanal por um supervisor e avaliação dos resultados dois meses após a última sessão com diminuição da perda urinária significativa avaliada em *pad-test* (teste do absorvente para avaliação de perda urinária) (Correa; Moreira; Garcez, 2015).

O acompanhamento de mulheres com IU por um profissional da saúde, principalmente pelo enfermeiro, se faz necessário. O programa de exercícios para o fortalecimento do diafragma pélvico sugerido por Kegel pode ser acompanhado também, por profissional da fisioterapia (Correa; Moreira; Garcez, 2015). Entretanto, a intervenção precoce pelo enfermeiro, a fim de prevenir, identificar e tratar a IU é fundamental, por meio da realização de exercícios de Kegel e da educação sobre a importância da IU em idosas, já que o enfermeiro é o profissional com maior vínculo direto com a população atendida na ABS, responsável pela promoção, prevenção e recuperação da saúde da comunidade e apto em compartilhar o conhecimento técnico específico nos aspectos individual, em grupo e coletivo que as relações se caracterizam por confiança, aceitação e reconhecimento de seu valor, favorecendo um aumento da motivação e o compromisso com o ensino e aprendizagem (Silva, 2012; Fernandes *et al*., 2015).

Entretanto, a maior dificuldade está na busca por tratamento efetivo para a IU, pois a mulheres apenas recorrem ao tratamento após, em média, cinco anos dos primeiros sinais e sintomas. O processo de envelhecimento, a menopausa, a incompreensão sobre o funcionamento dos MAP e principalmente o conformismo relacionado a esse desconhecimento de tratamento são fatores que afastam as mulheres da procura pelo atendimento, pois elas acreditam que faz parte do envelhecimento. Para que as barreiras como desinformação, falta de disciplina e indisposição para realização dos exercícios, sejam evitadas, o esclarecimento dos EMAP deve se dar no início do tratamento pelo profissional bem como o incentivo para a continuidade dos exercícios ao longo do tempo (Beuttenmuller *et al*., 2011; Oliveira; Garcia, 2011).

Assim sendo, mesmo diante de toda a problemática que envolve a IU, o enfermeiro deve atuar na educação em saúde para a melhoria da QV dessas mulheres. O enfermeiro é um profissional capacitado para abordar o planejamento de atividades e elaborar intervenções eficazes para a assistência às mulheres com IU na Unidade Básica de Saúde (UBS) que é tão acessível à população (Rosa *et al*., 2017).

A intervenção comportamental deve ser priorizada com horários de micção estabelecidos: Treinamento Vesical e Micção Programada ou Estimulada. O Treinamento Vesical consiste em um programa educativo que a idosa elimina diurese em horários previamente estabelecidos e, gradativamente, aumenta o intervalo entre as micções. O aumento neste intervalo entre as micções melhora a capacidade de armazenamento vesical e é indicado, principalmente, no tratamento da IUU, entretanto ainda é recomendado como primeira linha de tratamento conservador para IUE e IUM (Jacob Filho *et al*., 2014).

O autor ainda reitera que este é o melhor tratamento para identificação no menor intervalo de tempo que a idosa passa sem qualquer perda urinária que pode ser melhor interpretado junto ao diário miccional. Por isto é indicado para idosas com capacidades física e mental preservadas. Pode ser utilizado o intervalo de tempo de duas horas para urinar e esse intervalo vai aumentando gradativamente (em 15 a 30 minutos) após dois ou três dias sem perdas, até que o intervalo de três a quatro horas seja atingido (Jacob Filho *et al*., 2014).

A terapia que envolve a Micção Programada ou Estimulada envolve um horário demarcado previamente para urinar e é indicada a pessoas idosas frágeis ou com déficit cognitivo a fim de diminuir o número de episódios de IU, desde que apresente menos de quatro episódios de IU por dia (Jacob Filho *et al*., 2014).

Dessa maneira, um protocolo de intervenção estruturado com avaliação e tratamento direcionados às idosas com IU, pode melhorar os sinais e sintomas da IU e também apresentar

efeitos de melhora na QV dessas idosas expressos pela promoção do conhecimento acerca da saúde geniturinária, o que é intimamente relacionado ao processo de envelhecimento.

A ABS é a unidade mais propícia para o desenvolvimento dessas ações em saúde, pois otimiza a prevenção de complicações relacionadas à IU e o tratamento da idosa, sendo o primeiro serviço de busca para a resolução do problema. Assim, um trabalho sistematizado que vise à boa QV atenderá as reais necessidades das mulheres com IU (Rosa *et al*., 2017).

3.4 QUALIDADE DE VIDA DE IDOSAS COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A terminologia utilizada para compreender a QV envolve duas vertentes que se dividem em: linguagem cotidiana interpretada por pessoas da população em geral; e no contexto da pesquisa científica que é abordada em diferentes campos do saber, incluindo a enfermagem (Bowling; Brazier, 1995; Rogerson, 1995).

O interesse em estudar o constructo de QV na área da saúde é crescente e suas vertentes são multifatoriais e complexas. Os fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são relacionados aos aspectos econômicos, socioculturais, experiência pessoal e estilo de vida. Assim, a melhora da QV passou a ser vislumbrada como resultado esperado de práticas assistenciais e de políticas públicas na promoção da saúde e prevenção de doenças (Schuttinga, 1995).

Na década de 40 do século anterior, a noção de saúde foi associada a uma visão independente de doença com relevância na QV e bem-estar sobre as práticas de cuidados da saúde. Se anteriormente a saúde era simplesmente a ausência de doença, posteriormente tornou-se a interpretação do completo bem-estar físico, psicológico e social com valorização de outras dimensões que envolvem o ser humano, tanto no conceito funcional, quanto nas atividades de vida que determinam orientações para as práticas de saúde (OMS, 1946).

A QV não tem uma definição consensual entre os vários pesquisadores da temática. Revisões de literatura anteriores a 1995 demonstram as dificuldades para a conceituação e avaliação da QV na área da saúde ainda com lacunas teóricas e metodológicas. Entretanto, mesmo frente aos obstáculos, a partir da década de 90, pesquisadores vinculados à OMS revelam duas características fundamentais acerca do construto de QV: subjetividade e multidimensionalidade (Whoqol Group, 1995).

A subjetividade diz respeito à percepção pessoal sobre o estado de saúde no contexto de vida, sendo avaliada apenas pela própria pessoa. A partir dessa linha de pesquisa, entende-se

que a QV não deve ser usualmente avaliada por um profissional de saúde e os instrumentos de avaliação devem valorizar a perspectiva da população de maneira individual. E a multidimensionalidade envolve um construto de QV composto por várias dimensões: física, psicológica, relações sociais e meio ambiente (Whoqol Group, 1995).

A conceituação de QV mais amplamente estudada pode ser definida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (Whoqol Group, 1995, p. 1.405). A definição foi estruturada na década de 90 por um grupo de estudos da OMS iniciado com um projeto multicêntrico (Fleck *et al*., 1999; Fleck *et al*., 2000).

Apesar das divergências encontradas acerca da QV, o entendimento moderno mais comum está relacionado a critérios abstratos, tais como sucesso, amizade, religiosidade, padrão social e autonomia, bem como a critérios concretos, como supressão das exigências essenciais, instrução, emprego, saúde, saneamento, moradia e entretenimento. É uma síntese cultural que aborda uma idealização coletiva contemplada conforme o estágio de evolução de um composto social característico e individual (Lawi, 2015).

Consequentemente, a QV abarca percepções próprias e em relação às outras pessoas, sendo essas percepções influenciadas por fatores educacionais, profissionais, de necessidades pessoais e até mesmo da própria saúde. Deve ser ressaltado que cada pessoa pondera de maneira individual cada um desses fatores de acordo com a situação em que se encontra, podendo ser estimulada por critérios físicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos e espirituais (Leal, 2008).

Ainda, em relação à QV, deve ser avaliada pela própria pessoa e não por profissionais de saúde ou familiares, pois indica o bem-estar da pessoa em um determinado momento no tempo, podendo ou não sofrer alterações conforme a realidade vivida. A percepção da QV é individual, dinâmica e mutável que opera o nível de saúde da pessoa e da população (Leal, 2008).

Conforme o contexto em que a pessoa está envolvida, pode vir a enfrentar dois grandes grupos relacionados à QV: QV relacionada à saúde (QVRS) e QV não relacionada à saúde (QVNRS). O primeiro grupo representa todos os componentes associados ao estado de saúde, doença, intervenção e tratamento. O segundo envolve critérios relacionados aos valores, crenças, desejos, situação financeira que podem afetar também a QVRS (Pimentel, 2006).

Assim, a QV apresenta significados diferentes tanto para a população em geral quanto para as suas áreas de aplicação. Então, a QVRS está diretamente associada às doenças e às

intervenções em saúde e os seus efeitos na QV das pessoas (Anderson; Burckhardt, 1999; Fayers; Machin, 2000).

As representações de QVRS são mais específicas, pois definem como valor atribuído à vida, mensurados por deteriorações funcionais, percepções e condições socioculturais causadas pela doença, alterações e tratamento e a estrutura política e econômica do sistema assistencial (Minayo; Hartz; Buss, 2000).

Ainda segundo Minayo; Hartz; Buss (2000), alguns parâmetros para mensuração de QV de um grupo podem limitar a compreensão da realidade quando são utilizados apenas indicadores sociodemográficos e econômicos. Logo, junto aos fatores objetivos disposicionais e situacionais também devem ser levados em consideração a percepção, os pensamentos, os sentimentos e as avaliações subjetivas próprias das pessoas e das dimensões abordadas na QV.

A IU apresenta fatores que interferem na saúde física e mental da pessoa idosa que acarretam na diminuição da autoconfiança e na QV. O conhecimento acerca da saúde geniturinária da idosa é fundamental para a promoção da QV durante o processo de envelhecimento (Oliveira *et al*., 2017).

Essas repercussões nas facetas físicas, sociais e psicológicas trazem sérias consequências que se não forem tratadas adequadamente, podem prejudicar a QV da idosa, limitar sua autonomia, predispor à morbimortalidade e elevar os gastos financeiros na saúde da idosa (Cruz Lendínez *et al*., 2017).

A IU interfere negativamente na QV de pessoas idosas e a progressão dessa condição não é exclusiva do envelhecimento, mas relacionada a diversos fatores como gênero, idade, raça branca, multiparidade, climatério, histerectomia, depressão, DM, isolamento social e condição socioeconômica. Dessa maneira a IU reduz a QV e afeta a saúde física, psicológica e implica negativamente nas condições sexuais e sociais (Saboia *et al*., 2017).

São necessários parâmetros que mensurem a QV de idosas com IU, pois afeta gradativamente as mulheres em seu processo de envelhecimento. A *International Continence Society* recomenda incorporação de medidas para a avaliação da QV na prática clínica de mulheres com IU a fim de aumentar a percepção do estado de saúde da idosa (Abrams *et al*., 2013).

Subdiagnosticada e subtratada por não colocar diretamente a vida das idosas em risco, entretanto a IU acarreta sérias implicações na saúde, sejam elas sociais, psicológicas ou até mesmo econômicas, afetando a QV (Lopes; Higa, 2006).

Em estudo realizado em Fortaleza, Ceará, por Saboia *et al*. (2017) com mulheres com IU, concluiu que independentemente do tipo de IU, as mulheres apresentam a QV geral e específica afetada negativamente, o que demonstra alto impacto em todos os seus domínios.

Para mensuração da QVRS, são utilizados instrumentos que tendem a manter os aspectos multidimensionais e avaliam tanto a percepção geral de QV quanto a específica da IU relacionada a sintomas, incapacidades ou limitações. Assim, os questionários se dividem em genéricos e específicos. Os genéricos avaliam as dimensões relacionadas à saúde de maneira ampla, sendo elas física, social, psicológica e espiritual (Wiebe *et al*, 2003).

Os questionários específicos avaliam de maneira individual e integral alguns aspectos da QV sendo sensíveis para identificar alterações antes e depois de uma intervenção e direcionados para determinadas funções, população ou doença (Guyatt; Feeny; Patrick, 1993).

Dentre os questionários que avaliam aspectos da gravidade e dos efeitos dos sintomas urinários na vida das mulheres estão: o *Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms* (BFLUTS), o *Incontinence Quality of Life Questionnaire* (I-QoL), o *Stress Incontinence Questionnaire* (SIQ), o *Gaudenz-Fragebogen*, o *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form* (ICIQ-SF) e o *King's Health Questionnaire* (KHQ) (Kelleher, 2001).

Para os efeitos do atual estudo, dentre os questionários citados, serão utilizados: o *Gaudenz-Fragebogen*, o ICIQ-SF e o KHQ. Em relação à avaliação da QVRS de idosas com IU, o KHQ se demonstrou mais completo por utilizar os métodos de avaliação tanto do BFLUTS e do I-QoL quanto do SIQ, pois identifica a presença de sintomas de IU relacionados ao impacto na vida de quem possui IU e ainda permite mensuração global da QV. O questionário permite a avaliação das intervenções de enfermagem nas pessoas com IU (Kelleher, 2001).

Assim para uma etapa futura de validação clínica do protocolo de intervenção física e comportamental para tratamento da IU, elaborado e validado nesse estudo, há o interesse em medir o impacto do uso desse protocolo na QVRS das idosas. Comparar a QVRS das idosas antes e após participarem do referido protocolo, poderá comprovar a hipótese de que a intervenção tem potencial de melhorar a QVRS dessas idosas. Assim, a QVRS é considerada como sendo a percepção geral de saúde, o impacto da IU na vida das idosas, as limitações impressas pela IU na realização de tarefas do cotidiano, as limitações físicas causadas pela IU, as limitações sociais percebidas devido à IU, o relacionamento pessoal com alterações decorrentes da IU, as emoções, o sono e a disposição que afetam as idosas com IU e a gravidade dos sintomas urinários (Kelleher, 2001).

3.5 TEORIA SOCIAL COGNITIVA

A elaboração da intervenção física e comportamental, a ser desenvolvida no protocolo de tratamento da IU desse estudo, se fundamenta na Teoria Social Cognitiva. Também conhecida por Teoria da Aprendizagem Social, foi renomeada por Bandura (1986) para que os processos psicossociais fossem enfatizados para além dos aspectos tradicionais de aprendizagem. A Teoria Social Cognitiva reconhece a origem social do pensamento e ação humana e justifica os processos de pensamento, trata-se de uma influente contribuição causal na motivação, no afeto e na ação humana (Bandura, 1986).

A teoria assume a perspectiva para o autodesenvolvimento, adaptação e mudança de modo a influenciar intencionalmente as circunstâncias da vida dentro de uma ampla rede de influências sócio estruturais para o desenvolvimento pessoal a partir da insatisfação do Behaviorismo e das Teorias Psicodinâmicas (Bandura, 2008).

Durante a avaliação da idosa nas primeiras consultas, com a coleta de dados e realização do instrumento, serão questionados fatores de risco relacionados à IU para que a idosa perceba a pertinência entre esses fatores e a IU em sua vida, causando assim uma insatisfação e um incômodo com sua situação de saúde. A intenção é que a idosa assuma comportamentos com a realização do protocolo com intervenções físicas e comportamentais que culminem para a mudança no modo de pensar e influenciem na adesão ao protocolo.

O processo de aprendizagem observacional Behaviorista não exige intensificação, portanto ocorre a modelação social por meio de processos motivacionais (Bandura, 2008). Assim, além de provocar insatisfação com a situação de saúde da idosa, também serão trabalhados processos motivacionais durante as consultas e encontros para realização dos EMAP.

Deve ser considerado um protocolo individualizado para que os objetivos de cada idosa sejam levados em consideração, pois os processos motivacionais sofrem influência de acordo com esses objetivos. Entretanto, provocar insatisfação com a situação de saúde da idosa parece ser pertinente, pois a saúde é considerada um fator importante para adesão ao protocolo (Araújo, 2021).

Entretanto, a interação entre o comportamento, os fatores pessoais internos ou os eventos cognitivos e o ambiente externo não ocorre com a mesma intensidade simultaneamente. Desta maneira o fator externo não é isoladamente responsável pelas oscilações do

comportamento, pois o indivíduo pode atuar a fim de modificar seu ambiente e comportamento de maneira intencional (Bandura, 1986; Lamas; Patrício, 2008).

Assim, pode ocorrer uma mudança intencional no comportamento da idosa durante a intervenção, de maneira que ela, temporariamente, siga o protocolo para atender às expectativas das pesquisadoras em relação ao tratamento da IU. Entretanto, por ser determinado o período de 12 semanas de intervenção, acredita-se que a mudança de comportamento ocorrerá gradativamente no período e tenderá a permanecer após a intervenção.

A intencionalidade das pessoas apresenta limites e focos diversos que se alteram de acordo com as estruturas ambientais, sendo o ambiente imposto, o selecionado e o construído por meio de mecanismos que moldam suas vidas conforme as ações que planejam (Bandura, 1986; Lamas; Patrício, 2008).

Dessa maneira, a Teoria Social Cognitiva se assenta em três pressupostos. O primeiro se baseia no reconhecimento de que as pessoas possuem importantes capacidades de simbolização. O segundo depende da capacidade de simbolização, é a intencionalidade do comportamento. Quando os dois pressupostos se interagem, o terceiro é acionado a partir de cursos de capacidade de autorregulação e reflexivos com finalidade de adotar padrões pessoais para o comportamento e a realização das tarefas previamente determinadas (Bandura, 2008).

Esses pressupostos geram capacidades que são também influenciadas pelos estímulos gerados no meio ambiente e pelos fatores pessoais internos como a cognição, a emoção e até mesmo os acontecimentos biológicos. Nessa concepção as pessoas têm um controle significativo sobre seu próprio comportamento por intermédio dos processos cognitivos, sendo as expectativas e a auto eficácia aspectos centrais (Bandura, 1986; Gomes, 2014).

Acredita-se que, com o protocolo, as intervenções físicas e comportamentais influenciarão na melhora da IU, o que faz com que a idosa se sinta cada vez mais estimulada e motivada a dar continuidade. Considerando a melhora da IU um objetivo alcançado durante o protocolo, e mesmo posteriormente, a idosa compreenderá os benefícios da mudança de comportamento e os EMAP serão reforçados positivamente.

O reforço é o aumento da frequência diante de uma resposta, sendo assim, o reforço positivo aumenta a probabilidade de um comportamento pela presença de um estímulo positivo (Carrara, 1998).

Então o comportamento se estabelece quando os resultados são reforçados, ou seja, nesse caso, as idosas com IU que realizarão o protocolo de invenção física e comportamental até o final das 12 semanas terão a melhora da IU e, consequentemente, o comportamento

reforçado. Assim, tenderão ao comportamento arraigado, ou seja, haverá a mudança de comportamento (Baum, 1999).

Com o envelhecimento ocorrem perdas das capacidades física e cognitiva, entretanto existem as compensações e os ganhos de capacidade de autorregulação que permanece intacta ao longo da vida com fatores protetores do envelhecimento que atuam como recursos para a resiliência e otimizam o funcionamento da saúde, da inteligência e da memória (Bandura, 1997).

A capacidade de consciência reflexiva ainda pode ser mencionada como outra característica importante da Teoria Social Cognitiva. Bandura (1986, p.21) afirma que "se existe alguma característica que seja distintivamente humana, ela é a capacidade de consciência reflexiva". As pessoas têm capacidades para que suas ideias e ações sejam controladas e, ainda, os pensamentos sejam julgados e adequados conforme os resultados obtidos e as suas crenças e percepções de auto eficácia sejam permanentemente adaptadas. A auto eficácia pode definir a maneira como as pessoas se sentem, pensam, motivam-se e se comportam.

As crenças de auto eficácia estruturam as ações humanas e designam processos cognitivos, seletivos, afetivos e motivacionais, que são mediadores da expectativa da auto eficácia e do desempenho. Os processos cognitivos desenvolvem regras para predizer e influenciar acontecimentos, estabelecer estratégias e metas, antecipar possibilidades de sucesso nessas metas, determinando a eficiência na solução de problemas. Os processos seletivos baseiam-se na seleção de atividades para o desempenho de um comportamento padrão com sucesso, evitando situações que excedam as habilidades pessoais e procuram participar daquelas que acreditam poder desempenhar o comportamento com sucesso (Bandura, 1986; Gomes, 2014).

Assim, o desempenho e a motivação de uma pessoa na realização de determinada tarefa, de acordo com a teoria, são muito influenciados pelas crenças de auto eficácia, o que o torna conceito central da Teoria Social Cognitiva (Bandura, 1986; Gomes, 2014). Em idosos, as crenças de auto eficácia atuam como recursos protetores do envelhecimento.

A auto eficácia consiste na crença da pessoa sobre a sua capacidade para organizar e executar as ações requeridas para lidar com situações futuras e executar tarefas num determinado domínio. Essas crenças de auto eficácia influenciam, por sua vez, nas escolhas realizadas, no esforço empreendido, na persistência perante dificuldades, na qualidade do desempenho e no sucesso percepcionado. Desse modo, as crenças de auto eficácia são encaradas como fator psicológico importante para o sucesso da intervenção (Bandura, 1997).

Nesse estudo, pretende-se alterar o comportamento das idosas com IU a fim de estimular processos e competências mediadores para o envelhecimento bem sucedido baseados na Teoria Cognitiva Social de Bandura que influenciem na saúde dessas mulheres com IU (Bandura, 1997). Pela dificuldade em avaliar diretamente a motivação da idosa como um indicador, pode ser utilizado o sentido de eficácia para a motivação e desempenho da idosa para o sucesso da intervenção. Por meio do estudo da teoria, a auto eficácia se demonstra como o melhor indicador.

A teoria defende que a percepção de auto eficácia juntamente com a percepção de autocontrole têm papel importante na motivação e no desempenho (Bandura, 1986, 1997). Essa teoria compreende o comportamento humano e, de um dos seus pontos de vista, o ambiente de saúde, com a intervenção, influencia a motivação, sobretudo por meio da percepção de auto eficácia (Schunk, 2003).

A percepção da eficácia pessoal como um mediador do envelhecimento bem sucedido é ilustrada no livro "Auto-eficácia em diferentes contextos" proveniente da abordagem sócio cognitiva de Bandura, em que é discutido o senso de auto eficácia como mediador do envelhecimento bem sucedido no âmbito da cognição, das competências para a vida diária e do autocuidado à Saúde (Azzi; Polydoro, 2006).

Dessa maneira, concepções sobre o processo de envelhecimento denotam estratégias para que a pessoa idosa seja capaz de manejar desafios da velhice. Nesse sentido, o estudo será descrito a fim de exemplificar aspectos associados ou comuns ao envelhecimento, como a IU em idosas, de forma que a eficácia do protocolo de intervenção seja esclarecida a partir de crenças saudáveis de auto eficácia (Azzi; Polydoro, 2006).

A possibilidade de indicações de intervenção para que a auto eficácia seja melhorada por meio de participação em atividades de aprendizagem desempenhadas em centros sociais foi discutida por Hyung Hur (2016) em pesquisa com 246 idosos favorecidos.

Segundo Tovel; Carmel (2014) os idosos são capazes de moldar a sua QV quando estão frente a alguma alteração de saúde e de funcionalidade por meio de intervenções. Intervenções eficazes junto a habilidades de enfrentamento favorecem um envelhecimento bem sucedido. As intervenções realizadas com pessoas idosas podem facilitar e incentivar, a partir de persistência na participação de programas e protocolos de intervenção, a auto eficácia geral percebida por essa população (Alders *et al*., 2011).

Diante do exposto pretende-se melhorar a QV das idosas com IU após a participação em um protocolo de intervenção, além de reforçar comportamentos que melhorem a IU alcançando o seu tratamento com o protocolo. Dessa maneira, para que ocorra essa melhora,

será elaborada e validada uma intervenção física e comportamental para reduzir a intensidade e melhorar a sintomatologia da IU nestas idosas.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 DESENHO DO ESTUDO, ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO FÍSICA E COMPORTAMENTAL PARA TRATAMENTO DA IU EM IDOSAS

Trata-se de um estudo metodológico de abordagem qualitativa com o propósito de elaborar e validar com especialistas um protocolo de intervenção física e comportamental para tratamento da IU em mulheres idosas. Ressalta-se que esse tipo de estudo tem como escopo a identificação de um construto indiscutível com vistas a torná-lo discutível e prático, representado a partir de um fluxograma, protocolo, lista de passos ou considerações a serem seguidas e aplicáveis na prática, contexto em que se situa o protocolo proposto (Polit; Beck, 2011).

O processo de elaboração e validação do protocolo foi fundamentado no referencial teórico metodológico de Daniels *et al*. (2019).

O referencial emprega a experiência de realização de grupos focais síncronos utilizando a Internet. O método do referencial possibilita a inclusão de participantes de diferentes regiões, inclusive de diferentes países, resultando em uma amostra mais diversificada, o que contribui para as sugestões do protocolo trabalhado. Além de incluir participantes de localizações geográficas distintas, também permite flexibilidade aos profissionais/pesquisadores com cargas de trabalho variadas. O objetivo do referencial com a utilização de grupos focais síncronos é alinhar dados por meio de interações metodologicamente ordenadas o mais próximo possível de alternativas presenciais (Daniels *et al*., 2019).

O desenvolvimento da pesquisa foi também embasado nas revisões de literatura, classificação de intervenções de enfermagem (NIC) e em estudos já realizados com idosas com IU. Entretanto, para a construção do protocolo, buscou-se compreender a necessidade de construir um instrumento sistemático de intervenção física e comportamental validado para o tratamento da IU em mulheres idosas (Fricke *et al*., 2021; Alouini; Memic; Couillandre, 2022).

4.2 ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO FÍSICA E COMPORTAMENTAL PARA TRATAMENTO DA IU: SUBSÍDIOS DA LITERATURA

Para prosseguir com a elaboração e validação do protocolo, optou-se por dividir o processo em duas fases: i) elaboração do protocolo de intervenção física e comportamental para tratamento da IU em mulheres idosas; ii) validação de conteúdo, por meio da avaliação do protocolo por juízes especialistas.

A intervenção física e comportamental deve acontecer, inicialmente, em 12 semanas, em conformidade ao tempo mais prevalente encontrado em pesquisas levantadas pelas revisões sistemáticas de Fricke *et al*. (2021) e Alouini; Memic; Couillandre (2022) e, também, de acordo com as *guidelines* (diretrizes) das principais organizações americanas que estão em consonância com outros grupos internacionais (*Best Pratice Advocacy Centre of New Zeland* e *The National Institute for Health and Care Excellence* [NICE]) (NICE, 2013). Posteriormente, essas mulheres passam por seguimento após um ano da intervenção.

Assim, durante os três meses, devem ser realizadas duas consultas mensais, três ligações telefônicas e três encontros para realização dos EMAP, seguindo o protocolo supervisionado. Conforme dados da revisão sistemática de Fricke *et al*. (2021), a educação detalhada e consultas frequentes são recomendações durante um programa de treinamento para IU, além de demonstrarem melhorias significativas da IU com programa supervisionado.

O protocolo elaborado pela pesquisadora compreende os seguintes itens:

1) Educação acerca da IU.

2) Avaliação de comportamento por meio do diário miccional.

3) Identificação da perda urinária utilizando o teste do absorvente (*pad-test*).

4) Propriocepção.

5) Avaliação de força dos MAP (FMAP).

6) Exercícios perineais.

Assim, seguem as descrições de cada item:

1) Educação acerca da IU: Recomenda-se fornecer educação detalhada acerca da IU durante um programa ou protocolo de intervenção conforme estudos apresentados na revisão de Fricke *et al*. (2021). A cada consulta para realização dos exercícios perineais, as idosas devem receber informações sobre a IU; anatomia e fisiologia do trato urinário inferior com figuras ilustrativas dos MAP e a diferença de localização dos músculos acessórios (adutores, abdome e glúteos), para que não ocorra contração desses músculos de maneira equivocada;

orientações sobre hábitos de vida com finalidade controle da eliminação urinária a fim de estabelecer um ritmo miccional (micção programada); cuidados na IU com aumento da ingesta hídrica para diminuir a acidez da urina e evitar a IUU com o aumento da quantidade de urina na bexiga; diminuição da ingestão de líquidos no período noturno; evitar a ingestão de cafeína, álcool e tabaco para melhorar sintomas de urgência e frequência; realização de exercícios físicos moderados; e melhorar os hábitos intestinais com ingestão de fibras (Jacob Filho *et al*., 2014; Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021; Butcher *et al*., 2022).

2) Avaliação de comportamento por meio do diário miccional: O diário miccional está entre as medidas mais empregadas na revisão sistemática de Alouini; Memic; Couillandre (2022) para medir o desfecho.

Segundo as diretrizes para IU da *European Association of Urology* (EAU) (Bonkat *et al*., 2018), o diário miccional é utilizado com forte grau de recomendação e deveria ser utilizado para solicitar ao paciente com IU que complete um diário miccional (grau de recomendação forte); e usar o diário miccional por, no mínimo, três dias (grau de recomendação forte) (Burkhard *et al*., 2018).

O relatório de recomendação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da IU Não Neurogênica da CONITEC (2019) enfatiza que o diário miccional permite avaliar o número de micções, número de episódios de IU e o volume de líquido ingerido e eliminado em 24 horas. Segundo esse protocolo clínico da CONITEC, o diário também pode ser usado para monitorar a resposta e eficácia do tratamento, além de ser amplamente utilizado em ensaios clínicos e exercer um papel terapêutico, pois fornece ao paciente uma visão do comportamento da bexiga. O período de avaliação por meio do diário miccional pode variar entre três a sete dias (Brasil, 2019).

O diário miccional deve ser utilizado como instrumento para avaliar o comportamento das idosas ao longo de três dias consecutivos a cada início de mês, devendo ocorrer nos primeiros três dias de cada mês (são três meses de intervenção). Deve constar data e horário da ocorrência de possíveis eventos de perda urinária com identificação do tipo, seja por urgência, esforço ou mista; volume e tipo de líquido ingerido ao longo do dia; volume urinário eliminado ao longo do dia; se existiu alguma urgência urinária associada aos esforços ou à urgência; e a necessidade do uso de algum absorvente com horário das trocas (Apêndice D) (Mesquita *et al*., 2010).

A intervenção de enfermagem, segundo a NIC, orienta nas atividades de EMAP a elaborar um registro diário em relação à IU da idosa a fim de promover o reforço com identificação de possíveis perdas (Butcher *et al*., 2022).

Dessa maneira, a idosa deve receber dois copos graduados, um para mensurar a ingestão hídrica e o outro para a diurese e, assim, anotar no diário.

3) Identificação da perda urinária utilizando o teste do absorvente (*pad-test*): A identificação da perda urinária deve ser realizada utilizando o *pad-test*, um método de medida simples, não invasivo e eficaz para avaliar a IU, mesmo quando não identificada na avaliação urodinâmica. É realizado por meio da utilização de um absorvente íntimo urinário e padronizado que classificará, a partir da perda urinária, a IU em leve, moderada e grave (Maranhão *et al*., 2008).

Segundo as diretrizes para IU da EAU (2018), o uso do *pad-test* é avaliado com forte grau de recomendação, quando utilizado com duração padronizada e protocolos de atividades, entretanto o grau de recomendação para quantificar a IU é fraco (Burkhard *et al*., 2018).

A revisão de Fricke *et al*. (2021) demonstrou que as pesquisas avaliadas utilizaram o *pad-test* para mensurar a gravidade da IU como medidas de resultado e avaliação durante a primeira hora de uso com o absorvente.

Os estudos levantados por Alouini; Memic; Couillandre (2022) em revisão sistemática também demonstraram o uso do *pad-test* como escala de avaliação para perda urinária e ainda utilizaram *pad-test* para diagnosticar a IU.

O *pad-test* é uma ferramenta diagnóstica não invasiva para a IU considerado de fácil execução e com utilização tanto no atendimento clínico diário quanto na pesquisa. Apesar de seu baixo custo no diagnóstico inicial, seleção do tratamento e avaliação de seguimento, apenas menos de 10% dos profissionais que trabalham com IU realizam o exame rotineiramente. Existem vários protocolos de teste com diferentes durações de tempo, no entanto, apenas um *pad-test* de 1 hora foi padronizado (Sétimo relatório sobre a padronização da terminologia da função do trato urinário inferior: técnicas de reabilitação do trato urinário inferior. Comitê de Padronização de Terminologia da Sociedade Internacional de Continência) (*Severity of urinary incontinence* da ICS 1-h *pad-test*). O *pad-test* de uma hora é mais adequado para estabelecer o diagnóstico inicial, o teste de 24 horas é utilizado com mais frequência para avaliação dos resultados do tratamento e o *pad-test* mais longo é usado em estudos clínicos (Krhut *et al*., 2014).

Assim, o *pad-test* é utilizado como avaliação qualitativa (presença ou ausência de IU) e avaliação quantitativa (determinação do grau de IU). Em testes de curto prazo, o *pad-test* é realizado de 20 minutos a duas horas e em testes de longo prazo, de 12 a 72 horas. O princípio do exame leva em consideração o peso das almofadas (absorvente) antes e depois do teste e o

resultado é relacionado ao ganho de peso em gramas sendo correspondente à perda de urina em mililitros (Krhut *et al*., 2014).

O protocolo de intervenção utilizou o único *pad-test* padronizado que orienta a ingestão de 500 ml de líquido sem sódio nos primeiros 15 minutos em repouso; de 15 a 45 minutos caminhar e subir um lance de escadas; de 45 a 60 minutos levantar da posição sentada (10 vezes), tossir vigorosamente (10 vezes), correr no lugar (um minuto), pegar um pequeno objeto no chão (cinco vezes) e lavar as mãos em água corrente (um minuto) (Apêndice E) (Krhut *et al*., 2014).

O resultado é quantificado relacionado à quantidade de urina perdida. Para a primeira hora do teste, perder menos do que 10 ml classifica a IU como leve, de 11 a 50 ml a IU é considerada moderada e mais do que 50 ml é IU grave. A sensibilidade e a especificidade do teste é de 34 a 83% e 65 a 89% respectivamente (Krhut *et al*., 2014).

Para que esse resultado seja quantificado, após o término do período de utilização do *pad-test* por uma hora, o absorvente será pesado em balança contadora de precisão (Mettler Toledo, modelo Compact Scale ICS685k-3XS/f) de resolução de 0,01 g e capacidade máxima de 3 kilogramas, descontando o peso do absorvente e registrando a perda urinária (Abrams *et al*., 2003; Maranhão *et al*., 2008).

4) Propriocepção: A propriocepção se dá por meio da utilização de um perineômetro pneumático de *biofeedback* da marca Quark Medical, modelo Perina Clínico que também possui indicação para melhora da propriocepção dos MAP e, assim, reconhecimento do músculo pubococcígeo. Uma sonda vaginal inflável compõe o perineômetro e propicia a reeducação do assoalho pélvico e a consciência dos MAP, mais precisamente do pubococcígeo, fatores necessários para a conscientização e a propriocepção do períneo junto aos MAP (Kaplan, 1974).

A introdução da sonda vaginal inflável é realizada com a utilização de um preservativo masculino não lubrificado para assegurar a assepsia do material de silicone. Devem ser utilizadas, ainda, duas gotas de lubrificante a base de água para facilitar a introdução na vagina.

Este equipamento atende todos os requisitos da norma de segurança para equipamentos eletromédicos NBR IEC 60601-1/1994 – Equipamento eletromédico – Parte 1 (Prescrições gerais de segurança), emenda nº 1/1997 da NBR IEC 60601-1/1994.

Estudos demonstram que a percepção corporal perineal das mulheres ainda é baixa, bem como a capacidade de contração dos MAP, pois não possuem consciência de localização e de funcionalidade desses músculos (Bernardes *et al*., 2000; Figueiredo *et al*., 2008; Sousa *et al*.,

2011). Segundo Butcher *et al*. (2022), orienta-se o reconhecimento dos MAP a partir de orientações verbais e realização da propriocepção com a palpação vaginal.

5) Avaliação da FMAP: Para a avaliação da FMAP devem ser utilizados a escala de Oxford Modificada e o perineômetro.

A escala de Oxford Modificada é realizada por meio da palpação vaginal bidigital, que é amplamente utilizada tanto na prática clínica quanto na pesquisa. É considerada de fácil aplicação e manejo por ser bem tolerável pelas idosas, além do baixo custo. A escala mensura a FMAP de 0 (ausência de contração) a 5 (contração forte) (Laycock; Jerwood, 1994; Franco, 2012).

Para a avaliação da intensidade e da pressão da contração voluntária dos MAP também deve ser utilizado o perineômetro descrito que, nesse momento, deve ser utilizado para a avaliação da FMAP. Este perineômetro consiste em um equipamento prático em relação ao manuseio que complementará as avaliações e o tratamento da IU como disfunção do assoalho pélvico. É constituído por uma sonda vaginal inflável, ajustada de acordo com a sensibilidade e esforço de cada idosa que será revestida por um preservativo masculino não lubrificado e adicionado gel lubrificante a base de água até que a idosa sinta um leve desconforto com a percepção do envolvimento da sonda em toda a parede vaginal, conectada a um manômetro de pressão que, por meio de um equipamento, indicará a intensidade da força perineal executada pelos MAP, a sustentação e o relaxamento (Quark Medical, 2019).

Não é permitida a utilização dos músculos acessórios (adutores, abdome e glúteos) para a realização dos exercícios, para tanto, deve ser solicitada a utilização de roupas leves de ginástica para facilitar a orientação e a inspeção da enfermeira.

Um equipamento semelhante, entretanto, com menor número de funcionalidade, foi criado por Arnold Kegel na década de 1948 com manômetro e sonda vaginal para verificar o benefício dos exercícios perineais em suas pacientes com fraqueza dos MAP. Trata-se de um aparelho capaz de demonstrar, mensurar e ensinar à idosa a intensidade de contração dos MAP em milímetros de mercúrio (mmHg) durante o tratamento por meio da leitura da pressão do ar após contrações pélvicas. A sonda vaginal inflável é do tipo pneumática capaz de informar a intensidade da contração exercida pelos MAP durante a contração e o relaxamento (Dougherty *et al.*, 1986; Ferreira *et al.*, 2011).

O aparelho a ser utilizado, o Perina Clínico, é um equipamento de *biofeedback* por pressão que é capaz de determinar os potenciais de ação das contrações dos MAP e exibir intensidades por meio de uma escala linear de pressão representada por uma escala luminosa

de LED, a qual acompanha, em tempo real, o comportamento das contrações. O *biofeedback* permite a reeducação ativa controlada e exige a cooperação da idosa (Quark Medical, 2019).

O Perina Clínico permite controlar o tempo de terapia, o tempo de contração e o tempo de repouso além de fixar uma pressão objetiva a ser atingida durante a terapia. É indicado para o despertar proprioceptivo dos MAP, para fortalecimento muscular, aprendizado de força, de retenção voluntária e de contração perineal antes do esforço, para IU e prolapso uterino e vesical (Quark Medical, 2019).

O equipamento é composto pelo aparelho Perina Clínico, uma sonda vaginal pneumática inflável e um insuflador. A introdução da sonda vaginal inflável será realizada após ser utilizado um preservativo masculino não lubrificado para assegurar a assepsia do material de silicone. Serão utilizadas, ainda, duas gotas de lubrificante a base de água para facilitar a introdução na vagina. A sonda deve ser inflada gradualmente até que o contato com as paredes vaginais seja percebido, provocando uma distensão da área de maneira que os MAP façam pressão sobre a sonda. No momento em que a musculatura for contraída, deve-se observar um aumento da pressão sobre a sonda e uma diminuição da pressão quando houver relaxamento (França, 2019).

Estudos levantados em revisão sistemática de Fricke *et al*. (2021) demonstraram um impacto definitivo na FMAP quando dispositivos de *biofeedback* foram utilizados para auxiliar mulheres a contraírem os MAP.

Alouini; Memic; Couillandre (2022) demonstraram que a FMAP está entre os desfechos mais avaliados nos estudos levantados para a revisão sistemática e, ainda, que o perineômetro está entre as escalas mais utilizadas para medir a contração dos MAP.

Um dos estudos levantados por Alouini; Memic; Couillandre (2022) avaliou os efeitos do treinamento dos MAP guiado por *biofeedback* nos sintomas do trato urinário inferior com base na frequência de IUE e gramas de perda de urina, qualidade de vida relacionada à saúde e função sexual em mulheres com IUE. Assim, entre as medidas de resultados, a força de contração dos MAP foi medida por meio de um perineômetro e pela escala de Oxford modificado (Gumussoy; Kavlak; Yeniel, 2021).

Pesquisa incluída na revisão de Fricke *et al*. (2021) comparou a eficácia de um programa de exercícios supervisionados dos MAP e a prescrição domiciliar convencional para o tratamento da IUE leve a moderada em mulheres. O desfecho foi medido avaliando a FMAP por meio de um perineômetro (Ferreira *et al*., 2012).

Outra pesquisa incluída na revisão de Fricke *et al*. (2021) avaliou, em estudo controlado randomizado, a eficácia do treinamento abdominopélvico por realidade virtual comparado ao treinamento dos MAP com bola de ginástica na FMAP de 60 mulheres na pós-menopausa. A

FMAP das participantes foi avaliada por palpação vaginal bidigital e perineômetro vaginal, considerando três diferentes parâmetros: força máxima, força média e resistência (Martinho *et al*., 2016)

Grande parte das mulheres não consegue contrair os músculos perineais quando solicitado, então, a fim de auxiliar na conscientização, percepção e FMAP (pubococcígeo), será utilizado o perineômetro (Pinheiro *et al*., 2012). Apenas a partir do reconhecimento desse músculo e de sua contração será possível a realização dos exercícios perineais e mensuração da força.

6) Exercícios perineais: O EMAP é considerado o treinamento de primeira linha conforme sugerido pela ICS e os resultados para IU são comprovados na literatura. O EMAP guiado por profissionais que trabalham com IU melhora a adesão de forma positiva e promove comportamento de auto eficácia (Åhlund *et al*., 2013). O EMAP oferece suporte aos órgãos pélvicos e auxilia no fechamento dos músculos do esfíncter uretral, resultando na melhora da IU. Dessa maneira, é prescrito como tratamento de primeira linha para aumentar a força, resistência e coordenação muscular (Luginbuehl *et al*., 2021; Kargar Jahromi; Talebizadeh; Mirzaei, 2014).

Segundo Butcher *et al*. (2022), a intervenção dos EMAP, conforme a NIC, tem a finalidade de fortalecer, a partir de treinamento, os MAP (levantados do ânus e urogenital) por meio de contrações planejadas, o que resulta em melhora da IUE, IUU e IUM. Dentre as atividades estão identificar a capacidade da idosa em detectar a urgência miccional; bem como orientar corretamente as contrações voluntárias e o relaxamento posterior às contrações (tanto orientações verbais, quanto realizar a propriocepção a partir da palpação vaginal); orientar que músculos acessórios não sejam contraídos erroneamente durante a contração dos MAP; e orientar realização dos EMAP (até 300 contrações por dia, mantendo as contrações por 10 segundos e repousando por pelo menos 10 segundos entre cada contração, de acordo com o protocolo da instituição).

A OMS e a ICS recomendam os EMAP como tratamento para IUE, IUU e IUM em mulheres (Abrams *et al*., 2018). O EMAP apresenta sete vezes mais chances de resolução da IU em mulheres quando comparado a nenhum tratamento (Norton; Brubaker, 2006). Revisão sistemática realizada por Dumoulin; Hay-Smith (2010) comprovou que os EMAP são capazes de curar ou melhorar todos os tipos de IU. Ainda em estudo de Hay-Smith *et al*. (2011) foi possível comprovar que EMAP guiado por profissionais da saúde é mais eficaz para o tratamento da IU comparado ao EMAP sem acompanhamento de profissionais.

Revisão sistemática realizada por Alouini; Memic; Couillandre (2022) demonstrou que o EMAP é eficaz na redução da IU e na melhora da contração dos MAP, não apenas na melhora de aspectos físicos, mas também psicossociais. Os autores comprovaram que o EMAP é um método de sucesso para o tratamento da IU e é recomendado como tratamento de primeira linha. Ressalta-se ainda que a maioria dos estudos que compuseram a revisão, realizaram intervenção com treinamento dos MAP.

Fricke *et al*. (2021) também relataram melhora na gravidade da IU, FMAP e da qualidade de vida com EMAP em revisão sistemática. Os autores relataram a superioridade dos EMAP supervisionados sobre os EMAP sem assistência em relação às melhorias da IU. Destacaram a importância da intervenção com EMAP para mulheres durante a pós menopausa.

Os exercícios perineais apresentam benefícios para as mulheres idosas, assim é preciso declarar:

> Os exercícios de contração voluntária do assoalho pélvico possuem muitos benefícios; por exemplo: melhora a percepção e consciência corporal da região pélvica; aumento da vascularização na região pélvica; aumento da tonicidade e da força da musculatura do assoalho pélvico, associado a este vigor, ao contrair a musculatura do assoalho vaginal de forma muito significativa; mantendo este grupo muscular fortalecido, evita-se uma diversidade de problemas físicos que ocorrem nos períodos mais avançados da vida, devido ao enfraquecimento do músculo pubococcígeo (Petricelli, 2003. p. 24-25).

Segundo as diretrizes da EAU de 2018, os exercícios de reabilitação do assoalho pélvico foram apresentados com grau de recomendação forte e devem ser oferecidos por pelo menos três meses como primeira linha de tratamento para IU em mulheres e idosos (Bonkat *et al*., 2018; Burkhard *et al*., 2018).

Os EMAP, também conhecidos como exercícios de Kegel, baseiam-se na contração e no relaxamento da uretra com o auxílio da contração dos MAP (músculos levantadores do ânus) e com manutenção dessa contração. Estudo randomizado realizado em dois centros de pesquisa no Canadá com 362 mulheres idosas (60 anos ou mais) com IU relatou diminuição dos episódios de IU em um ano, sendo essa redução de 70% para mulheres que realizaram os EMAP de maneira individual e 74% em grupo. Os EMAP ocorreram em um programa de 12 semanas, sendo realizada uma sessão inicial individualmente com a finalidade de aprender a contrair os MAP. Foi realizada uma sessão semanal de aproximadamente uma hora, sendo os 15 primeiros minutos direcionados para um período educacional e os outros 45 minutos com a realização dos EMAP. O programa ocorreu em três fases de quatro semanas com adição gradual de exercícios cada vez mais difíceis no que diz respeito à duração, número de repetições e posição. As mulheres foram orientadas a realizar exercícios em casa, cinco dias por semana durante as 12

primeiras semanas e, posteriormente, três dias na semana durante nove meses (Dumoulin *et al*., 2020).

Pesquisa de Weber-Rajek *et al*. (2020) com 128 mulheres de 45 a 78 anos com IUE também demonstrou melhora na gravidade da IU e na qualidade de vida. As mulheres foram randomizadas aleatoriamente em dois grupos experimentais ou em um grupo controle. As mulheres dos grupos experimentais ou receberam 12 sessões de EMAP ou 12 sessões de inervação magnética extracorpórea. O programa de EMAP ocorreu em 12 sessões de 45 minutos, sendo realizados os EMAP três vezes por semana em quatro semanas. O programa de treinamento priorizou a contração das fibras rápidas e lentas utilizando a técnica de tensão do músculo transverso abdominal. Os EMAP foram realizados com e sem mudança de posição, com as mulheres em pé, sentadas e deitadas. Na pesquisa, o número de repetições dos EMAP foi determinado de maneira individual. O EMAP e a inervação magnética extracorpórea mostraram-se métodos de tratamento eficazes para a IUE em mulheres.

Estudo realizado com 43 mulheres de 36 a 68 anos com IUE demonstrou eficácia no aumento de FMAP, redução da gravidade da IU e melhora da qualidade de vida. O estudo foi desenhado como um ensaio clínico randomizado que distribuiu as mulheres aleatoriamente em dois grupos (treinamento de vibração de corpo inteiro e EMAP). O programa de EMAP foi realizado em quatro semanas, três vezes por semana, em uma hora de aulas de EMAP. Os EMAP se dividiram em três a quatro séries de 15 a 20 repetições com pausa de 60 segundos entre as séries. O EMAP ocorreu em um processo progressivo sob supervisão com contrações estáticas dos MAP associadas à contração estática dos músculos adutores do quadril, glúteo e abdominal nas posições supina, sentada, em pé, em decúbito dorsal, em ponte, mini agachamento e agachamento (Farzinmehr *et al*., 2015).

Estudo randomizado realizado em três centros comunitários na Escócia e na Inglaterra com 600 mulheres com IUE e IUM demonstrou melhora na IU e ainda relatou que o EMAP supervisionado e protocolizado, com ou sem *biofeedback* eletromiográfico, traz benefícios, apoiando a recomendação atual de forte grau para EMAP como um tratamento eficaz para IU. As mulheres de ambos os grupos (randomizadas para EMAP com *biofeedback* eletromiográfico e EMAP sozinho) passaram por seis consultas presenciais, com duração de uma hora para a primeira consulta e 30 minutos para as consultas subsequentes com um terapeuta (fisioterapeuta, enfermeiro ou clínico com experiência em continência). O terapeuta avaliou os MAP, ensinou a técnica correta de exercício, prescreveu um programa individualizado de EMAP para ser seguido em casa (com três séries de exercícios diários, registrados em um diário

de exercícios) e utilizou técnicas de mudança de comportamento incorporadas ao protocolo para estimular a adesão (Hagen *et al*., 2020).

Estudo randomizado realizado em São Paulo avaliou a melhora da IU em mulheres com IUE após selecionar aleatoriamente 118 mulheres em três grupos de intervenção (grupo com EMAP, grupo de eletroestimulação e grupo de cones vaginais) e um grupo controle. Para a realização do EMAP, profissionais que trabalhavam com IU forneceram orientações sobre a anatomia dos MAP, fisiologia e mecanismos de continência. Todas as mulheres aprenderam a contrair corretamente os MAP (avaliado pela palpação vaginal bidigital). A intervenção foi realizada durante seis meses. Todas as sessões foram realizadas em grupos durante 45 minutos. No início de cada sessão, eram realizados exercícios gerais de aquecimento das articulações e, ao final da sessão, exercícios de alongamento dos quadris, adutores, isquiotibiais e paravertebrais. A sequência de contrações dos MAP foi a seguinte: 10 repetições de contrações de 5 segundos com 5 segundos de tempo de recuperação; 20 repetições de contrações de 2 segundos com 2 segundos de recuperação; 20 repetições de contrações de 1 segundo com 1 segundo de recuperação; 5 repetições de contrações de 10 segundos com 10 segundos de recuperação seguidas de 5 repetições de contrações fortes juntamente com tosse estimulada com intervalo de 1 minuto entre as séries. Assim, o EMAP se demonstrou eficaz no tratamento e no manejo de mulheres com IUE e que o EMAP deve ser oferecido como primeira escolha de tratamento (Castro *et al*., 2008).

Intervenção com 50 idosas de 60 a 74 anos com IU foi realizada no centro Jajandidegan (centro diurno para idosos) no Parque Kholdebarin em Shiraz, Irã. Foi realizado EMAP durante dois meses em oito aulas de treinamento. As mulheres foram orientadas sobre a anatomia dos MAP, fisiologia e mecanismos de continência por uma enfermeira treinada. Todas foram ensinadas a contrair corretamente os MAP. Foram orientadas para realizar oito a 12 contrações de alta intensidade (próximas do máximo) três vezes ao dia em casa com treinamento adicional em grupos uma vez por semana durante 45 minutos. O treinamento em grupo foi realizado nas posições deitada, em pé e sentada com as pernas afastadas para enfatizar o treinamento específico de FMAP e relaxamento de outros músculos pélvicos. Foram orientadas a manter cada contração muscular por seis a oito segundos, três ou quatro contrações rápidas foram adicionadas. O período de descanso foi de cerca de seis segundos. Um total de oito a 12 contrações foram completadas em cada posição. Consciência corporal, respiração, exercícios de relaxamento e treinamento de força para os músculos abdominais, costas e coxas foram realizados com música entre as posições. Assim, relataram melhora da QV e da autoestima e

recomendaram programas de EMAP para melhorar a promoção da saúde das idosas que sofrem com IU (Kargar Jahromi; Talebizadeh; Mirzaei, 2014).

Uma intervenção estruturada de exercícios em grupo com mulheres de 60 a 75 anos com IU em aldeias em Bangladesh gerenciou a IU e relatou a eficácia do EMAP em comunidades fora do alcance de intervenções farmacêuticas ou cirúrgicas. Participaram do estudo 1003 mulheres de 16 aldeias que se dividiram entre o grupo que recebeu o processo educacional e o EMAP e o grupo que recebeu apenas o processo educacional. A intervenção envolveu 60 minutos exercícios realizados em grupo duas vezes por semana durante 12 semanas, seguido de 30 minutos de caminhada rápida. Os exercícios incluíram tanto EMAP quanto exercícios de mobilidade. O EMAP foi conduzido por um fisioterapeuta. Após quatro aulas de exercícios, o fisioterapeuta visitou cada mulher, em casa, para identificar quaisquer problemas para realizar os exercícios e para reforçar o EMAP (Wagg *et al*., 2019).

Estudo realizado por McLean *et al*. (2013) determinou o efeito de um programa de treinamento dos MAP de 12 semanas na morfologia e mobilidade uretral em 40 mulheres com IUE que foram aleatoriamente designadas para dois grupos: o grupo de tratamento, que recebeu 12 sessões de EMAP e um programa de exercícios em casa; e o grupo controle que não recebeu nenhum tratamento. Assim, foi possível concluir que o treinamento dos MAP supervisionado por um profissional treinado reduz o movimento do colo vesical durante a tosse e resulta em hipertrofia do esfíncter uretral em mulheres que apresentam IUE.

Estudo que investigou os efeitos a longo prazo dos cones vaginais e do EMAP em mulheres na pós-menopausa com IUE concluiu que tratamentos com e sem cones vaginais podem promover efeitos positivos a longo prazo na perda urinária, força muscular do MAP e qualidade de vida em mulheres na pós-menopausa com IUE. O estudo randomizado com 45 mulheres distribuídas aleatoriamente em três grupos (com uso de cones vaginais, com EMAP e controle) foi realizado em seis semanas com duas sessões por semana com fortalecimento dos MAP (Pereira *et al*., 2012).

Intervenção realizada em seis centros comunitários de saúde para idosos em Hong Kong com 55 mulheres com idade superior a 65 anos com IU examinou a eficácia de um programa de IU padronizado para mulheres chinesas idosas com IUE, IUU ou IUM. A intervenção foi realizada em oito sessões do programa durante 12 semanas, sendo constituída por educação sobre IU (anatomia do MAP e trato urinário, mecanismo de continência urinária e cuidados com a bexiga), EMAP com auxílio da palpação vaginal bidigital e terapia comportamental. O grupo controle recebeu orientações e um panfleto educativo sobre IU. A sessão do EMAP foi individual com duração de 30 minutos, realizada uma vez por semana nas primeiras quatro

semanas e depois uma vez a cada 15 dias durante as oito semanas restantes. Quatro fases do programa foram adotadas no estudo, incluindo consciência muscular, fortalecimento, resistência e construção de hábitos e utilização muscular. O regime de exercícios foi projetado para fortalecer progressivamente as fibras musculares do tipo I e do tipo II do MAP. Nas primeiras 2 semanas (fase de consciência muscular), uma série de 10 contrações (semana 1) e 15 contrações (semana 2), sendo contrações submáximas lentas por cinco segundos cada e cinco contrações máximas rápidas com um relaxamento de 10 segundos entre as contrações foi realizada em decúbito. Na fase de fortalecimento (semanas 3 a 4), o elemento de fortalecimento muscular foi reforçado aumentando gradualmente o número de contrações submáximas para 25 por sessão com um incremento de cinco repetições por semana na posição deitada, sentada e em pé. O número de contrações máximas rápidas (cinco) permaneceu o mesmo da fase de consciência. Na fase de resistência (semanas 5 a 8), o treinamento foi mais focado em melhorar o desempenho de contrações lentas e sustentadas dos MAP, aumentando o tempo de contração para 10 segundos com contração submáxima, mantendo a posição do exercício e o número de contrações submáximas e máximas como na semana 4. E na fase de utilização muscular (semanas 9 a 12), a técnica de reeducação neuromuscular aprendida e as estratégias de supressão de urgência foram reforçadas. Nesse período, foi praticada uma série de 30 contrações submáximas lentas de 10 segundos cada e 10 contrações máximas rápidas com 10 segundos de relaxamento entre as contrações. As participantes foram convidadas a realizar três séries do exercício em períodos específicos como parte do programa em casa. O estudo demonstrou que o programa foi eficaz no alívio dos sintomas urinários em idosas chinesas com IU (Leong; Mok, 2015).

Revisão sistemática disponível na biblioteca virtual do instituto Cochrane demonstrou que muitos dos ensaios recentes descreveram um programa misto de contrações curtas ou curtas e rápidas de um a três segundos e contrações longas sustentadas de seis a 59 segundos, além da contração em diferentes posições do corpo (de deitado para em pé). O programa de treinamento foi considerado progressivo aumentando a dificuldade do exercício semana a semana, incluindo posição do corpo ou número de repetições ou o tempo de retenção da contração (Dumoulin; Cacciari; Hay-Smith, 2018).

Conforme as intervenções de enfermagem NIC, para que os EMAP sejam eficazes é recomendado um período de seis a 12 semanas de intervenção (Butcher *et al*., 2022).

Dessa maneira, pode-se observar que não existe um número mínimo de contrações ideais a serem utilizadas, sejam lentas ou rápidas, pois devem ser avaliados múltiplos fatores como a consciência da idosa, as habilidades da idosa em diferenciar os tipos e a quantidade de

contrações, a capacitação da idosa pelo profissional de saúde e a avaliação individual pelo profissional (Luz *et al*., 2011).

Sendo assim, o protocolo de intervenção ocorrerá em 12 semanas e seguirá por meio de consultas de enfermagem semanais e exercícios assistidos e não assistidos, a partir de avaliações individuais e em grupo. A realização dos EMAP seguirá com as posturas sentada, deitada e ortostática conforme os achados nas revisões (Fricke *et al*., 2021; Alouini; Memic; Couillandre, 2022).

Os encontros devem ocorrer em 12 semanas, com periodicidade de duas sessões semanais de uma hora, além de incluir um período educacional de 15 minutos e um componente de EMAP de 45 minutos para o treinamento em grupo. O período educacional abrange as várias funções dos MAP e da IU, incluindo pré-contração e controle da bexiga, e aprendizado sobre a propriocepção dos MAP. O componente de EMAP inclui exercícios de força, resistência e coordenação do MAP a fim de estimular as fibras musculares de contração rápida e lenta, e serão realizados com regime de treinamento específico e supervisionado por uma enfermeira capacitada (Dumoulin *et al*., 2017).

A enfermeira deve orientar as mulheres a contraírem os MAP com os seguintes comandos verbais semelhantes aos relatados por Reis *et al*. (2021): (i) contraia o MAP como se estivesse segurando a urina; (ii) fazer um movimento muscular para cima e para dentro; (iii) inspire quando seus músculos estiverem relaxados e expire quando seus músculos estiverem se contraindo; e (iv) evitar contrair os músculos do abdome, glúteos ou pernas enquanto contrai os músculos do assoalho pélvico.

O protocolo compreende EMAP da seguinte maneira:

- Posições: deitado, sentado e em pé.
- Série: três séries de exercícios para cada posição.
- Contrações rápidas: 4 contrações rápidas com 4 segundos de descanso.
- Intensidade: contração voluntária máxima.
- Contrações sustentadas: 10 contrações sustentadas com 3 segundos de duração.
- Descanso: 10 segundos entre as repetições e 2 minutos entre as séries.
- Duração da sessão: 45 min (Leong; Mok, 2015; Reis *et al*., 2021; Butcher *et al*., 2022).

Para que o comando dessas contrações seja compreendido, a enfermeira responsável pela intervenção dará a seguinte instrução verbal às mulheres no início de cada contração: “contração 1, 2, 3, relaxe”. Ao final de cada série de contração sustentada, as mulheres serão

instruídas a realizar contrações rápidas com o seguinte comando: “contrair-relaxar, contrair-relaxar, contrair-relaxar, contrair-relaxar” (Reis *et al*., 2021).

Protocolo de intervenção

A intervenção física e comportamental deve ocorrer após a palestra realizada na US.

Dessa maneira, considerando os objetivos propostos, bem como a necessidade de construir um instrumento que fortaleça a atuação do profissional da saúde na assistência e na pesquisa, foi elaborado um protocolo de intervenção física e comportamental para idosas com IU (Apêndice F) embasado na literatura e no conhecimento prático da pesquisadora, a ser realizado em 12 semanas conforme os passos operacionais apresentados na Figura 1.

O protocolo é dividido em: “Mês 1”, “Mês 2” e “Mês 3”. Cada mês é estruturado em consultas, encontros para realização de EMAP e realização de ligações telefônicas, da seguinte maneira:

a) Mês 1:

1. Consulta agendada do primeiro mês (CAG1);
2. Seguida pela consulta de retorno do primeiro mês (CRET1), com realização dos EMAP iniciais (EMAP0);
3. Primeira ligação telefônica (LIG1);
4. Encontro para realização dos EMAP1;
5. Segunda ligação telefônica (LIG2);
6. Encontro para realização dos EMAP2;
7. Terceira ligação telefônica (LIG3);
8. Encontro para realização dos EMAP3.

b) Mês 2:

1. Consulta agendada do segundo mês (CAG2);
2. Seguida pela consulta de retorno do segundo mês (CRET2), com realização dos EMAP0;
3. LIG1;
4. Encontro para realização dos EMAP1;
5. LIG2;
6. Encontro para realização dos EMAP2;

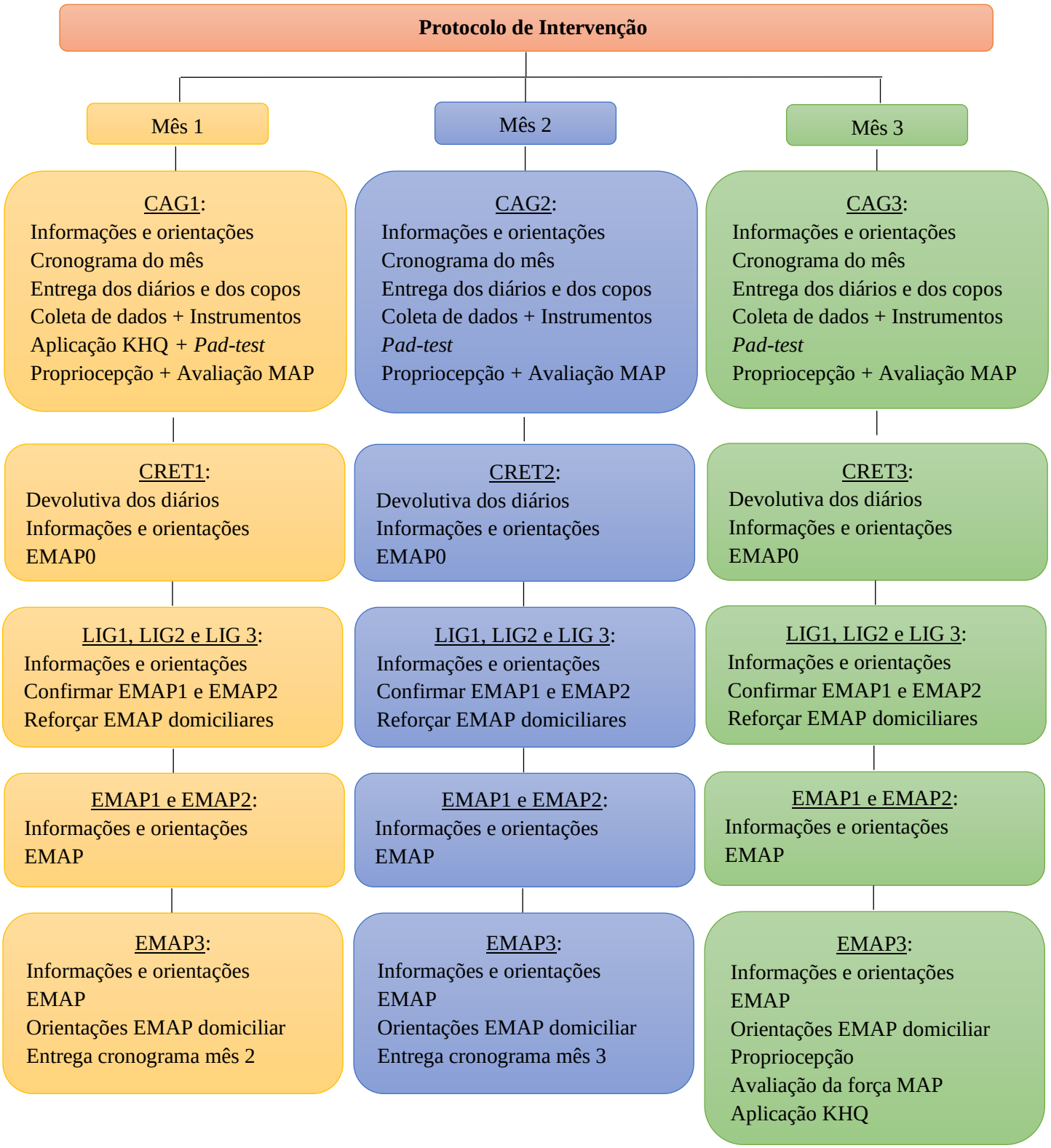
7. LIG3;
8. Encontro para realização dos EMAP3.

c) Mês 3:

1. Consulta agendada do terceiro mês (CAG3);
2. Seguida pela consulta de retorno do terceiro mês (CRET3), com realização dos EMAP0;
3. LIG1;
4. Encontro para realização dos EMAP1;
5. LIG2;
6. Encontro para realização dos EMAP2;
7. LIG3;
8. Encontro para realização dos EMAP3.

Assim, o protocolo de intervenção física e comportamental para tratamento da IU em mulheres idosas brasileiras foi submetido à avaliação dos juízes por meio do grupo focal para que fosse validado através de um consenso.

Figura 1 – Proposta de protocolo de intervenção física e comportamental para tratamento de IU em mulheres idosas. Ribeirão Preto/SP, 2023.



Fonte: Elaboração própria, 2023.

Inicialmente, percebeu-se a relevância da elaboração e construção de um protocolo de intervenção. Para que essa etapa fosse alcançada foi formado um grupo focal de especialistas/juízes, selecionados de forma intencional pelos pesquisadores a partir dos critérios pré-determinados, ou seja, que os mesmos deveriam ter experiência com o tema a ser discutido e que se dispusessem a participar da reunião de avaliação do material. Participaram desse grupo: um médico urologista, uma enfermeira, três fisioterapeutas, a pesquisadora principal (enfermeira) e a mediadora (enfermeira) (Daniels *et al*., 2019).

O objetivo desta etapa foi produzir itens que ainda não constavam no material, revisar, modificar e construir as definições do protocolo por meio da interação e apresentação entre a pesquisadora e os juízes que fossem importantes para o tratamento não farmacológico da IU em idosas. Para o referencial escolhido, foi imprescindível o recrutamento dos participantes, a participação ativa da pesquisadora principal e da moderadora (Daniels *et al*., 2019).

Foram convidados 14 juízes para participarem do grupo focal, entretanto a maioria (nove) declarou impossibilidade diante das datas sugeridas. Assim, participaram os cinco juízes que avaliaram todos os itens correspondentes ao protocolo. A análise do protocolo pelos juízes ocorreu aos seis dias de novembro de 2023, considerando pertinência, consistência, clareza, objetividade, simplicidade, ser exequível, atual, com vocabulário não gerador de ambiguidades e preciso (Daniels *et al*., 2019).

O instrumento foi reformulado com base nos seguintes critérios: sugestões com mais de 20% de discordância e/ou irrelevância apontadas pelos juízes/especialistas no formulário: “Concordância dos juízes - Grupo Focal” (Apêndice C), bem como corroborar com a literatura por meio das evidências extraídas do referencial teórico. Entretanto, todas as sugestões foram levadas em consideração pelas pesquisadoras e incluídas no protocolo.

Ao término do grupo focal foi iniciada a fase de transcrição, análise dos dados, categorização e sumarização para posterior construção dos domínios e facetas do instrumento (Daniels *et al*., 2019).

4.3 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO FÍSICA E COMPORTAMENTAL PARA TRATAMENTO DA IU EM IDOSAS: PARTICIPANTES DO GRUPO FOCAL

Os juízes foram recrutados a partir dos critérios de seleção: ter doutorado e/ou experiência clínica relevante em urologia, ginecologia ou IU nas áreas de enfermagem, medicina e/ou fisioterapia; atuar na assistência, no ensino e/ou na pesquisa baseada em evidências.

Utilizando uma estrutura de amostragem proposital, foram adotadas uma série de estratégias de recrutamento para encontrar potenciais participantes para o estudo. As estratégias foram realizadas por meio de mensagens direcionadas nas redes sociais e e-mails levantados em pesquisas na plataforma lattes que pudessem incluir pesquisadores da área localizados por meio de artigos publicados e teses defendidas (Daniels *et al*., 2019).

Após a abordagem, o recrutamento se deu por meio de um e-mail intitulado “Convite e instruções para avaliação de protocolo de incontinência urinária” (Apêndice A), enviado uma semana antes do grupo focal a todos os voluntários elegíveis para juízes, convidando-os a participar de uma reunião de grupo focal para discutir o protocolo de intervenção física e comportamental para tratamento da IU em idosas.

Vale ressaltar que alguns especialistas convidados recusaram o convite por motivos diversos tais como, grande diferença de fuso horário, compromissos profissionais e/ou pessoais e participação em congresso fora do país. Alguns especialistas que não puderam participar, indicaram outros que, inclusive, participaram do grupo focal.

Esse e-mail aos voluntários incluía o convite para a participação, mais um link para a reunião por meio do *software Google Meet for Education* e, ainda, um link para preenchimento de um formulário do *Google Forms* para que os voluntários indicassem consentimento (a ser assinado e devolvido antes do grupo focal).

O formulário para indicação do consentimento foi intitulado “Avaliação de um protocolo para tratamento da Incontinência Urinária em mulheres idosas” (Apêndice B) que inicialmente apresentava a pesquisa, a pesquisadora principal e a orientadora, bem como os objetivos do protocolo. Foram coletados os e-mails nesse mesmo formulário e, logo, foi realizado o convite com participação voluntária como especialista (juiz) no processo de validação com apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Após selecionar a concordância, o formulário levava o juiz para a próxima seção, bem como se a seleção da não autorização fosse realizada, o formulário era encerrado (Apêndice B).

A seção seguinte do formulário coletou informações referentes aos aspectos sociodemográficos (sexo biológico, situação conjugal, idade, cidade e estado), formação acadêmica, tempo de formação, titulação, formação específica na área da IU, ocupação, tempo de atuação, experiência profissional na área relacionada à IU, e área de experiência profissional (assistência, extensão universitária, pesquisa, gestão e/ou outra) (Apêndice B).

4.4 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO FÍSICA E COMPORTAMENTAL PARA TRATAMENTO DA IU EM IDOSAS: GRUPO FOCAL VIRTUAL

Foi realizado um grupo focal de forma remota, via Internet, considerando que tem sido um método adequado de coleta de dados para a fase de validação de conteúdo do protocolo (Daniels *et al*., 2019). A utilização de modelos virtuais para validação durante a coleta de dados é considerada eficaz para incluir populações-alvo cuja a participação presencial poderia ser limitada pelo tempo, distância e barreiras sociais (Murray; Schell; Willis, 1997).

Os grupos focais virtuais envolvem discussões usando comunicação baseada na internet e podem ser conduzidos: de forma assíncrona, síncrona ou usando uma abordagem de métodos mistos (Tuttas, 2015). Também permitem aproximação dos participantes (juízes) com discussão fluida e participação plena (Lathen; Laestadius, 2021).

Para o processo de validação do protocolo, foi utilizado o grupo focal virtual síncrono, pois possibilitou interações entre os participantes em tempo real, por meio de software com sala de bate-papo e mensagens instantâneas com videoconferência (Daniels *et al*., 2019; Tuttas, 2015).

O grupo focal virtual foi conduzido por duas facilitadoras, sendo a pesquisadora principal responsável por gerenciar o procedimento operacional, fazer perguntas de acompanhamento, encorajar os juízes a participarem, atrair a atenção dos juízes para pensamentos específicos, além de apresentar o conteúdo completo do protocolo. A facilitadora secundária ou mediadora digitou as colocações dos juízes em tempo real, além de auxiliar na observação da comunicação verbal e não verbal, como forma de compreender os sentimentos dos participantes sobre os tópicos discutidos (Daniels *et al*., 2019).

Para que se iniciasse a reunião com o grupo focal foi solicitado a todos o consentimento para efetuar a gravação em áudio, garantindo total sigilo do material obtido. A duração do grupo focal foi de 116 minutos e 14 segundos, o que respeitou a recomendação de tempo aproximado

de 150 minutos. O período foi suficiente para apresentações das facilitadoras, apresentação em PowerPoint do protocolo e considerações dos especialistas concomitantes à apresentação do protocolo.

No início da apresentação do protocolo, além das orientações gerais, a pesquisadora disponibilizou para cada especialista um formulário do "*Google Forms*" intitulado "Concordância dos juízes - Grupo Focal" (Apêndice C), com questões relacionadas aos itens do protocolo para que os juízes pudessem analisar, realizar sugestões e opinar com opções entre "concordo" ou "discordo" e entre "relevante ou "irrelevante" concomitantemente a cada item em discussão, sendo 31 questões do formulário:

1) Podemos considerar que a elaboração e disponibilização que um protocolo validado de avaliação de incontinência urinária em mulheres idosas é útil para o atendimento/assistência dessas pessoas?

2) Podemos considerar adequado o título: "Protocolo de intervenção física e comportamental para tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas"?

3) Podemos considerar adequada a caracterização das idosas com incontinência urinária (IU) a partir das questões 3 e 4 do International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF)?

4) Podemos considerar relevante a palestra a ser realizada em Unidade Básica de Saúde com o objetivo de informar a respeito da IU e todos os seus aspectos fisiopatológicos, curativos e preventivos?

5) Podemos considerar adequado mensurar a qualidade de vida da idosa com IU a partir da aplicação do questionário King's Health Questionnaire - KHQ?

6) Podemos considerar adequado classificar o tipo de IU a partir da aplicação do questionário Gaudenz-Fragebogen?

7) Podemos considerar adequado o tempo de 12 semanas de intervenção física e comportamental para idosas com IU?

8) Podemos considerar relevante o item "1 - Educação acerca da IU" com fornecimento de educação detalhada para as idosas sobre: IU; anatomia e fisiologia do trato urinário; orientações sobre hábito de vida; ingesta hídrica; evitar ingestão de cafeína, álcool e tabaco; realização de exercícios físicos; e melhorar os hábitos intestinais?

9) Gostaria de acrescentar alguma observação sobre o item anterior?

10) Podemos considerar adequado o item "2 – Avaliação de comportamento por meio do diário miccional"?

11) Gostaria de acrescentar alguma observação sobre o item anterior?

12) Podemos considerar adequado o item "3 – Identificação da perda urinária utilizando o teste do absorvente (*pad-test*)" com a realização do *pad-test* de 1 hora?

13) Gostaria de acrescentar alguma observação sobre o item anterior?

14) Podemos considerar adequado o item "4 – Propriocepção" por meio da utilização do perineômetro pneumático de biofeedback da marca Quark Medical, modelo Perina Clínico?

15) Gostaria de acrescentar alguma observação sobre o item anterior?

16) Podemos considerar adequado o item "5 – Avaliação de força dos MAP" por meio da utilização do perineômetro pneumático de biofeedback da marca Quark Medical, modelo Perina Clínico?

17) Gostaria de acrescentar alguma observação sobre o item anterior?

18) Podemos considerar adequado o item "6 – Exercícios perineais" com a realização de exercícios para a musculatura do assoalho pélvico (EMAP)?

19) Gostaria de acrescentar alguma observação sobre o item anterior?

20) Podemos considerar relevante o cronograma do "Mês1", sendo 1 consulta agendada (CAG1); 1 consulta de retorno (CRET1) com realização de EMAP iniciais (EMAP0); 3 ligações telefônicas (LIG1, LIG2 e LIG3), sendo 1 ligação por semana intercalada a 3 encontros para EMAP (EMAP1, EMAP2 e EMAP3) com periodicidade de 1 encontro semanal da seguinte maneira: CAG1, CRET1+EMAP0, LIG1, EMAP1, LIG2, EMAP2, LIG3 e EMAP3?

21) Gostaria de acrescentar alguma observação sobre o item anterior?

22) Podemos considerar relevante o protocolo dos EMAP no primeiro mês? em que:

- Posições: deitado, sentado e em pé.
- Série: três séries de exercícios para cada posição.
- Repetições: 12 contrações sustentadas com 10 segundos de duração.
- Descanso: 10 segundos entre as repetições e 2 minutos entre as séries.
- Após repetições dessas contrações sustentadas, serão adicionadas 4 contrações rápidas de 2 segundos de sustentação e 4 segundos de descanso.
- Intensidade: contração voluntária máxima.
- Duração da sessão: 45 min.

23) Gostaria de acrescentar alguma observação sobre o item anterior?

24) Podemos considerar relevante o cronograma do "Mês2", sendo 1 consulta agendada (CAG2); 1 consulta de retorno (CRET2) com realização de EMAP iniciais (EMAP0);

3 ligações telefônicas (LIG1, LIG2 e LIG3), sendo 1 ligação por semana intercalada a 3 encontros para EMAP (EMAP1, EMAP2 e EMAP3) com periodicidade de 1 encontro semanal da seguinte maneira: CAG2, CRET2+EMAP0, LIG1, EMAP1, LIG2, EMAP2, LIG3 e EMAP3?

25) Gostaria de acrescentar alguma observação sobre o item anterior?

26) Podemos considerar relevante o protocolo dos EMAP no segundo mês? sendo:

- Posições: deitado, sentado e em pé.
- Série: três séries de exercícios para cada posição.
- Repetições: 20 contrações sustentadas com 10 segundos de duração.
- Descanso: 10 segundos entre as repetições e 2 minutos entre as séries.
- Após repetições dessas contrações sustentadas, serão adicionadas 5 contrações rápidas de 2 segundos de sustentação e 4 segundos de descanso.
- Intensidade: contração voluntária máxima.
- Duração da sessão: 45 min.

27) Gostaria de acrescentar alguma observação sobre o item anterior?

28) Podemos considerar relevante o cronograma do "Mês3", sendo 1 consulta agendada (CAG3); 1 consulta de retorno (CRET3) com realização de EMAP iniciais (EMAP0); 3 ligações telefônicas (LIG1, LIG2 e LIG3), sendo 1 ligação por semana intercaladas a 3 encontros para EMAP (EMAP1, EMAP2 e EMAP3) com periodicidade de 1 encontro semanal da seguinte maneira: CAG3, CRET3+EMAP0, LIG1, EMAP1, LIG2, EMAP2, LIG3 e EMAP3?

29) Gostaria de acrescentar alguma observação sobre o item anterior?

30) Podemos considerar relevante o protocolo dos EMAP no terceiro mês? sendo:

- Posições: deitado, sentado e em pé.
- Série: três séries de exercícios para cada posição.
- Repetições: 30 contrações sustentadas com 10 segundos de duração.
- Descanso: 10 segundos entre as repetições e 2 minutos entre as séries.
- Após repetições dessas contrações sustentadas, serão adicionadas 10 contrações rápidas de 2 segundos de sustentação e 4 segundos de descanso.
- Intensidade: contração voluntária máxima.
- Duração da sessão: 45 min?

31) Gostaria de acrescentar alguma observação sobre o item anterior?

4.5 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO FÍSICA E COMPORTAMENTAL PARA TRATAMENTO DA IU EM IDOSAS: TECNOLOGIA UTILIZADA

Para que o grupo focal fosse conduzido, o *software* utilizado foi o *Google Meet for Education*. O *software* permite encontros audiovisuais online confiáveis e seguros em tempo real, pois as videochamadas do *Meet* são criptografadas em trânsito, e as diversas medidas de segurança são atualizadas continuamente para reforçar a proteção. Permite espaço online privado, além da capacidade de mostrar vários usuários na tela, já que o *Meet* possibilita reuniões com até 250 pessoas da mesma equipe ou até mesmo de fora da organização. É possível gravar comunicações visuais e de áudio e serem usados a partir de dispositivos móveis e acessá-los posteriormente por meio do Google Drive. O software ainda apresenta a facilidade para gravar componentes de áudio e visuais e nenhum compromisso financeiro de participantes para comprar ou baixar software (Silvestre, 2022).

O *software Google Meet for Education* permite que os slides do PowerPoint fiquem visíveis para todos os participantes do grupo focal usando o recurso "compartilhar tela" a fim de fornecer uma exibição visual de cada ponto de discussão, além de possibilitar a gravação de imagem e áudio, mediante autorização de todos os participantes, juntamente com os cinco juízes participantes para análise e opinião sobre o protocolo de intervenção física e comportamental para tratamento da IU em idosas (Costa, 2021).

Os recursos incluem o compartilhamento de uma tela para exibir apresentações, documentos e outros arquivos durante a videoconferência; e um recurso de quadro branco. A licença *Google Workspace for Education Plus* foi aplicada a pedido por meio da conta institucional da professora orientadora, pois atualmente a Universidade de São Paulo (USP) tem as licenças *Google Workspace for Education Fundamentals* e Google Workspace for Education Plus – Legacy. A licença para o *Google Meet for Education* para a Universidade tem o limite de 24 horas de videoconferência. Foi previsto grupo focal com duração média de 150 minutos, entretanto a duração do grupo focal foi de 116 minutos e 14 segundos (Fernandes, 2023).

4.6 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO FÍSICA E COMPORTAMENTAL PARA TRATAMENTO DA IU EM IDOSAS: ETAPAS OPERACIONAIS DO PROTOCOLO

Participantes do protocolo de intervenção

Idosas (com 60 anos de idade ou mais) que apresentarem IU após a caracterização pelo International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF), que serão atendidas individualmente, conforme critérios de seleção:

Critérios de inclusão

- Mulheres com 60 anos ou mais de idade.
- Caracterizadas com o perfil de idosas com IU pelas questões 3 e 4 do ICIQ-SF, sendo a questão 3 relacionada à frequência da perda urinária e a questão 4 relacionada à quantidade da perda urinária.
- Com desempenho funcional preservado, avaliado pelo teste "levante e ande cronometrado".
- Com contato telefônico disponível.

Critérios de exclusão

- Com prejuízos cognitivos, baseado no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Brucki *et al*., 2003).
- Com infecção urinária ou vaginal ativa nos últimos 3 meses autorreferidas.
- Com cirurgia urológica recente, há menos de três meses, autorreferida.
- Com prolapso uterino estágio dois ou superior no sistema de classificação do *Pelvic Organ Prolapse Quantification System* (POP-Q), ou seja, maior do que um (1) cm abaixo do hímen ao esforço (prolapso visível no intróito vaginal) (Bump *et al*., 1996).
- Com câncer pélvico ou urogenital.
- Com doença cardíaca que limite atividades (grau 3 e 4) (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2019).
- Com intervenção cirúrgica para IU.
- Com intervenções terapêuticas recentes para IU (três meses antes do estudo).

- Em uso de fármacos (antagonistas de alfa-adrenérgicos, diuréticos, sedativos e inibidores da enzima de conversão da angiotensina).
- Com força muscular ≤ 1 na escala de Oxford Modificada, pois a idosa com esse resultado não apresenta contração para realizar o protocolo de intervenção.

Implementação do protocolo e gerenciamento de dados

A implementação do protocolo deve ser realizada em três meses (12 semanas) com seis consultas totais distribuídas nesse período, nove ligações telefônicas para acompanhamento das idosas e nove encontros para realização dos EMAP.

Em cada mês as idosas passarão por duas consultas iniciais (uma consulta agendada e um retorno); três ligações telefônicas e três encontros para realização de EMAP, sendo uma consulta por semana intercalada a uma ligação telefônica na mesma semana.

Os dados serão coletados ao longo desse período utilizando um instrumento composto por oito questionários mais os itens do protocolo de intervenção.

Instrumentos de caracterização e de avaliação das idosas

O instrumento composto por oito questionários é: Instrumento de Coleta de Dados Pró-Idoso (Anexos A, B, C, D e E) com cinco questionários; o *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form*; o Mini Exame do Estado Mental (MEEM); o *Gaudenz-Fragebogen*; o *King's Health Questionnaire*; a escala de Oxford Modificada; e o *Pelvic Organ Prolapse Quantification System* (POP-Q).

Instrumento de Coleta de Dados Pró-Idoso (Anexos A, B, C, D e E)

Elaborado pelos membros do Núcleo de Pesquisa Geriátrica e Gerontológica (NUPEGG) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) contempla os seguintes dados:

- Dados antropométricos: peso, altura, cintura, quadril, pressão arterial sentada com três medidas.
- Informações pessoais: idade (em anos completos), cor da pele (branca, parda, amarela, preta, indígena), estado civil (solteira, casada, divorciada, separada, viúva), se reside sempre no mesmo endereço ou se existe mais de um local para residir (mesmo local,

mais de um local), tempo que mora na mesma casa (em anos), quantidade de pessoas na casa (em números), com quem mora (sozinho; somente com o cônjuge; cônjuge e filhos, cônjuge, filhos, genro ou nora; somente com os filhos; arranjos trigeracionais; arranjos intrageracionais; somente com os netos; não familiares; outros), quem é o responsável do domicílio (próprio idoso, cônjuge, filhos, outro familiar, não familiar), qual a formação do arranjo familiar, qual a razão pela qual mora com outras pessoas, quantidade de filhos próprios e adotivos (em números), qual o tipo de serviço de saúde utilizado como primeira opção (SUS, convênio, particular, farmácia, benzedeira, outro).

- Perfil social: dados com informações pessoais para a caracterização sociodemográfica: escolaridade (em anos), renda mensal (em salários mínimos e tipo de renda), tempo de aposentadoria (em anos), atividade desempenhada (nenhuma, atividades domésticas, esporte/dança, trabalho voluntário/comunitário, trabalho remunerado), necessidade de trabalhar por razões econômicas (sim, não, talvez, não quer opinar), tipo de casa que mora (própria-quitada, aluguel, própria-paga prestação, cedida-sem aluguel).
- Problemas de saúde: assinalar se seguintes os problemas de saúde interferem nas atividades de vida diária (anemia, ansiedade/transtorno do pânico, artrite, asma ou bronquite, audição prejudicada, câncer, doença broncopulmonar/enfisema, DM, depressão, derrame, doença cardíaca, doença gastrointestinal alta, doença vascular periférica, doença neurológica, hipertensão arterial, IU e ou fecal, insônia, obesidade, osteoporose, constipação, problema de coluna, visão prejudicada, tontura, outra).
- Estilo de vida: consumo de álcool (não consome, consumia no passado, consome no presente), tipo de bebida consumida (vinho, cerveja, destilado, nenhum, outros), número de porções, consumo de cigarros (não fumante, ex-fumante, fumante), tipo de fumo (cigarros comercializados, charutos, cachimbo, cigarros feitos com fumo, nenhum), quantidade de cigarros que fuma ou fumava por dia e por quanto tempo (em números e em anos).

Foram realizados ajustes que atendessem aos objetivos desse estudo e que contemplassem mais especificamente questões sobre IU. Foram introduzidas questões sobre fatores de risco, bem como avaliação clínica da idosa relacionada à IU.

O título da seção “Dados Antropométricos” mudou para “Dados Clínicos” e a questões adicionadas foram:

a) Idade da menarca.

b) Idade da menopausa.

c) Número de gestações.

d) Quantidade de filhos por parto normal (vaginal).

e) Quantidade de filhos por cesariana.

f) Quantidade de filhos por fórceps.

g) Número de abortos.

Questões inseridas na seção “Problemas de Saúde”:

h) Cistocele.

i) Prolapso genital.

j) Hemorroida.

Questões retiradas da seção “Problemas de Saúde”:

k) Anemia

l) DBPOC/enfisema (doença broncopulmonar).

International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF)

Para avaliar a presença de IU em mulheres idosas será utilizado o questionário *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form* (ICIQ-SF) (questões 3 e 4) desenvolvido por Avery et al. (2004) e validado para o português em 2004 por Tamanini *et al*. em 2008, a diretriz da IU da Sociedade Alemã de Geriatria publicou as classes de recomendação para questionários com base em critérios de qualidade como confiabilidade, validade e sensibilidade. O ICIQ-SF obteve classe de referência A como altamente recomendado para avaliação de qualidade de vida relacionada ao diagnóstico de IU. Os critérios que estabeleceram a classificação A também incluíram: presença de tradução de idioma; aplicabilidade para homens e mulheres; validação em pacientes idosos; aplicabilidade para diferentes formas de IU; e alta confiabilidade, validade e sensibilidade (Kelleher, 2013).

Revisão sistemática disponível na biblioteca virtual do instituto Cochrane identificou estudos secundários que utilizaram o ICIQ-SF e demonstrou que o questionário é altamente

recomendado para a avaliação do impacto da IU na QV (Dumoulin; Cacciari; Hay-Smith, 2018).

Trata-se de um questionário de fácil aplicação e compreensão. Consiste em quatro perguntas para estudos epidemiológicos e também para a prática clínica. As questões abrangem a frequência de perda urinária, o volume da perda e o quanto ela interfere na vida da pessoa, segundo suas próprias impressões, sendo a última pergunta composta por um conjunto de oito itens de auto diagnóstico, relacionados às causas ou a situações de IU vivenciadas pelas pessoas. A cada resposta é dada uma pontuação, chegando a um escore final, que é a soma de todas as pontuações. Uma vantagem desse questionário está no fato de ser breve, simples e autoaplicável (Tamanini *et al*., 2003).

Por sua fácil compreensão e sua rapidez para o preenchimento é ideal para situações em que o tempo é limitado ou que são necessárias muitas avaliações. Assim, pode-se complementar a anamnese e o exame físico, possibilitando um diagnóstico mais acurado do tipo de IU e do impacto na QV (Tamanini *et al*., 2003; Avery *et al*., 2004).

A interpretação categórica dos resultados, segundo Pereira *et al*. (2010) se dá em quatro categorias com escore de 1 a 5 para IU leve; de 6 a 12 com IU moderada; escore de 13 a 18 IU grave; e 19 a 21 para IU muito grave.

As recomendações feitas por Guillemin; Bombardier; Beaton (1993) foram rigorosamente seguidas para se estabelecer a equivalência cultural da versão original em inglês do ICIQ-SF. A validade de constructo foi avaliada pela comparação da versão já validada em português do KHQ com a versão em português do ICIQ-SF.

Pelo fato da questão 1 já estar contemplada no instrumento sociodemográfico e da questão 2 contemplar apenas o sexo feminino elegível, que já é um critério de inclusão para o protocolo, elas foram retiradas do instrumento utilizado. Além dessas questões, o ICIQ-SF contempla oito itens de autodiagnóstico que correspondem a sintomas urinários específicos, envolvidos nos diferentes tipos de IU, conforme elucidados no Quadro 1.

Quadro 1 - Perda urinária investigada no ICIQ-SF e o sintoma urinário correspondente.

ICIQ-SF – Quando perde urina?	**Sintoma urinário correspondente**
Nunca	Ausência de IU
Perco antes de chegar ao banheiro	Incontinência por urgência (IUU)
Perco quando tusso ou espirro	Incontinência aos esforços (IUE)
Perco quando estou dormindo	Enurese noturna (EN)
Perco quando estou fazendo atividades físicas	Incontinência aos esforços (IUE)
Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo	Gotejamento pós-miccional (GPM)
Perco sem razão óbvia	Incontinência urinária mista (IUM)
Perco o tempo todo	Incontinência urinária mista (IUM)

Fonte: Adaptado de Tamanini, Dambros, D'Ancona, Palma, Rodrigues Netto Jr (2004).

Teste “levante e ande cronometrado”

Para avaliar o desempenho funcional com desfecho para risco de incapacidade funcional e para fraqueza dos músculos dos membros inferiores, será utilizado o teste “levante e ande cronometrado”, pois tem sido considerado um teste de performance válido, com confiabilidade de medida e com bom preditor para os desfechos mencionados com pontos de corte de 10 a 16 segundos (Goldberg *et al*., 2012; Crockett *et al*., 2013; Zhang *et al*., 2013; Makizako *et al*., 2017).

O teste “levante e ande cronometrado” avalia a capacidade de levantar relacionada à independência funcional de pessoas idosas. O teste se inicia com a pessoa idosa sentada em uma cadeira padrão, encostada em uma parede. É orientada a se levantar da cadeira, andar 3 metros, girar em torno de uma marcação, voltar os 3 metros e se sentar novamente na cadeira. O tempo total do teste deve ser cronometrado desde o momento em que a idosa se levanta da cadeira até o momento em que ela se senta. O teste avalia a mobilidade, o equilíbrio funcional e até mesmo o risco de queda (Bischoff *et al*., 2003; Podsiadlo; Richardson, 1991).

Na literatura não há um consenso em relação à pontuação de corte utilizada para interpretação do teste, entretanto Bischoff *et al*. (2003) interpreta como um tempo normal de 10 segundos para idosos saudáveis, independentes e sem risco de quedas, bem como valores entre 11 e 20 segundos para idosos com deficiência ou frágeis, com independência parcial e com baixo risco de quedas; e o tempo acima de 20 segundos para o idoso com déficit importante da mobilidade física e risco de quedas.

Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

Com o intuito de avaliar a função cognitiva das idosas e minimizar possíveis erros na compreensão dos questionários, optou-se por aplicar o Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Foi elaborado por Folstein; Folstein; McHugh (1975) nos Estados Unidos, sendo traduzido e validado para o Brasil por Bertolucci et al. (1994) e modificado por Brucki *et al*. (2003).

Trata-se de um questionário importante no que diz respeito ao rastreio de comprometimento cognitivo e pode ser usado como instrumento clínico para detectar perdas cognitivas no seguimento de doenças e no monitoramento de resposta ao tratamento (Brucki *et al*., 2003). É constituído de questões que avaliam as funções cognitivas específicas de orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), memória imediata (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), evocação das palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e construção visual (1 ponto).

Os escores variam de um valor mínimo de zero (maior grau de comprometimento cognitivo) até um total máximo de 30 pontos (melhor capacidade cognitiva). A interpretação dos resultados será baseada na recomendação proposta por Brucki *et al*. (2003), sendo considerados 20 pontos para analfabetos, 25 pontos para pessoas com escolaridade de 1 a 4 anos, 26,5 para 5 a 8 anos, 28 para aqueles com 9 a 11 anos e 29 para mais de 11 anos, considerando a recomendação de utilização dos escores de cortes mais elevados (Brucki *et al*., 2003; Nitrini *et al*., 2005).

Gaudenz-Fragebogen

Trata-se de um instrumento de medida para classificar a IU desenvolvido originalmente por Gaudenz (1979) e traduzido e adaptado por Oliveira; Lopes (2012). Composto por 16 itens, que possibilita dois escores finais: Urge-Escore (U-E) que pontua para a IUU; e Escore de Estresse (E-E) que pontua para a IUE.

Cada item possui duas alternativas, sendo que a primeira corresponde ao E-E e a segunda ao U-E, e ambas pontuam de zero a três para IUU ou para IUE. Para tanto, a participante deve responder somente uma das alternativas, ou seja, optar por aquela que mais

se aplica à sua situação atual. O escore final do instrumento varia de zero a 26 pontos tanto para U-E, quanto para E-E (Oliveira; Lopes, 2012).

Para o cálculo do E-E, considera-se um ponto para as questões: 1, 2, 4, 5, 11, 14 e 15; dois pontos para as questões: 3, 7, 8, 9, 10, 12, 13, e 16; e três pontos para a questão: 6. Para o cálculo do U-E, considera-se um ponto para as questões 1, 2, 3, 4, 11 e 14; dois pontos para as questões 6, 8, 13 e 15; três pontos para as questões: 7, 9, 10 e 12; e zero para as questões 5 e 16 (Oliveira; Lopes, 2012).

Os pontos de corte do instrumento são: Escore de U-E entre 13 e 26, e de E-E entre 0 e 6: diagnóstico positivo para IUU; Escore de E-E entre 13 e 26, e de U-E entre 0 e 6: diagnóstico positivo para IUE (Oliveira; Lopes, 2012).

Na primeira fase da verificação das propriedades psicométricas, foi realizado o teste-reteste, com a finalidade de verificar a estabilidade do instrumento adaptado. As primeiras 60 mulheres participantes responderam duas vezes o *Gaudenz-Fragebogen*, com um intervalo de sete dias entre a primeira e a segunda aplicação. Antes de responderem o questionário pela segunda vez, as participantes foram indagadas sobre a possibilidade de estar com algum sintoma de ITU, ou fazendo uso de qualquer outra droga que, na ocasião do primeiro teste, não estivesse sendo usada. Somente foram incluídas no teste-reteste aquelas que negaram tais situações (Oliveira; Lopes, 2012).

Para a verificação das propriedades psicométricas, o instrumento adaptado foi submetido à validade de critério concorrente e, para essa etapa, foram selecionados e considerados para a análise os laudos médicos do exame urodinâmico, padrão-ouro do estudo, cujos diagnósticos eram de IUU ou de IUE, visto que o instrumento diferencia entre um e outro diagnóstico de IU (Oliveira; Lopes, 2012).

A validade de critério concorrente foi averiguada por meio da constatação do coeficiente de correlação entre o tipo de IU discriminada pelos escores do *Gaudenz-Fragebogen* e o diagnóstico descrito no laudo médico do exame urodinâmico (Oliveira; Lopes, 2012).

A confiabilidade da versão brasileira do *Gaudenz-Fragebogen* foi avaliada quanto a sua estabilidade, por meio do teste-reteste, considerando-se os escores totais da primeira e da segunda aplicação. Para tanto, foram realizados, para comparar as médias dos escores, o T-teste pareado e o Coeficiente de Correlação ICC (Oliveira; Lopes, 2012).

Para determinar a acurácia, a sensibilidade e especificidade, os valores preditivos positivo e negativo da versão brasileira do *Gaudenz-Fragebogen*, foram realizadas comparações múltiplas entre os grupos de IU identificados pelo exame urodinâmico e pelos escores do instrumento, por meio da análise de variância (ANOVA) (Oliveira; Lopes, 2012).

King's Health Questionnaire (KHQ)

Dentre os questionários que avaliam a QVRS, o KHQ pode ser utilizado em mulheres com IU por avaliar tanto a presença de sintomas de IU quanto seu impacto relativo na QV levando a resultados ainda mais consistentes (Fonseca *et al*., 2005). Nesse questionário, a QV relacionada à IU abrange perguntas mais consistentes, pois leva em consideração as restrições de vida diária, bem como as contenções relativas ao envolvimento social, emocional e sexual e, ainda, aborda questões referentes ao sono, à contenção física e aos problemas genitais, todos relacionados à IU (Hersh; Salzman, 2013).

Em revisão sistemática disponível na biblioteca virtual do instituto Cochrane pôde-se perceber que o KHQ foi utilizado na maioria dos estudos secundários para avaliação ou verificação do impacto dos sintomas de incontinência na QV. O questionário apresentou validade, confiabilidade e capacidade de resposta à mudança ou avaliação dos sintomas de IU em mulheres e foi considerado de grau A de acordo com as recomendações da ICS (Dumoulin; Cacciari; Hay-Smith, 2018).

A diretriz de IU da Sociedade Americana de Geriatria também classificou o KHQ na referência A como altamente recomendado para avaliação de sintoma e de IU relacionada à avaliação de QV. Os mesmos critérios que estabeleceram a classificação A para o ICIQ-SF também incluíram o KHQ, como: presença de tradução de idioma; aplicabilidade para homens e mulheres; validação em pacientes idosos; aplicabilidade para diferentes formas de IU; e alta confiabilidade, validade e sensibilidade (Hersh; Salzman, 2013).

Então, para mensurar a QV da idosa com IU, será realizada a aplicação desse instrumento específico - KHQ construído originalmente por Kelleher *et al*. (1997) e validado por Tamanini *et al*. (2003). Segundo Fonseca *et al*. (2005), o KHQ é composto por 21 questões divididas em oito domínios: percepção geral de saúde (um item), impacto da IU (um item), limitações de atividades diárias (dois itens), limitações físicas (dois itens), limitações sociais (dois itens), relacionamento pessoal (três itens), emoções (três itens), sono/disposição (dois itens).

Além destes domínios, existem, ainda, duas outras escalas independentes: uma avalia a gravidade da IU (medidas de gravidade) e outra a presença e a intensidade dos sintomas urinários (escala de sintomas urinários) (Fonseca *et al*., 2005).

Estas escalas, tipo *likert*, são graduadas em 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 ao domínio “relações pessoais” ("não aplicável, nem um pouco, um pouco, moderadamente e muito") (Fonseca *et al*., 2005).

Há, também, um espaço para a paciente relatar qualquer outro problema que ela possa ter relacionado com a bexiga. O KHQ é pontuado pelos seus domínios individualmente, não havendo, portanto, escore geral. Os escores variam de 0 a 100 e quanto maior a pontuação obtida, pior é a QV relacionada àquele domínio (Fonseca *et al*., 2005).

Esse questionário tende a abordar as impressões das pacientes frente às situações de perda urinária, e também o quanto ela atrapalha o dia a dia, o convívio social e a autoestima.

A ICS classifica o KHQ como "altamente recomendável", ou nível "A", para utilização em pesquisas clínicas, principalmente por sua popularidade e pelo fato de já estar em uso, após processos de tradução e validação em sete idiomas até o ano de 2000 (Donovan, 2001).

O processo de tradução e adaptação cultural seguiu as normas publicadas por Guillemin; Bombardier; Beaton (1993), bem como orientações técnicas fornecidas por seus autores. A consistência interna do KHQ foi calculada com base nos escores finais obtidos dos questionários preenchidos por ocasião da primeira entrevista a 156 pacientes. A avaliação da reprodutibilidade do KHQ foi realizada após duas semanas em 119 pacientes que foram convidadas para nova aplicação do KHQ. Nesse período, essas pacientes não foram submetidas à alteração de medicação ou de tratamento para IU (Fonseca *et al*., 2005).

A validade de constructo foi avaliada pela correlação entre os resultados obtidos dos domínios do KHQ e do SF-36, aplicados na primeira entrevista a 119 pacientes. A validade concorrente foi avaliada pela associação dos domínios do KHQ com algumas variáveis clínicas selecionadas. Também foi avaliada a associação entre pior QV e a maior gravidade de alguns parâmetros clínicos pesquisados como o tipo e o tempo de queixa, o uso e o número de absorventes (Fonseca *et al*., 2005).

A análise estatística descritiva utilizou frequência, média (± desvio-padrão) e mediana (intervalo). Como medida de confiabilidade foram utilizadas a consistência interna, através do coeficiente a de Cronbach padronizado e o teste-reteste, avaliado pelo coeficiente de correlação intraclasses (CCI). A validade de constructo foi analisada através do coeficiente de correlação linear de Pearson e a validade concorrente foi analisada pelos testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis (Fonseca *et al*., 2005).

Para comparação de proporções foi utilizado o teste Qui-quadrado ou o teste exato de Fisher, quando necessário. Na comparação das variáveis contínuas ou ordenáveis entre dois

grupos independentes, foi utilizado o teste Mann-Whitney. Para três ou mais grupos, o teste de Kruskal-Wallis. O nível de significância adotado foi de 5% (Fonseca *et al*., 2005).

A consistência interna do KHQ, medida pelo coeficiente a de Cronbach padronizado, foi satisfatória e obteve índice geral de 0,87, excedendo o valor mínimo geralmente utilizado como referência de 0,7 em trabalhos clínicos (Kelleher *et al*., 2001).

Escala de Oxford Modificada

A avaliação da FMAP também será realizada por meio da palpação bidigital, além da perineometria. A escala de Oxford Modificada é considerada uma avaliação subjetiva, entretanto é bastante utilizada na prática clínica por ser de fácil aplicação, bem aceitável pelas idosas e de baixo custo. A quantificação da função dos MAP será realizada após a propriocepção e antes da perineometria por meio da escala de Oxford Modificada que gradua a função dos MAP de 0 a 5, em que 0 corresponde a ausência de contração, 1 a um esboço de contração, 2 a uma contração fraca, 3 a uma contração moderada, 4 a uma boa contração e 5 a uma contração forte.

Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q)

O método utilizado para avaliação de prolapso genital será o "*Pelvic Organ Prolapse Quantification*" (POP-Q). Esse método incorpora conceitos de classificações prévias: os estádios são similares ao sistema de Friedman e Little, de 1968, e a medição dos vários pontos na vagina assemelha-se à classificação de Baden e Walker (Bump *et al*., 1996).

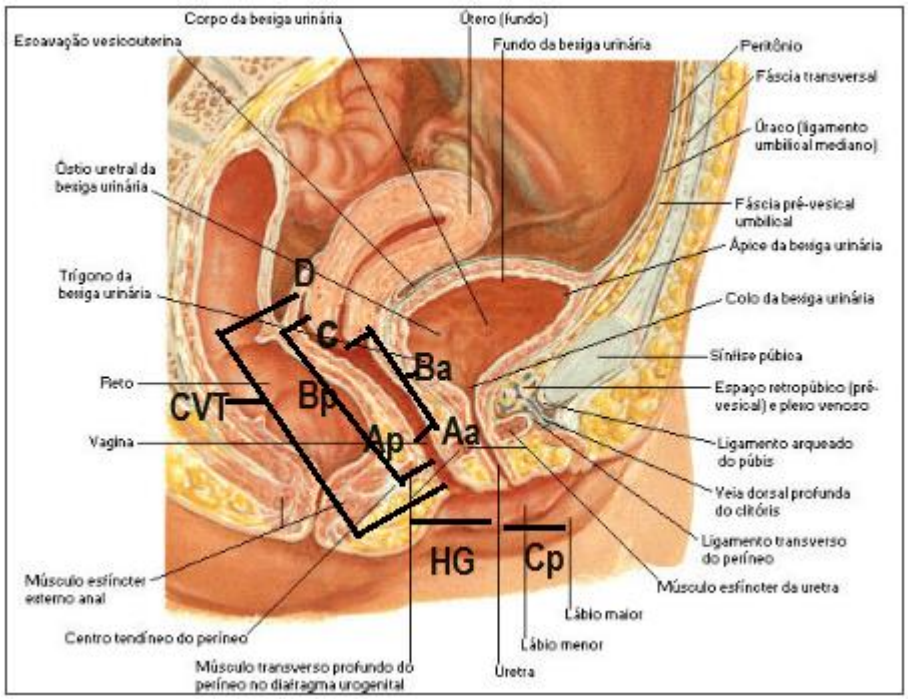
Segundo o Comitê de Padronização, a avaliação clínica da anatomia do assoalho pélvico deve ser determinada durante o exame físico da genitália externa e canal vaginal (Kerrebroeck, 2002).

A protusão do prolapso genital deve ser descrita e examinada em repouso e em atividade de manobra de Valsalva (Bump *et al*.,1996).

O prolapso será avaliado em relação a um ponto anatômico determinado e de fácil visualização (Figura 2). A carúncula himenal será considerada o ponto de referência para a medida do prolapso. As posições dos pontos são dadas em centímetros, com números negativos quando acima do hímen e em números positivos, quando abaixo ao hímen (Aula de Anatomia, 2023).

Esses pontos são identificados: dois pontos na parede vaginal anterior (Aa, Ba); dois pontos no ápice da vagina (C, D); dois pontos na parede posterior da vagina (Ap, Bp); o comprimento vaginal total (CVT); o hiato genital (HG) e o comprimento do corpo perineal (CP).

Figura 2 – Pontos do POP-Q: exame em mulher com útero



Adaptada do site Aula de Anatomia, 2023.

Os pontos anatômicos apresentam critérios de localização bem definidos:

1. Aa: localiza-se na linha média da parede vaginal anterior, 3 cm proximal ao meato externo da uretra.
2. Ba: posição mais distal de qualquer parte da parede vaginal anterior.
3. C: parte mais distal da cérvice uterina ou da cúpula vaginal se a idosa foi submetida à histerectomia.
4. D: localização do fórnice posterior na idosa que ainda tem colo uterino. O ponto D é omitido na ausência do colo uterino.
5. Ap: linha média da parede vaginal posterior, 3 cm proximal à carúncula himenal.
6. Bp: posição mais distal de qualquer parte da parede vaginal posterior.
7. Hiato genital (HG): ponto médio do meato externo da uretra à linha média posterior na altura da carúncula himenal.

8. Corpo perineal (CP): margem posterior do hiato genital ao ponto médio do orifício anal;
9. Comprimento vaginal total (CVT): distância da carúncula himenal até o ponto mais profundo da vagina quando os pontos C ou D estão em suas posições normais.

Todos os pontos, com exceção do CVT, serão mensurados com a idosa em repouso e realizando força (manobra de Valsalva). A posição dos seis pontos da vagina deve ser apresentada em centímetros. Os pontos complementares (HG, CP e CVT) não apresentam sinais positivo ou negativo, pois são considerados comprimentos e não posições em relação ao hímen.

Os pontos anatômicos medidos podem ser apresentados utilizando uma grade de barras 3X3 para organizar as medidas de maneira concisa.

Figura 3 – Pontos anatômicos em grade de barras 3X3 das medidas

Parede anterior **Aa**	Parede anterior **Ba**	Cérvice ou cúpula **C**
Hiato genital **HG**	Corpo perineal **CP**	Comprimento vaginal total **CVT**
Parede posterior **Ap**	Parede posterior **Bp**	Fórnice posterior **D**

Fonte: Adaptado de Araújo, 2008.

Dessa maneira, o estadiamento final será caracterizado de acordo com Figura 4

Figura 4 - Estadiamento final do prolapso genital (POP-Q)

Estádio 0: ausência de prolapso. Os pontos Aa, Ap, Ba e Bp estão em -3 cm, e os pontos C e D estão entre o CVT e o CVT – 2 cm. **Estádio I**: ponto de maior prolapso está localizado até 1 cm para dentro do hímen (-1cm). **Estádio II**: o ponto de maior prolapso está localizado entre –1 cm e +1 cm (entre 1 cm acima e 1 cm abaixo do hímen). **Estádio III**: o ponto de maior prolapso está a mais de 1 cm para fora do hímen, porém sem ocorrer eversão total. **Estádio IV**: eversão total do órgão prolapsado. O ponto de maior prolapso fica no mínimo no comprimento vaginal menos dois cm (CVT-2).

Fonte: Adaptado de Araújo, 2008.

Etapas para implementação do protocolo

A intervenção não farmacológica consta da implementação do protocolo de intervenção física e comportamental que se divide em quatro etapas, com duração de três meses (12 semanas) conforme as Figura 1 e Figura 5.

Etapa 1: Inicialmente devem ser identificadas as mulheres idosas adscritas na USF com 60 anos ou mais de idade e caracterizadas com IU pelas questões 3 e 4 do ICIQ-SF que avaliam a frequência e a quantidade de perda urinária nas últimas quatro semanas, devem receber as informações sobre a avaliação dos critérios de elegibilidade, participação e disponibilidade para realização das atividades do protocolo (Tamanini *et al*., 2004).

Etapa 2: As idosas caracterizadas com IU, com desempenho funcional avaliado por meio do teste “levante e ande cronometrado” e com contato telefônico disponível serão convidadas a participar do protocolo. Será realizada a avaliação cognitiva com aplicação do MEEM com intuito de excluir as idosas que apresentarem déficit cognitivo indicado pela

pontuação proposta por Brucki *et al*. (2003). A seguir, as idosas que atenderem aos critérios de seleção, assistirão uma palestra a ser realizada na US com duração aproximada de 30 minutos promovida pela enfermeira capacitada, com o objetivo de ministrar informações sobre a IU, os aspectos fisiopatológicos, curativos e preventivos, ensinar e orientar sobre a adequada contração dos MAP, a fim de evitar a contração dos músculos acessórios posteriores durante os EMAP.

Em seguida, as idosas serão esclarecidas sobre os objetivos, métodos, benefícios previstos e riscos mínimos durante a palestra e, então, convidadas a participar, voluntariamente, do protocolo, assim, após serem asseguradas quanto à privacidade e liberdade de decisão, participarão, facultativamente das próximas etapas.

Será aplicado o Instrumento de Coleta de Dados Pró-Idoso para caracterização sociodemográfica, econômica e clínica das idosas (Anexos A, B, C, D e E). Os itens dos questionários serão lidos pela enfermeira para serem respondidos pelas participantes do estudo. Logo, serão aplicados o *King's Health Questionnaire* - KHQ e o *Gaudenz-Fragebogen*, sendo o primeiro com o intuito de mensurar a QVRS inicial da idosa com IU antes de realizar o protocolo de intervenção e o segundo para classificar o tipo de IU.

Etapa 3: As idosas agendarão a primeira consulta, ao final da palestra e, a partir dos encontros agendados, durante três meses, participarão das atividades: Educação; Avaliação de comportamento por meio do diário miccional; Identificação de perda urinária a partir do *pad-test*; Propriocepção; Avaliação de força; e Exercícios perineais.

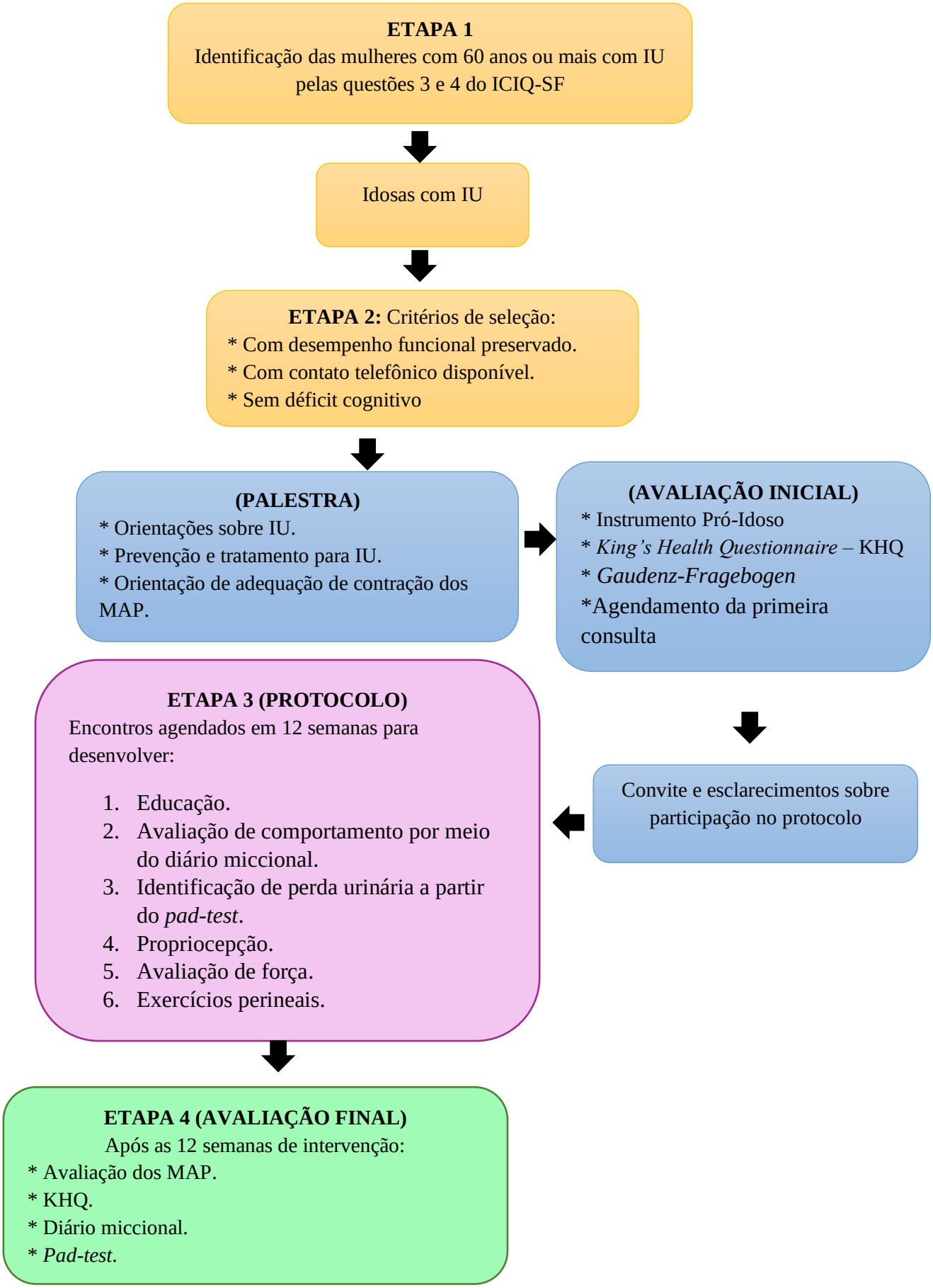
Durante esses três meses, o protocolo se dividirá em: informações sobre IU; orientações sobre hábitos de vida; entrega de cronograma do mês em questão; orientações e entrega e orientação sobreo diário miccional; entrega de dois copos graduados; realização de *pad-test*; avaliação da propriocepção; e avaliação da FMAP (com perineômetro pneumático).

As idosas ainda receberão orientações sobre a avaliação da evolução do quadro apresentado individualmente, acerca da realização dos exercícios de fortalecimento dos MAP e sobre a avaliação do controle urinário.

Etapa 4: Após os três meses de intervenção, no último encontro, será realizada a avaliação dos MAP para comparação da força desses músculos antes e depois do protocolo de intervenção. Para essa avaliação da intensidade e da pressão da contração voluntária dos MAP será utilizado o perineômetro pneumático de *biofeedback* da marca Quark Medical, modelo Perina Clínico. Será aplicado novamente o *King's Health Questionnaire* – KHQ para a comparação da QV das idosas com IU antes e após o protocolo de intervenção, além do diário miccional e do *pad-test*.

A equipe técnica para implementação do protocolo de intervenção será constituída por uma coordenadora e uma equipe de campo composta por ACS, capacitados para a aplicação dos instrumentos de avaliação das idosas. A equipe será identificada com crachá após as apresentações.

Figura 5 – Fluxograma com etapas de operacionalização do protocolo de intervenção física e comportamental para idosas com incontinência urinária



4.7 CRITÉRIO PARA DESCONTINUAR A INTERVENÇÃO

A intervenção com as mulheres idosas só será descontinuada após a conclusão do estudo, ou o pedido de retirada do consentimento para participar do estudo.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

O percurso de análise das informações obtidas na reunião de grupo focal para validação do protocolo de intervenção seguiu três etapas: pré análise; exploração do material; tratamento e interpretação dos dados, recorrendo-se à técnica de análise de conteúdo temática por frequência (Bardin, 2016).

Adotou-se a organização de formação de unidades de registros para formação das categorias que foram geradas após análise de conteúdo do grupo focal com especialistas e definidas como itens/conceitos para geração do protocolo.

As etapas:

1) Pré-análise: Essa fase é baseada em três missões: i) a escolha dos documentos a serem analisados; ii) a formulação da hipótese e dos objetivos; e iii) os indicadores, que fundamentam a interpretação final.

2) Exploração do material: É a fase de análise propriamente dita, que consiste em operações de codificação, ordenação e categorização, transformação em unidades de registro, formação das categorias intermediárias e geração dos temas.

3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: É o ponto de maior rigor, quando os resultados foram sintetizados e selecionados, seguindo pela confrontação com o material e o tipo de inferências alcançadas a fim de servir de base para outras análises ou novas dimensões teóricas.

Para apresentação das categorias e dos resultados encontrados recorreu-se à construção de uma tabela de frequência (Tabela 1).

Tabela 1 – Frequência das categorias e subcategorias extraídas das falas e das respostas ao formulário aplicado no grupo focal aos juízes/especialistas participantes da validação do protocolo de intervenção física e comportamental para tratamento da IU em mulheres idosas. Ribeirão Preto/SP, 2023

Categorias	Frequência
Protocolo	
Protocolo	62
Protocolo individualizado	21
Período de 12 semanas	9
Critérios de inclusão	
Critérios de inclusão	15
Mobilidade	14
Independência para atividades de vida diária	2
Avaliação dos músculos do assoalho pélvico	
Avaliação dos músculos do assoalho pélvico	23
Músculos do assoalho pélvico	21
Força dos músculos do assoalho pélvico	56
Perineômetro	24
Palpação vaginal	11
Fatores de risco para incontinência urinária	
Fatores de risco para incontinência urinária	20
Incontinência urinária	24
Exercícios dos músculos do assoalho pélvico	
Exercícios dos músculos do assoalho pélvico	47
Fisioterapia	3
Treinamento	8
Diário miccional	
Diário miccional	9
Pad-test	
Pad-test	21

Fonte: Elaboração própria, 2023.

A avaliação das verbalizações das questões foi embasada na análise temática de conteúdo, segundo Bardin (2016), procedendo-se à categorização temática dos dados e à validação das categorias pelas pesquisadoras. As pesquisadoras realizaram separadamente os seguintes passos em todo o material obtido após reunião de grupo focal: leitura flutuante; novas leituras para demarcação de verbalização; identificação de temas; e organização dos temas em categorias temáticas (Bardin, 2016).

A categorização das temáticas levou em consideração os temas da mesma natureza ou que mantinham uma relação de significados por meio de elos de similaridade, complementaridade, causalidade, diversidade ou ambivalência (Bardin, 2016).

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (CEP-EERP-USP), sob o nº CAAE 28414620.9.0000.5393 (Anexo F), de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres Humanos, Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12 (Brasil, 2012).

Os juízes/especialistas assinaram (*on-line*) o TCLE, no qual foram apresentadas informações relacionadas aos objetivos do protocolo por meio de um formulário do *Google Forms* com um convite para participação voluntária como especialista (juiz) no processo de validação

5 RESULTADOS

Neste tópico serão apresentados os resultados do processo de validação do protocolo da intervenção física e comportamental para tratamento da IU em mulheres idosas, realizada por meio de um grupo focal com juízes/especialistas da área de IU.

Participaram cinco juízes/especialistas do grupo focal, os quais foram identificados pela letra “J” de juízes, seguida por números, obedecendo a ordem de manifestação na reunião do grupo focal.

A reunião do grupo focal ocorreu no dia 06 de novembro de 2023 com início programado às 16:00 h e início real às 16:18 h até que os juízes convidados entrassem na sala virtual de reunião por meio do Google Meet (Apêndice G).

Desses cinco juízes, quatro eram do sexo feminino e um do sexo masculino; quatro casados e um solteiro; idade média de 45,2 anos. Quando questionados sobre o município de residência, relataram morar em: Fortaleza/CE, Manaus/AM, Rio de Janeiro/RJ, Niterói/RJ e Ribeirão Preto/SP. Sobre a formação acadêmica dos juízes, três eram fisioterapeutas, um enfermeiro e um médico. A maioria possui mais de 10 anos de formação acadêmica, sendo que dois possuíam entre 10 e 20 anos e dois 20 anos ou mais; apenas um possuía entre cinco e 10 anos de tempo de formação. Sobre a titulação, dois possuíam doutorado, dois pós-doutorado e um pós-graduação latu sensu - especialização. Foi questionado se os juízes possuíam formação específica na área da IU e todos os cinco afirmaram possuir, além de terem experiência profissional na área. Em relação à ocupação, dois eram fisioterapeutas, um fisioterapeuta e responsável técnico, um enfermeiro assistencial e um médico assistente de um hospital público de alta complexidade. Ainda em relação à experiência profissional, os cinco relataram atuar na assistência, quatro em pesquisa, dois em extensão universitária e um em outra área (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização dos juízes/especialistas participantes da validação do protocolo de intervenção física e comportamental para tratamento da IU em mulheres idosas. Ribeirão Preto/SP, 2023

Variáveis	N = 5
Sexo	
Feminino	4
Masculino	1
Situação conjugal	
Solteiro	1
Casado	4
Idade (anos) média ± DP	45,2 ± 4,3
Cidade/Estado	
Rio de Janeiro/Rio de Janeiro	1
Niterói/Rio de Janeiro	1
Fortaleza/Ceará	1
Ribeirão Preto/São Paulo	1
Manaus/Amazonas	1
Formação acadêmica	
Enfermeiro	1
Médico	1
Fisioterapeuta	3
Tempo de formação	
De 5 a < 10 anos	1
De 10 a < 20 anos	2
20 anos ou mais	2
Titulação	
Pós-graduação – Especialização	1
Doutorado	2
Pós-doutorado	2
Formação relacionada à incontinência urinária	
Sim	5
Não	0
Ocupação	
Enfermeiro assistencial	1
Médico assistente	1
Fisioterapeuta	2
Fisioterapeuta e responsável técnico	1
Tempo de atuação	
De 5 a < 10 anos	1
De 10 a < 20 anos	2
20 anos ou mais	2
Experiência profissional relacionada à incontinência urinária	
Sim	5
Não	0
Área da experiência profissional em incontinência urinária	
Assistência	5
Pesquisa	4
Extensão universitária	2
Outra	1

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Na reunião virtual para realização do grupo focal, inicialmente foi realizada a apresentação das pesquisadoras e o título da tese, bem como o processo operacional de validação do protocolo. Também foram esclarecidas informações gerais sobre a gravação autorizada previamente em TCLE, bem como sobre permanecerem com a câmera ligada e microfone desligado, assim a moderadora seria capaz de observar as expressões faciais dos juízes e as falas. Foram orientados em relação ao formulário enviado no momento da reunião para que as questões fossem respondidas e sugestões feitas, a fim de avaliar o nível de concordância dos juízes em relação aos itens do protocolo. Esse formulário foi respondido concomitantemente à apresentação para que as observações pudessem ser escritas e/ou faladas. Foram orientados ainda sobre o recurso "Levantar a mão" do Google Meet a fim de evitar a fala simultânea.

Foi reforçada a colocação de que os juízes deveriam falar livremente suas observações, bem como escrever no formulário, pois o intuito da validação de obter o consenso para a formatação e estruturação do protocolo dependeria das considerações verbalizadas e escritas dos juízes. Foi reforçado ainda o tempo previsto total de aproximadamente 150 minutos.

Assim a apresentação oral e visual da pesquisadora sobre o protocolo foi feita com dados relacionados à terminologia da IU, bem como à epidemiologia. Foi ressaltado o papel do enfermeiro frente ao tratamento da IU com intervenções listadas na NIC para atender aos diagnósticos baseados no problema de IU da NANDA-I. Os tipos de IU trabalhados no protocolo foram apresentados (IUE, IUU e IUM). Logo, foi apresentado o objetivo do protocolo (elaborar e validar com especialistas um protocolo de intervenção física e comportamental para o tratamento da incontinência urinária em idosas).

Os itens do protocolo avaliados pelos juízes apresentam padrão de respostas em concordância ou discordância para a validação do protocolo. Assim, quando questionados se um protocolo validado de avaliação de incontinência urinária seria útil para o atendimento de idosas, cinco juízes relataram concordância. Sobre o título ser adequado (Protocolo de intervenção física e comportamental para tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas), os cinco juízes afirmaram concordância. Também foi questionado se a caracterização das idosas com IU a partir das questões 3 e 4 do "*International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form*" era adequada e cinco juízes relataram concordância. Em relação à QV, foi questionado se era adequado mensurar a QV da idosa com IU a partir do "*King's Health Questionnaire*" e os cinco juízes responderam concordância. Ainda foi questionado se era adequado classificar o tipo de IU pelo questionário "Gaudenz-Fragebogen" e os cinco juízes relataram concordância. Sobre o tempo da intervenção, foi questionado se era adequado o

tempo de 12 semanas de intervenção e os cinco juízes confirmaram com concordância. Os itens do protocolo também foram apresentados para a validação dos juízes e, em relação ao item 2 (Avaliação de comportamento por meio do diário miccional), foi questionado se era adequado e os cinco juízes afirmaram concordância. O item 3 (Identificação da perda urinária utilizando o *pad-test* de 1 hora) recebeu concordância dos cinco juízes. Já o item 4 (Propriocepção por meio da utilização do perineômetro da marca Quark Medical) recebeu concordância de quatro juízes, enquanto um juiz relatou discordância. O item 5 (Avaliação de FMAP pelo perineômetro da marca Quark Medical) foi também avaliado pelos juízes e recebeu concordância de três juízes e discordância de dois juízes. A última questão que avaliava concordância ou discordância foi para validação do item 6 (Exercícios perineais com a realização de exercícios dos músculos do assoalho pélvico) e os cinco juízes relataram concordância (Tabela 3).

Tabela 3 – Itens do protocolo avaliados pelos juízes com respostas em concordância ou discordância para validação do protocolo de intervenção física e comportamental para tratamento da IU em mulheres idosas. Ribeirão Preto/SP, 2023

Itens	**Respostas juízes**	
	Concordo	**Discordo**
Um protocolo validado de avaliação de incontinência urinária é útil para o atendimento de idosas?	5	0
O título é adequado? *"Protocolo de intervenção física e comportamental para tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas"*?	5	0
É adequada a caracterização das idosas com IU a partir das questões 3 e 4 do "*International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form"*?	5	0
É adequado mensurar a qualidade de vida da idosa com incontinência urinária a partir do "*King's Health Questionnaire"*?	5	0
É adequado classificar o tipo de incontinência urinária pelo questionário "*Gaudenz-Fragebogen"*?	5	0
É adequado o tempo de 12 semanas de intervenção?	5	0
É adequado o item: "2 – Avaliação de comportamento por meio do diário miccional"?	5	0
É adequado o item: "3 – Identificação da perda urinária utilizando o *pad-test*" de 1 hora?	5	0
É adequado o item: "4 – Propriocepção" por meio da utilização do perineômetro da marca Quark Medical (Perina Clínico)?	4	1
É adequado o item: "5 – Avaliação de força dos músculos do assoalho pélvico" pelo perineômetro da marca Quark Medical (Perina Clínico)?	3	2
É adequado o item: "6 – Exercícios perineais" com a realização de exercícios dos músculos do assoalho pélvico?	5	0

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Os itens do protocolo que apresentam padrão de respostas em relevante ou irrelevante para a validação do protocolo também foram avaliados pelos juízes. O primeiro item questionava se era relevante a palestra a ser realizada em UBS com o objetivo de informar a respeito da IU e os cinco juízes relataram ser relevante. Em relação ao item 1 (Educação acerca da IU com educação detalhada para as idosas sobre IU) os cinco juízes também afirmaram ser relevante. Foi questionado se era relevante o cronograma do "Mês1" e os cinco juízes afirmaram ser relevante. Em relação à relevância dos EMAP no primeiro mês, quatro juízes relataram ser relevante e um relatou ser irrelevante. Também foi questionado se era relevante o cronograma do "Mês2" e os cinco juízes afirmaram ser relevante. Sobre a relevância dos EMAP no segundo mês, três juízes afirmaram ser relevante, um juiz relatou ser irrelevante e um juiz não respondeu. Em relação à relevância do cronograma do "Mês3", os cinco juízes concordaram ser relevante. E sobre ser relevante o protocolo dos EMAP no terceiro mês, quatro juízes relataram ser relevante e um juiz relatou ser irrelevante (Tabela 4).

Tabela 4 – Itens do protocolo avaliados pelos juízes com respostas em relevância ou irrelevância para validação do protocolo de intervenção física e comportamental para tratamento da IU em mulheres idosas. Ribeirão Preto/SP, 2023

Itens	**Respostas juízes**	
	Relevante	**Irrelevante**
É relevante a palestra a ser realizada em Unidade Básica de Saúde com o objetivo de informar a respeito da incontinência urinária?	5	0
É relevante o item: "1 - Educação acerca da IU" com educação detalhada para as idosas sobre incontinência urinária?	5	0
É relevante o cronograma do "Mês1"?	5	0
É relevante o protocolo dos exercícios dos músculos do assoalho pélvico no primeiro mês?	4	1
É relevante o cronograma do "Mês2"?	5	0
É relevante o protocolo dos exercícios dos músculos do assoalho pélvico no segundo mês?	3	1
É relevante o cronograma do "Mês3"?	5	0
É relevante o protocolo dos exercícios dos músculos do assoalho pélvico no terceiro mês?	4	1

Fonte: Elaboração própria, 2023.

5.1 CATEGORIZAÇÃO TEMÁTICA DO PROTOCOLO

No processo de análise dos dados coletados no grupo focal, os mesmos foram categorizados tematicamente, conforme proposto por Bardin (2016).

Inicialmente, foram identificadas 13 categorias temáticas, entretanto, após ajustes na análise, foram aglutinadas em sete categorias finais:

1) O protocolo
2) Critérios de inclusão para as idosas
3) Avaliação dos MAP
4) Fatores de risco para IU
5) EMAP
6) Diário miccional
7) *Pad-test*

Esses dados serão apresentados a seguir.

5.1.1 Categoria 1: O protocolo

Essa categoria explorou o principal ponto de avaliação e consenso durante o grupo focal, pois foram discutidos aspectos que nortearam a elaboração final do protocolo de intervenção física e comportamental para idosas com IU. Nas verbalizações dos juízes, pôde-se perceber que todos concordaram em prosseguir com um protocolo individualizado para as idosas durante o período de 12 semanas de intervenção.

Categoria 1: O protocolo
Definição da categoria O protocolo de intervenção física e comportamental para idosas com IU foi elaborado e deve ser realizado em 12 semanas de intervenção. Itens do protocolo: 1 – Educação acerca da IU. 2 – Avaliação de comportamento por meio do diário miccional. 3 – Identificação da perda urinária utilizando o teste do absorvente (*pad-test*). 4 – Propriocepção. 5 – Avaliação de FMAP. 6 – Exercícios perineais. Ocorrerá da seguinte maneira: a) Mês 1: 1) Uma consulta agendada (CAG1: coleta de dados) 2) Uma consulta retorno (CRET1: realização dos EMAP iniciais) 3) Três ligações telefônicas intercaladas aos três encontros para realização dos EMAP (uma ligação por semana e um encontro para os EMAP por semana) b) Mês 2: 1) Uma consulta agendada (CAG2: coleta de dados) 2) Uma consulta retorno (CRET2: realização dos EMAP iniciais) 3) Três ligações telefônicas intercaladas aos três encontros para realização de EMAP (uma ligação por semana e um encontro para EMAP por semana) c) Mês 3: 1) Uma consulta agendada (CAG3: coleta de dados) 2) Uma consulta retorno (CRET3: realização dos EMAP iniciais) 3) Três ligações telefônicas intercaladas a três encontros para realização dos EMAP (uma ligação por semana e um encontro para os EMAP por semana)

Resultados do grupo focal		
Subcategorias	**Frequência registro**	**Inferências**
Protocolo	62	Relevância de protocolo para idosas com IU
Protocolo individualizado	21	Consenso para trabalhar com protocolo individualizado com idosas
Período de 12 semanas	9	Tempo de intervenção baseado em consenso e literatura

Esses resultados podem ser visualizados nos trechos dos relatos dos juízes apresentados a seguir.

"*Então você quis dizer um protocolo de treinamento dos músculos do assoalho pélvico supervisionado, é isso*?" (J2).

"*Mas a gente pode olhar aí, é claro que a gente está vendo um protocolo, não é uma prescrição individualizada, a gente está vendo um protocolo aí para todas, mas aí a gente pode levar em consideração a escala de Oxford, que vai de 0 a 5*" (J3).

"*...então vocês teriam todas essas variáveis com pressões rápidas para vocês aplicarem no protocolo de vocês*" (J4).

"*Como você vai trabalhar as três incontinências juntas, é claro que deve ser montado um protocolo para isso, mas levar em consideração qual fibra trabalhar primeiro, né*?" (J4).

Uma questão que chamou atenção na fala de um juiz em relação à possibilidade de melhora da IU após a realização do protocolo foi:

"*Então, aquela paciente que ela vai lavar uma louça, varrer uma casa, esse sintoma urinário dela reduziu depois do protocolo de treinamento da musculatura do assoalho pélvico, há capacidade dessa mulher sair de casa*" (J5).

Outra fala de um juiz que demonstra a sistematização do protocolo com desfechos que serão avaliados:

"*E aí, com relação ao seu protocolo, você colocou como desfecho, né, o diário, mas você vai fazer uma avaliação também inicial, né, que você colocou no começo e...*" (J1).

"*Você viu que o protocolo tem uma sequência de exercícios aí, né? Não basta ela se locomover*" (J1).

Outra questão considerada pelo juiz em relação ao protocolo individualizado:

"*Porque eu não sei se vocês pretendem, vocês vão falar do protocolo de treinamento, mas eu não sei se vocês pretendem individualizar esse protocolo baseado na avaliação dessas participantes, ou se vocês vão fazer um protocolo geral para todas elas, independente de como é que está esse assoalho pélvico de cada uma*" (J2).

Em relação às considerações escritas por juízes no formulário: "Concordância dos juízes – Grupo focal":

"*Sugiro individualizar o protocolo*" (J2).

"*Individualizar o protocolo de acordo com a avaliação inicial e aumentar o tempo de contração sustentada a cada visita*" (J4).

"*Sugiro individualizar o protocolo*" (J5).

Houve uma questão discutida por juiz que demonstrou a importância de trabalhar um protocolo individualizado:

"*Não que a gente, não, a gente trabalha exatamente pra isso, pra aumentar essa resistência muscular, mas pra fazer isso já de início do protocolo, talvez vocês tenham dificuldade de conseguir isso com as pacientes, mas se vocês optarem por não fazer um protocolo individualizado, e eu entendo... Mas como vocês vão usar as pacientes de vocês como o próprio controle delas mesmas, eu acho que é super viável vocês individualizarem mesmo o protocolo pra cada um, porque essa ideia de vocês usá-las como controle é ótimo, pra isso vocês não vão ter viés, pelo contrário, vocês vão conseguir ver a melhora ou não de cada uma, individualizando o protocolo*" (J2).

Quando questionado se o tempo de 12 semanas de intervenção física e comportamental para idosas com IU poderia ser considerado adequado, houveram colocações:

"*Pensando em hipertrofia muscular, esse tempo mínimo aí de 12 semanas, está ok, sim. Não vejo por que vocês não fazerem esse tempo*" (J2).

"*Eu acho que é perfeito, acho que é o que a gente tem aí de base dentro da fisiologia, da fisiologia do exercício, também costuma utilizar aí o que você está propondo*" (J2).

5.1.2 Categoria 2: Critérios de inclusão

A segunda categoria se refere aos critérios de inclusão das idosas que participarão do protocolo de intervenção. Nas falas dos juízes, surgiram questionamentos em relação à população que seria incluída na pesquisa. Assim, levando em consideração a questão da mobilidade, segue a definição da categoria.

Categoria 2: Critérios de inclusão
Definição da categoria Os critérios de inclusão são definidos como as características-chave da população-alvo que os pesquisadores utilizarão para responder à pergunta do estudo. Esses critérios são as próprias características compartilhadas por todas as participantes a serem incluídas (Patino; Ferreira, 2018). <u>Critérios de inclusão</u>: 1) Mulheres com 60 anos ou mais. 2) Caracterizadas com IU pelas questões 3 e 4 do ICIQ-SF. 3) Com contato telefônico disponível. <u>Critérios de exclusão</u>: 1) Déficit cognitivo, baseado no MEEM. 2) Infecção urinária ou vaginal ativa nos últimos 3 meses 3) Cirurgia urológica recente há menos de três meses. 4) Prolapso uterino estágio dois ou superior no POP-Q (prolapso visível no intróito vaginal). 5) Câncer pélvico ou urogenital. 6) Doença cardíaca que limite atividades (grau 3 e 4). 7) Intervenção cirúrgica para IU. 8) Intervenções terapêuticas recentes para IU (três meses antes do estudo). 9) Em uso de fármacos (antagonistas de alfa-adrenérgicos, diuréticos, sedativos e inibidores da enzima de conversão da angiotensina).
Sugestões juízes
Acrescentar os seguintes critérios: <u>Critérios de inclusão</u>:

4) Com desempenho funcional preservado, avaliado pelo teste "levante e ande cronometrado (Bischoff *et al*., 2003; Podsiadlo; Richardson, 1991). Critérios de exclusão: 10. Força muscular ≤ 1 na escala de Oxford Modificada, pois a idosa com esse resultado não apresenta contração para realizar o protocolo de intervenção (Laycock; Jerwood, 1994; Franco, 2012).

Resultados do grupo focal		
Subcategorias	**Frequência registro**	**Inferências**
Critérios de inclusão	15	Características comuns a todas as idosas
Mobilidade	14	Critério inserido no protocolo após grupo focal
Independência para AVD	2	Capacidade funcional

Seguem alguns trechos das verbalizações.

"*Na verdade, eu tenho uma consideração nos seus critérios de inclusão. Um daqueles critérios é que elas não deveriam ter passado por nenhuma intervenção física há três meses, né*?" (J2).

"*E a resposta à fisioterapia também tem relação com a intensidade da perda, ou a característica da continência, se for severa, moderada. Então isso também não vai entrar no seu critério, pelo que eu vi. A outra coisa é com relação a outros fatores de risco, para, por exemplo, obesidade, doenças, tabagismo, doenças metabólicas, diabetes, ou talvez um critério, não sei, a obesidade, já falei, mas o grau de mobilidade, o grau de atividade desses pacientes, se elas são ativas ou não, se já tem alguma outra atividade ou não*" (J1).

Verbalização reforçando um dos critérios de exclusão já estabelecido no protocolo (Intervenções terapêuticas recentes para IU – três meses antes do estudo).

"*Então talvez se você inclui uma mulher que ela tenha tido uma intervenção três meses atrás, porém ela continua ainda fazendo esse exercício domiciliar, talvez isso possa gerar algum viés. Uma sugestão para que vocês pensem na hora que vocês forem de fato elaborar esses critérios de inclusão de vocês*" (J2).

Verbalização de um juiz em relação aos critérios: peso, grau de atividade e DM:

"*Para resolver isso, talvez vocês colocassem lá na ficha de avaliação de vocês esses critérios e daí na hora que vocês fossem fazer a análise estatística da validação clínica, vocês levariam essas variáveis como em consideração quando vocês forem fazer análise estatística, que daí vocês têm... Vocês conseguem analisar a presença desses vieses ou não*".

"*...do que eu percebi até agora, eu acho que está tendo um questionamento com relação aos critérios de inclusão, não sei se todo mundo concorda com isso, que paciente vai ser incluída, que tipo de musculatura que vai ser, qual é a...*" (J2).

Fala de um juiz retomando sobre a relevância de caracterizar melhor a amostra:

"*Então, na verdade, todas as sugestões dadas, inclusive a avaliação do assoalho pélvico, tudo cai nisso, né, na verdade a gente está só sugerindo que você, de certa forma, caracterize melhor essas pacientes, por exemplo, fatores de risco, condições do assoalho pélvico, condições de mobilidade, podemos até colocar se tem sarcopenia ou não, o grau de sarcopenia ou não, dependendo do tipo de paciente e condição clínica, né, caracterizar bem a paciente que depois as variáveis você vai usar, de certa forma, como análise final dos seus dados, né, eu acho que resume um pouco do que a gente tem discutido até agora*" (J1).

"*Então, eu acho que é bom você caracterizar bem a população inicialmente, inclusive quando você falou daquela palestra, tabagismos, interromper tudo, colocar isso também. Como é que a pessoa faz com que o seu paciente, nessa fase inicial, ela fuma, não fuma, ela toma quanto de café, não toma, sua intervenção teve, mudou isso ou não? Quer dizer, olha a riqueza de dados que você vai criar com essa intervenção*" (J1).

Comentário de um juiz em relação ao critério de exclusão relacionado ao resultado da avaliação funcional dos MAP (AFA) 0 e 1:

"*Então talvez vocês colocarem lá como critério de exclusão de vocês excluir essas mulheres grau 0 e 1 pra não fazerem essa avaliação por meio da manometria, isso talvez já resolveria essa questão de vocês. Que provavelmente vocês também devam excluir, porque elas não têm nem a musculatura preparada pra fazer um exercício, né? Mas como eu não vi isso nos seus critérios, comentar isso. Uma sugestão*" (J2).

Preocupação de um juiz em relação à avaliação da mobilidade da idosa:

"*E outro ponto também, que já que você falou também dos pontos que vocês iam avaliar, você falou lá o MEEM, o ok, o MEEM, para você poder ter uma mulher que tenha um cognitivo preservado, que entenda o seu comando verbal, mas eu não sei se você vai avaliar a mobilidade, porque provavelmente você vai fazer seu protocolo em diversas posturas, né? A gente sabe que a gente precisa trabalhar esse acessório pélvico, não só com a paciente deitada, mas em outras posições, e você vai avaliar essa mobilidade dela ou não?*" (J2).

"*Olha, eu tenho, já pensando na sua avaliação, porque provavelmente você vai fazer a avaliação funcional, você vai usar o perineômetro também, ali no seu projeto, você vai precisar que ela fique lá em decúbito dorsal, flexão de quadril, joelho, então, às vezes ela deambula, mas ela não tem essa ADM – Avaliação da Amplitude de Movimento – para que ela precise ficar nessa posição que vocês vão avaliar, então, talvez avaliar essa mobilidade de quadril da paciente de vocês seja algo interessante, vocês pensam depois se vale a pena ou não. Acredito que sim. Já pouparia bastante, inclusive, vocês estarem avaliando desnecessariamente uma voluntária que, eventualmente, vocês não vão incluir no estudo clínico de vocês*" (J2).

"*Realmente, quanto ao pad-test, eu subi, desci as escadas, o degrau pode ser uma questão, realmente tem que ver essa questão da mobilidade, mas nós fizemos aqui, e aí é uma sugestão...*" (J4).

"*E aí incluindo tudo, eu acho que fica só essa mensagem, os fatores de risco, as condições da paciente, as sugestões que as professoras deram com relação à mobilidade, à força do assoalho pélvico, alterações, não só o prolapso*" (J1).

5.1.3 Categoria 3: Avaliação dos Músculos do Assoalho Pélvico (MAP)

A terceira categoria nomeada "Avaliação dos Músculos do Assoalho Pélvico" está relacionada aos MAP.

Categoria 3: Avaliação dos MAP
Definição da categoria Trata-se da avaliação da intensidade e da pressão da contração voluntária dos MAP, bem como da resistência muscular e da capacidade de relaxamento (Unger; Weinstein; Pretorius, 2011; Chevalier; Fernandez-Lao; Cuesta-Vargas, 2014). Para a avaliação dos MAP será realizada a palpação vaginal bidigital e a manometria por meio do perineômetro.

Sugestões juízes
Acrescentar a avaliação de força por meio da palpação vaginal bidigital a ser avaliada pela escala de Oxford Modificada. <u>Ocorrerá da seguinte maneira</u>: d) Mês 1 1. Durante a CAG1 e) Mês 2 2. Durante a CAG2 f) Mês 3 3. Durante a CAG3 4. Durante os EMAP3 (último encontro do protocolo) **Palpação vaginal bidigital** 1) Introduzir as duas falanges distais dos dedos indicador e médio dentro da vagina, com gel lubrificante. 2) Solicitar à idosa que contraia e mantenha, por maior tempo possível, a contração voluntária dos músculos perineais ao redor dos dedos do examinador, numa sequência de três sessões, com intervalo de 15 segundos entre elas. 3) Permanecer com os dedos na vagina durante todas as mensurações da avaliação. 4) Registrar a maior classificação de contração pela escala de Oxford. 5) Descansar por um minuto antes de iniciar a perineometria. A seguir ocorrerá a avaliação de força por meio da perineometria: **Perineometria** 1) Zerar o nível de pressão na escala. 2) Revestir a sonda com um preservativo descartável, mas não lubrificado. 3) Lubrificar o preservativo com gel lubrificante. 4) Introduzir três a quatro centímetros da sonda na vagina. 5) Instruir a idosa a relaxar os MAP. 6) Solicitar que a idosa contraia e mantenha, por maior tempo possível, a contração voluntária dos músculos perineais ao redor da sonda vaginal, numa sequência de três sessões, com intervalo de 15 segundos entre elas. 7) Permanecer com a sonda vaginal durante todas as mensurações da avaliação.

8) Registrar a maior força da contração voluntária dos MAP. Ocorrerá nos seguintes momentos: 1) Na consulta agendada do primeiro mês (CAG1). 2) Na consulta agendada do segundo mês (CAG2). 3) Na consulta agendada do terceiro mês (CAG3). 4) No último encontro para os EMAP do terceiro mês (EMAP3)

Resultados do grupo focal		
Subcategorias	**Frequência registro**	**Inferências**
Avaliação dos MAP	23	Avaliação dos MAP por meio da palpação vaginal bidigital e do perineômetro
MAP	21	Músculos do Assoalho Pélvico
FMAP	56	Avaliada por meio da força de contração dos MAP
Perineômetro	24	Manometria
Palpação vaginal	11	Palpação vaginal bidigital

Os relatos abaixo ilustram a terceira categoria.

"*Porque lá na frente você vai fazer uma avaliação para verificar a capacidade de contração dessa musculatura, né? E a gente sabe, a gente já tem estudo mostrando que às vezes a paciente, a mulher, não contrai, não porque ela efetivamente não tem uma força muscular para contrair, mas porque ela não tem um entendimento do que exatamente ela tem que fazer*" (J2).

"*Eu te pergunto isso porque eu acho que a contração em si também deve ser um fato que vocês devem levantar...*" (J2).

"*... porque provavelmente você vai fazer a avaliação funcional, você vai usar o perineômetro também, ali no seu projeto...*" (J2).

"*Pegando o gancho da juíza, uma coisa, lendo aqui o seu protocolo, que você coloca, a avaliação de força do MAP, como você vai fazer com o perineômetro? É uma sugestão, tá? mas, enfim, que você também fique de olho nesse relaxamento*" (J3).

"*Porque, claro que a gente consegue avaliar isso com uma avaliação mais aprofundada, que eu acho que não é o seu caso, mas com o perineômetro você avaliar esse*

relaxamento porque ele vai te ajudar, ele vai te dar indícios de que existe um períneo hiperativo" (J3).

"*Eu vi várias referências que você colocou, mas pelo menos aqui, eu já fiz alguns estudos também em relação ao treinamento de assoalho, a gente leva muito em consideração a questão da fisiologia do exercício para a prescrição do treinamento. Então, eu prescrevo de acordo com a força muscular, que é a contração voluntária máxima, e a gente também leva em consideração a resistência...*" (J3).

"*Então, assim, a gente sempre fica olhando para essa questão de uma prescrição dentro dessa perspectiva do que esse assoalho vai aguentar*" (J3).

"*Oi, Samantha, aproveitando aí o que a professora falou, é importante Aí, de repente, você entrar com uma familiarização dessas pacientes, porque às vezes você faz avaliação e você conclui que ela não sabe contrair, né? Ou quer dizer que a contração é baixa, mas às vezes ela não sabe, né? Muitas das vezes. E aí entrar com uma familiarização interessante, porque aí a gente realmente tem a certeza de que a força está baixa, a resistência está baixa, ou realmente entendeu se ela não tem a consciência. E essa familiarização acho que vale a pena*" (J4).

Verbalização de juiz sobre as categorias de avaliação dos MAP.

"*Eu acho que aqui, vocês tratarem aquilo que as juízas elencaram lá na frente, da gente avaliar não só força, mas avaliar resistência muscular, capacidade de relaxamento, isso é importante. Por isso que seria importante você fazer uma palpação vaginal e não só utilizar uma manometria com essa paciente*" (J2).

Resposta do juiz sobre sequência entre familiarização dos MAP, propriocepção e avaliação dos MAP:

"*...na verdade você precisa primeiro ensinar essa mulher, dar essa propriocepção a ela para depois você garantir se ela de fato tem um grau zero porque ela não tem força ou porque ela não sabe, tá? Então, dar a propriocepção, eu faria assim, daria a propriocepção, aí sim eu avaliaria a força muscular dela pela palpação vaginal e ela tendo uma contração faria a manometria com ela*" (J4).

5.1.4 Categoria 4: Fatores de risco para IU

São condições e/ou problemas que aumentam as chances das idosas de desenvolverem IU. Esses fatores de risco podem ser modificáveis ou não modificáveis.

<table>
<tr><th colspan="3">Categoria 4: Fatores de risco para IU</th></tr>
<tr><td colspan="3">Definição da categoria
São fatores que interferem no desenvolvimento da IU ou até mesmo pioram o seu quadro. Esses fatores foram divididos em modificáveis e em não modificáveis para avaliação no protocolo.</td></tr>
<tr><th colspan="3">Sugestões juízes</th></tr>
<tr><td colspan="3">Lista de fatores comentados pelos juízes a serem inseridos no protocolo:

<u>Fatores modificáveis</u>:
g) Obesidade
h) Constipação intestinal
i) Cafeína
j) Tabagismo
k) Exercício físico
l) Atrofia vaginal
m) Atividade sexual
n) Reposição hormonal
o) Baixo estrogênio

Fatores não modificáveis:
a) Idade
b) Paridade
c) Menopausa
d) Cirurgia ginecológica
e) Doenças crônicas
f) Fatores hereditários</td></tr>
<tr><th colspan="3">Resultados do grupo focal</th></tr>
<tr><th>Subcategorias</th><th>Frequência registro</th><th>Inferências</th></tr>
<tr><td>Fatores de risco para IU</td><td>20</td><td>Fatores de risco relatados para IU</td></tr>
</table>

IU	24	Incontinência urinária e fatores modificáveis e não modificáveis relacionados

As seguintes verbalizações retratam os fatores de risco para IU levantados:

"*A outra coisa é com relação a outros fatores de risco, para, por exemplo, obesidade, doenças, tabagismo, doenças metabólicas, diabetes, ou talvez um critério, não sei, a obesidade, já falei, mas o grau de mobilidade, o grau de atividade desses pacientes, se eles já são ativos ou não, se já tem alguma outra atividade ou não. Nós estamos falando de fatores de risco, que poderiam estratificar ou selecionar a população que você está incluindo e, às vezes, causar um viés de seleção"* (J1).

Resposta da pesquisadora em relação ao que foi levantado pelo juiz levando em consideração os fatores de risco mencionados:

"*...nós pensamos em trabalhar esses critérios nas orientações, como fatores de risco, mas não para selecionar um grupo de idosas, nem nada disso, não. Nós pensamos em trabalhar de uma maneira geral com as idosas, porque elas vão ser comparadas com elas mesmas. Então, no início, a perda urinária e, depois do protocolo, qual é a perda dela. Então, o quanto essa idosa melhorou, de acordo com o que ela mesma apresentava no início. Então, por isso que nós não vamos separar, estratificar esse grupo*" (Pesquisadora).

As falas levantadas em relação aos fatores de risco para IU:

"*...fatores de risco, condições do assoalho pélvico, condições de mobilidade, sei lá, podemos até colocar se tem sarcopenia ou não, o grau de sarcopenia ou não, dependendo do tipo de paciente e condição clínica, né, caracterizar bem a paciente que depois as variáveis você vai usar, de certa forma, como análise final dos seus dados*" (J1).

"*...Não, é também para caracterizar a parte inicial, né, nós estamos falando sempre isso, né, eu acho que está sendo um fator, toda, né, fatores de risco, depois avaliação da sua aglomeração, agora caracterização da incontinência, né, então agora o diário miccional, quer dizer, tudo como fatores de caracterizar bem a sua população inicialmente, né, para depois você identificar os... fatores que podem estar relacionados à melhora, ou à resposta ou não, né, então acho que esse que é o grande... o grande ponto, né*" (J1).

"*...Como é que a pessoa faz com que o seu paciente, nessa fase inicial, ela fuma, não fuma, ela toma quanto de café, não toma, sua intervenção teve, mudou isso ou não? Quer dizer, olha a riqueza de dados que você vai criar com essa intervenção*" (J1).

"*Oi, Samantha, essa questão da atrofia colocada aí pelo professor é importante, né? Porque a gente vê que as vezes, muitas das vezes, o paciente está com uma vagina bem atrófica, e o músculo se torna disfuncional, e isso pode, diretamente vai estar envolvido com a questão da avaliação de força muscular, né?*" (J4).

5.1.5 Categoria 5: Exercícios dos Músculos do Assoalho Pélvico (EMAP)

Tratamento de primeira linha para IU, os EMAP oferecem suporte aos órgãos pélvicos e auxilia no fechamento dos músculos do esfíncter uretral, resultando na melhora da IU.

Categoria 5: EMAP
Definição da categoria É prescrito como tratamento de primeira linha para aumentar a força, resistência e coordenação muscular das idosas. <u>Como ocorreria inicialmente (antes da validação dos juízes)</u>: • Posições: deitada, sentada e em pé. • Série: três séries de exercícios para cada posição. • Contrações rápidas: 4 contrações rápidas com 4 segundos de descanso. • Intensidade: contração voluntária máxima. • Contrações sustentadas: 10 contrações sustentadas com 3 segundos de duração. • Descanso: 10 segundos entre as repetições e 2 minutos entre as séries. • Duração da sessão: 45 min.
Sugestões juízes
Individualizar o protocolo. Será aplicado inicialmente como descrito acima para que a pesquisadora realize a avaliação individualizada e a partir dessa primeira sugestão acima, adeque de acordo com as particularidades de cada idosa. <u>Ocorrerá da seguinte maneira</u>: • Posições: deitada, sentada e em pé. • Série: três séries de exercícios para cada posição. • Contrações rápidas: ___ contrações rápidas com ___ segundos de descanso.

• Intensidade: contração voluntária máxima. • Contrações sustentadas: ___ contrações sustentadas com ___ segundos de duração. • Descanso: 10 segundos entre as repetições e 2 minutos entre as séries. • Duração da sessão: 45 min. Por se tratar de um protocolo individualizado, as idosas realizarão os EMAP de acordo com avaliação inicial e conforme sua própria evolução em cada mês.

Resultados do grupo focal		
Subcategorias	**Frequência registro**	**Inferências**
EMAP	47	Exercícios do músculo do assoalho pélvico
Fisioterapia	3	Realização de exercícios para MAP
Treinamento	8	EMAP

"*E a resposta à fisioterapia também tem relação com a intensidade da perda, ou a característica da continência, se for severa, moderada*" (J1).

"*Eu vi várias referências que você colocou, mas pelo menos aqui, eu já fiz alguns estudos também em relação ao treinamento de assoalho, a gente leva muito em consideração a questão da fisiologia do exercício em relação à questão da prescrição do treinamento. Então, eu prescrevo de acordo com a força muscular, que é a contração voluntária máxima, e a gente também leva em consideração a resistência*" (J3).

"*...Porque, se a gente for olhar para mulheres que não têm incontinência, por exemplo, vou dar um exemplo desses, é real, mas por exemplo, atleta que entra em fadiga pelo treinamento que nem é do assoalho, você imagina uma idosa que já tem incontinência*" (J3).

"*Só aproveitando, a questão da fisiologia do exercício, se a gente levar em consideração que a gente queima primeiro o glicogênio muscular, e ele é muito importante para a contração de fibras rápidas, de potência, eu acho que de repente vale a pena, é só sugestão também, porque como as meninas falam, a gente vê isso de uma forma muito individualizada*" (J3).

"*Se a paciente tiver um musculo de assoalho pélvico tenso, hiperativo, os exercícios podem piorar a perda de urina*" (J3).

"*...faziam um treinamento supervisionado por semana, durante 90 dias, 3 meses também, e no restante elas tinham orientação de fazer exercício domiciliar*" (J2).

"*...é algo pra você pensar, visto que a gente já tem na literatura recomendação e revisões sistemáticas mostrando que um treinamento supervisionado por um profissional é bem mais eficaz do que um treinamento domiciliar, né?...*" (J2).

Verbalização de juiz em relação à periodicidade de encontros semanais para realização dos EMAP:

"*E essa questão do exercício também, então, assim, a experiência que eu tive também com esse tipo de paciente é que realmente quanto mais tempo você passa sem fazer um exercício, você tem muita dificuldade, né, e essa muita dificuldade de dar uma boa resposta, de manter esse exercício que é realizado normalmente cerca de três vezes por dia, em três posições, então, às vezes falam que estão fazendo, mas não estão fazendo de forma efetiva, então, fazer pelo menos uma vez por semana o exercício, talvez seja razoável para você ter uma resposta melhor...*" (J5).

Considerações escritas de juiz em formulário: "Concordância dos juízes – Grupo focal":

"*Sugiro individualizar o protocolo e fazer um treinamento dos MAP supervisionado*" (J2).

Verbalização de um juiz que realizou protocolo dos EMAP supervisionados com idosas:

"*Eu tinha uma amostra grande na época, eu tinha uma amostra de 96 mulheres na época, e eu tinha uma dificuldade maior ainda, porque eu tinha um grupo de mulheres que faziam cirurgia de correção de prolapso, então, você imagina, depois que faz a cirurgia, todo mundo melhora, então, qual que é a motivação dessa paciente voltar para a fisioterapia? Mas foi possível, então, vai ser possível, não desista por esses obstáculos...*" (J2).

5.1.6 Categoria 6: Diário miccional

O diário miccional é um registro de todos os dados relacionados com a ingestão de líquidos, eliminação urinária e eventuais perdas de urina.

Categoria 6: Diário miccional

Definição da categoria

O diário miccional é uma ferramenta de medida útil e simples que permite caracterizar o hábito miccional diário da idosa. É capaz de traçar o perfil do hábito urinário. Consiste no registro da ingestão hídrica, do número de micções, da intensidade do desejo, do volume urinado e seus respectivos horários, bem como dos eventuais episódios de perdas e seus fatores desencadeantes e associados. É realizado no período de 3 dias consecutivos (Tolentino *et al.*, 2006).

Ocorrerá da seguinte maneira:

Horário	**Quantidade e tipo de líquido ingerido**	**Volume de urina**	**Necessidade urgente de urinar** **+ pequena** **++ moderada** **+++ intensa**	**Perda involuntária de urina** **+ pequena (gotas)** **++ moderada (colher)** **+++ intensa (copo)**	**Atividade na ocasião (tosse, espirros, exercícios físicos e outras)**

Ocorrerá nos seguintes momentos:

a) Mês 1

1) Na consulta agendada do primeiro mês (CAG1): entrega e orientações sobre o diário miccional
2) Na consulta de retorno do primeiro mês (CRET1): devolutiva do diário miccional

b) Mês 2

1) Na consulta agendada do segundo mês (CAG2): entrega e orientações sobre o diário miccional

2) Na consulta de retorno do segundo mês (CRET2): devolutiva do diário miccional **c) Mês 3** 1) Na consulta agendada do terceiro mês (CAG3): entrega e orientações sobre o diário miccional 2) Na consulta de retorno do terceiro mês (CRET3): devolutiva do diário miccional		
Resultados do grupo focal		
Subcategorias	**Frequência registro**	**Inferências**
Diário miccional	9	Anotações em diário miccional para idosas

Indagação do juiz em relação ao período de três dias consecutivos de aplicação do diário miccional:

"*Colocação eu não tenho não, eu tenho, só uma dúvida em saber como é que vocês pensaram de estratégia para de fato motivar essa idosa a fazer um diário miccional por três dias. Porque a gente sabe que fazer um diário miccional por 24 horas, algumas pacientes já não respondem, eu vou sair de casa, não vou levar o copinho para graduar, e a gente recebe às vezes um diário, mas você anotou tudo, eu esqueci, não anotei. E aí eu queria saber, o que vocês pensaram de estratégia mesmo para que tenha essa adesão aí por esses três*" (J1).

Resposta da pesquisadora em relação à indagação:

"*Nós pensamos em trabalhar só o comportamento mesmo, trabalhar essa mudança de comportamento, nós embasamos o nosso protocolo em Bandura, para falar sobre o comportamento, porque essas mulheres deveriam seguir ou não, e resolvemos colocar por três dias, porque foi o que nós encontramos principalmente nos guidelines, que eles trabalhavam com esse período de, com um forte grau de recomendação, mas nós pensamos também exatamente na, qual a motivação dessa idosa para preencher o protocolo, o diário miccional por três dias, poque já é difícil para todo mundo, eu acredito, que tenha essa rotina, esse comprometimento, mas foi algo que nós levantamos também, e resolvemos deixar por conta da literatura...*" (Pesquisadora).

5.1.7 Categoria 7: *Pad-test*

O *pad-test* é considerado um método de medida simples, não invasivo e eficaz para avaliar a incontinência urinária, inclusive aquelas que não são facilmente detectadas no exame clínico ou na avaliação urodinâmica.

Categoria 7: *Pad-test*

Definição da categoria

O *pad-test*, juntamente com outras medidas, é considerado ainda uma ferramenta diagnóstica que complementa a avalição da gravidade da IU e também usado para o monitoramento da resposta terapêutica (Araújo, 2022). Para o protocolo, será realizado por meio da utilização de um absorvente íntimo urinário e padronizado

Ocorrerá da seguinte maneira:

1) Ingestão de 500 ml de água nos primeiros 15 minutos em repouso;
2) Caminhar 30 minutos
3) Subir e descer um *step* 10 vezes
4) Sentar-se e levantar-se 10 vezes
5) Tossir 10 vezes
6) Andar depressa por 1 minuto
7) Pegar um objeto no chão 5 vezes
8) Lavar as mãos em água corrente 1 minuto
9) O absorvente será pesado em balança graduada de precisão, descontando o peso do absorvente e registrando a perda urinária

Instrumento elaborado antes do grupo focal:

Mês	Data	Peso inicial	Peso final	Diferença	Resultado
1					
2					
3					

Ocorrerá nos seguintes momentos:

d) Mês 1

1) Na consulta agendada do primeiro mês (CAG1): entrega e orientações sobre o diário miccional.
2) Na consulta de retorno do primeiro mês (CRET1): devolutiva do diário miccional.

e) Mês 2

1) Na consulta agendada do segundo mês (CAG2): entrega e orientações sobre o diário miccional.
2) Na consulta de retorno do segundo mês (CRET2): devolutiva do diário miccional.

f) Mês 3

1) Na consulta agendada do terceiro mês (CAG3): entrega e orientações sobre o diário miccional.
2) Na consulta de retorno do terceiro mês (CRET3): devolutiva do diário miccional.

Sugestões juízes

Acrescentar *pad-test* após a realização dos últimos EMAP do Mês 3 (EMAP3), para comparação final.

O Mês3 ficaria da seguinte maneira:

g) Mês 3

1) Na consulta agendada do terceiro mês (CAG3): entrega e orientações sobre o diário miccional.
2) Na consulta de retorno do terceiro mês (CRET3): devolutiva do diário miccional.
3) Após a realização dos EMAP3 (último encontro).

Instrumento após sugestões juízes:

Avaliação	Data	Peso inicial	Peso final	Diferença	Resultado
Mês 1					
Mês 2					
Mês 3					
EMAP3					

Resultados do grupo focal

Subcategorias	Frequência registro	Inferências
Pad-test	21	Teste do absorvente

"*Eu acho que você caracterizou bem o pad-test, ele faz o diagnóstico, mas você enfatizou aí com relação à classificação, ele não é bom para esse tipo de classificação. Só para te dar uma ilustração, a gente faz esse pad-test aqui no hospital, a gente tem um serviço, então talvez valesse a pena conversar com o pessoal aqui também*" (J1).

"*Oi, Samantha. Realmente, quanto ao pad-test, eu subi, desci as escadas, o degrau pode ser uma questão, realmente tem que ver essa questão da mobilidade, mas nós fizemos aqui, e aí é uma sugestão, a gente utilizou um step, emborrachado. Ele tem uma altura de 18 centímetros, que é considerado uma altura padrão de um degrau de escada. Então, esse step, ele adere bem ao chão, ele é antiderrapante, emborrachado, então é seguro. A gente o colocou próximo, encostado na parede, para que pudesse apoiar a mão ali, de certa forma. Então, fica uma sugestão para fazer com o step*" (J4).

5.2 PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO APÓS GRUPO FOCAL

A elaboração e validação do protocolo foi capaz de demonstrar o quanto cada passo e cada item incluídos corresponderam a toda a estruturação teórica e prática que fundamentaram o protocolo, permitindo verificar, ainda, o quanto esses passos e itens são representativos e relevantes para o tratamento da IU em mulheres idosas.

O grupo focal com os juízes permitiu o aperfeiçoamento do conteúdo proposto no protocolo, tornando-o confiável e válido para o tratamento da IU em mulheres idosas brasileiras.

Dada à importância da aplicabilidade do protocolo de intervenção física e comportamental para tratamento da IU em mulheres idosas, bem como para promoção da continência urinária, apresenta-se o seguinte protocolo para implementação na prática clínica de profissionais da saúde (enfermeiros, fisioterapeutas, médicos e profissionais da educação física).

Desta forma, tal protocolo deve, numa próxima etapa, ser submetido à validação clínica com idosas da ABS.

Recomenda-se que, aos interessados no uso desse protocolo, impreterivelmente, façam contato prévio com a pesquisadora, por meio do endereço eletrônico: samanthasscruz@usp.br.

PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO FÍSICA E COMPORTAMENTAL PARA TRATAMENTO DA IU EM MULHERES IDOSAS

Seguir os seguintes passos:

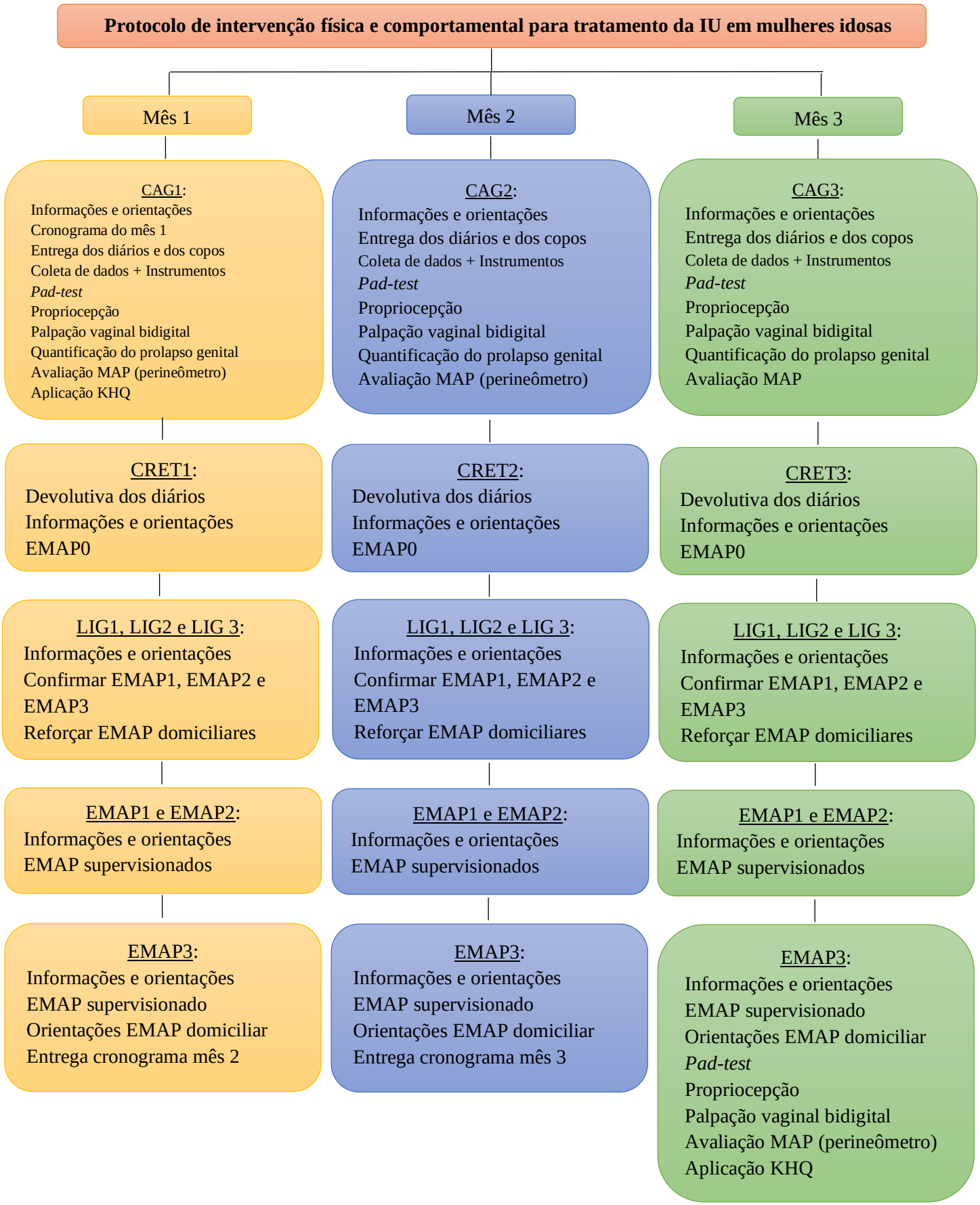
1) Caracterizar as idosas com IU por meio do instrumento ICIQ-SF.
2) Avaliar desempenho funcional pelo teste “levante e ande cronometrado”.
3) Avaliar cognição por meio do instrumento MEEM.
4) Esclarecimentos sobre a protocolo.
5) Palestra de 30 minutos para as idosas: i) Com IU caracterizadas pelo ICIQ-SF; ii) Com desempenho funcional preservado avaliado pelo teste “levante e ande cronometrado”; iii) Com contato telefônico disponível (entregar data da primeira consulta do protocolo no final da palestra).
6) Concordância e assinatura do TCLE
7) Aplicar instrumento de coleta de dados Pró-Idoso (Anexos A, B, C, D e E).
8) Aplicar o instrumento KHQ.
9) Aplicar o instrumento Gaudenz-Fragebogen.
10) Início das consultas conforme o seguinte cronograma:

a) Mês 1: uma consulta agendada (CAG1); uma consulta de retorno (CRET1) com realização dos EMAP iniciais (EMAP0) supervisionados; três ligações telefônicas (LIG1, LIG2 e LIG3), sendo uma ligação por semana intercaladas aos três encontros para os EMAP (EMAP1, EMAP2 e EMAP3) com periodicidade de um encontro semanal da seguinte maneira: CAG1, CRET1+EMAP0, LIG1, EMAP1, LIG2, EMAP2, LIG3 e EMAP3.

b) Mês 2: uma consulta agendada (CAG2); uma consulta de retorno (CRET2) com realização dos EMAP iniciais (EMAP0) supervisionados; três ligações telefônicas (LIG1, LIG2 e LIG3), sendo uma ligação por semana intercaladas aos três encontros para os EMAP (EMAP1, EMAP2 e EMAP3) com periodicidade de um encontro semanal da seguinte maneira: CAG2, CRET2+EMAP0, LIG1, EMAP1, LIG2, EMAP2, LIG3 e EMAP3.

c) Mês 3: uma consulta agendada (CAG3); uma consulta de retorno (CRET3) com realização dos EMAP iniciais (EMAP0) supervisionados; três ligações telefônicas (LIG1, LIG2 e LIG3), sendo uma ligação por semana intercaladas a três encontros para os EMAP (EMAP1, EMAP2 e EMAP3) com periodicidade de um encontro semanal da seguinte maneira: CAG3, CRET3+EMAP0, LIG1, EMAP1, LIG2, EMAP2, LIG3 e EMAP3.

Figura 6 – Protocolo final de intervenção física e comportamental para tratamento da IU em mulheres idosas, realizado em 12 semanas, após validação de conteúdo



O protocolo, será desenvolvido na USF, no domicílio sem a presença de profissionais e por meio de ligações telefônicas e mensagens de WhatsApp. A seguir estão apresentadas as instruções procedimentais para desenvolvimento do protocolo.

Procedimentos operacionais do Protocolo de intervenção física e comportamental para tratamento da IU em mulheres idosas

Instruções operacionais de como devem ser desenvolvidas as atividades:

1. Identificar as idosas (60 anos ou mais) adscritas na USF com ajuda do ACS, por meio de busca ativa e caracterizar essas idosas com IU por meio das questões 3 e 4 do ICIQ-SF.
2. Informar sobre os critérios de elegibilidade, participação e disponibilidade para realizar as atividades do protocolo.
3. Idosas com IU, com desempenho funcional, sem déficit cognitivo e com contato telefônico disponível serão convidadas a participar da palestra.
4. Idosas serão convidadas a participar do protocolo após assinarem o TCLE.
5. Aplicar Instrumento de coleta de dados (Pró-Idoso) (Anexos A, B, C, D e E).
6. Aplicar o KHQ.
7. Aplicar o Gaudenz-Fragebogen.
8. Agendar a CAG1.
9. Início das atividades do protocolo com o Mês 1 na CAG1.

Mês1: uma consulta agendada (CAG1); uma consulta de retorno (CRET1) com realização de EMAP iniciais (EMAP0) supervisionados; três ligações telefônicas (LIG1, LIG2 e LIG3), sendo uma ligação por semana intercaladas a três encontros para EMAP (EMAP1, EMAP2 e EMAP3) com periodicidade de um encontro semanal da seguinte maneira: CAG2, CRET2+EMAP0, LIG1, EMAP1, LIG2, EMAP2, LIG3 e EMAP3.

<u>CAG1</u>:

a. Informações sobre IU e orientações sobre hábitos de vida: A data e horário da CAG1 serão previamente estabelecidos na palestra sobre IU. A CAG1 terá duração total aproximada de uma hora. As idosas receberão informações sobre a IU e orientações sobre hábitos de vida para que, com perspectivas de autodesenvolvimento, adaptação e mudança, seus comportamentos sejam influenciados a partir de uma rede de mudança comportamental para o desenvolvimento pessoal (Bandura, 2008).
b. Entrega e orientações acerca do cronograma do mês 1: Também receberão um cronograma com as datas e horários dos próximos encontros (CRET1, LIG1, EMAP1, LIG2, EMAP2, LIG3 e EMAP3). Serão aplicados os questionários: *King's Health Questionnaire* e *Gaudenz-Fragebogen* para avaliação da QV e classificação da IU.
c. Entrega e orientações acerca do diário miccional e entrega e orientações sobre a utilização de dois copos graduados: Será entregue um diário miccional para cada idosa para que o comportamento sobre ingestão hídrica e eliminação de urina seja avaliado ao longo de três dias consecutivos em suas próprias rotinas, com orientação da enfermeira e, após três dias, ocorrerá a CRET1 com a entrega dos diários. Deve-se ressaltar que as pessoas tendem a modificar seu ambiente e comportamento de maneira intencional, demonstrando que podem ocorrem oscilações de comportamento nessa fase (Lamas; Patrício, 2008). Entretanto, as idosas serão capacitadas a registrar no diário de maneira que as informações não sejam perdidas ou alteradas, bem como receberão orientações sobre a importância do registro completo. Para idosas analfabetas ou semianalfabetas será solicitada a presença de um acompanhante na primeira consulta e o mesmo será capacitado sobre o registro no diário miccional. Os registros seguirão as medidas de dois copos graduados entregues na CAG1, sendo um para mensurar a ingestão de líquidos durante o dia e o outro para mensurar a eliminação voluntária de urina. Lembrando que no diário também haverá espaço para relatos de perdas e possíveis esquecimentos para anotação tanto da ingestão de líquidos quanto da eliminação de urina.
d. Avaliação das idosas usando instrumento de caracterização: Em seguida será realizada a aplicação do Instrumento de Coleta de Dados Pró-Idoso para caracterização das idosas e detalhamento de fatores de risco relacionados à IU (Anexos A, B, C, D e E). Serão coletados dados antropométricos, informações pessoais, perfil social, problemas de saúde, estilo de vida, data da menarca, data da menopausa, se possui filhos, quantidade de filhos por parto normal, quantidade de filhos por cesariana, quantidade de filhos por fórceps e número de abortos.

e. Realização do *pad-test*: Assim que todo o material for entregue, as idosas serão convidadas a eliminar a diurese completamente, individualmente, para que o *pad-test* seja realizado com um absorvente íntimo urinário e padronizado durante uma hora a fim de identificar a perda urinária e o grau de IU (leve, moderada e grave). O absorvente limpo será pesado individualmente em sala reservada na presença de cada idosa e anotado o peso exato no diário miccional de cada uma para posterior controle. Após o posicionamento do absorvente, serão oferecidos 500 ml de água em um período total de 15 minutos. Logo serão estimuladas a caminhar em grupo durante 30 minutos. Nos 15 minutos restantes serão estimuladas a subir e descer um *step* 10 vezes, sentar-se e levantar de uma cadeira por 10 vezes, estimular a tosse por 10 vezes, Andar depressa no lugar durante um minuto, agachar para pegar um objeto no chão por cinco vezes e lavar as mãos em água corrente por um minuto. Quando for completada uma hora, retirarão os absorventes e entregarão para que sejam pesados na balança graduada descontando o peso inicial do absorvente limpo, anotado individualmente no diário e registrada a perda urinária.

f. Realização da propriocepção: Para que a propriocepção seja realizada, as idosas serão convidadas, individualmente e em sala privativa, a se deitarem em posição ginecológica para a inserção da sonda vaginal do perineômetro a fim de reconhecer os MAP e se conscientizarem sobre sua localização. A introdução da sonda vaginal inflável será realizada após ser utilizado um preservativo sem lubrificante para assegurar a assepsia do material de silicone. Serão utilizadas, ainda, duas gotas de lubrificante a base de água para facilitar a introdução na vagina. Será solicitado a elas que exerçam pressão sobre a sonda vaginal para conferir tal reconhecimento, pois trabalharão, posteriormente, esses mesmos músculos.

g. Palpação vaginal bidigital: A palpação vaginal bidigital será realizada após a propriocepção para avaliação indireta da FMAP por meio da escala de Oxford Modificada que gradua a função de 0 a 5, pois se a idosa apresentar a força muscular ≤ 1, então não prosseguirá na intervenção por não apresentar contração mínima suficiente para realizar o protocolo (critério de exclusão). Ocorrerá a palpação vaginal bidigital apenas no momento da CAG1 e não antes do início do protocolo, para que a idosa não seja submetida mais de uma vez à exposição ginecológica, pois na CAG1 ocorrerá, além da palpação vaginal bidigital, a propriocepção dos MAP e a avaliação da FMAP por meio da introdução do perineômetro. Assim, a idosa que apresentar força muscular ≤ 1 não dará continuidade no protocolo.

h. Quantificação do prolapso genital: Na mesma posição, a quantificação do prolapso genital será realizada pelo método POP-Q (Bump *et al*., 1996) para avaliar o critério de exclusão: prolapso uterino estágio dois ou superior no sistema de classificação do POP-Q. Todos os pontos, exceto o comprimento vaginal total, são medidos durante a realização de manobra de Valsalva máxima. As medidas serão realizadas com a utilização da espátula de Ayres, demarcada a cada 1 cm (Samuelsson et al., 1999). As medidas aferidas serão: o hiato genital; o corpo perineal; a vagina total (com utilização de um espéculo vaginal bivalvar, modelo Collins, descartável, era introduzido na vagina); o ponto D – maior descida do fórnice (após tracionar lentamente o espéculo para fora da vagina); o ponto C – maior descida da cúpula vaginal; o ponto Aa; o ponto Ba; o ponto Ap; e o ponto Bp (com auxílio ainda do espéculo vaginal).

i. Avaliação da FMAP: Ainda na mesma posição, será avaliada a FMAP por meio do perineômetro. Nesse momento será solicitado que a idosa realize pressão máxima possível por três vezes consecutivas e mantenha a contração pelo tempo máximo que conseguir com intervalo de descanso de dois minutos entre elas, para que se realize uma média dessas medidas e sejam anotadas posteriormente no diário miccional para que essa força seja comparada no segundo mês e ao término da intervenção. Também será solicitado que realize o relaxamento dos MAP para avaliar a capacidade de relaxamento.

A Teoria Cognitiva Social de Bandura (1986) demonstra que a percepção de auto eficácia somada à percepção de autocontrole podem desempenhar importante papel na motivação e no desempenho durante a intervenção, o que justifica o maior interesse pela contração adequada dos MAP e sua identificação durante a avaliação da força pela própria idosa.

CRET1: A data e horário da CRET1 serão previamente estabelecidos na CAG1 e terá duração aproximada de uma hora (também estarão indicados no cronograma entregue na CAG1).

a. Devolutiva do diário miccional: Inicialmente serão devolvidos os diários miccionais para que a enfermeira realize a avaliação comportamental de ingestão de líquidos e eliminação urinária a fim de classificar a perda urinária de cada idosa.
b. Informações sobre IU e orientações sobre hábitos de vida: As idosas receberão informações sobre a IU e orientações sobre hábitos de vida
c. EMAP0 supervisionados: serão realizados conforme descrito anteriormente na seção "**6.12 Protocolo de intervenção física e comportamental: subsídios da literatura**"

em "**6) Exercícios perineais**", baseados nas propostas de Leong; Mok (2015), Reis *et al*. (2021) e Butcher *et al*. (2022) da seguinte maneira:

- Posições: deitado, sentado e em pé.
- Série: três séries de exercícios para cada posição.
- Contrações rápidas: 4 contrações rápidas com 4 segundos de descanso.
- Intensidade: contração voluntária máxima.
- Contrações sustentadas: 10 contrações sustentadas com 3 segundos de duração.
- Descanso: 10 segundos entre as repetições e 2 minutos entre as séries.
- Duração da sessão: 45 min (Leong; Mok, 2015; Reis *et al*., 2021; Butcher *et al*., 2022).

Por se tratar de um protocolo individualizado, as idosas realizarão os EMAP0 de maneira padronizada, entretanto seguirão com um protocolo individualizado de acordo com sua própria evolução em cada mês.

No final dos EMAP0, a enfermeira solicitará o número do telefone ou do celular da idosa para prosseguir com o protocolo também por meio das ligações telefônicas. A idosa será informada que receberá a primeira ligação (LIG1) em dois dias para esclarecimento de dúvidas e informações sobre o protocolo.

A idosa levará o protocolo impresso para que realize os EMAP domiciliares de acordo com sua avaliação após os EMAP0 e, se tiver *WhatsApp*, receberá o protocolo por meio de mensagens também. As idosas receberão orientações sobre a importância da continuidade de realização dos EMAP no domicílio diariamente, baseados nas propostas de Leong; Mok (2015), Reis *et al*. (2021) e Butcher *et al*. (2022) para um melhor tratamentodevendo seguir o mesmo protocolo aprendido durante a CRET1 (EMAP0) ou com alguma adaptação de acordo com sua avaliação individualizada, ou seja, podendo realizar maior ou menor quantidade de contrações rápidas e/ou contrações sustentadas.

A justificativa da continuidade desses exercícios no domicílio se baseia na capacidade das idosas em adotarem padrões pessoais para a mudança de comportamento por meio da capacidade de autorregulação para a realização dessas tarefas que serão previamente determinadas (Bandura, 2008).

A realização dessa intervenção se pauta, principalmente, nas crenças de auto eficácia que estruturam as ações humanas por meio de processos seletivos que se baseiam na realização de atividades que caminham para o desenvolvimento de um comportamento padrão com sucesso (Bandura, 1997).

LIG1, LIG 2 e LIG 3:

a. Informações sobre IU e orientações sobre hábitos de vida
b. Orientações sobre a realização dos EMAP domiciliares
c. Confirmação da presença da idosa nos EMAP1, EMAP2 e EMAP3.

As ligações telefônicas ocorrerão intercaladas aos encontros para realização dos EMAP (LIG1, EMAP1, LIG2, EMAP2, LIG3 e EMAP3). A idosa aprenderá a realizar o protocolo dos EMAP na CRET1 e, dois dias depois, receberá a primeira ligação (LIG1) com reforço de informações sobre IU, orientações sobre hábitos de vida e orientação sobre a realização dos EMAP para que ela continue com os exercícios domiciliares. As dúvidas eventuais também serão respondidas durante a ligação. No final de cada ligação será confirmada a presença da idosa na USF para a realização dos EMAP1, EMAP2 e EMAP3.

A LIG2 ocorrerá dois dias após os EMAP1 da mesma maneira que a LIG1, com as mesmas orientações e o mesmo intuito e a LIG3 ocorrerá dois dias após os EMAP2.

As ligações seguirão o seguinte roteiro: "Olá Sra. sou a enfermeira que está acompanhando o seu protocolo dos EMAP. Estou ligando para saber como a Sra. passou desde o nosso último encontro. Darei novamente algumas informações sobre IU e hábitos de vida. Agora, apenas para ficar mais claro, vou ler o protocolo novamente com a Sra. para que os EMAP continuem sendo realizados em seu domicílio também".

O desempenho e a motivação da idosa para a realização das tarefas são influenciadas pelas crenças de auto eficácia que atuam como recursos protetores do envelhecimento sobre a capacidade de organizar e executar as tarefas solicitadas para lidar com essa situação de saúde (Bandura, 1997).

EMAP1 e EMAP2:

a. Reforço de informações sobre IU e orientações sobre hábitos de vida
b. EMAP supervisionados.

A duração continuará sendo de uma hora, sendo os primeiros 15 minutos para informações sobre a IU e orientações sobre os hábitos de vida e, logo, 45 minutos para a realização dos EMAP seguindo a mesma proposta descrita anteriormente (Reis *et al.*, 2021).

EMAP3:

a. Reforço de informações sobre IU e orientações sobre hábitos de vida
b. EMAP supervisionados

c. Orientações para os EMAP domiciliares
d. Entrega do cronograma do mês2.

Nos EMAP3 também será entregue o cronograma com datas e horários previamente definidos para as atividades do mês 2. A intenção da idosa em continuar com a intervenção se justifica por objetivos que se modificam de acordo com a intencionalidade do ambiente que estruturará sua vida conforme as ações previamente planejadas e, dessa maneira, ocorrerá a modelação social por meio de processos motivacionais (Bandura, 2008).

A seguir, orienta-se, por meio do Quadro 2, o uso do *check list* do Mês 1 para facilitar a aplicação dos itens do protocolo.

Quadro 2 – *Check list* de atividades desenvolvidas no Mês 1 do protocolo de intervenção física e comportamental para tratamento da IU em mulheres idosas.

***Check list* Mês 1**	
• **CAG1**	**X**
Informações sobre IU	
Orientações sobre hábitos de vida	
Entrega e orientações do cronograma do mês 1	
Entrega e orientações do diário miccional	
Entrega e orientações de dois copos graduados	
Avaliação das idosas usando instrumento de caracterização	
Realização do *pad-test*	
Realização da propriocepção	
Palpação vaginal bidigital	
Quantificação do prolapso genital	
Avaliação da força dos MAP	
• **CRET1**	
Devolutiva do diário miccional	
Informações sobre IU	
Orientações sobre hábitos de vida	
***EMAP 0** supervisionados	
• **LIG1**	
Informações sobre IU	
Orientações sobre hábitos de vida	
Orientações sobre os EMAP domiciliares	
Confirmação da presença nos EMAP1	
• **EMAP1**	
informações sobre IU	
orientações sobre hábitos de vida	
EMAP supervisionados	
• **LIG2**	
Informações sobre IU	
Orientações sobre hábitos de vida	
Orientações sobre os EMAP domiciliares	
Confirmação da presença nos EMAP2	
• **EMAP2**	

informações sobre IU	
orientações sobre hábitos de vida	
EMAP supervisionados	
• **LIG3**	
Informações sobre IU	
Orientações sobre hábitos de vida	
Orientações sobre os EMAP domiciliares	
Confirmação da presença nos EMAP3	
• **EMAP3**	
Informações sobre IU	
Orientações sobre hábitos de vida	
EMAP supervisionados	
Orientações para EMAP domiciliar	
Entrega do cronograma do mês 2	

Legendas:
CAG1 (Primeira Consulta Agendada)
CRET1 (Primeira Consulta de Retorno)
LIG1, **LIG2** e **LIG3** (Primeira Ligação, Segunda Ligação e Terceira Ligação)
EMAP 0 (Exercícios do Músculo do Assoalho Pélvico iniciais)
EMAP1, **EMAP2** e **EMAP3** (Primeiro Exercício do Músculo do Assoalho Pélvico, Segundo Exercício do Músculo do Assoalho Pélvico e Terceiro Exercício do Músculo do Assoalho Pélvico)
*Protocolo para os EMAP0 supervisionados:

- Posições: deitado, sentado e em pé.
- Série: três séries de exercícios para cada posição.
- Contrações rápidas: 4 contrações rápidas com 4 segundos de descanso.
- Intensidade: contração voluntária máxima.
- Contrações sustentadas: 10 contrações sustentadas com 3 segundos de duração.
- Descanso: 10 segundos entre as repetições e 2 minutos entre as séries.
- Duração da sessão: 45 min

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Mês 2: uma consulta agendada (CAG2); uma consulta de retorno (CRET2) com realização de EMAP iniciais (EMAP0) supervisionados; três ligações telefônicas (LIG1, LIG2 e LIG3), sendo uma ligação por semana intercaladas a três encontros para os EMAP (EMAP1, EMAP2 e EMAP3) com periodicidade de um encontro semanal da seguinte maneira: CAG2, CRET2+EMAP0, LIG1, EMAP1, LIG2, EMAP2, LIG3 e EMAP3.

CAG2:

a. Reforço de informações sobre IU e orientações sobre hábitos de vida
b. Entrega e orientações acerca do diário miccional
c. Entrega e orientações sobre a utilização dos dois copos graduados
d. Avaliação das idosas usando instrumento de caracterização

e. Realização do *pad-test*
f. Realização da propriocepção
g. Palpação vaginal bidigital
h. Quantificação do prolapso genital
i. Avaliação da FMAP.

A duração da CAG2 também seguirá em aproximadamente uma hora. As idosas também receberão informações sobre IU e hábitos de vida assim como na CAG1. Será entregue novo diário miccional e orientadas a utilizarem os mesmos dois copos graduados (serão substituídos em caso de avarias) para avaliação de novo comportamento e comparação com o diário miccional anterior para que a idosa acompanhe a possível evolução do quadro. Também será realizada nova identificação de perda urinária por meio do *pad-test* da mesma maneira que fora realizada no mês 1. Ainda será realizada a propriocepção novamente da mesma maneira e avaliada a FMAP.

CRET2:

a. Devolutiva do diário miccional
b. Informações sobre IU e orientações sobre hábitos de vida
c. EMAP0 supervisionados.

A CRET2 terá duração aproximada de uma hora assim como a CRET1. Inicialmente serão devolvidos os diários miccionais para que a enfermeira realize a avaliação comportamental da ingestão de líquidos e eliminação urinária a fim de classificar a perda urinária de cada idosa.

As idosas receberão informações sobre a IU e orientações sobre hábitos de vida e, enfim, serão convidadas em grupo a realizar os EMAP0. Os EMAP0 serão realizados conforme descrito:

- Posições: deitado, sentado e em pé.
- Série: três séries de exercícios para cada posição.
- Contrações rápidas: ___ contrações rápidas com ___ segundos de descanso.
- Intensidade: contração voluntária máxima.
- Contrações sustentadas: ___ contrações sustentadas com ___ segundos de duração.
- Descanso: 10 segundos entre as repetições e 2 minutos entre as séries.
- Duração da sessão: 45 min (Leong; Mok, 2015; Reis *et al*., 2021; Butcher *et al*., 2022).

Por se tratar de um protocolo individualizado, as idosas realizarão de maneira individualizada de acordo com sua própria evolução em cada mês na USF.

O protocolo também seguirá por meio das ligações telefônicas, assim como no mês 1. A idosa será informada que receberá a primeira ligação (LIG1) em dois dias para esclarecimento de dúvidas e informações sobre o protocolo.

A idosa ainda levará o protocolo impresso, assim como no mês 1, para que realize os EMAP domiciliares, bem como receberá o protocolo por meio de mensagens no *WhatsApp*, para as que utilizarem o aplicativo. As idosas receberão orientações sobre a importância da continuidade de realização dos EMAP no domicílio diariamente, baseados nas propostas de Leong; Mok (2015), Reis *et al*. (2021) e Butcher *et al*. (2022) com adaptações de acordo com a evolução individual para um melhor tratamento, seguindo o mesmo protocolo aprendido durante a CRET2.

LIG1, LIG 2 e LIG3:

a. Informações sobre IU e orientações sobre hábitos de vida
b. Orientações sobre a realização dos EMAP domiciliares
c. Confirmação da presença da idosa nos EMAP1, EMAP2 e EMAP3.

As ligações telefônicas ocorrerão intercaladas aos encontros para realização dos EMAP (LIG1, EMAP1, LIG2, EMAP2, LIG3 e EMAP3). A idosa aprenderá a realizar o protocolo dos EMAP na CRET2 e, dois dias depois, receberá a primeira ligação (LIG1) com informações sobre IU, orientações sobre hábitos de vida e orientação sobre a realização dos EMAP para que ela continue com os exercícios domiciliares. As dúvidas eventuais também serão respondidas durante a ligação, assim como no mês 1. No final de cada ligação será confirmada a presença da idosa nos EMAP1 e EMAP2.

A LIG2 ocorrerá dois dias após os EMAP1 da mesma maneira que a LIG1, com as mesmas orientações e o mesmo intuito e a LIG3 ocorrerá dois dias após os EMAP2.

As ligações seguirão o mesmo roteiro do mês 1: “Olá Sra. Sou a enfermeira que está acompanhando o seu protocolo dos EMAP. Irei passar algumas informações sobre IU e hábitos de vida. Agora, apenas para ficar mais claro, vou ler o protocolo novamente com a Sra. para que os EMAP continuem sendo realizados em seu domicílio também”.

EMAP1 e EMAP2:

a. Informações sobre IU e orientações sobre hábitos de vida
b. EMAP supervisionados.

A duração continuará sendo de uma hora, sendo os primeiros 15 minutos para informações sobre a IU e orientações sobre os hábitos de vida e, logo, 45 minutos para a realização dos EMAP seguindo a mesma proposta descrita na CRET2 (Reis *et al*., 2021).

EMAP3:

a. Informações sobre IU e orientações sobre hábitos de vida
b. EMAP supervisionados
c. Orientações para os EMAP domiciliares
d. Entrega do cronograma do mês 3.

Nos EMAP3 também será entregue o cronograma com datas e horários previamente definidos para as atividades do mês 3.

A seguir, orienta-se, por meio do Quadro 3, o uso do *check list* do Mês 2 para facilitar a aplicação dos itens do protocolo.

Quadro 3 – *Check list* de atividades desenvolvidas no Mês 2

***Check list* Mês 2**	
• **CAG2**	**X**
Informações sobre IU	
Orientações sobre hábitos de vida	
Entrega e orientações do diário miccional	
Entrega e orientações de dois copos graduados	
Avaliação das idosas usando instrumento de caracterização	
Realização do *pad-test*	
Realização da propriocepção	
Palpação vaginal bidigital	
Quantificação do prolapso genital	
Avaliação da força dos MAP	
• **CRET2**	
Devolutiva do diário miccional	
Informações sobre IU	
Orientações sobre hábitos de vida	
*__EMAP__ supervisionados	
• **LIG1**	
Informações sobre IU	
Orientações sobre hábitos de vida	
Orientações sobre os EMAP domiciliares	
Confirmação da presença nos EMAP1	
• **EMAP1**	
informações sobre IU	
orientações sobre hábitos de vida	
EMAP supervisionados	
• **LIG2**	
Informações sobre IU	
Orientações sobre hábitos de vida	
Orientações sobre os EMAP domiciliares	
Confirmação da presença nos EMAP2	
• **EMAP2**	
informações sobre IU	
orientações sobre hábitos de vida	
EMAP supervisionados	
• **LIG3**	
Informações sobre IU	
Orientações sobre hábitos de vida	
Orientações sobre os EMAP domiciliares	
Confirmação da presença nos EMAP3	
• **EMAP3**	
Informações sobre IU	
Orientações sobre hábitos de vida	
EMAP supervisionados	
Orientações para EMAP domiciliar	
Entrega do cronograma do mês 3	
Legendas: **CAG1** (Primeira Consulta Agendada) **CRET1** (Primeira Consulta de Retorno) **LIG1**, **LIG2** e **LIG3** (Primeira Ligação, Segunda Ligação e Terceira Ligação) **EMAP 0** (Exercícios do Músculo do Assoalho Pélvico iniciais)	

EMAP1, **EMAP2** e **EMAP3** (Primeiro Exercício do Músculo do Assoalho Pélvico, Segundo Exercício do Músculo do Assoalho Pélvico e Terceiro Exercício do Músculo do Assoalho Pélvico) *Protocolo para os EMAP 0: • Posições: deitado, sentado e em pé. • Série: três séries de exercícios para cada posição. • Contrações rápidas: ___ contrações rápidas com ___ segundos de descanso. • Intensidade: contração voluntária máxima. • Contrações sustentadas: ___ contrações sustentadas com ___ segundos de duração. • Descanso: 10 segundos entre as repetições e 2 minutos entre as séries. • Duração da sessão: 45 min

Fonte: Elaboração própria, 2023.

<u>Mês 3</u>: uma consulta agendada (CAG3); uma consulta de retorno (CRET3) com realização dos EMAP iniciais (EMAP0) supervisionados; três ligações telefônicas (LIG1, LIG2 e LIG3), sendo uma ligação por semana intercaladas a três encontros para os EMAP (EMAP1, EMAP2 e EMAP3) com periodicidade de um encontro semanal da seguinte maneira: CAG3, CRET3+EMAP0, LIG1, EMAP1, LIG2, EMAP2, LIG3 e EMAP3.

<u>CAG3</u>:

a. Informações sobre IU e orientações sobre hábitos de vida
b. Entrega e orientações acerca do diário miccional
c. Entrega e orientações sobre a utilização de dois copos graduados
d. Avaliação das idosas usando instrumento de caracterização
e. Realização do *pad-test*
f. Realização da propriocepção
g. Palpação vaginal bidigital
h. Quantificação do prolapso genital
i. Avaliação da FMAP.

A duração da CAG3 também seguirá em aproximadamente uma hora. As idosas também receberão informações sobre IU e hábitos de vida assim como na CAG1 e CAG2. Será entregue novo diário miccional e dois novos copos graduados para avaliação de novo comportamento e comparação com o diário miccional anterior para que a idosa acompanhe a possível evolução do quadro. Também será realizada nova identificação de perda urinária por meio do *pad-test* da mesma maneira que fora realizada no mês 1 e mês 2. Ainda será realizada a propriocepção novamente da mesma maneira e avaliada a FMAP.

<u>CRET3</u>:

a. Devolutiva do diário miccional
b. Informações sobre IU e orientações sobre hábitos de vida
c. EMAP0 supervisionados.

A CRET3 terá duração aproximada de uma hora assim como a CRET1 e CRET2. Inicialmente serão devolvidos os diários miccionais para que a enfermeira realize a avaliação comportamental da ingestão de líquidos e eliminação urinária a fim de classificar a perda urinária de cada idosa.

As idosas receberão informações sobre a IU e orientações sobre hábitos de vida e, enfim, serão convidadas em grupo a realizar os EMAP0. Os EMAP0 serão realizados conforme descrito:

- Posições: deitado, sentado e em pé.
- Série: três séries de exercícios para cada posição.
- Contrações rápidas: ___ contrações rápidas com ___ segundos de descanso.
- Intensidade: contração voluntária máxima.
- Contrações sustentadas: ___ contrações sustentadas com ___ segundos de duração.
- Descanso: 10 segundos entre as repetições e 2 minutos entre as séries.
- Duração da sessão: 45 min (Leong; Mok, 2015; Reis *et al*., 2021; Butcher *et al*., 2022).

O protocolo também seguirá por meio das ligações telefônicas, assim como no mês 1 e mês 2. A idosa será informada que receberá a primeira ligação (LIG1) em dois dias para esclarecimento de dúvidas e informações sobre o protocolo.

A idosa ainda levará o protocolo impresso, assim como no mês 1 e mês 2, para que realize os EMAP domiciliares, bem como receberá o protocolo por meio de mensagens no *WhatsApp*, para as que utilizarem o aplicativo. As idosas receberão orientações sobre a importância da continuidade de realização dos EMAP no domicílio diariamente, baseados nas propostas de Leong; Mok (2015), Reis *et al*. (2021) e Butcher *et al*. (2022) com adaptações de acordo com a evolução individual para um melhor tratamento, seguindo o mesmo protocolo aprendido durante a CRET3.

<u>LIG1, LIG 2 e LIG3</u>:

a. Informações sobre IU

b. Orientações sobre hábitos de vida
c. Orientações sobre a realização dos EMAP domiciliares
d. Confirmação da presença da idosa nos EMAP1, EMAP2 e EMAP3.

As ligações telefônicas ocorrerão intercaladas aos encontros para realização dos EMAP (LIG1, EMAP1, LIG2, EMAP2, LIG3 e EMAP3). A idosa aprenderá a realizar o protocolo de EMAP na CRET3 e, dois dias depois, receberá a primeira ligação (LIG1) com informações sobre IU, orientações sobre hábitos de vida e orientação sobre a realização dos EMAP para que ela continue com os exercícios domiciliares. As dúvidas eventuais também serão respondidas durante a ligação, assim como no mês 1 e mês 2. No final de cada ligação será confirmada a presença da idosa nos EMAP1 e EMAP2.

A LIG2 ocorrerá dois dias após os EMAP1 da mesma maneira que a LIG1, com as mesmas orientações e o mesmo intuito e a LIG3 ocorrerá dois dias após os EMAP2.

As ligações seguirão o mesmo roteiro do mês 1 e mês 2: "Olá Sra. Sou a enfermeira que está acompanhando o seu protocolo dos EMAP. Irei passar algumas informações sobre IU e hábitos de vida. Agora, apenas para ficar mais claro, vou ler o protocolo novamente com a Sra. para que os EMAP continuem sendo realizados em seu domicílio também".

EMAP1 e EMAP2:

a. Informações sobre IU e orientações sobre hábitos de vida
b. EMAP supervisionados.

A duração continuará sendo de uma hora, sendo os primeiros 15 minutos para informações sobre a IU e orientações sobre os hábitos de vida e, logo, 45 minutos para a realização dos EMAP seguindo a mesma proposta descrita na CRET3 (Reis *et al*., 2021).

EMAP3:

a. Informações sobre IU e orientações sobre hábitos de vida
b. EMAP supervisionados
c. Orientações para os EMAP domiciliares: será incentivada a continuidade de realização dos exercícios no domicílio com o término do protocolo de intervenção.
d. Comparação dos diários miccionais: serão comparados todos os diários miccionais para fins de avaliação.
e. *Pad-test*: realização da última identificação de perda urinária por meio do *pad-test* da mesma maneira que haverá sido realizada no mês 1 e mês 2.

f. Propriocepção: a propriocepção será realizada pela última vez na intervenção, individualmente e em sala privativa, em posição de litotomia com intuito de reforçar o reconhecimento e a conscientização dos MAP por meio do perineômetro. A introdução da sonda vaginal inflável será realizada após ser utilizado um preservativo para assegurar a assepsia do material de silicone. Serão utilizadas, ainda, duas gotas de lubrificante a base de água para facilitar a introdução na vagina. Será solicitado a elas que exerçam pressão sobre a sonda vaginal para conferir tal reconhecimento.
g. Palpação vaginal bidigital: será realizada para comparação da força no início do protocolo e ao final dele.
h. Avaliação da FMAP: Na mesma posição, será avaliada também pela última vez na intervenção a FMAP com pressão máxima possível nos MAP por três vezes consecutivas com intervalo de descanso de dois minutos entre elas, para que se realize uma média dessas medidas e será anotado posteriormente no diário miccional para que essa força seja comparada entre o mês 1, mês 2 e mês 3.
i. Aplicação de questionário: será aplicado o questionário King's Health Questionnaire para comparação da QV após o término do protocolo.

As crenças das idosas de auto eficácia também influenciam, segundo Bandura (1997) em todo esse esforço empreendido ao longo da intervenção, na persistência de realização dos exercícios diante as dificuldades e na qualidade do desempenho o que sugere o protocolo como possível sucesso no término da intervenção.

A seguir, orienta-se, por meio do Quadro 4, o uso do *check list* do Mês 3 para facilitar a aplicação dos itens do protocolo.

Quadro 4 – *Check list* de atividades desenvolvidas no Mês 3

***Check list* Mês 3**	
• **CAG3**	**X**
Informações sobre IU	
Orientações sobre hábitos de vida	
Entrega e orientações do diário miccional	
Entrega e orientações de dois copos graduados	
Avaliação das idosas usando instrumento de caracterização	
Realização do *pad-test*	
Realização da propriocepção	
Palpação vaginal bidigital	
Quantificação do prolapso genital	
Avaliação da força dos MAP	
• **CRET3**	

Devolutiva do diário miccional	
Informações sobre IU	
Orientações sobre hábitos de vida	
***EMAP** supervisionados	
• **LIG1**	
Informações sobre IU	
Orientações sobre hábitos de vida	
Orientações sobre os EMAP domiciliares	
Confirmação da presença nos EMAP1	
• **EMAP1**	
informações sobre IU	
orientações sobre hábitos de vida	
EMAP supervisionados	
• **LIG2**	
Informações sobre IU	
Orientações sobre hábitos de vida	
Orientações sobre os EMAP domiciliares	
Confirmação da presença nos EMAP2	
• **EMAP2**	
informações sobre IU	
orientações sobre hábitos de vida	
EMAP supervisionados	
• **LIG3**	
Informações sobre IU	
Orientações sobre hábitos de vida	
Orientações sobre os EMAP domiciliares	
Confirmação da presença nos EMAP3	
• **EMAP3**	
Informações sobre IU	
Orientações sobre hábitos de vida	
EMAP supervisionados	
Orientações para EMAP domiciliar	
Pad-test	
Propriocepção	
Palpação vaginal bidigital	
Avaliação da força dos MAP	
**Aplicação do questionário	

Legendas:
CAG1 (Primeira Consulta Agendada)
CRET1 (Primeira Consulta de Retorno)
LIG1, **LIG2** e **LIG3** (Primeira Ligação, Segunda Ligação e Terceira Ligação)
EMAP 0 (Exercícios do Músculo do Assoalho Pélvico iniciais)
EMAP1, **EMAP2** e **EMAP3** (Primeiro Exercício do Músculo do Assoalho Pélvico, Segundo Exercício do Músculo do Assoalho Pélvico e Terceiro Exercício do Músculo do Assoalho Pélvico)
*Protocolo para os EMAP 0:

- Posições: deitado, sentado e em pé.
- Série: três séries de exercícios para cada posição.
- Contrações rápidas: ___ contrações rápidas com ___ segundos de descanso.
- Intensidade: contração voluntária máxima.
- Contrações sustentadas: ___ contrações sustentadas com ___ segundos de duração.

- Descanso: 10 segundos entre as repetições e 2 minutos entre as séries.
- Duração da sessão: 45 min

**Será aplicado o questionário *King's Health Questionnaire* para comparação da QV após o término do protocolo.

Fonte: Elaboração própria, 2023.

6 DISCUSSÃO

A utilização de protocolos na área da saúde, avaliados e validados de maneira interprofissional otimiza a objetividade do fenômeno trabalhado. Essa participação de profissionais de diversas áreas da saúde possibilita o consenso e obtenção de um instrumento preciso, o que resulta em conclusões mais concisas (Leite *et al*., 2018).

A elaboração e validação de um protocolo de intervenção física e comportamental para o tratamento de IU em mulheres idosas brasileiras pode contribuir tanto para a prática clínica, quanto para a prática técnico-científica, pois o protocolo representa uma ferramenta inovadora que pode ser empregada no trabalho do enfermeiro na ABS, bem como na atuação de outros profissionais, tais como fisioterapeuta, médico e profissional da educação física.

Dessa maneira, este estudo possibilitou extrapolar a prática de enfermeiros para outros profissionais de saúde habilitados no atendimento e assistência ao tratamento da IU em idosas. Fato pelo qual o protocolo não se limitou às intervenções de enfermagem (Butcher *et al*., 2022). Mesmo porque se procurou buscar na literatura revisões e estudos que pudessem embasar um protocolo padronizado e sistematizado para a validação de juízes especialistas na temática, que levasse em consideração as necessidades individuais das idosas na avaliação da IU e posterior evolução na realização dos EMAP.

Vale ressaltar que a validação do protocolo por meio de um grupo focal síncrono utilizando a Internet, possibilitou a participação de profissionais de outras regiões e com diferentes formações, ainda que com campo de atuação relacionado à IU, o que resultou em uma amostra diversificada, potencializando a riqueza dos dados coletados, além de permitir interações autênticas sem a formalidade de uma reunião presencial (Daniels *et al*., 2019).

Deve ser levado em consideração que existem situações particulares do ambiente online que não dependem da gestão exclusiva dos pesquisadores, entretanto o referencial teórico possibilita a antecipação de possíveis eventos que podem ser controlados a fim de otimizar a experiência do grupo focal e garantir previamente que os dados e as sugestões colhidos sejam interpretados de maneira robusta (Daniels *et al*., 2019).

Embora a maioria dos itens tenham recebido concordância e/ou relevância da maioria dos juízes em todos os critérios avaliados, as pesquisadoras priorizaram por atender a maior parte das modificações sugeridas com o intuito de melhorar os itens do protocolo. Justifica-se tal procedimento em virtude de ter havido a possibilidade de

discutir amplamente no grupo, de forma síncrona, as considerações individuais colocadas, até se esgotar as perspectivas, chegando em formas consensuais das modificações sugeridas para o protocolo. Assim, aponta-se mais um aspecto positivo para o uso do grupo focal síncrono para este fim.

Por outro lado, ressalta-se que a padronização para as alterações no protocolo seguiu os critérios: i) sugestões com mais de 20% de discordância e/ou irrelevância apontadas pelos juízes nos itens do formulário "Concordância dos juízes - Grupo Focal"; ii) corroborar com a literatura por meio das evidências extraídas do referencial teórico. O protocolo foi considerado válido em relação à capacidade de atingir os objetivos para os quais foi proposto, ou seja, o conteúdo do protocolo reflete adequadamente a intervenção física e comportamental para o tratamento de IU em mulheres idosas.

Para esse processo de validação do protocolo, as diversidades no conhecimento técnico-científico e as experiências dos juízes demonstraram ser vantajosos, pois além de considerar o olhar interprofissional dos juízes, também coletou saberes sobre a temática relacionada à IU em mulheres idosas sob várias perspectivas. Vale ressaltar que a validação de documento relacionado à realidade e demanda locais e que atenda às necessidades de saúde das idosas, é considerado significativo para o cuidado prestado pelos profissionais da área da saúde (Coluci *et al*., 2015).

Os itens que foram avaliados pelos juízes e que obtiveram concordância e/ou relevância unânime e, sendo assim, não sofreram alterações, foram: i) Elaboração e disponibilização de um protocolo validado de avaliação de incontinência urinária em mulheres idosas para o atendimento/assistência; ii) Título: "Protocolo de intervenção física e comportamental para tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas"; iii) Caracterização das idosas com incontinência urinária (IU) a partir das questões 3 e 4 do ICIQ-SF; iv) Qualidade de vida da idosa com IU a partir da aplicação do questionário KHQ; v) Classificação do tipo de IU a partir da aplicação do questionário Gaudenz-Fragebogen; vi) Tempo de 12 semanas de intervenção física e comportamental para idosas com IU; vii) Educação acerca da IU; viii) Avaliação de comportamento por meio do diário miccional; e ix) Identificação da perda urinária utilizando o *pad-test* de uma hora.

Os itens que, embora apresentassem o total de concordância e/ou relevância, entretanto sofreram modificações sugeridas pelos juízes foram: i) Palestra a ser realizada em Unidade Básica de Saúde com o objetivo de informar a respeito da IU e todos os seus aspectos fisiopatológicos, curativos e preventivos; ii) Exercícios perineais com a

realização de exercícios para a musculatura do assoalho pélvico (EMAP); iii) Protocolo dos EMAP no primeiro mês; iv) Protocolo dos EMAP no terceiro mês; v) Cronograma do "Mês1"; vi) Cronograma do "Mês2"; e vii) Cronograma do "Mês3".

Os itens que obtiveram sugestões com mais de 20% de discordância e/ou irrelevância apontadas pelos juízes e sofreram modificações sugeridas foram: i) Propriocepção por meio da utilização do perineômetro pneumático de biofeedback da marca Quark Medical, modelo Perina Clínico; ii) Avaliação de FMAP por meio da utilização do perineômetro pneumático de biofeedback da marca Quark Medical, modelo Perina Clínico; e iii) Protocolo dos EMAP no segundo mês.

Assim, analisando cada item, percebe-se que o primeiro: *"Elaboração e disponibilização de um protocolo validado de avaliação de IU em mulheres idosas para o atendimento/assistência"* contempla o objetivo principal. O protocolo compreende itens e intervenções físicas e comportamentais das melhores evidências embasadas na literatura mais atual acerca da IU, nacional e internacionalmente, tendo sido considerados os *guidelines* mais atuais, as revisões sistemáticas de literatura, além de estar em consonância com os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I e com as intervenções de enfermagem da NIC (NICE, 2013; Fricke *et al*., 2021; Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021; Alouini; Memic; Couillandre, 2022; Butcher *et al*., 2022).

Um protocolo validado que seja capaz de avaliar e tratar a IU de mulheres idosas na ABS para o atendimento e assistência dos profissionais de saúde facilita sua a aplicabilidade. Assim o atendimento e a assistência oferecidos tem potencial para serem estruturados, efetivos, eficientes e participativos envolvendo as mulheres idosas durante o processo de cuidado (Santos, 2016).

No segundo item, o título: *"Protocolo de intervenção física e comportamental para tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas"* oferece uma visão ampla da temática envolvendo a população específica de mulheres idosas para o tratamento da IU por meio de uma intervenção física e comportamental.

O terceiro item: "Caracterização das idosas com IU a partir das questões 3 e 4 do ICIQ-SF" possibilitará caracterizar e selecionar as idosas com IU. Os estudos mais recentes, e até mesmo estudos anteriores, utilizam o instrumento para caracterizar as idosas com IU (Fricke *et al*., 2021; NANDA-I, 2021; Alouini; Memic; Couillandre, 2022; Martins, 2022; Souza; Poersch, 2022; Limonge *et al*., 2023; Oliveira, 2023).

O instrumento ICIQ-SF é um questionário utilizado para avaliação rápida das manifestações da IU na QV de mulheres, entretanto, as questões 3 e 4 do questionário

avaliam a perda urinária, caracterizando e selecionando as mulheres com IU. Assim, essas questões avaliam a frequência e a quantidade de perda urinária possibilitando a identificação da idosa que apresenta ou não IU (Torres; Alves; Ribeiro, 2021; Custódio, 2022).

Os estudos utilizam as questões 3 e 4 do ICIQ-SF para selecionar as idosas com IU. Observa-se um padrão nessa caracterização ao considerar continente as idosas que respondem “nunca” e “nenhuma” nas questões 3 e 4 da mesma maneira que foi considerado no protocolo (Burkhard *et al*., 2018; Limonge *et al*., 2023).

A IU é então discutida no âmbito de questões relacionadas a problemas de saúde de mulheres idosas e uma estratégia, enquanto intervenção de enfermagem, é a promoção do autocuidado. Assim, o enfermeiro em sua prática clínica garante orientações adequadas para que a mulher idosa tenha sua liberdade de escolha em relação ao tratamento. Também deve ser levada em consideração a avaliação integral da mulher idosa de maneira que possibilite condutas de prevenção e promoção de práticas de autocuidado da IU (Nascimento; Ferrão; Santos, 2022).

A mulher idosa com IU deve ser orientada pelo enfermeiro que a assiste sobre a possibilidade de tratamento da IU a partir do reconhecimento sobre a doença para que questões relacionadas à mudança de comportamento ocorram a partir de alterações do estilo de vida, realização de EMAP e apoio-educação para o autocuidado (Nascimento; Ferrão; Santos, 2022).

O quarto item: “Palestra a ser realizada em Unidade Básica de Saúde com o objetivo de informar a respeito da IU e todos os seus aspectos fisiopatológicos, curativos e preventivos” obteve total concordância dos juízes, entretanto sofreu alterações em relação à abordagem mais específica em relação à familiarização dos MAP com mais orientações a respeito da contração dos músculos corretos.

A palestra como recurso de educação em saúde realizada em Unidade de Saúde da Família (USF) utiliza subsídios imprescindíveis como persuasão, participação social, ascensão da opinião pública, o que resulta em possibilidades para mudanças de comportamento com a prevenção de doenças por meio da interação entre o profissional da saúde, na maioria das vezes o enfermeiro, e o paciente, nesse caso, as idosas (Salci *et al*., 2013).

O enfermeiro pode ser o profissional responsável por ministrar a palestra na UBS, pois é o principal ator no processo do cuidado e da educação em saúde. Tem atribuição para educar a respeito do autocuidado e realizar orientações acerca da IU, bem como

instruir sobre a adequada contração dos MAP (Gonçalves *et al*., 2020; Butcher *et al*., 2022).

O quinto item: “Qualidade de vida da idosa com IU a partir da aplicação do questionário KHQ” com concordância unânime dos juízes, reforça a relevância do instrumento para mensurar a QV da idosa com IU. A literatura aponta a importância do instrumento para avaliar os domínios mais afetados na QV de idosa com IU, na perspectiva da própria idosa. Assim, aplicar p KHG antes e após o desenvolvimento do protocolo desse estudo, possibilitará verificar se de fato a intervenção pode ser considerada eficaz, com melhora dos escores nos domínios da QVRS avaliados pelas idosas. Nesta perspectiva há vários estudos que utilizaram o referido instrumento (Lima Ferreira; Tamy Kawasara; Andrade Batista, 2019; Evangelista; Gazetta; Assis, 2021; Freitas *et al*., 2020; Souza; Gadelha, 2021; Souza; Poersch, 2022; Méndez *et al*., 2022; Celeghim Mundo; Ferreira da Silva; Rafael Ognibeni, 2023).

Dentre os questionários que avaliam a QV de mulheres idosas, o KHQ é o mais utilizado. Estudos mostram que os domínios podem ser mensurados a partir do questionário, podendo ainda ser utilizado como manejo da IU e prevenção da mesma na população idosa (Cestári; Souza; Silva, 2017; Santos, 2019; Freitas *et al*., 2020).

Estudo realizado por Santos (2013) em João Pessoa/PB fez uso do KHQ para avaliar o impacto da IU na QV de 194 idosas (com 60 anos ou mais de idade) e concluiu efeitos negativos na QV dessa população. O pesquisador relatou que a percepção geral de saúde das mulheres idosas foi ruim, entretanto as idosas consideravam que a IU em suas vidas era oriunda de processos naturais, mesmo com impacto negativo.

Em pesquisa avaliando a QV em 66 idosas (de 60 a 87 anos de idade), 28 idosas relataram IU por meio da perda de urina. Assim, para avaliação da QV, os pesquisadores utilizaram o KHQ e concluíram que 20 idosas apresentaram comprometimento relacionado à QV com alterações psicológicas e, também, no estilo de vida (Faria *et al*., 2014). A QV das idosas com IU é questão prioritária nos estudos que envolvem a temática, por se tratar de uma questão de saúde que envolve alterações psicológicas e até mesmo físicas que restringem a mulher idosa de uma vida plena e ativa (Santos, 2019).

Estudo realizado com 11 mulheres na pós menopausa avaliou a QV relacionada à IU e relatou efeitos negativos retratados pelas mulheres por meio do KHQ. A prevalência da IU tem influência diretamente proporcional na QV das mulheres resultando em limitações sociais, físicas, percepções da saúde negativas e impactos negativos na QV (Vieira; Silva; Vieira, 2021).

Ainda em relação aos itens que obtiveram concordância e/ou relevância total dos juízes e, sendo assim, não sofreram alterações, o sexto item: “Classificação do tipo de IU a partir da aplicação do questionário *Gaudenz-Fragebogen*” demonstra a importância do instrumento para classificar a IU das idosas. O instrumento é frequentemente utilizado para classificação da IU em idosas (Bevilaqua, 2019; Pessoa, 2020; Silva *et al*., 2020).

O período ideal de intervenção para tratamento da IU também foi validado pelos juízes com concordância/relevância total por meio do item: “Tempo de 12 semanas de intervenção física e comportamental para idosas com IU”. Esse tempo de intervenção para tratamento da IU em idosas corrobora achados na literatura e, portanto, tanto, foi mantido no protocolo (Draghia, 2022; Mariano, 2022; Pérez-Cimma *et al*., 2022; Frutos-Reoyo *et al*., 2023; Galeano; Trelini, 2023; Rael Molina, 2023; Zuñiga *et al*., 2023).

O item: “Avaliação de comportamento por meio do diário miccional” também não sofreu alterações por receber concordância/relevância total dos juízes. Essa avaliação comportamental pelo diário miccional vai ao encontro da literatura ao utilizar esse material para avaliar a rotina miccional da idosa e, foi mantida no protocolo (Alves *et al*., 2021; Barros; Gadelha, 2021; Caixeta; dos Santos Soares; de Resende, 2021; Saboia; Gomes; Lima, 2022; Braga *et al*., 2023; de Sousa *et al*., 2023).

Para que as idosas consigam preencher o diário miccional, elas devem receber orientações e reforços, os quais devem ser realizados quantas vezes forem necessárias, em cada questão específica envolvendo o diário em questão a ser utilizado. Estudos demonstraram que, com orientações adequadas e reforçadas em relação aos itens do diário miccional, a maioria das idosas preenche satisfatoriamente o diário miccional de 24 horas, sendo possível, assim, realizar diagnósticos e capacidade vesical reduzida (Clemens *et al*., 2020; Silva, 2023).

A avaliação da quantidade de urina perdida foi proposta a partir do *pad-test* pelo item: “Identificação da perda urinária utilizando o *pad-test* de uma hora” e obteve concordância/relevância unânime dos juízes. Essa forma de avaliação é amplamente utilizada nos estudos e, assim sendo, foi validada no protocolo para identificação da perda urinária em idosas com IU pelo *pad-test* de uma hora (Castro; Machado; da Trindade, 2019; Alves *et al*., 2021; Carvalho *et al*., 2021; Araújo, 2022; Souza; Poersch, 2022).

Os itens: “Propriocepção por meio da utilização do perineômetro pneumático de biofeedback da marca Quark Medical, modelo Perina Clínico” e “Avaliação de FMAP por meio da utilização do perineômetro pneumático de biofeedback da marca Quark Medical, modelo Perina Clínico” obtiveram sugestões com mais de 20% de

discordância/irrelevância apontadas pelos juízes e sofreram modificações quanto ao momento de realização.

Os juízes sugeriram adicionar “a familiarização” no protocolo, entretanto, havia sido entendida e inserida com o título de propriocepção, então esse item se manteve como propriocepção, que é o reconhecimento da contração adequada dos MAP (Radzimińska *et al*., 2018).

O item que propôs a avaliação da FMAP por meio do Perina Clínico da Quark Medical se manteve, entretanto, a alteração acatada foi em relação à ordem do item, pois os juízes propuseram que fosse realizada a palpação vaginal bidigital antes da avaliação por meio da perineometria.

Mesmo que os juízes questionassem sobre a marca do perineômetro Quark Medical, as pesquisadoras argumentaram e optaram por permanecer a avaliação dos MAP por meio desse equipamento (Perina Clínico da marca Quark Medical), pois estudos comprovaram que seu uso possibilita mensurar o aumento gradativo da FMAP (Ribeiro *et al*., 2019; de Oliveira Souza *et al*., 2020; Oliveira *et al*., 2020; Silva, 2020; de Menezes; de Oliveira; Peres, 2021; Pereira, 2022; Ribeiro *et al*., 2022). Desta forma os juízes acataram a argumentação e concordaram com o item.

O item: “Exercícios perineais com a realização de EMAP” representou concordância/relevância total dos juízes, entretanto, para o protocolo, foram realizadas alterações propostas pelos juízes em relação à ordem da ativação das fibras, sendo proposta e validada a contração das fibras rápidas primeiramente e das fibras lentas posteriormente. Também foi levada em consideração a individualização do protocolo, não estabelecendo uma quantidade padronizada de exercícios para as idosas. Assim, haverá uma proposta inicial de EMAP e, de acordo com a evolução de cada idosa, o protocolo seguirá individualizado.

A proposta inicial para a realização dos EMAP sofreu alteração conforme sugestões dos juízes em diminuir o tempo de contração sustentada (de 12 contrações sustentadas com 10 segundos de duração para 10 contrações sustentadas com 3 segundos de duração), visto que as idosas possuem um tempo menor de sustentação da contração.

Não foi encontrado na literatura a descrição do que é, atualmente, considerado alto, médio ou baixo tempo de contração dos MAP (tempo endurance). Barbosa et al. (2005) considerou um tempo normal dentro do esperado de contração sustentada dos MAP igual a seis segundos. Já Leme (2023) considerou um tempo baixo de até metade do tempo de contração normal citado por Barbosa et al. (2005), ou seja, três segundos,

pois também trabalhou com mulheres idosas. Sendo assim, optou-se por embasar o tempo de contração nos achados citados.

O EMAP é considerado tratamento de primeira linha para tratamento da IUE, IUU e IUM em quesitos como aumento da FMAP, aumento da resistência muscular e aumento da coordenação muscular. Estudos e revisões comprovaram a eficácia do EMAP no tratamento da IU de idosas e, sendo assim, é o ponto principal do protocolo (Kargar Jahromi; Talebizadeh; Mirzaei, 2014; Farzinmehr *et al*., 2015; Leong; Mok, 2015; Burkhard *et al*., 2018; Dumoulin; Cacciari; Hay-Smith, 2018; Wagg *et al*., 2019; Dumoulin *et al*., 2020; Hagen *et al*., 2020; Weber-Rajek *et al*., 2020; Fricke *et al*., 2021; Luginbuehl *et al*., 2021; Alouini; Memic; Couillandre, 2022).

Dessa maneira, o protocolo alcançou validade de aparência e conteúdo por meio do consenso dos juízes e, após serem deferidas as sugestões, apresentou clareza e compreensão em relação aos itens.

Em relação às contribuições para a área da saúde, um protocolo validado possibilita a prática assistencial de profissionais da área de maneira a aprimorar intervenções sistematizadas em saúde, estabelecendo o vínculo entre a idosa e o profissional e tratando a IU em idosas que vivem na comunidade. Deve-se ressaltar que o protocolo pretende atender às necessidades particulares das idosas, levando em consideração suas individualidades e buscando melhora nos aspectos apresentados por cada uma.

Um protocolo validado por juízes especialistas na temática é uma ferramenta confiável tanto para a assistência, quanto para o ensino e a pesquisa, pois permite oferecer um protocolo padronizado capaz de promover intervenções físicas e comportamentais para o tratamento da IU em idosas. A validação do protocolo por juízes demonstra a preocupação das pesquisadoras em oferecer um instrumento essencial e apropriado para pesquisas e para a assistência.

O protocolo não apenas pode otimizar o trabalho do profissional pelo seu conteúdo, como também melhorar o atendimento à mulher idosa e até mesmo ao profissional. Os benefícios à mulher idosa se resumem ao tratamento e melhora da IU; à melhora do estilo de vida e da QV e mudança de comportamentos saudáveis por meio dos conteúdos educativos. Em relação ao profissional, as vantagens de se utilizar o protocolo validado durante a consulta são o preenchimento rápido, simples e padronizado; a facilidade no trabalho do profissional em seguir um material sistemático de orientação da mulher idosa com IU; o estabelecimento de vínculo entre profissional e mulher idosa, o

que a encoraja a falar sobre o quanto o problema interfere em sua vida, além de permitir a compreensão para compartilhar informações imprescindíveis para a intervenção; a elaboração de intervenções em saúde que avaliam fenômenos relacionados à IU; e a autonomia do profissional, principalmente do enfermeiro, em realizar diagnósticos e intervenções que atendam às necessidades da mulher idosa, orientando sua prática e possibilitando a tomada de decisões (Leite *et al*., 2018; Moraes, 2020; Campos; Santos; Geremia, 2023).

Deve-se reconhecer como limitações, a quantidade reduzida de juízes participantes do grupo focal, entretanto, por se tratar de um grupo heterogêneo e representativo profissionalmente com ampla e reconhecida experiência na temática, as sugestões foram consideradas muito proveitosas e apropriadas. Já em relação à validação clínica do protocolo, deve-se consentir como limitação que apenas após a implementação do protocolo em um estudo com mulheres idosas com IU, será possível conferir consistência e confiabilidade para uso na prática assistencial.

O protocolo aplicado por profissionais da saúde pode possibilitar às mulheres idosas não apenas o tratamento da IU, mas o reconhecimento do autocuidado, a continuidade do cuidado domiciliar, a melhora na QV, a mudança de comportamento e até o reconhecimento do profissional como apoio.

Para tanto, além da validação clínica posterior, o protocolo possibilitará o tratamento da IU em mulheres idosas realizado por profissionais da saúde, valorizando o tratamento não-farmacológico e centrado no autocuidado da mulher idosa. Ressalta-se a relevância da diminuição de custos do tratamento da IU utilizando o protocolo comparado ao tratamento farmacológico e ao tratamento cirúrgico, bem como a melhora da QV das mulheres idosas.

A intenção posterior à elaboração e validação desse protocolo é demonstrar os benefícios da intervenção clínica e comportamental para a secretaria de saúde local a fim de apresentar um plano estruturado de tratamento da IU em mulheres idosas contribuindo na capacitação de enfermeiros das UBS com processos operacionais de toda a intervenção apresentada para que se atinja a concretização de um atendimento eficaz às mulheres idosas da comunidade que convivem com a IU.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conteúdo do protocolo de intervenção física e comportamental para avaliar e tratar a IU em mulheres idosas pôde ser considerado válido.

Ressalta-se que o objetivo do estudo foi integralmente alcançado ao elaborar e validar com especialistas esse protocolo de intervenção física e comportamental para tratamento da IU em mulheres idosas, respaldado em *guidelines*, revisões de literatura, outras evidências científicas e atividades de enfermagem da NIC. Acrescido que, o processo de validação foi fundamentado em referencial teórico e em procedimento metodológico recomendado pelo COFEN.

Para a atuação assistencial do enfermeiro, o protocolo engloba uma contribuição importante, pois contempla o atendimento aos diagnósticos de enfermagem do Domínio 3 da NANDA-I relacionados à IUE, IUU e IUM, bem como grande parte das intervenções físicas e comportamentais de enfermagem da NIC, adicionadas a outras evidências científicas e técnicas nacionais e internacionais atuais e adaptadas à realidade das mulheres idosas com IU na ABS.

Ressalta-se que as quatro intervenções de enfermagem da NIC que embasaram a elaboração do protocolo foram: exercícios para a musculatura pélvica, controle e eliminação urinária, e cuidados na IU e treinamento vesical. Levou-se em consideração o fato de o enfermeiro ser apto a desenvolver atividades tanto relacionadas à promoção e à prevenção das complicações relacionadas à IU quanto ao tratamento da idosa com IU. Essas atividades se findam na observação do quanto a IU afeta as mulheres idosas física, social e emocionalmente, o que deve ser considerado na elaboração de planos de cuidados e na utilização de estratégias de intervenção. Dessa maneira, o protocolo estrutura todas essas ações e atende às mulheres idosas sistematicamente, levando em consideração suas necessidades individuais.

A experiência enquanto docente de Graduação em Enfermagem nas disciplinas de Saúde da Mulher, Saúde do Adulto e Idoso e Gerontologia, bem como enfermeira assistencial, trouxe a compreensão de quanto um protocolo padronizado que atenda às especificidades individuais da mulher idosa com IU é imprescindível para a prática e também para o ensino e pesquisa de enfermeiros e até mesmo de outros profissionais da saúde.

No ensino a relevância se dá por disseminar reflexões e conhecimentos acerca da prática baseada em evidências, elaboração e uso de instrumentos sistematizados e válidos,

aos futuros profissionais. Em relação à pesquisa, por avançar no conhecimento além de buscar resoluções para a IU, que é um problema para a sociedade, principalmente para as mulheres idosas. Mesmo que ainda haja o crescimento da produção científica no Brasil, observa-se lacunas na pesquisa no que diz respeito aos problemas vivenciados pela sociedade, no caso, a IU. A pesquisa relacionada a um protocolo capaz de tratar a IU ainda é pouco explorada em relação ao tratamento não farmacológico, principalmente de maneira sistematizada que leve em consideração as individualidades das mulheres idosas. E, ainda, no tocante à prática clínica, a atuação dos profissionais da saúde frente às necessidades das mulheres idosas com IU deve se manter continuamente atualizada por meio de pesquisas que geram evidências que comprovem a eficácia da intervenção proposta no tratamento da IU em mulheres idosas e melhoria na QV. Um protocolo padronizado e validado corrobora na utilização de evidências científicas para o tratamento da IU em mulheres idosas.

A IU configura fatores com efeitos profundos na QV de mulheres idosas, assim, espera-se que enfermeiros e outros profissionais de saúde intervenham com ações gerontológicas capazes de aumentar a QV dessas idosas assistidas na ABS.

O tratamento proposto no protocolo aborda medidas não farmacológicas e exprime mudanças de comportamento no estilo de vida e terapia física. Essas mudanças comportamentais sugerem diminuição da gordura corpórea, exercícios físicos moderados, diminuição do tabagismo, diminuição da ingestão de cafeína, redução da ingesta hídrica no período noturno e controle urinário. Já a terapia física está centrada na realização dos EMAP. Assim, o protocolo estruturado em intervenções físicas e comportamentais resulta na terapia de primeira linha de tratamento da IU em mulheres idosas.

Importante ressaltar que o processo de validação do protocolo por meio da realização de um grupo focal conduzido via Internet de maneira síncrona foi um procedimento metodológico considerado apropriado e válido para o fim que se propunha. O grupo focal síncrono permitiu interação entre as pesquisadoras e os especialistas, assim como entre os próprios especialistas em tempo real para o alcance de um consenso, além de produzir novos itens e modificar outros que foram substancialmente importantes para o tratamento da IU em mulheres idosas. Assim, não houveram barreiras limitantes pela distância e disponibilidade presencial dos especialistas.

Atentando para as considerações, a intenção foi elaborar e validar com especialistas esse protocolo de intervenção física e comportamental para tratamento da IU em mulheres idosas, para que, posteriormente, em continuidade ao processo de

investigação da temática, seja implementado o protocolo validado em mulheres idosas com IU na ABS para a validação clínica da intervenção física e comportamental.

REFERÊNCIAS[1]

Abrams, P.; Andersson, K. E.; Apostolidis, A. 6th International Consultation on Incontinence. Recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence. **Neurourol Urodyn**. 2018, v. 37, n. 7, p. 2271–2272.

Abrams, P.; Cardozo, L.; Fall, M.; Griffiths, D.; Rosier, P.; Ulmsten, U.; Van Kerrebroeck, P.; Victor, A.; Wein, A. The standar dization ofter menology of lower urinary tractfunction: reportfromthestandardisationsub-committeeoftheinternationalcontinencesociety. **Neurourol Urodyn**. 2003, v. 21, p. 167-78. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11857671>. Acesso em: 05 ago. 2017.

Abrams, P.; Cardozo, L.; Khoury, S.; Wein, A. Incontinência. **Bristol**: ICUD; 2013.

Adamy, E. K.; Zocche, D. A. A.; Almeida, M. A. Contribution of the nursing process for the construction of the identity of nursing professionals. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 41, n. SPE, 2020.

Åhlund, S.; Nordgren, B.; Wilander, E. L.; Wiklund, I.; Fridén, C. O treinamento muscular do assoalho pélvico em casa é eficaz no tratamento da incontinência urinária após o parto em primíparas? Um estudo controlado randomizado. **Acta Obstet. E Ginecol**. **Digitalizar**. 2013, v. 92, p. 909-915.

Alders, A. Perceived Self-Efficacy and Its Role in Education-Related Cognitive Performance in Latino American Elderly. **J. Latinos and Education**, v. 10, p. 299-319, 2011.

Alouini S; Memic S; Couillandre A. Treinamento muscular do assoalho pélvico para incontinência urinária com ou sem biofeedback ou eletroestimulação em mulheres: uma revisão sistemática. **Jornal Internacional de Pesquisa Ambiental e Saúde Pública**, v. 19, n. 5, p. 2789, 2022. Disponível em: <https://mdpi.com/1660-4601/19/5/2789>. Acesso em: 24 dez. 2022.

Alves, R. A.; Machado, M.; Moura, T.; Brasil, C. A.; Lemos, A. Q.; Lordelo, P. Perfil clínico de mulheres com incontinência urinária de esforço em centro de referência. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, [S. l.], v. 11, n. 2, p. 351–360, 2021. Disponível em: https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/3714. Acesso em: 18 dez. 2023.

Anderson, K. L.; Burckhardt, C. S. Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. **J. Adv. Nurs**., v. 29, n. 2, p. 298-306, 1999.

[1] De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023)

Andres; S.C..; Brasil, M. M.; Machado, L. B.; Birk, F. Consulta de enfermagem a pacientes com incontinência urinária, de esforço e mista na Atenção Primária à Saúde. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 2, pág. e23110212488, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12488>. Acesso em: 23 dez. 2023.

Araújo, C. M. **Pad Test para identificação da incontinência urinária em adultos: revisão sistemática da acurácia de teste diagnóstico**. 2022. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/45597>. Acesso em: 18 dez. 2023.

Araújo, M. P. D. **Avaliação clínica e funcional do assoalho pélvico em mulheres índias que residem no parque indígena Xingu, Mato Grosso, Brasil**. 2008.

Araújo, T. S. **Razões motivacionais relacionadas à prática de atividade física em idosos - estudo piloto para subsidiar estratégias na atenção primária à saúde do município de Caicó**. 2021. 77f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina) - Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2021.

Aula de Anatomia. Vagina O QUE É VAGINA? **Aula de Anatomia**. Disponível em: <https://www.auladeanatomia.com/sistemas/423/vagina>. Acesso em: 04 dez. 2023.

Avery, K.; Donovan, J.; Peters, T. J.; Shaw, C.; Gotoh, M.; Abrams, P. ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. **Neurourol. Urodyn**., v. 23, n. 4, p. 322-330, 2004.

Ayala, A. E. G. Grandes síndromes geriátricas. **Farmacia Profesional**, 2005, v. 19, n. 6, p. 70-74. Disponível em: <https://www.sagg.es/~josepr37/sociedades/sagg/images/site/Congreso2013/LibroCmunicacionesSAGGconFe_de_erratas.pdf#page=55>. Acesso em: 13 abr. 2019.

Azzi, R. G.; Polydoro, S. A. J. (Eds.). **Auto-eficácia em diferentes contextos**. Campinas, SP: Alínea, 2006.

Bandura, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. **Psychol. Review**, 1977, v. 84, p. 191-215.

Bandura, A. Social foundations of thought and action: A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, New Jersey: **Prentice Hall**, 1986.

Bandura, A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: **Freeman**, 1997.

Bandura, A.; Azzi, R. G.; Polydoro, S. Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos. Porto Alegre: **ArtMed**, 2008, p. 176. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cc/v15n3/v15n3a17.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2017.

Bardin, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo, SP: Edições 70, 2016.

Barros, M. J. F.; Gadelha, R. R. M. Efeito de um programa de exercícios para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico de mulheres com incontinência urinária. **Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC)**, 2021, v. 8. Disponível em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/eedic/article/view/4794>. Acesso em: 05 jun. 2022.

Baum, W. M. Compreender o Behaviorismo: ciência, comportamento e cultura. Porto Alegre: **Artes Médicas**, 1999.

Bischoff, H. A.; Stähelin, H. B.; Monsch, A. U.; Iversen, M. D.; Weyh, A.; von Dechend, M.; Akos, R.; Conzelmann, M.; Dick, W.; Theiler, R. Identifying a cut-off point for normal mobility: A comparison of the timed 'up and go' test in community-dwelling and institutionalised elderly women. **Age and ageing**, 2003, v. 32, n. 3, p. 315-320.

Bengochea, K. Pelve. **Kenhub**. 2019. Disponível em: <https://www.kenhub.com/pt/library/anatomia/pelve>. Acesso em: 13 jun. 2018.

Bernardes, N. O.; Peres, F. R.; Souza, E. L. B. L.; Souza, O. L. Métodos de tratamento utilizados na incontinência urinária de esforço genuína: um estudo comparativo entre cinesioterapia e eletroestimulação endovaginal. **Rev Bras Ginecol Obstet**., 2000; v. 22, n. 1, p. 49-54.

Bertolucci, P. H. F.; Brucki, S. M. D.; Campacci, S. R.; Juliano, Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral. **Arq. de neuro-psiquiatria**, São Paulo, 1994, v. 52, n. 1, p. 1-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1994000100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jun. 2018.

Beuttenmüller, L.; Cader, S. A.; Macena, R. H. M.; Araujo, N. dos S.; Nunes, É. F. C.; Dantas, E. H. M. Contração muscular do assoalho pélvico de mulheres com incontinência urinária de esforço submetidas a exercícios e eletroterapia: um estudo randomizado. **Fisioterapia e Pesquisa**, 2011, v. 18, n. 3, p. 210-216. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502011000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 ago. 2019.

Bevilaqua, L. A. **Estudo da incontinência urinária de esforço e incontinência urinária de urgência em idosas na comunidade**. 2019. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Maria. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/19124?show=full>. Acesso em: 18 set. 2023.

Bø, K.; Talseth, T.; Vinsnes, A. Ensaio controlado randomizado sobre o efeito do treinamento dos músculos do assoalho pélvico na qualidade de vida e problemas sexuais em mulheres com incontinência de estresse genuína. **Acta Obstet Gynecol Scand**., 2000, v. 4, p. 598-603.

Bø K.; Sherburn M. Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength. **Physical Therapy Albany**, 2005, v. 85, n. 3, p. 269-282. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15733051/>. Acesso em: 18 dez. 2022.

Bonkat, G.; Bartoletti, R.; Bruyère, F.; Cai, T.; Geerlings, S.E.; Köves, B.; Schubert, S.; Wagenlehner, F. **EAU Guidelines on urological infections. European Association of Urology**, 2018.

Bowling, A.; Brazier, J. Quality of life in social science and medicine ¬ Introduction. **Soc. Sci. Med**., 1995, v. 41, p. 1337-1338.

Braga, M.; Ferreira, S.; Morais, C.; Chiado, A.; Lima, A. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação em Mulheres com Incontinência Urinária, após o AVC. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**, 2023, v. 6, n. 1, p. e288-e288. Disponível em: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/288>. Acesso em: 25 jun. 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC). **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas incontinência urinária não neurogênica**. Brasília, 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), n. 12, Seção 1, p. 59, 13 jun. 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: **Ministério da Saúde** [internet]. 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em: 26 jun. 2017.

Brucki, S. M. D.; Nitrini, R.; Caramelli, P.; Bertolucci, P. H. F.; Okamoto, I. H. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq. de neuro-psiquiatria**, São Paulo, 2003, v. 61, n. 3 B, p. 777-781.

Bump, R.C.; Mattiasson, A.; Bø, K.; Brubaker, L.P.; DeLancey, J.O.; Klarskov, P.; Shull, B.L.; Smith, A.R. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. **Am J Obstet Gynecol**., 1996 Jul, v. 175, n. 1, p. 10-17.

Burkhard, F. C.; Bosch, J. L. H. R.; Cruz, F.; Lemack, G. E.; Nambiar, A. K.; Thiruchelvam, N.; Tubaro, A.; Ambühl, D.; Bedretdinova, D.; Farag, F.; Lombardo, R.; Schneider, M. P. Diretrizes em Incontinência Urinária. In: Burkhard, F. C. Pocket Guidelines. **European Association Urology**: Sociedade Brasileira de Urologia, 2018. p. 166-191.

Butcher, Howard K.; Dochterman, Joanne M.; BULECHEK, Gloria M.; WAGNER, Cheryl M. **Nursing interventions classification** (NIC). 7th ed. Editora Guanabara Koogan Ltda.; 2022.

Caixeta, I. R.; Dos Santos Soares, N. R.; De Resende, L. C. Diário miccional, uma ferramenta de avaliação da incontinência urinária: adaptação transcultural e validação

de conteúdo. In: **III Congresso Internacional de Educação e Saúde da Universidade de Marília**, 2021, p. 226. Disponível em: <https://oficial.unimar.br/wp-content/uploads/2021/06/ANAIS-DO-III-CONGRESSO-INTERNACIONAL-DE-EDUCACAO-E-SAUDE-DA-UNIVERSIDADE-DE-MARILIA.pdf#page=226>. Acesso em: 13 jun. 2018.

Cardoso, A. F. Particularidades dos Idosos: uma Revisão sobre fisiologia do envelhecimento. **Rev. digital** - Buenos Aires, 2009, v. 13, n. 130, p. 1-1.

Carneiro, J. A.; Ramos, G. C. F.; Barbosa, A. T. F.; Medeiros, S. M.; Lima, C. de A.; Costa, F. M. da; Caldeira, A. P. Prevalência e fatores associados à incontinência urinária em idosos não institucionalizados. **Cad. saúde colet**., Rio de Janeiro, 2017, v. 25, n. 3, p. 268-277. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000300268&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai. 2019.

Carrara, K. **Behaviorismo Radical**: crítica e metacrítica. Marília UNESP Publicações/FAPESP, 1998.

Carvalho, P. C.; Barreiros, R. N.; Dutra, L. B.; Mouta, R. J. O.; Louro, T. Q. Evidências do Tratamento de Eletroacupuntura em Mulheres com Incontinência Urinária de Esforço: Uma revisão integrativa. **Saúde Coletiva** (Barueri), 2021, v. 11, n. 61, p. 4968-4977. Disponível em: <https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1203>. Acesso em: 04 ago. 2021.

Castro, L. A.; Machado, G. C.; Da Trindade, A. P. N. T. Fisioterapia em mulheres com incontinência urinária–relatos de caso. **Revista Uningá**, 2019, v. 56, n. S4, p. 39-51. Disponível em: <https://revista.uninga.br/uninga/article/view/2312>. Acesso em: 07 mai. 2021.

Castro, R. de A; Arruda, R. M.; Oliveira, E. de; Zanetti, M. R. D.; Bortolini, M. A.; Sartori, M. G. F.; Girão, M. J. B. C. Fisioterapia e incontinência urinária de esforço: revisão e análise crítica. **Revista Femina**, 2008, v. 36, n. 12, 737-742.

Celeghim Mundo, L.; Ferreira Da Silva, J.; Rafael Ognibeni, L. C. O impacto da incontinência urinária na qualidade de vida em mulheres nulíparas. **Arquivos do Mudi**, 2023, v. 27, n. especial2. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ArqMudi/article/view/70010>. Acesso em: 04 mai. 2019.

Cestári, C. E.; Souza, T. H. C.; Silva, A. S. da. Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de idosas. **Rev Ciênc Estud Acad Med**., 2017, v. 7, p. 27-37. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/1773>. Acesso em: 24 ago. 2023.

Chevalier, F.; Fernandez-Lao, C.; Cuesta-Vargas, A. I. Normal reference values of strength in pelvic floor muscle of women: a descriptive and inferential study. **BMC**

women's health, 2014, v. 14, p. 143. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25420756/>. Acesso em: 05 nov. 2023.

Chiado, A. P. A.; Ferreira, M. S. M.; Ribeiro, O. M. P. L.; Gomes, B. P.; Martins, M. M. F. Impact of a rehabilitation program on the urinary management of patients affected by cerebrovascular accident. **Texto & Contexto - Enfermagem**, 2022, v. 31, p. e20200656.

Coluci, M. Z.; Alexandre, N. M.; Milani, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2015, v. 20, n. 3, p. 925-936. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qTHcjt459YLYPM7Pt7Q7cSn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 nov. 2023.

Correa, J. N.; Moreira, B. P.; Garcez, V. F. Ganho de força muscular do diafragma pélvico após utilização dos métodos pilates ou kegel em pacientes com incontinência urinaria de esforço. Rev. **Uningá Review**, 2015, v. 23, n. 2, p. 11-17. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1644/1256>. Acesso em: 12 jun. 2019.

Costa, M. Como apresentar PowerPoint no Google Meet. **TechTudo**, 2021. Disponível em: <https://www.techtudo.com.br/dicas-e-tutoriais/2021/01/como-apresentar-powerpoint-no-google-meet.ghtml>. Acesso em: 17 ago. 2022.

Coyne, K. S.; Kvasz, M.; Ireland, A. M.; Milsom, I.; Kopp, Z. S.; Chapple, C. R. Urinary Incontinence and its Relationship to Mental Health and Health-Related Quality of Life in Men and Women in Sweden, the United Kingdom, and the United States. **Eur. Urol**. [on-line]. 2012. Disponível em: <http://ac.elscdn.com/S0302283811007871/1-s2.0-S0302283811007871- main.pdf?_tid=0ea30384-5b55-11e7-821f00000aab0f26&acdnat=1498580834_91f382ea96fb278a50d9b6faaa56a973>. Acesso em: 12 jun. 2019.

Crockett, K.; Ardell, K.; Hermanson, M.; Penner, A.; Lanovaz, J. The Relationship of Knee-Extensor Strength and Rate of Torque Development to Sit-to-Stand Performance in Older Adults. **Physiother Canada**, 2013, v. 65, n. 3, p. 229-235.

Cruz Lendínez, C.; Linares Abad, M.; Cruz Lendínez, A. J.; Calero García, M. J. Incontinência urinária em mulheres de Jaén: estudo de prevalência. **Índice Enferm**., Granada, 2017, v. 26, n. 1-2, p. 25-28. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100006&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 10 mai. 2019.

Custódio, A. L. **Investigação da incontinência urinária em idosas de pouso alegre associadaa orientações fisioterapêuticas**. 2022. Disponível em: <http://192.100.247.84/bitstream/prefix/2460/1/Submiss%c3%a3o%20PDF.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020.

Daniels, N.; Gillen, P.; Casson, K.; Wilson, I. STEER: Fatores a serem considerados ao projetar grupos focais on-line usando tecnologia audiovisual em pesquisa em saúde.

Revista Internacional de Métodos Qualitativos, 2019, 18. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1609406919885786>. Acesso em: 06 mar. 2023.

de Menezes, M.; de Oliveira, A. T. R.; Peres, M. G. P. Os benefícios da fisioterapia pélvica para mulheres com incontinência urinária. **Revista Cathedral**, 2021, v. 3, n. 2, p. 48-55. Disponível em: <http://cathedral.ojs.galoa.com.br/index.php/cathedral/article/view/301>. Acesso em: 15 mai. 2023.

de Oliveira Souza, J.; Alves, S. C.; de Oliveira Januário, P.; Cruz, A. T. Estudo clínico randomizado no tratamento da incontinência urinária por esforço na pós-menopausa. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, 2020, v. 14, n. 17. Disponível em: <https://www.revistasuninter.com/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/1065>. Acesso em: 27 mar. 2022.

de Sousa, F. R.; Gomes, H. F.; de Mello, L. F.; Peres, E. M.; Vellasques, A. P.; Pires, B. M. F. B.; da Costa, C. C. P. Manejo clínico da incontinência urinária em mulheres por enfermeiros da estratégia de saúde da família. **Estima–Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, 2023, v. 21. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/1368>. Acesso em: 27 dez. 2023.

Donovan, J. L. Symptom and quality of life assessment. In: ABRAMS, P. et al. Incontinence. Plymouth: **Plymbridge Distributors**, 2001. p. 267-315. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1464-410X.1997.00461.x/full>. Acesso em: 12 ago. 217.

Dougherty, M. C.; Abrams, R.; Mckey, P. L. Na instrument to assess the dynamic characteristics of the circumvaginal musculature. **Nurs Res**, Nova York, 1986, v. 35, n. 4, p. 202-206.

Draghia, A. G. **Efectividad de los ejercicios de suelo pélvico en el tratamiento de incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres basado en la evidencia científica**. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidad Miguel Hernández. 46 fls. Disponível em: <http://dspace.umh.es/handle/11000/28135>. Acesso em: 08 jun. 2023.

Dumoulin, C.; Hay-Smith, J. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. **Cochrane Database Syst Rev**., 2010, v. 1.

Dumoulin, C.; Morin, M.; Mayrand, M. H.; Tousignant, M.; Abrahamowicz, M. Fisioterapia em grupo comparada à fisioterapia individual no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas: protocolo de estudo para um ensaio clínico randomizado. **Testes,** 2017, v. 18, n. 1, p. 544.

Dumoulin, C.; Cacciari, L. P.; Hay-Smith, E. J. C. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. **Cochrane Database Syst Rev**., 2018, v. 4, n. 10.

Evangelista, D. R.; Gazetta, F. A. D. A.; Assis, L.C. de. Prevalência de incontinência urinária em idosas e impacto na qualidade de vida/ Prevalência de incontinência urinária em idosas e impacto na qualidade de vida. **Revista Brasileira de Revisão de Saúde**, 2021, v. 4n. 1, p. 1588–1602. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-133>. Acesso em 15 out. 2023.

Faria, C. A.; Menezes, A. M. N. de; Rodrigues, A. O.; Ferreira, A. de L. V.; Bolsas, C. de N. Incontinência urinária e noctúria: prevalência e impacto sobre qualidade de vida em idosas numa Unidade Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 2014, v. 17, n. 1, p. 17–25.

Farzinmehr, A.; Moezy, A.; Koohpayehzadeh, J.; Kashanian, M. Um estudo comparativo de treinamento vibratório de corpo inteiro e treinamento muscular do assoalho pélvico na incontinência urinária de esforço feminina: acompanhamento de três meses. **J. Fam. Reprodução. Saúde**, 2015, v. 9, p. 147–154. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4818376/>. Acesso em: 25 nov. 2021.

Fayers, P.M.; Machin, D. Quality of life. Assessment, analysis, and interpretation. Chichester: **John Wiley**, 2000.

Fernandes, R. Como compartilhar tela no Google Meet. **TechTudo**, 2023. Disponível em: <https://www.techtudo.com.br/dicas-e-tutoriais/2023/07/como-compartilhar-tela-no-google-meet-edsoftwares.ghtml>. Acesso em 30 dez. 2023.

Fernandes, S.; Carvalho Coutinho, E.; Carvalho Duarte, J.; Batista Nelas, P. A.; Correia Balula Chaves, C. M.; Amaral, O. Qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. **Rev. Enf. Referência**, 2015, n. 5, p. 93-99. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn5/serIVn5a11.pdf>. Acesso em 12 ago. 2017.

Ferreira, C. H.; Barbosa, P. B.; De Oliveira Souza, F.; Antônio, F. I.; Franco, M. M.; Bø, K. **Inter-rater reliability study of the modified Oxford Grading Scale and Peritron Manometer. Physiotherapy**, 2011, v. 97, n. 2, p. 132-8. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/33203/1/Compara%C3%A7%C3%A3oEfeitosTreinamento.pdf>. Acesso em: 18 out. 2021.

Ferreira, M.; Santos, P.C.; Duarte, J.A.; Rodrigues R. Exercise programmes for women with stress urinary incontinence. **Primary Health Care**, 2012, v. 22, n. 3, p. 24–27.

Fleck, M. P.; Louzada, S.; Xavier, M.; Chachamovich, E.; Vieira, G.; Santos, L. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Rev. Saúde Pública**, 1999, v. 33, p. 198-205.

Fleck, M. P.; Louzada, S.; Xavier, M.; Chachamovich, E.; Vieira, G.; Santos, L.; Pinzon, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. **Rev. Saúde Pública**, 2000, v. 34, p. 350-356.

Figueiredo, E. M.; Lara, J. O.; Cruz, M. C.; Quintão, D. M. G.; Monteiro, M. V. C. Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de serviço de fisioterapia uroginecológica da rede pública. **Rev Bras Fisioter**., 2008, v. 12, n. 2, p. 136-142.

Fonseca, A. M.; Bagnoli, V. R.; Soares Júnior, J. M.; Jacob Filho, W.; Baracat, E. C.; Massabki, J. O. P.; Arie, W. M. Y.; Couto Júnior, E. B.; Azevedo Neto, S. Envelhecimento Feminino. In: __. Climatério e Senescência. São Paulo: Atheneu, 2015, cap. 2, p. 3-4.

Fonseca, E. S. M.; Camargo, A. L. M.; Castro, R. de A.; Sartori, M. G. F.; Fonseca, M. C. M.; Lima, G. R. de; Girão, M. J. B. de C. Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**., 2005, v. 27, n. 5, p. 235-242. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005000500002>. Acesso em: 10 jun. 2017.

Franco, M. M. **Avaliação da função muscular do assoalho pélvico, incontinência urinária e função sexual em mulheres na pós-menopausa**. 2012. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17142/tde-28052018-173249/en.php>.

França, J. E. S. Perineômetro: guia sobre biofeedback de pressão. **SlideShare**, 2019. Disponível em: < https://www.slideshare.net/eedivaldof/perineometro-guiasobrebiofeedbackdepressao>. Acesso em: 13 nov. 2019.

Freitas, C. V.; Capela, I. L. B.; Caldas, S. A. C. S de; Almeida, T. M. G. Abordagem fisioterapêutica da incontinência urinária em idosos na atenção primária em saúde. **Fisioterapia e Pesquisa**, 2020, v. 27, n. 3, p. 264–270. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fp/a/5yLyrcHYzZVTDBHt6MvVSHj/>.

Fricke, A.; Lark, S. D.; Fink, P. W.; Mundel, T.; Shultz, S. P. Exercise Interventions to Improve Pelvic Floor Muscle Functioning in Older Women With Urinary Incontinence: A Systematic Review. **Journal of Women's Health Physical Therapy**, Nova Zelândia, 2021, v. 45, n. 3. Disponível em: <https://www.ingentaconnect.com/content/wk/jwh/2021/00000045/00000003/art00004>. Acesso em: 7 ago. 2023.

Frutos-Reoyo, E. J.; Luque-Linero, P.; Cantalapiedra-Puentes, E.; Mendi-Gabarain, I.; Bermejo-de la Fuente, P.; Candau-Pérez, E. D. Factores pronósticos del resultado del tratamiento rehabilitador en la incontinencia urinaria femenina. **Actas Urológicas Españolas**, 2023. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210480623000141>. Acesso em: 15 dez. 2023.

Folstein, M. F.; Folstein, S. E.; Mchugh, P. R. Mini-mental state. A pratical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J. Psychiatr Res** [on line], 1975, v. 12, n. 1. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0022395675900266>. Acesso em: 10 jun. 2017.

Galeano, G.; Trelini, V. M. **Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo mediante biofeedback en mujeres post parto vaginal**. 2023. Trabalho de Conclusão

de Curso. Disponível em: <https://rid.ugr.edu.ar/handle/20.500.14125/724>. Acesso em: 23 dez. 2023.

Galhardo, C.; Katayama, M. Anatomia e fisiologia do trato urinário inferior feminino. In: CHIARAPA, T.R.; CACHO, D.P.; ALVES, A.F.D. (Org). Incontinência urinária feminina: assistência fisioterapêutica e multidisciplinar. 1ed. São Paulo: **Livraria Médica Paulista Editora**, 2007.

Gaudenz, R. Der inkontinenz-fragebogen mit dem neuem urge-score und stress-score. Geburtsh U. **Frauenheilk**.,1979, v. 39, n. 9, p. 784-92. Disponível em: <http://www.fwiegleb.de/dd-inkon.htm>. Acesso em: 12 ago. 2017.

Goldberg, A.; Chavis, M.; Watkins, J.; Wilson, T. The five-times-sit-to-stand test: Validity, reliability and detectable change in older females. **Aging - Clin Exp Res**. 2012, v. 24, n. 4, p. 339-344.

Gomes, N. A. S. **Auto-estima, auto-eficácia, e empregabilidade subjectiva em empregados, desempregados, e estudantes do ensino superior**. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa, 80 fls.

Gonçalves, R. de S.; Carvalho, M. B.; Fernandes, T. C.; Veloso, L. S. L.; Santos, L. F. dos; Sousa, T. R. de; Lopes, A. B. A.; Luz, I. T. M. da. Educação em saúde como estratégia de prevenção e promoção da saúde de uma unidade básica de saúde / Health education as a strategy for the prevention and promotion of health in a basic health unit. **Brazilian Journal of Health Review**, 2020, v. 3, n. 3, p. 5811–5817. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-144>. Acesso em: 6 ago. 2023

Gorzoni, M. L.; Fabbri, R. M. A. Livro de Bolso de Geriatria. In: FABBRI, R. M. A. Incontinência Urinária. São Paulo: **Atheneu**, 2013, cap. 10, p. 67-72.

Guillemin, F.; Bombardier, C.; Beaton, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J. Clin. Epidemiol**, 1993, v. 46, p. 1417-1432.

Gumussoy, S.; Kavlak, O.; Yeniel, A. O. Efeitos do treinamento de treinamento muscular do pélvico guiado por biofeedback com e sem terapia de inerção magnética extracorpórea na incontinência de esforço, **Journal of Wound, Ososb e Continence Nursing**, 2021, v., 2, n. 2, p. 153 -161.

Guyatt, G. H.; Feeny, D. H.; Patrick, D. L. Measuring Health-related Quality of Life. **Annals of Internal Medicine**, 1993, v. 118, n. 8, p. 622-629. Disponível em: <https://www.annals.org/article.aspx?volume=118&issue=8&page=622>. Acesso em 23 abr. 2019.

Hagen, S.; Elders, A.; Stratton, S.; Sergenson, N.; Bugge, C.; Dean, S.; Hay-Smith, J.; Kilonzo, M.; Dimitrova, M.; Abdel-Fattah, M. Efetividade do treinamento muscular do assoalho pélvico com e sem biofeedback eletromiográfico para incontinência urinária em mulheres: ensaio clínico randomizado multicêntrico. **BMJ**, Reino Unido, 2020, v.

371, n. 3719. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33055247/>. Acesso em: 17 set. 2021.

Hay-Smith, E. J. C.; Herderschee, R.; Dumoulin, C.; Herbison, G. P. Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. **Cochrane Database Syst Rev**., 2011, v. 12.

Haylen, B. T.; de Ridder, D.; Freeman, R. M.; Swift, S. E.; Berghmans, B.; Lee, J.; Monga, A.; Petri, E.; Rizk, D. E.; Sand, P. K.; Schaer, G. N. An International Urogynaecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. **Int. Urogynecol. J**., 2010 v. 21, n. 5, p. 26. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19937315>. Acesso em: 12 jun. 2019.

Herdman, T. H.; Kamitsuru, S.; Lopes, C. T. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2021-2023. Porto Alegre: **Artmed**, 2021.

Hersh, L.; Salzman, B. Clinical management of urinary incontinence in women. Am Fam Physician. **American Academy of Family Physicians**, 2013, v. 87, n. 9, p. 634–40.

Higa, R.; Lopes, M. H. B. De M.; Turato, E. R. Significados psicoculturais da incontinência urinária feminina: uma revisão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], 2008, v. 16, n. 4, p. 779-786. DOI: 10.1590/S0104-11692008000400020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/17004>. Acesso em: 5 jan. 2024.

Hyung Hur, M. Empowering the elderly population through ICT-based activities: An empirical study of older adults in Korea. **Information Technology & People**, 2016, v. 29, p. 318-333.

Izilian, E. S.; Oliveira, T. F. S.; Piemonte, G. A.; Oliveira, W. G. A. **Prevalência de incontinência urinária, funcionalidade e impacto da qualidade de vida em idosas institucionalizadas**. Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE, Presidente Prudente, SP, 2020. Disponível em: <https://www.unoeste.br/Areas/Eventos/Content/documentos/EventosAnais/564/anais/Sa%C3%BAde/Fisioterapia.pdf#page=108>. Acesso em: 22 out. 2023.

Jacob Filho, W.; da Silva, F. P. M.; Farias, L. L.; Miranda, R. B.; Lin, S. M.; da Silva, T. J. A. Manual de Terapêutica Não Farmacológica em Geriatria e Gerontologia. In: AMARAL, J. R. G.; MONTES, P. H. Incontinência Urinária. São Paulo: **Atheneu**, 2014. 149 p.

Jaipaul, N. Efeitos da idade no trato urinário. **Manual MSD**, 2017. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt-br/casa/dist%C3%BArbios-renais-e-urin%C3%A1rios/biologia-dos-rins-e-do-trato-urin%C3%A1rio/efeitos-da-idade-no-trato-urin%C3%A1rio>. Acesso em: 16 ago. 2018.

Justina, L. B. D. Prevalência de incontinência urinária feminina no Brasil: uma revisão sistemática. **Rev. Inspirar**, 2013, v. 5, n. 2, p. 1-7. Disponível em:

<https://www.inspirar.com.br/wp-content/uploads/2014/10/prevalencia-de-incontinencia-artigo-313.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.

Kaplan, H. S. A nova terapia do sexo. 4a ed. Rio de Janeiro: **Nova Fronteira**; 1974.

Kargar Jahromi, M.; Talebizadeh, M.; Mirzaei, M. O efeito dos exercícios da musculatura pélvica na incontinência urinária e autoestima de mulheres idosas com incontinência urinária de esforço. **Globo. J. Saúde Sci**., 2014 v. 7, p. 71-79.

Kataria, K.; Ilsey, A. Urinary incontinence in older adults: what you need to know. **Br J Hosp Med** (Lond)., 2021, v. 82, n. 4, p. 1-8.

Kegel, A. H. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, 1948, v. 56, n. 2, p. 238-248. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18877152>. Acesso em: 15 jun. 2017.

Kelleher, C.; Staskin, D.; Cherian, P.; Cotterill, N.; Coyne, K.; Kopp, Z. Patient-reported outcome assessment. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A editor (s). Incontinence. 5th Edition. Paris: **Health Publication Ltd**, 2013, p. 389-428.

Kelleher, C. J.; Cardozo, L. D.; Khullar, V.; Salvatore, S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. **Br J Obstet Gynaecol**, 1997, v. 104, p. 1374-1379. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9422015>. Acesso em: 15 jun. 2017.

Kelleher, C. J. Quality of life and urinary incontinence. In: CARDOZO L, STASKIN D. Textbook of female urology and urogynaecology. London: **Isis Medical Media**, 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8541463>. Acesso em: 15 jun. 2017.

Kerrebroeck, P.; Abrams, P.; Chaikin, D.; Donovan, J.; Fonda, D.; Jackson, S.; Jennum P.; Johnson, T.; Lose. G.; Mattiasson, A.; Robertson, G.; Weiss, J. Subcomitê de Padronização da Sociedade Internacional de Continência. A padronização da terminologia em noctúria: relatório do Subcomitê de Padronização da Sociedade Internacional de Continência. **Neurourol Urodyn**., 2002, v. 21, n. 2, p. 179-83.

Kessler, M.; Facchini, L. A.; Soares, M. U.; Nunes, B. P.; França, S. M.; Thumé, E. Prevalence of urinary incontinence among the elderly and relationship with physical and mental health indicators. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online]**., 2018, v. 21, n. 04, p. 397-407. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180015>. Acesso em: 05 dez. 2022.

Krhut, J.; Zachoval, R.; Smith, P. P.; Rosier, P. F.; Valanský, L.; Martan, A.; Zvara, P. Pad weight testing in the evaluation of urinary incontinence. **Neurourol Urodyn**., 2014, v. 33, n. 5, p. 507-510.

Kumar, V.; Cotran, R. S. Robbins: patologia estrutural e funcional. 6a ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2005.

Lamas, K.; Patrício, M. O. Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos. Juiz de Fora: **ArtMed**, 2008. Resenha de: BANDURA, A. Teoria Social Cognitiva? Muito Prazer! Psicologia em Pesquisa, v. 2, n. 2, p. 96-98, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesq/v2n2/v2n2a10.pdf>. Acesso em 10 set. 2017.

Langoni, C. da S.; Knorst, M. R.; Lovatel, G. A.; Leite, V. de O.; Resende, T. de L. Incontinência urinária em idosas de Porto Alegre: sua prevalência e sua relação com a função muscular do assoalho pélvico. **Fisioter. Pesqui**.,2014, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 74-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502014000100074&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 ago. 2017.

Larosa, P. R. Atlas de Anatomia Humana Básica. 2ª ed. São Paulo: **Martinari**, 2012.

Lathen, L.; Laestadius, L. Reflections on online focus group research with low socio-economic status african american adults during COVID-19. **International Journal of Qualitative Methods**, 2021, p. 1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/16094069211021713>. Acesso em: Acesso em: 12 set. 2022.

Laycock, J.; Jerwood, D. Development of the Bradford perineometer. **Physiotherapy**, 1994, v.80, p.139 –142.

Lawi, E. R. J. A. **Perfil de hábitos de leitura e qualidade de vida de alunos ingressantes em 2014, de odontologia e fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia da USP de Bauru, São Paulo**. 93fls. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de São Paulo, Bauru, 2015.

Leal, C. **Reavaliar o Conceito de Qualidade de Vida**. Universidade dos Açores, 2008.

Leandro, T. A.; Araujo, T. L. de; Cavalcante, T. F.; Lopes, M. V. de O.; Oliveira, T. M. F. de; Lopes, A. C. M. Diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária em pacientes com acidente vascular cerebral. **Rev. esc. enferm**. USP, São Paulo, 2015, v. 49, n. 6, p. 923-930. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000600923&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jan. 2019.

Lebrão, M. L.; Laurenti, R. Sabe- Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. (Health, Well-Being and aging: the SABE Study in São Paulo, Brazil). Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2003 Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/sabe/Extras/Questionario_2006.pdf>. Acesso em 28 ago. 2017.

Leite, S. de S. *et al*. Construction and validation of an Educational Content Validation Instrument in Health. **Rev. Bras. Enferm**., 2018, v. 71, supl. 4, p. 1635-1641. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000701635&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2023.

Leong, B. S.; Mok, N. W. Eficácia de um novo Programa de Fisioterapia de Continência Urinária padronizado para mulheres idosas da comunidade em Hong Kong. **Hong Kong Med**. **J**., 2015, v. 21, p. 30-37.

Lima Ferreira, C., Tamy Kawasara, K.; Andrade Batista, P. Prevalência de incontinência urinária em idosas de instituição de longa permanência. **Fisioterapia Brasil**, 2019, v. 20, n. 6. Disponível em: <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/2730 >. Acesso em: 6 ago. 2023.

Limonge, L. G.; Shinkai, R. M. G.; Formigosa, C. de A. C.; Pessoa, M. dos S. Impactos da incontinência urinária na qualidade de vida de idosos de uma Unidade de Saúde da Família. **Medicina** (Ribeirão Preto) [Internet]. 15 de agosto de 2023, v. 56, n. 2, e-200294. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/200294>. Acesso em: 13 nov. 2023.

Lopes, C. T.; Amorim, A. F.; Nishi, F. A.; Shimoda, G. T.; Jensen, R.; Pimenta, C. A. de Mattos. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem** [Internet].
São Paulo: COREN-SP, 2017. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2022.

Lopes, M. H. B. M.; Higa, R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. **Rev. esc. enferm**. USP, São Paulo, 2006, v. 40, n. 1, p. 34-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 ago. 2017.

Lopes, R. M. M. **Cinesioterapia como tratamento da incontinência urinária na mulher idosa**. 2021. trabalho de conclusão de curso. faculdade de educação e meio ambiente. Disponível em: <https://repositorio.unifaema.edu.br/bitstream/123456789/2978/1/ROSICLEI%20DE%20MOURA%20MACHADO%20LOPES.pdf>. Acesso em: 18 out. 2023.

Lukacz, E. S.; Santiago-Lastra, Y.; Albo, M. E.; Brubaker, L. Urinary Incontinence in Women A Review. **JAMA**, 2017, v. 318, n. 16, p. 1592–1604. Disponível em: < https://pebmed.com.br/incontinencia-urinaria-revisao-do-jama-indica-condutas-para-avaliacao-e-tratamento/>. Acesso em: 06 mai. 2019.

Luginbuehl, H.; Lehmann, C.; Koenig, I.; Kuhn, A.; Buergin, R.; Radlinger, L. Treinamento muscular reflexivo involuntário do assoalho pélvico além do treinamento padrão versus treinamento padrão sozinho para mulheres com incontinência urinária de esforço: um estudo controlado randomizado. **Int. Uroginecologia J**., 2021, p. 1-10.

Luz, S. C. T.; Virtuoso, J. F.; Puhlmann, T. P. M.; Coan, M. V.; Kruger, A. P.; Honorio, G. J. S. Educação Perineal Progressiva EPP - em busca da continência urinária. São Paulo: **Biblioteca 24 horas,** 2011. p. 98.

Makizako, H.; Shimada, H.; Doi, T. Predictive Cutoff Values of the Five-Times Sit-to-Stand Test and the Timed “Up & Go” Test for Disability Incidence in Older People Dwelling in the Community. **Phys Ther**., 2017, v. 97, n. 4, p. 417-424.

Maranhão, T. M. O. *et al*. Pad-teste: uma revisão sobre conceitos e utilização. **Femina**, 2008, v. 36, n. 4, p.243-246. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-

bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=493962&indexSearch=ID>. Acesso em: 13 jun. 2019.

Mariano, J. G. M. **O efeito de intervenções fisioterapêuticas no tratamento da incontinência urinária em idosos**. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso. 23 fls. Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/53547>. Acesso em: 07 jun. 2023.

Martinho, N. M.; Silva, V. R.; Marques, J.; Carvalho, L. C.; Iunes, D. H.; Botelho, S. The effects of training by virtual reality or gym ball on pelvic floor muscle strength in postmenopausal women: a randomized controlled trial. **Braz J Phys Ther**., 2016, v. 20, n. 3, p. 248–257.

Martins, G. V. **Correlação entre incontinência urinária, mobilidade funcional e qualidade de vida em indivíduos com a doença de Parkinson**. 2022. UNESP. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/items/b807bde7-d833-445d-bcde-86561fea018f>. Acesso em: 13 nov. 2023.

Melo, L. P. L. D.; Pascoal, L. M.; Rolim, I. L. T. P.; Santos, F. A. A. S.; Santos, F. S.; Santos Neto, M.; Almeida, A. G. D. A. Incontinência urinária em mulheres: avaliação com auxílio das terminologias padronizadas em enfermagem NANDA-I e NOC. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2023, v. 76, p. e20220714. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/FQqDYytbg8gdrgP9F9hqpxG/?lang=pt>. Acesso em: 22 out. 2023.

Méndez, L. M. G.; Moura, A. C. R. D.; Cunha, R. M. D.; Figueiredo, V. B. D.; Moreira, M. A.; Nascimento, SLD. Terapia comportamental no tratamento da incontinência urinária: qualidade de vida e gravidade. **Fisioterapia em Movimento**, 2022, v. 35. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fm/a/N3JVptWCyCL7yzhjyMGnP7M/?lang=pt>. Acesso em: 12 ago. 2023.

Melnyk, B.M.; Fineout-Overholt, E. Making the case for evidence-based practice.In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: **Lippincot Williams & Wilkins**, 2005, p.3-24.

Melo, L. P. L. de; Pascoal, L. M.; Rolim, I. L. T. P.; Santos, F. A. A. S.; Santos, F. S.; Santos Neto, M.; Lima, F. E. T.; Almeida, A. G. de A. Urinary incontinence in women: assessment with the aid of standardized nursing terminologies NANDA-I and NOC. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2023, v. 76, n. 5, p. e20220714.

Mesquita, L. A. Terapia comportamental na abordagem primária da hiperatividade do detrusor. **Femina**, 2010, v. 38, n. 1, p. 23-29. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n1/a004.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2019.

McLean, L.; Varette, K.; Gentilcore-Saulnier, E.; Harvey, M.-A.; Baker, K.; Sauerbrei, E. O treinamento muscular do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária de esforço causa hipertrofia dos esfíncteres uretrais e reduz a mobilidade do colo vesical durante a tosse. **Neurourol. Urodyn**., 2013, v. 32, p. 1096-1102.

Minayo, M. C. De S.; Hartz, Z. M. A.; Buss, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2000, v. 5, n. 1, p. 7-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 ago. 2018.

Murray, J.; Schell, D.; Willis, C. **User Centered Design in Action: Developing an Intelligent Agent Application**, 1997, In: SIGDOC' 97 - 15th Annual International Conference on Computer Documentation, Salt Lake City, p. 181-188.

Nascimento, C. A. F.; Ferrão, S.; Santos, S. A intervenção educativa do enfermeiro na promoção do autocuidado da pessoa idosa com incontinência urinária. **JIM — Jornal de Investigação Médica**, [S. l.], 2022, v. 3, n. 2, p. 77–95. Disponível em: <https://www.revistas.ponteditora.org/index.php/jim/article/view/502>. Acesso em: 4 dez. 2023.

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Urinary incontinence: the management of urinary incontinence in women. London (UK): **National Institute for Health and Care Excellence** (NICE), 2013. 48 p. (Clinical guideline; n. 171).

Nie, X. F.; Ouyang, Y. Q.; Wang, L.; Redding, S. R. A meta-analysis of pelvic floor muscle training for the treatment of urinary incontinence. **Int J Gynaecol Obstet**., 2017, v. 138, n. 3, p. 250-255. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28602038>. Acesso em: 10 jun. 2019.

Nitrini, R.; Caramelli, P.; Bottino, C. M. C.; Damasceno, B. P.; Brucki, S. M. D.; Anghinah, R. Critérios diagnósticos e exames complementares. Recomendações do Departamento de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Arq Neuropsiquiatr**, 2005, v. 63, p. 713-719.

Norton P, Brubaker L. Urinary incontinence in women. **Lancet North Am Ed**., 2006, v. 367, n. 9504, p. 57–67.

Oliveira, A. H. F. V. De; Vasconcelos, L. Q. P. De; Nunes, E. F. C.; Latorre, G. F. S. Contribuições da fisioterapia na incontinência urinária no climatério. **Rev. Ciênc. Méd**., 2017, v. 26, n. 3, p. 127-133. Disponível em: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/3842/2631>. Acesso em 10 jun. 2019.

Oliveira, C. A.; da Silveira, E. F.; de Farias Machado, Y. A.; Martins, M. I. M. Eficácia da fisioterapia pélvica no tratamento da incontinência urinária em mulheres climatéricas. **Research, Society and Development**, 2020, v. 9, n. 11, p. e2979119880-e2979119880. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9880>. Acesso em: 05 nov. 2019.

Oliveira, L. B. de. **Relação da incontinência urinária e depressão no idoso entre faixas etárias**. 2023. UNESP. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/items/607db1d4-a975-41b1-a0e8-7669f6b05808>. Acesso em: 13 nov. 2023.

Oliveira, L. D. R.; Lopes, M. H. B. M. Validação da versão brasileira do Gaudenz-Fragebogen: utilizado para o diagnóstico diferencial da incontinência urinária feminina. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, 2016, v. 20, n. 2, p. 332-336. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200332&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 set. 2017.

Oliveira, J. R.; Garcia, R. R. Cinesioterapia no tratamento da Incontinência Urinária em mulheres idosas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 2011, v. 4, n. 2, p. 343-351. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 ago. 2019.

Organização Mundial De Saúde. International Health Conference [Preamble] (**Official Records of the World Health Organization**, 1946, n.2, p. 100). Nova York. Disponível em: <http://www.who.int/suggestions/faq/en/index.html>. Acesso em 10 mai. 2019.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Guidelines for WHO Guidelines**. Global Programme on Evidence for Health Policy. Geneva: Switzerland, 2003.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde**. EUA: WHO, 2015.

Organização Mundial De Saúde [homepage na internet]. Sistema de informação e estatística. Disponível em: <http://www.who.int/en/>. Acesso em 10 jun. 2019.

Patino, C. M.; Ferreira, J. C. Critérios de inclusão e exclusão em estudos de pesquisa: definições e por que eles importam. **J Bras Pneumol**., 2018, v. 44, n. 2, p.84-84. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/LV6rLNpPZsVFZ7mBqnzjkXD/?lang=en#>. Acesso em: 22 out. 2023.

Pereira, E. U. A.; De Melo, M. V.; Correia, G. N.; Driusso, P. Efeitos a longo prazo do treinamento muscular do assoalho pélvico com cone vaginal em mulheres na pós-menopausa com incontinência urinária: um estudo controlado randomizado. **Neurourol. Urodyn**., 2012, v. 32, p. 48-52.

Pereira, K. M. **Efeito da crioterapia na propriocepção dos músculos do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária de esforço–recorte de um ensaio clínico randomizado controlado**. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/47505>. Acesso em: 05 set. 2023.

Pereira, S. B.; Thiel, R. do R. C.; Riccetto, C.; Silva, J. M. da; Pereira, L. C.; Herrmann, V. Validação do International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder (ICIQ-OAB) para a língua portuguesa. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**., 2010, v. 32, n. 6, p. 273-278.

Pérez-Cimma, N., Cigarroa, I., Zapata-Lamana, R., Sepúlveda-Martin, S., Espinoza-Pulgar, P., & Sarqui, C. Ejercicio y educación mejoran equilibrio y la calidad de vida en

mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo. **Universidad y Salud**, 2022, v. 24, n. 1, p. 36-44. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-71072022000100036&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 jun. 2023.

Pessoa, V. L. M. **Programa Baseado no Método de Pilates Clínico como Meio de Intervenção na Incontinência Urinária Feminina**. 2020. Tese de Doutorado. Instituto Politecnico do Porto (Portugal). Disponível em: <https://www.proquest.com/openview/359ad7eeaf0a2a0dd494a66ab791a002/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>.Acesso em: 15 jun. 2023.

Petricelli, C. D. A importância dos exercícios perineais na saúde e sexualidade feminina. **Fisio e Terapia**, 2003, Ano VII, n. 37, p. 24-25.

Pimentel, F. L. Qualidade de Vida em Oncologia. Coimbra: **Almedina**, 2006.

Pinheiro, B. de F.; Franco, G. R.; Feitosa, S. M.; Yuaso, D. R.; Castro, R. de A.; Girão, M. J. B. C. Fisioterapia para consciência perineal: uma comparação entre as cinesioterapias com toque digital e com auxílio do biofeedback. **Fisioter. Mov**., 2012, v. 25, n. 3, p. 639-648. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v25n3/19.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2019.

Pinto, J. M.; Neri, A. L. Factors associated with low life satisfaction in community-dwellingelderly: FIBRA Study. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2013, v. 29, n. 12, p. 2447-2458. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001700010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jul. 2017.

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, v. 39, n. 2, p. 142-148.

Polit, D. F.; Beck, C. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 7ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2011.

Magdalena Ptak, A.; Brodowska, R. Qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária de esforço de estágio 1 após aplicação de tratamento conservador - um estudo randomizado. **Int. J. Environ. Res. Saúde Pública**, 2017, v. 14, n. 6, p. 577. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/14/6/577/htm>. Acesso em 11 jun. 2019.

Quark Medical. **PERINA CLÍNICO**. 2019. Disponível em: <https://quarkmedical.com.br/loja3039/index.php?route=product/product&product_id=98&search=perina+clinico>. Acesso em: 25 out. 2021.

Rabelo-Silva, E. R.; Mantovani, V.; Pedraza, L.; Cardoso, P. International Collaboration and New Research Evidence on Nanda International Terminology. **Int J Nurs Knowl,** 2020, v. 32, n. 2, p. 103-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12300>. Acesso em: 13 abr. 2022.

Radzimińska, A.; Strączyńska, A.; Weber-Rajek, M.; Styczyńska, H.; Strojek, K.; Piekorz, Z. O impacto do treinamento dos músculos do assoalho pélvico na qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária: uma revisão sistemática da literatura. **E-journal**, 2018, v. 13, p. 957-965. Disponível em: <https://www.dovepress.com/the-impact-of-pelvic-floor-muscle-training-on-the-quality-of-life-of-w-peer-reviewed-fulltext-article-CIA>. Acesso em: 11 jun. 2019.

Rael Molina, L. Protocolos de tratamiento fisioterápico para la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres de mediana edad. **Revisión Bibliográfica Sistemática**, 2023. Disponível em: <http://dspace.umh.es/handle/11000/30213>. Acesso em: 26 dez. 2023.

Ramos, A. L.; Oliveira, A. A. A. C. Incontinência urinária em mulheres no climatério: efeitos dos exercícios de kegel. **Revista Hórus**, 2010, v. 5, n. 2, p. 264-275. Disponível em: <http://periodicosbh.estacio.br/index.php/revistahorus/article/viewFile/3990/1818>. Acesso em: 12 jun. 2019.

Reis, B. M.; da Silva, J. B.; Rocha, A. P. R.; Liebano, R. E.; Driusso, P. Intravaginal electrical stimulation associated with pelvic floor muscle training for women with stress urinary incontinence: study protocol for a randomized controlled trial with economic evaluation. **Trials**, 2021, v. 22, n. 1, p. 823.

Reis, R. B. dos; Cologna, A. J.; Martins, A. C. P.; Paschoalin, E. L.; Tucci, J. S.; Suaid, H. J. Incontinência urinária no idoso. **Acta Cir. Bras**., São Paulo, 2003, v. 18, n. 5, p. 47-51. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502003001200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 ago. 2018.

Ribeiro, B. A. A.; dos Santos, D. C.; Angelim, E. S. Z.; Lima, M. F.; de Oliveira Souza, E. C.; dos Santos Barros; M. Efeitos da prática de fisioterapia obstétrica sobre a força dos músculos do assoalho pélvico na gestação: um relato de caso. **TCC-Fisioterapia**, 2022. Disponível em: <https://repositoriodigital.univag.com.br/index.php/tccfisio/article/view/1542>. Acesso em: 06 jul. 2023.

Ribeiro, B. A. A.; dos Santos, D. C.; Angelim, E.; Santana, Z.; Lima, M. F.; dos Santos Barros, M.; de Oliveira Souza, E. C. O treinamento dos músculos do assoalho pélvico no tratamento da incontinência urinária gestacional: um estudo de caso. **VII Seminário transdisciplinar da sáude**, 2019, p. 9. Disponível em: <https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:R3NXTJMmb3QJ:scholar.google.com/+incontin%C3%AAncia+urin%C3%A1ria+perina+clinico&hl=pt-BR&as_sdt=0,5&as_ylo=2019&as_vis=1>.

Rogerson, R. J. Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological similarities. **Soc. Sci. Med**., 1995, v. 41, p. 1373-1382.

Rosa, L.; Zanini, M. T. B.; Zimermmam, K. C. G.; Ghisi, M. G.; Policarpo, C. M.; Dagostin, V. S.; Salvador, M. B. Impacto no cotidiano de mulheres com incontinência urinária. **Estima**, 2017, v. 15, n. 3, p. 132-138. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/download/542/pdf>. Acesso em: 12 jun. 2019.

Saboia, D. M.; Gomes, M. L. S.; Lima, R. R. Efeito do uso de tecnologias móveis para o tratamento da incontinência urinária em mulheres: revisão sistemática. **Simpósio Brasileiro de Estomaterapia Norte-Nordeste**, 2022. Disponível em: <https://anais.sobest.com.br/sben/article/view/442>. Acesso em: 05 nov. 2023.

Saboia, D. M.; Firmiano, M. L. V.; Bezerra, K. C.; Vasconcelos Neto, J. A.; Oriá, M. O. B.; Vasconcelos, C. T. M. Impact of urinary incontinence types on women's quality of life. **Rev. esc. enferm**. USP, São Paulo, 2017, v. 51, e03266. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100473&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2019.

Salci, M. A.; Maceno, P.; Rozza, S. G.; Silva, D. M. G. V. da; Boehs, A. E.; Heidemann, I. T. S. B. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas:algumas reflexões. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2013, v. 1, n. 22, p.224-230. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/VSdJRgcjGyxnhKy8KvZb4vG/?lang=en#ModalHowcite>. Acesso em: 8 sete. 2023.

Santos, E. B. **A qualidade de vida em idosas com incontinência urinária**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso. CENTRO UNIVERSITARIO UNIFACVEST. Disponível em: <https://www.unifacvest.edu.br/assets/uploads/files/arquivos/05e7c-santos,-emanuela-bizotto-dos.-a-qualidade-de-vida-em-idosas-com-incontinencia-urinaria.-fisioterapia.-lages_-unifacvest,-2019-02_.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2023.

Santos, K. F. O. **Qualidade de vida de idosas com incontinência urinária**. 2013. Dissertação de Mestrado. 117 fl. Universidade Federal da Paraíba. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/5117/1/ArquivoTotalKamyla.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2023.

Santos, K. F. O. **Terapia comportamental para controle de incontinência urinária de esforço em mulheres idosas: construção e validação de protocolo de intervenção de enfermagem**. 2016. Tese de doutorado. 174 fl. Universidade Federal da Paraíba. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/8724/2/arquivototal.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.

Schunk, D. H. Self-efficacy for reading and writing: Influence of modeling, goal setting, and self-evaluation. **Reading & Writing Quarterly: Overcoming Learning Difficulties**, 2003, v. 19, n.2, p.159-172, 2003.

Schuttinga, J. A. Quality of life from a federal regulatory perspective. In: Dimsdale JE, Baum A, editors. Quality of life in behavioral medicine research. **New Jersey**: Lawrence Erlbaum Associates, 1995, p. 31-42.

Senra, C.; Pereira, M. G. Quality of life in women with urinary incontinence. **Rev. Assoc. Med. Bras**., São Paulo, 2015, v. 61, n. 2, p. 178-183. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302015000200178&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de jul. 2017.

Shenot, P. J. Incontinência Urinária em Adultos. **Manual MSD Versão para Profissionais de Saúde**, 2016. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-geniturin%C3%A1rios/dist%C3%BArbios-miccionais/incontin%C3%AAncia-urin%C3%A1ria-em-adultos>. Acesso em: 24 mai. 2019.

Silva, A. G.; Carvalho, R. R. C.; Ferreira, S.A.; Valença, M. P.; Silva Filho, J. C.; Santos, I. C. R. V. Incontinência urinária em mulheres: fatores de risco segundo tipo e gravidade. **Cogitare enfermagem**, 2020, 25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.68514>. Acesso em: 10 jun. 2022.

Silva, C. P.; Gruendling, M.; Coelho, N. F.; Kalil, P. S.; Noronha, J. A. P. Incontinência urinária: uma breve revisão da literatura. **Acta méd**., Porto Alegre, 2017, v. 38, n. 7. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/883713/iu-final_rev.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.

Silva, D. R. **Efeito da crioterapia na propriocepção dos músculos do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária de esforço: ensaio clínico randomizado controlado**. 2020. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/31826>.

Silva, I. A. **Noctúria: fatores associados e impacto sobre a qualidade de vida em usuárias do serviço único de saúde**. 2023. 129 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Materno-Infantil) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil, Faculdade de Medicina, Universidade Federal Fluminense, 2023. Disponível em: <https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFF-2_556760dcca80f2ffda7eec718b7e067c>. Acesso em: 12 dez. 2023.

Silva, I. V. Educação em Saúde: O Papel do Enfermeiro como Educador em Saúde. **Portal Educação**, 2012. Disponível em: < https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/educacao/educacao-emsaude-o-papel-do-enfermeiro-como-educador-em-saude/21586>. Acesso em: 21 ago. 2019.

Silvestre, C. Sete coisas que você pode fazer no Google Meet, mas não sabia. **TechTudo**, 2022. Disponível em: <https://www.techtudo.com.br/listas/2022/12/sete-coisas-que-voce-pode-fazer-no-google-meet-mas-nao-sabia.ghtml>. Acesso em: 12 jun. 2023.

Singh, S.; Herwijnen, I. V.; Phillips, C. The management of lower urogenital changes in the menopause. **Menopause International**, England, 2013, v. 19, n. 2, p. 77-81.

Paulsen, F.; Waschke, J. Sobotta atlas de anatomia humana. 24. ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2018, v. 3.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Rio de Janeiro: Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2019, v. 113, n. 4, p. 787-891.

Sociedade Brasileira De Urologia. **Incontinência urinária: propedêutica. Projetos e Diretrizes da Associação Médica Brasileira e do Conselho Federal de Medicina**. São Paulo, 2006.

Sociedade Portuguesa de Ginecologia. Consenso Nacional sobre Uroginecologia 2021. **Secção Portuguesa de Uroginecologia**, 2018, 1–331. Disponível em: <https://spginecologia.pt/consenso/11324/>. Acesso em: 12 abr. 2022.

Sousa, J. G.; Ferreira, V. R.; Oliveira, R. J.; Cestari, C. E. Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em idosas com incontinência urinária. **Fisioter. mov.** (Impr.), Curitiba, 2011, v. 24, n. 1, p. 39-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502011000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2019.

Souza, C. E. V.; Gadelha, R. R. M. Biofeedback na melhora da qualidade de vida de mulheres idosas com incontinência urinária**. Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica** (EEDIC). 2021, v. 8. Disponível em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/eedic/article/view/4791>. Acesso em: 09 ago. 2023.

Souza, M. B.; Poersch, K. Perfil ginecológico e obstétrico, perda de urina e qualidade de vida de idosas com incontinência urinária. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, 2022, v. 10, n. 2. Disponível em: <https://adventista.emnuvens.com.br/RBSF/article/view/1451>. Acesso em: 13 nov. 2023.

Souza, R. S. Anatomia do envelhecimento. In: Papaléo Neto, M.; Carvalho Filho, E. T. Geriatria: Fundamentos, Clínica e Terapêutica. São Paulo. **Atheneu**, 2002, p.35-42.

Sperandio, F. F.; Berthold, E. M. G.; Sacomori, C.; Cardoso, F. L. Qualidade de vida em mulheres climatéricas com e sem perdas urinárias atendidas nas redes pública e privada de saúde. **Fisioterapia Brasil**, 2011, v.12, p. 9-13.

Tamanini, J. T. N.; Lebrão, M. L.; Duarte, Y. A. O.; Santos, J. L. F.; Laurenti, R. Análise da prevalência e dos fatores associados à incontinência urinária em idosos do Município de São Paulo, Brasil: Estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2009, v. 25, n. 8, p. 1756-1762. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000800011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 set. 2019.

Tamanini, J. T. N.; Dambros, M.; D'Ancona, C. A. L.; Palma, P. C. R.; Rodrigues Netto Jr, N. Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form” (ICIQ-SF). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 2004, v. 38, n. 3, p. 438-444. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000300015>. Acesso em: 21 set. 2017.

Tamanini, J. T. N.; D'Ancona, C. A. L.; Botega, N. J.; Rodrigues Netto Jr, N. Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 2003, v. 37, n. 2, p. 203-211. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 set. 2017.

Tavares, D. M. S.; Bolina, A. F.; Dias, F. A.; Santos, N. M. F. Qualidade de vida de idosos com incontinência urinária. **Rev. Elet. Enfermagem** [internet], 2011, v. 13, n. 4, p. 695-702. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/pdf/v13n4a14.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2019.

Tolentino, G. S.; Mantellatto, V. G.; Zanotto, C. O.; Pinheiro, R. L.; Gabriel, S. P. Diário miccional como terapia comportamental e sua importância na reabilitação da bexiga neurogênica. **O Mundo da Saúde**, 2006, v. 30, n. 1, p. 171-174. Disponível em: < https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-430120>. Acesso em 25 out. 2023.

Tovel, H.; Carmel, S. Maintaining successful aging: the role of coping patterns and resources. **J. of Happiness Studies**, 2014, v. 15, n. 2, p. 255-270.

Torres, B. S. C.; Alves, J. C. T.; Ribeiro, L. C. Prevalência de incontinência urinária em mulheres na idade fértil, Rio de Janeiro, Brasil. **Saúde Com-Ciência**, 2021, n. 1, p. 1-13. Disponível em: <https://revistascientificas.ifrj.edu.br/index.php/saudeeconsciencia/article/view/1708>. Acesso em: 14 set. 2023

Trindade, A. P. N. T. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Fisioter. Mov**., 2013, v. 26, p. 281-9. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 21 de ago. 2017.

Trutnovsky, G.; Rojas, R. G.; Mann, K. P. M. B.; Dietz, H. P. Urinary incontinence: the role of menopause. **Menopause**, New York, 2014, v. 21, n. 4, p. 399-402.

Tuttas, C.A. Lições aprendidas usando a tecnologia de conferência na Web para entrevistas on-line em grupos focais. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**, 2015, v. 25, n. 1, p. 122-133.

Unger, C.; Weinstein, M.; Pretorius, D. Pelvic Floor Imaging. **Obstetric and Gynecology Clinics of North America**, 2011, v. 38, n. 1, p. 23-43.

Urologia Campinas. Tratamentos: Envelhecimento do sistema urinário e genital. **Urologia Campinas**, 2016. Disponível em: <http://www.urologiacampinas.com.br/tratamentos/Envelhecimento-do-sistema-urinario-e-genital.php>. Acesso em: 08 ago. 2018.

Vasconcelos, M. **Serviço de Fisioterapia do Assoalho Pélvico da UFPB**. Paraíba. Disponível em: <http://assoalhopelvico.com/page_14.html>. Acesso em: 11 jun. 2019.

Veras, R. E. S.; Moreira, D. P.; Silva, V. D.; Rodrigues, S. E. Avaliação de um protocolo clínico por enfermeiros no tratamento da sepse. **J. Health Biol Sci**., 2019, v. 7, n. 3, p. 292-297. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/2466/878>. Acesso em: 12 abr. 2022.

Veronez, D. A. L.; Vieira, M. P. M. M. **Abordagem morfofuncional do sistema urinário. Universidade Federal de Uberlândia** (UFU), 2012. Disponível em: <rle.dainf.ct.utfpr.edu.br/.../Abordagem_morfofuncional_do_sistema_urinario.pdf>. Acesso em: 26 de ago. 2018.

Vieira, A. C. B.; Silva, M. S. da; Vieira, P. M. M. Fatores de prevalência para a Incontinência Urinária em mulheres pós-menopausa e o impacto da qualidade de vida. **Revista de Casos e Consultoria**, [S. l.], 2021, v. 12, n. 1, p. e25465. Disponível em: https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/25465. Acesso em: 4 jan. 2024.

Wagg, A.; Chowdhury, Z.; Galarneau, J.-M.; Haque, R.; Kabir, F.; MacDonald, D.; Naher, K.; Yasui, Y.; Cherry, N. Exercício de intervenção na gestão da incontinência urinária em mulheres mais velhas em aldeias em Bangladesh: Um ensaio randomizado de cluster. **Lancet Globo**. **Saúde,** 2019, v. 7, p. 923-931.

Weber-Rajek, M.; Strączyńska, A.; Strojek, K.; Piekorz, Z.; Pilarska, B.; Podhorecka, M.; Sobieralska-Michalak, K.; Goch, A.; Radzimińska, A. Assessment of the Effectiveness of Pelvic Floor Muscle Training (PFMT) and Extracorporeal Magnetic Innervation (ExMI) in Treatment of Stress Urinary Incontinence in Women: A Randomized Controlled Trial. **BioMed research international**, 2020, v. 2020, p. 2-7.

Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med**., 1995, v. 41, p. 1403-1410.

Wiebe, S.; Guyatt, G.; Weaver, B.; Matijevic, S.; Sidwell, C. Comparative Responsiveness of Generic and Specific Quality-ofLife Instruments. **Journal of Clinical Epidemiology**, 2003, v. 5, n.1, 52-60. Disponível em: < https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0895435602005371>. Acesso em: 20 ago. 2019.

Zhang, F.; Ferrucci, L.; Culham, E.; Metter, E.J.; Guralnik, J.; Deshpande, N. Performance on five times sit-to-stand task as a predictor of subsequent falls and disability in older persons. **J Aging Health**, 2013, v. 25, n. 3, p. 478-492.

Zuñiga, J. A. S.; Morales, F. R. L.; Contreras, L. B.; Lorca, L. A., Rojas; G. E. I.; Ribeiro, I. L. Eectividad de los ejercicios hipopresivos en la reducción de síntomas de incontinencia urinaria y mejora de calidad de vida en mujeres menopáusicas: una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados. **Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación**, 2023, n. 47, p. 920-925.

APÊNDICE

APÊNDICE A – CONVITE E INSTRUÇÕES PARA AVALIAÇÃO DE PROTOCOLO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA

07/12/2023, 08:58 E-mail de Universidade de São Paulo - Convite e instruções para avaliação de protocolo de incontinência urinária

Samantha da Silva e Cruz
<samanthasscruz@usp.br>

Convite e instruções para avaliação de protocolo de incontinência urinária

Luciana Kusumota <kusumota@eerp.usp.br> 4 de novembro de 2023 às 10:53Para:

<samanthasscruz@usp.br>

Prezados, esperamos encontrá-los

bem.

Estamos enviando este convite para oficializar a participação de vocês na reunião virtual sobre a avaliação de um
protocolo para tratamento da Incontinência Urinária em mulheres idosas, parte da tese de doutorado em desenvolvimento da discente Samantha Cruz, do Programa Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem deRibeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Tal reunião ocorrerá no dia 06 de novembro de 2023 às 16 horas, de forma remota, com acesso por meio do link davideochamada: https://meet.google.com/wzk-wfoa-ywp

Para a participação, é necessário que previamente preencha o formulário a seguir, que consta do termo deconsentimento da pesquisa e caracterização dos participantes: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc_E-OCPcK9wwRr5kOinoY861X7oCPCGj0RY1ZeUglyXz1Vhg/viewform?usp=sharing

Aguardamos a presença de todos e agradecemos a inestimável

APÊNDICE B – AVALIAÇÃO DE UM PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES IDOSAS

Avaliação de um protocolo para tratamento da Incontinência Urinária em mulheres idosas

Estamos realizando uma pesquisa intitulada "O efeito de uma intervenção física e comportamental na incontinência urinária e na qualidade de vida de idosas" da doutoranda Samantha da Silva e Cruz, vinculada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Está sob a orientação da professora Dra. Luciana Kusumota.

O nosso objetivo, nesse momento, é elaborar e validar com especialistas um protocolo de intervenção física e comportamental para tratamento da IU em idosas.

Assim, gostaríamos de convidá-lo(a) para participar voluntariamente desta pesquisa. A sua participação será como especialista (juiz), para realizar a etapa de validação do protocolo de intervenção física e comportamental para tratamento da IU em idosas.

* Indica uma pergunta obrigatória

1. E-mail *

2. Se tiver interesse em nosso convite, por favor, leia e caso esteja de acordo, consinta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a seguir: *

Marcar apenas uma oval.

- Abrir o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido *Pular para a pergunta 3*
- Não tenho interesse em participar

Pular para a pergunta 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Especialistas (Juízes)

Prezado(a) Senhor(a)

Estamos realizando uma pesquisa intitulada "O efeito de uma intervenção física e comportamental na incontinência urinária e na qualidade de vida de idosas" da pesquisadora (aluna de doutorado) Samantha da Silva e Cruz, vinculada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Está sob a orientação das professoras Luciana Kusumota, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP).
A pesquisa tem como objetivo principal: analisar o efeito de uma intervenção física e comportamental na incontinência urinária e na qualidade de vida relacionada à saúde de idosas na Unidade de Saúde.
Assim, gostaríamos de convidá-lo(a) para participar voluntariamente desta pesquisa. A sua participação será como especialista (juiz), para realizar a etapa de validação do protocolo de intervenção física e comportamental para tratamento da IU em idosas.
Em relação à validação do conteúdo, o(a) Senhor(a) no primeiro momento irá preencher um formulário online, enviado por correio eletrônico, contendo informações referentes aos aspectos demográficos, formação acadêmica e experiência profissional; no segundo momento, participará de um grupo de discussão (grupo focal), a ser agendado considerando a disponibilidade dos especialistas (juízes), em plataforma online, sob gravação de imagem e áudio, mediante a autorização de todos os participantes, com cerca de dez outros especialistas para análise e opinião sobre o protocolo de intervenção física e comportamental para tratamento da IU em idosas.
Sua participação neste estudo não lhe trará despesas, gastos e nem mesmo nenhuma gratificação. Terá direito à indenização conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa por parte da pesquisadora e da Instituição envolvida nas diferentes fases da pesquisa.
Os benefícios de sua participação na pesquisa são indiretos e envolvem a contribuição do conhecimento empregado na validação do conteúdo, que possam tornar um protocolo de intervenção válido entre as idosas com incontinência urinária. Desta forma, os resultados desta pesquisa poderão contribuir sobremaneira para a enfermagem e para a gerontologia, nas dimensões da prática, ensino e pesquisa.
O (A) Senhor(a) será informado sobre os resultados da pesquisa por meio impresso e/ou e- mail; e receberá orientações provenientes dos resultados da pesquisa que lhe possam trazer benefícios. Os resultados da pesquisa ainda poderão ser divulgados por meio de apresentação em eventos ou publicações científicas, mas em nenhuma hipótese dados relativos à sua identificação pessoal serão revelados. Garantimos o sigilo sobre sua participação.
O(A) Senhor(a), se desejar participar, deverá selecionar a opção "sim" (aceitar) ao final deste termo, sendo que uma via deste documento será enviada para o seu endereço de e-mail.
O(A) Senhor(a) poderá se recusar a participar do estudo, podendo inclusive, encerrar o formulário online e desistir do grupo de discussão (grupo focal) em qualquer momento.

Além de ter o direito assegurado de recusar a responder a qualquer questão, sem a necessidade de justificativas e de nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Instituição.
Os riscos relacionados à participação nesta pesquisa se referem à possibilidade de ter desconforto com relação ao tempo despendido que está estimado em aproximadamente 150 minutos, considerando todas as fases (leitura deste termo, resposta ao questionário de caracterização, participação do grupo focal e ao instrumento de validação do protocolo de intervenção). Caso apresente tal desconforto, a pesquisadora realizará pausa na etapa em curso e o acolhimento e se não tiver condições de continuar a participação, a mesma poderá ser interrompida.
Nesta pesquisa, os riscos relativos à participação em ambiente virtual envolvem as limitações tecnológicas acerca dos componentes de segurança do software, que podem sofrer ocasionalmente, o comprometimento do sigilo e violação do link de acesso ao formulário online e a plataforma de gravação de imagem e áudio. Desse modo, todos os recursos de segurança possíveis serão aplicados e as informações coletadas serão armazenadas em ambiente virtual em dispositivo eletrônico local e posteriormente apagados em todo e qualquer registro das plataformas (Google meet® e Google Forms®), a fim de minimizar a permanência e exposição dos dados em ambiente virtual.
Em qualquer fase da pesquisa, o(a) Senhor(a) poderá entrar em contato com os pesquisadores responsáveis e terá acesso, às informações atualizadas sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, e garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento sobre a pesquisa, se achar necessário, deverá contatar as pesquisadoras do estudo nos endereços abaixo.
Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-EERP) que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes. O referido Comitê fica na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP na Avenida Bandeirantes, 3900, Campus Universitário, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto-SP, CEP: 14040-902; Telefone (16) 3315-9197, E-mail: cep@eerp.usp.br, e funciona de segunda a sexta-feira, nos dias úteis das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas.

Atenciosamente,

Samantha da Silva e Cruz - Aluna do Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Pesquisadora Principal
Av. Bandeirantes, 3.900, Ribeirão Preto.
Telefone: (16) 3315 3416. Email: samanthasscruz@usp.br.

Luciana Kusumota
Professor Associado do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Orientador
Av. Bandeirantes, 3.900, Ribeirão Preto.
Telefone: (16) 3315 3416. Email: kusumota@eerp.usp.br

Para baixar esse TCLE em formato PDF, acesse o link abaixo:

https://docs.google.com/uc?export=download&id=1LTYr_ojknJuYxW6OXP-6gL0LS7yK66-xo

"É importante que o Senhor(a) GUARDE EM SEUS ARQUIVOS UMA CÓPIA DESSE DOCUMENTO DE REGISTRO DE CONSENTIMENTO. Uma via assinada pelos pesquisadores será enviada para o seu e-mail.

3. O (A) Senhor(a), tendo recebido as informações acima e ciente do exposto, declara a concordância em participar da pesquisa de forma livre e esclarecida? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim, autorizo a divulgação da imagem e/ou voz
- Não, não autorizo a divulgação da imagem e/ou voz

Questionário

4. Sexo?

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
- Masculino

5. Qual a sua situação conjugal?

Marcar apenas uma oval.

- Solteiro(a)
- União estável
- Casado(a)
- Separado(a) ou Divorciado(a)
- Viúvo(a)

6. Qual a sua idade (em anos completos)?

_____

7. Em qual cidade e estado você reside?

_____

8. Qual sua formação acadêmica?

Marcar apenas uma oval.

- ( ) Educador físico
- ( ) Enfermeiro
- ( ) Fisioterapeuta
- ( ) Médico
- ( ) Outra

9. Tempo de formação:

Marcar apenas uma oval.

- ( ) 1 a <5 anos
- ( ) de 5 a <10 anos
- ( ) de 10 a <20 anos
- ( ) 20 anos ou mais

10. Titulação:

Marcar apenas uma oval.

- Superior completo
- Pós-graduação - Especialização
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-doutorado

11. Alguma formação específica na área relacionada à incontinência urinária?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

12. Qual a sua ocupação?

_____

13. Tempo de atuação:

Marcar apenas uma oval.

- 1 a <5 anos
- de 5 a <10 anos
- de 10 a <20 anos
- 20 anos ou mais

14. Possui experiência profissional na área relacionada à incontinência urinária?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

15. Em relação à experiência profissional em incontinência urinária, qual a área?

Marque todas que se aplicam.

- [ ] Assistência
- [ ] Extensão universitária
- [ ] Pesquisa
- [ ] Gestão
- [ ] Outra

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

APÊNDICE C – CONCORDÂNCIA DOS JUÍZES

Concordância dos juízes - Grupo Focal

1. E-mail *

_____

2. Podemos considerar que a elaboração e disponibilização que um protocolo validado de avaliação de incontinncia urinária em mulheres idosas é útil para o atendimento/assistência dessas pessoas?

Marcar apenas uma oval.

- Concordo
- Discordo

3. Podemos considerar adequado o título: "PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO FÍSICA E COMPORTAMENTAL PARA TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES IDOSAS"?

Marcar apenas uma oval.

- Concordo
- Discordo

4. Podemos considerar adequada a caracterização das idosas com incontinência urinária (IU) a partir das questões 3 e 4 do *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form* (ICIQ-SF)?

Marcar apenas uma oval.

- Concordo
- Discordo

5. Podemos considerar relevante a palestra a ser realizada em Unidade Básica de Saúde com o objetivo de informar a respeito da IU e todos os seus aspectos fisiopatológicos, curativos e preventivos?

   Marcar apenas uma oval.

   - Relevante
   - Irrelevante

6. Podemos considerar adequado mensurar a qualidade de vida da idosa com IU a partir da aplicação do questionário *King's Health Questionnaire* - KHQ?

   Marcar apenas uma oval.

   - Concordo
   - Discordo

7. Podemos considerar adequado classificar o tipo de IU a partir da aplicação do questionário *Gaudenz-Fragebogen?*

   Marcar apenas uma oval.

   - Concordo
   - Discordo

8. Podemos considerar adequado o tempo de 12 semanas de intervenção física e comportamental para idosas com IU?

   Marcar apenas uma oval.

   - Concordo
   - Discordo

9. Podemos considerar relevante o item "1 - Educação acerca da IU" com fornecimento de educação detalhada para as idosas sobre: IU; anatomia e fisiologia do trato urinário; orientações sobre hábito de vida; ingesta hídrica; evitar ingestão de cafeína, álcool e tabaco; realização de exercícios físicos; e melhorar os hábitos intestinais?

   Marcar apenas uma oval.

   - Relevante
   - Irrelevante

10. Gostaria de acrescentar alguma observação sobre o item anterior?

11. Podemos considerar adequado o item "2 – Avaliação de comportamento por meio do diário miccional"?

   Marcar apenas uma oval.

   - Concordo
   - Discordo

12. Gostaria de acrescentar alguma observação sobre o item anterior?

13. Podemos considerar adequado o item "3 – Identificação da perda urinária utilizando o teste do absorvente (pad-test)" com a realização do pad-test de 1 hora?

Marcar apenas uma oval.

- Concordo
- Discordo

14. Gostaria de acrescentar alguma observação sobre o item anterior?

15. Podemos considerar adequado o item "4 – Propriocepção" por meio da utilização do perineômetro pneumático de biofeedback da marca Quark Medical, modelo Perina Clínico?

Marcar apenas uma oval.

- Concordo
- Discordo

16. Gostaria de acrescentar alguma observação sobre o item anterior?

17. Podemos considerar adequado o item "5 – Avaliação de força dos MAP" por meio da utilização do perineômetro pneumático de biofeedback da marca Quark Medical, modelo Perina Clínico?

Marcar apenas uma oval.

- Concordo
- Discordo

18. Gostaria de acrescentar alguma observação sobre o item anterior?

19. Podemos considerar adequado o item "6 – Exercícios perineais" com a realização de exercícios para a musculatura do assoalho pélvico (EMAP)?

Marcar apenas uma oval.

- Concordo
- Discordo

20. Gostaria de acrescentar alguma observação sobre o item anterior?

21. Podemos considerar relevante o cronograma do "Mês1", sendo 1 consulta agendada (CAG1); 1 consulta de retorno (CRET1) com realização de EMAP iniciais (EMAP0); 3 ligações telefônicas (LIG1, LIG2 e LIG3), sendo 1 ligação por semana intercaladas a 3 encontros para EMAP (EMAP1, EMAP2 e EMAP3) com periodicidade de 1 encontro semanal da seguinte maneira: CAG1, CRET1+EMAP0, LIG1, EMAP1, LIG2, EMAP2, LIG3 e EMAP3?

Marcar apenas uma oval.

- Relevante
- Irrelevante

22. Gostaria de acrescentar alguma observação sobre o item anterior?

23. Podemos considerar relevante o protocolo dos EMAP no primeiro mês, sendo:
- Posições: deitado, sentado e em pé.
- Série: três séries de exercícios para cada posição.
- Repetições: 12 contrações sustentadas com 10 segundos de duração.
- Descanso: 10 segundos entre as repetições e 2 minutos entre as séries.
- Após repetições dessas contrações sustentadas, serão adicionadas 4 contrações rápidas de 2 segundos de sustentação e 4 segundos de descanso.
- Intensidade: contração voluntária máxima.
- Duração da sessão: 45 min?

Marcar apenas uma oval.

- Relevante
- Irrelevante

24. Gostaria de acrescentar alguma observação sobre o item anterior?

25. Podemos considerar relevante o cronograma do "Mês2", sendo 1 consulta agendada (CAG2); 1 consulta de retorno (CRET2) com realização de EMAP iniciais (EMAP0); 3 ligações telefônicas (LIG1, LIG2 e LIG3), sendo 1 ligação por semana intercaladas a 3 encontros para EMAP (EMAP1, EMAP2 e EMAP3) com periodicidade de 1 encontro semanal da seguinte maneira: CAG2, CRET2+EMAP0, LIG1, EMAP1, LIG2, EMAP2, LIG3 e EMAP3?

Marcar apenas uma oval.

- Relevante
- Irrelevante

26. Gostaria de acrescentar alguma observação sobre o item anterior?

27. Podemos considerar relevante o protocolo dos EMAP no segundo mês, sendo:
    - Posições: deitado, sentado e em pé.
    - Série: três séries de exercícios para cada posição.
    - Repetições: 20 contrações sustentadas com 10 segundos de duração.
    - Descanso: 10 segundos entre as repetições e 2 minutos entre as séries.
    - Após repetições dessas contrações sustentadas, serão adicionadas 5 contrações rápidas de 2 segundos de sustentação e 4 segundos de descanso.
    - Intensidade: contração voluntária máxima.
    - Duração da sessão: 45 min?

    Marcar apenas uma oval.

    ( ) Relevante
    ( ) Irrelevante

28. Gostaria de acrescentar alguma observação sobre o item anterior?

    _____
    _____
    _____
    _____
    _____

29. Podemos considerar relevante o cronograma do "Mês3", sendo 1 consulta agendada (CAG3); 1 consulta de retorno (CRET3) com realização de EMAP iniciais (EMAP0); 3 ligações telefônicas (LIG1, LIG2 e LIG3), sendo 1 ligação por semana intercaladas a 3 encontros para EMAP (EMAP1, EMAP2 e EMAP3) com periodicidade de 1 encontro semanal da seguinte maneira: CAG3, CRET3+EMAP0, LIG1, EMAP1, LIG2, EMAP2, LIG3 e EMAP3?

    Marcar apenas uma oval.

    ( ) Relevante
    ( ) Irrelevante

30. Gostaria de acrescentar alguma observação sobre o item anterior?

31. Podemos considerar relevante o protocolo dos EMAP no terceiro mês, sendo:
- Posições: deitado, sentado e em pé.
- Série: três séries de exercícios para cada posição.
- Repetições: 30 contrações sustentadas com 10 segundos de duração.
- Descanso: 10 segundos entre as repetições e 2 minutos entre as séries.
- Após repetições dessas contrações sustentadas, serão adicionadas 10 contrações rápidas de 2 segundos de sustentação e 4 segundos de descanso.
- Intensidade: contração voluntária máxima.
- Duração da sessão: 45 min?

Marcar apenas uma oval.

- Relevante
- Irrelevante

32. Gostaria de acrescentar alguma observação sobre o item anterior?

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

APÊNDICE D - DIÁRIO MICCIONAL

Primeiro dia

Horário	**Quantidade e tipo de líquido ingerido**	**Volume de urina**	**Necessidade urgente de urinar** **+ pequena** **++ moderada** **+++ intensa**	**Perda involuntária de urina** **+ pequena (gotas)** **++ moderada (colher)** **+++ intensa (copo)**	**Atividade na ocasião** **(tosse, espirros, exercícios físicos e outras)**

APÊNDICE E - *PAD TEST*

Data:_____

Nome:_____

Data de nascimento:_____ **Idade:**_____

Absorvente utilizado: **Marca**:_____

RESULTADOS

Mês	Data	Peso inicial	Peso final	Diferença	Resultado
1					
2					
3					

CLASSIFICAÇÃO

Leve: 1 a 10 gramas
Moderada: 11 a 50 gramas
Grave: 51 a 100 gramas

1 hora – ICS (Abrams et al, 1988)

O teste é iniciado **sem** esvaziar a bexiga. A paciente ingere 500ml de água em até 15 minutos. Após isto, repousar por 30min. e executar as atividades recomendadas, utilizando um absorvente previamente pesado. Remover o absorvente, que é pesado e subtrair seu peso do registrado anteriormente.

Atividades

1. Caminhar 30 minutos
2. Subir e descer escada 10x
3. Sentar-se e levantar-se 10x
4. Tossir 10x
5. Correr no lugar 1 minuto
6. Pegar um objeto no chão 5x
7. Lavar as mãos em água corrente 1 min

APÊNDICE F - PROTOCOLO INICIAL DE INTERVENÇÃO (ANTERIOR À VALIDAÇÃO DOS JUÍZES)

Seguir os seguintes passos:

1. Caracterizar as idosas com IU por meio do instrumento ICIQ-SF.
2. Palestra de 30 minutos para as idosas: i) Com IU caracterizadas pelo ICIQ-SF; ii) Com contato telefônico disponível (entregar data da primeira consulta do protocolo no final da palestra).
3. Esclarecer e aplicar TCLE.
4. Avaliar cognição por meio do instrumento MEEM.
5. Aplicar instrumento de coleta de dados Pró-Idoso (Anexos A, B, C, D e E) para idosas com pontuação no MEEM de 20 para analfabetas e 29 para mais de 11 anos de estudo.
6. Aplicar o instrumento KHQ.
7. Aplicar o instrumento *Gaudenz-Fragebogen*.
8. Início das consultas conforme o seguinte cronograma:

d) Mês 1: uma consulta agendada (CAG1); uma consulta de retorno (CRET1) com realização de EMAP iniciais (EMAP0); três ligações telefônicas (LIG1, LIG2 e LIG3), sendo uma ligação por semana intercaladas a três encontros para EMAP (EMAP1, EMAP2 e EMAP3) com periodicidade de um encontro semanal da seguinte maneira: CAG1, CRET1+EMAP0, LIG1, EMAP1, LIG2, EMAP2, LIG3 e EMAP3.

e) CAG1: informações sobre IU; orientações sobre hábitos de vida; entrega e orientações acerca do cronograma do mês 1; entrega e orientações acerca do diário miccional; entrega e orientações sobre a utilização de dois copos graduados; realização do *pad-test*; realização da propriocepção; e avaliação da força dos MAP.

A data e horário da CAG1 serão previamente estabelecidos na palestra sobre IU. A CAG1 terá duração total aproximada de uma hora. As idosas receberão informações sobre a IU e orientações sobre hábitos de vida para que, com perspectivas de autodesenvolvimento, adaptação e mudança, seus comportamentos sejam influenciados a partir de uma rede de mudança comportamental para o desenvolvimento pessoal (BANDURA, 2008). Também receberão um cronograma com as datas e horários dos próximos encontros (CRET1, LIG1, EMAP1, LIG2, EMAP2, LIG3 e EMAP3). Serão aplicados os questionários: *King's Health Questionnaire* e *Gaudenz-Fragebogen* para avaliação da QV e classificação da IU.

Será entregue um diário miccional para cada idosa para que o comportamento sobre ingestão hídrica e eliminação de urina seja avaliado ao longo de três dias consecutivos em suas

próprias rotinas, com orientação da enfermeira e, após três dias, ocorrerá a CRET1 com a entrega dos diários. Deve-se ressaltar que as pessoas tendem a modificar seu ambiente e comportamento de maneira intencional, demonstrando que podem ocorrem oscilações de comportamento nessa fase (LAMAS; PATRÍCIO, 2008).

Entretanto, as idosas serão capacitadas a registrar no diário de maneira que as informações não sejam perdidas ou alteradas, bem como receberão orientações sobre a importância do registro completo. Para idosas analfabetas ou semianalfabetas será solicitada a presença de um acompanhante na primeira consulta e o mesmo será capacitado sobre o registro no diário miccional. Os registros seguirão as medidas de dois copos graduados entregues na CAG1, sendo um para mensurar a ingestão de líquidos durante o dia e o outro para mensurar a eliminação voluntária de urina. Lembrando que no diário também haverá espaço para relatos de perdas e possíveis esquecimentos para anotação tanto da ingestão de líquidos quanto da eliminação de urina.

Assim que todo o material for entregue, as idosas serão convidadas a eliminar a diurese completamente, individualmente, para que o *pad-test* seja realizado com um absorvente íntimo urinário e padronizado durante uma hora a fim de identificar a perda urinária e o grau de IU (leve, moderada e grave). O absorvente será pesado individualmente em sala reservada na presença de cada idosa e anotado o peso exato no diário miccional de cada uma.

Após o posicionamento do absorvente, serão oferecidos 500 ml de água em um período total de 15 minutos. Logo serão estimuladas a caminhar em grupo durante 30 minutos. Nos 15 minutos restantes serão estimuladas a subir um lance de escadas por 10 vezes, sentar-se e levantar de uma cadeira por 10 vezes, estimular a tosse por 10 vezes, correr no lugar durante um minuto, agachar para pegar um objeto no chão por cinco vezes e lavar as mãos em água corrente por um minuto. Quando for completada uma hora, retirarão os absorventes e entregarão para que sejam pesados na balança graduada descontando o peso anotado individualmente no início e registrada a perda urinária.

Para que a propriocepção seja realizada, as idosas serão convidadas, individualmente e em sala privativa, a se deitarem em posição ginecológica para a inserção da sonda vaginal do perineômetro a fim de reconhecer os MAP e se conscientizarem sobre sua localização. A introdução da sonda vaginal inflável será realizada após ser utilizado um preservativo para assegurar a assepsia do material de silicone. Serão utilizadas, ainda, duas gotas de lubrificante a base de água para facilitar a introdução na vagina. Será solicitado a elas que exerçam pressão sobre a sonda vaginal para conferir tal reconhecimento, pois trabalharão, posteriormente, esses mesmos músculos.

Ainda na mesma posição, será avaliada a força dos MAP. Nesse momento será solicitado que a idosa realize pressão máxima possível por três vezes consecutivas e mantenha a contração pelo tempo máximo que conseguir com intervalo de descanso de dois minutos entre elas, para que se realize uma média dessas medidas e anotadas posteriormente no diário miccional para que essa força seja comparada ainda no segundo mês e ao término da intervenção.

A Teoria Cognitiva Social de Bandura (1986) demonstra que a percepção de auto eficácia somada à percepção de autocontrole podem desempenhar importante papel na motivação e no desempenho durante a intervenção, o que justifica o maior interesse pela contração adequada dos MAP e sua identificação durante a avaliação da força pela própria idosa.

- CRET1: devolutiva do diário miccional; informações sobre IU; orientações sobre hábitos de vida; EMAP0.

A data e horário da CRET1 serão previamente estabelecidos na CAG1 e terá duração aproximada de uma hora (também estarão indicados no cronograma entregue na CAG1). Inicialmente serão devolvidos os diários miccionais para que a enfermeira realize a avaliação comportamental de ingestão de líquidos e eliminação urinária a fim de classificar a perda urinária de cada idosa.

As idosas receberão informações sobre a IU e orientações sobre hábitos de vida e, enfim, serão convidadas em grupo a realizar os EMAP iniciais (EMAP0). Os EMAP serão realizados conforme descrito anteriormente na seção "**7.6 Protocolo de intervenção física e comportamental**" em "**6-Exercícios perineais**", baseados nas propostas de Leong; Mok (2015), Reis *et al*. (2021) e Butcher *et al*. (2022) da seguinte maneira:

- Posições: deitado, sentado e em pé.
- Série: três séries de exercícios para cada posição.
- Repetições: 12 contrações sustentadas com 10 segundos de duração.
- Descanso: 10 segundos entre as repetições e 2 minutos entre as séries.
- Após repetições dessas contrações sustentadas, serão adicionadas 4 contrações rápidas de 2 segundos de sustentação e 4 segundos de descanso.
- Intensidade: contração voluntária máxima.
- Duração da sessão: 45 min (LEONG; MOK, 2015; REIS *et al*., 2021; BUTCHER *et al*., 2022).

No final dos EMAP0, a enfermeira solicitará o número do telefone ou do celular da idosa para prosseguir com o protocolo também por meio das ligações telefônicas. A idosa será informada que receberá a primeira ligação (LIG1) em dois dias para esclarecimento de dúvidas e informações sobre o protocolo.

A idosa levará o protocolo impresso para que realize os EMAP domiciliares e, se tiver *WhatsApp*, receberá o protocolo por meio de mensagens também. As idosas receberão orientações sobre a importância da continuidade de realização dos EMAP no domicílio diariamente, baseados nas propostas de Leong; Mok (2015), Reis *et al*. (2021) e Butcher *et al*. (2022) para um melhor tratamento, seguindo o mesmo protocolo aprendido durante a CRET1.

A justificativa da continuidade desses exercícios no domicílio se baseia na capacidade das idosas em adotarem padrões pessoais para a mudança de comportamento por meio da capacidade de autorregulação para a realização dessas tarefas que serão previamente determinadas (BANDURA, 2008).

A realização dessa intervenção se pauta, principalmente, nas crenças de auto eficácia que estruturam as ações humanas por meio de processos seletivos que se baseiam na realização de atividades que caminham para o desenvolvimento de um comportamento padrão com sucesso (BANDURA, 1997).

- LIG1, LIG 2 e LIG 3: informações sobre IU; orientações sobre hábitos de vida; confirmação da presença da idosa nos EMAP1, EMAP2 e EMAP3; e orientações sobre a realização dos EMAP domiciliares.

As ligações telefônicas ocorrerão intercaladas aos encontros para realização dos EMAP (LIG1, EMAP1, LIG2, EMAP2, LIG3 e EMAP3). A idosa aprenderá a realizar o protocolo de EMAP na CRET1 e, dois dias depois, receberá a primeira ligação (LIG1) com informações sobre IU, orientações sobre hábitos de vida e orientação sobre a realização dos EMAP para que ela continue com os exercícios domiciliares. As dúvidas eventuais também serão respondidas durante a ligação. No final de cada ligação será confirmada a presença da idosa no EMAP1, EMAP2 e EMAP3.

A LIG2 ocorrerá dois dias após o EMAP1 da mesma maneira que a LIG1, com as mesmas orientações e o mesmo intuito e a LIG3 ocorrerá dois dias após o EMAP2.

As ligações seguirão o seguinte roteiro: “Olá Sra. Sou a enfermeira que está acompanhando o seu protocolo de EMAP. Irei passar algumas informações sobre IU e hábitos de vida. Agora, apenas para ficar mais claro, vou ler o protocolo novamente com a Sra. para que os EMAP continuem sendo realizados em seu domicílio também”.

O desempenho e a motivação da idosa para a realização das tarefas solicitadas são influenciadas pelas crenças de auto eficácia que atuam como recursos protetores do envelhecimento sobre a capacidade de organizar e executar as tarefas solicitadas para lidar com essa situação de saúde (BANDURA, 1997).

- EMAP1 e EMAP2: informações sobre IU; orientações sobre hábitos de vida; e EMAP.

A duração continuará sendo de uma hora, sendo os primeiros 15 minutos para informações sobre a IU e orientações sobre os hábitos de vida e, logo, 45 minutos para a realização dos EMAP seguindo a mesma proposta descrita anteriormente (REIS *et al*., 2021).

- EMAP3: informações sobre IU; orientações sobre hábitos de vida; EMAP; orientações para EMAP domiciliar; e entrega do cronograma do mês 2.

No EMAP3 também será entregue o cronograma com datas e horários previamente definidos para as atividades do mês 2. A intenção da idosa em continuar com a intervenção se justifica por objetivos que se modificam de acordo com a intencionalidade do ambiente que estruturará sua vida conforme as ações previamente planejadas e, dessa maneira, ocorrerá a modelação social por meio de processos motivacionais (BANDURA, 2008).

f) Mês 2: uma consulta agendada (CAG2); uma consulta de retorno (CRET2) com realização de EMAP iniciais (EMAP0); três ligações telefônicas (LIG1, LIG2 e LIG3), sendo uma ligação por semana intercaladas a três encontros para EMAP (EMAP1, EMAP2 e EMAP3) com periodicidade de um encontro semanal da seguinte maneira: CAG2, CRET2+EMAP0, LIG1, EMAP1, LIG2, EMAP2, LIG3 e EMAP3.

g) CAG2: informações sobre IU; orientações sobre hábitos de vida; entrega e orientações acerca do diário miccional; entrega e orientações sobre a utilização de dois copos graduados; realização do *pad-test*; realização da propriocepção; e avaliação da força dos MAP.

A duração da CAG2 também seguirá em aproximadamente uma hora. As idosas também receberão informações sobre IU e hábitos de vida assim como na CAG1. Será entregue novo diário miccional e dois novos copos graduados para avaliação de novo comportamento e comparação com o diário miccional anterior para que a idosa acompanhe a possível evolução do quadro. Também será realizada nova identificação de perda urinária por meio do *pad-test* da mesma maneira que fora realizada no mês 1. Ainda será realizada a propriocepção novamente da mesma maneira e avaliada a força dos MAP.

- CRET2: devolutiva do diário miccional; informações sobre IU; orientações sobre hábitos de vida; EMAP0.

A CRET2 terá duração aproximada de uma hora assim como a CRET1. Inicialmente serão devolvidos os diários miccionais para que a enfermeira realize a avaliação

comportamental da ingestão de líquidos e eliminação urinária a fim de classificar a perda urinária de cada idosa.

As idosas receberão informações sobre a IU e orientações sobre hábitos de vida e, enfim, serão convidadas em grupo a realizar os EMAP0. Os EMAP0 serão realizados conforme descrito:

- Posições: deitado, sentado e em pé.
- Série: três séries de exercícios para cada posição.
- Repetições: 20 contrações sustentadas com 10 segundos de duração.
- Descanso: 10 segundos entre as repetições e 2 minutos entre as séries.
- Após repetições dessas contrações sustentadas, serão adicionadas 5 contrações rápidas de 2 segundos de sustentação e 4 segundos de descanso.
- Intensidade: contração voluntária máxima.
- Duração da sessão: 45 min (LEONG; MOK, 2015; REIS *et al*., 2021; BUTCHER *et al*., 2022).

O protocolo também seguirá por meio das ligações telefônicas, assim como no mês 1. A idosa será informada que receberá a primeira ligação (LIG1) em dois dias para esclarecimento de dúvidas e informações sobre o protocolo.

A idosa ainda levará o protocolo impresso, assim como no mês 1, para que realize os EMAP domiciliares, bem como receberá o protocolo por meio de mensagens no *WhatsApp*, para as que utilizarem o aplicativo. As idosas receberão orientações sobre a importância da continuidade de realização dos EMAP no domicílio diariamente, baseados nas propostas de Leong; Mok (2015), Reis *et al*. (2021) e Butcher *et al*. (2022) para um melhor tratamento, seguindo o mesmo protocolo aprendido durante a CRET2.

- LIG1, LIG 2 e LIG3: informações sobre IU; orientações sobre hábitos de vida; confirmação da presença da idosa nos EMAP1, EMAP2 e EMAP3; e orientações sobre a realização dos EMAP domiciliares.

As ligações telefônicas ocorrerão intercaladas aos encontros para realização dos EMAP (LIG1, EMAP1, LIG2, EMAP2, LIG3 e EMAP3). A idosa aprenderá a realizar o protocolo de EMAP na CRET2 e, dois dias depois, receberá a primeira ligação (LIG1) com informações sobre IU, orientações sobre hábitos de vida e orientação sobre a realização dos EMAP para que ela continue com os exercícios domiciliares. As dúvidas eventuais também serão respondidas durante a ligação, assim como no mês 1. No final de cada ligação será confirmada a presença da idosa no EMAP1 e EMAP2.

A LIG2 ocorrerá dois dias após o EMAP1 da mesma maneira que a LIG1, com as mesmas orientações e o mesmo intuito e a LIG3 ocorrerá dois dias após o EMAP2.

As ligações seguirão o mesmo roteiro do mês 1: “Olá Sra. Sou a enfermeira que está acompanhando o seu protocolo de EMAP. Irei passar algumas informações sobre IU e hábitos de vida. Agora, apenas para ficar mais claro, vou ler o protocolo novamente com a Sra. para que os EMAP continuem sendo realizados em seu domicílio também”.

- EMAP1 e EMAP2: informações sobre IU; orientações sobre hábitos de vida; e EMAP.

A duração continuará sendo de uma hora, sendo os primeiros 15 minutos para informações sobre a IU e orientações sobre os hábitos de vida e, logo, 45 minutos para a realização dos EMAP seguindo a mesma proposta descrita na CRET2 (REIS *et al*., 2021).

- EMAP3: informações sobre IU; orientações sobre hábitos de vida; EMAP; orientações para EMAP domiciliar; e entrega do cronograma do mês 3.

No EMAP3 também será entregue o cronograma com datas e horários previamente definidos para as atividades do mês 3.

h) Mês 3: uma consulta agendada (CAG3); uma consulta de retorno (CRET3) com realização de EMAP iniciais (EMAP0); três ligações telefônicas (LIG1, LIG2 e LIG3), sendo uma ligação por semana intercaladas a três encontros para EMAP (EMAP1, EMAP2 e EMAP3) com periodicidade de um encontro semanal da seguinte maneira: CAG3, CRET3+EMAP0, LIG1, EMAP1, LIG2, EMAP2, LIG3 e EMAP3.

i) CAG3: informações sobre IU; orientações sobre hábitos de vida; entrega e orientações acerca do diário miccional; entrega e orientações sobre a utilização de dois copos graduados; realização do *pad-test*; realização da propriocepção; e avaliação da força dos MAP.

A duração da CAG3 também seguirá em aproximadamente uma hora. As idosas também receberão informações sobre IU e hábitos de vida assim como na CAG1 e CAG2. Será entregue novo diário miccional e dois novos copos graduados para avaliação de novo comportamento e comparação com o diário miccional anterior para que a idosa acompanhe a possível evolução do quadro. Também será realizada nova identificação de perda urinária por meio do *pad-test* da mesma maneira que fora realizada no mês 1 e mês 2. Ainda será realizada a propriocepção novamente da mesma maneira e avaliada a força dos MAP.

- CRET3: devolutiva do diário miccional; informações sobre IU; orientações sobre hábitos de vida; EMAP0.

A CRET3 terá duração aproximada de uma hora assim como a CRET1 e CRET2. Inicialmente serão devolvidos os diários miccionais para que a enfermeira realize a avaliação

comportamental da ingestão de líquidos e eliminação urinária a fim de classificar a perda urinária de cada idosa.

As idosas receberão informações sobre a IU e orientações sobre hábitos de vida e, enfim, serão convidadas em grupo a realizar os EMAP0. Os EMAP0 serão realizados conforme descrito:

- Posições: deitado, sentado e em pé.
- Série: três séries de exercícios para cada posição.
- Repetições: 30 contrações sustentadas com 10 segundos de duração.
- Descanso: 10 segundos entre as repetições e 2 minutos entre as séries.
- Após repetições dessas contrações sustentadas, serão adicionadas 10 contrações rápidas de 2 segundos de sustentação e 4 segundos de descanso.
- Intensidade: contração voluntária máxima.
- Duração da sessão: 45 min (LEONG; MOK, 2015; REIS *et al*., 2021; BUTCHER *et al*., 2022).

O protocolo também seguirá por meio das ligações telefônicas, assim como no mês 1 e mês 2. A idosa será informada que receberá a primeira ligação (LIG1) em dois dias para esclarecimento de dúvidas e informações sobre o protocolo.

A idosa ainda levará o protocolo impresso, assim como no mês 1 e mês 2, para que realize os EMAP domiciliares, bem como receberá o protocolo por meio de mensagens no *WhatsApp*, para as que utilizarem o aplicativo. As idosas receberão orientações sobre a importância da continuidade de realização dos EMAP no domicílio diariamente, baseados nas propostas de Leong; Mok (2015), Reis *et al*. (2021) e Butcher *et al*. (2022) para um melhor tratamento, seguindo o mesmo protocolo aprendido durante a CRET3.

- LIG1, LIG 2 e LIG3: informações sobre IU; orientações sobre hábitos de vida; confirmação da presença da idosa nos EMAP1, EMAP2 e EMAP3; e orientações sobre a realização dos EMAP domiciliares.

As ligações telefônicas ocorrerão intercaladas aos encontros para realização dos EMAP (LIG1, EMAP1, LIG2, EMAP2, LIG3 e EMAP3). A idosa aprenderá a realizar o protocolo de EMAP na CRET3 e, dois dias depois, receberá a primeira ligação (LIG1) com informações sobre IU, orientações sobre hábitos de vida e orientação sobre a realização dos EMAP para que ela continue com os exercícios domiciliares. As dúvidas eventuais também serão respondidas durante a ligação, assim como no mês 1 e mês 2. No final de cada ligação será confirmada a presença da idosa no EMAP1 e EMAP2.

A LIG2 ocorrerá dois dias após o EMAP1 da mesma maneira que a LIG1, com as mesmas orientações e o mesmo intuito e a LIG3 ocorrerá dois dias após o EMAP2.

As ligações seguirão o mesmo roteiro do mês 1 e mês 2: “Olá Sra. Sou a enfermeira que está acompanhando o seu protocolo de EMAP. Irei passar algumas informações sobre IU e hábitos de vida. Agora, apenas para ficar mais claro, vou ler o protocolo novamente com a Sra. para que os EMAP continuem sendo realizados em seu domicílio também”.

- EMAP1 e EMAP2: informações sobre IU; orientações sobre hábitos de vida; e EMAP.

A duração continuará sendo de uma hora, sendo os primeiros 15 minutos para informações sobre a IU e orientações sobre os hábitos de vida e, logo, 45 minutos para a realização dos EMAP seguindo a mesma proposta descrita na CRET3 (REIS *et al*., 2021).

- EMAP3: informações sobre IU; orientações sobre hábitos de vida; EMAP; orientações para EMAP domiciliar; propriocepção; avaliação da força dos MAP; e aplicação de questionário.

No EMAP3 será incentivada a continuidade de realização dos exercícios no domicílio com o término do protocolo de intervenção. As crenças das idosas de auto eficácia também influenciam, segundo Bandura (1997) em todo esse esforço empreendido ao longo da intervenção, na persistência de realização dos exercícios diante as dificuldades e na qualidade do desempenho o que sugere o protocolo como possível sucesso no término da intervenção.

Serão comparados todos os diários miccionais para fins de avaliação juntamente com a realização da última identificação de perda urinária por meio do *pad-test* da mesma maneira que haverá sido realizada no mês 1 e mês 2.

A propriocepção será realizada pela última vez na intervenção, individualmente e em sala privativa, em posição de litotomia com intuito de reforçar o reconhecimento e a conscientização dos MAP por meio do perineômetro. A introdução da sonda vaginal inflável será realizada após ser utilizado um preservativo para assegurar a assepsia do material de silicone. Serão utilizadas, ainda, duas gotas de lubrificante a base de água para facilitar a introdução na vagina. Será solicitado a elas que exerçam pressão sobre a sonda vaginal para conferir tal reconhecimento.

Logo, na mesma posição, será avaliada também pela última vez na intervenção a força dos MAP com pressão máxima possível nos MAP por três vezes consecutivas com intervalo de descanso de dois minutos entre elas, para que se realize uma média dessas medidas e será anotado posteriormente no diário miccional para que essa força seja comparada entre o mês 1, mês 2 e mês 3.

Será aplicado o questionário: *King's Health Questionnaire* para comparação da QV após o término do protocolo.

APÊNDICE G – REUNIÃO PARA AVALIAÇÃO DE UM PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES IDOSAS

A reunião do grupo focal ocorreu no dia 06 de novembro de 2023 com início programado às 16:00 h e início real às 16:18 h até que os juízes convidados entrassem na sala virtual de reunião por meio do Google Meet.

Inicialmente foi realizada a apresentação das pesquisadoras e o título da tese, bem como o processo de validação do protocolo. Também foram esclarecidas informações gerais sobre a gravação autorizada previamente em TCLE, bem como sobre permanecerem com a câmera ligada e microfone desligado, assim a moderadora seria capaz de observar as expressões faciais dos juízes durante as falas. Foram orientados em relação ao formulário enviado no momento da reunião para que sugestões fossem respondidas a fim de avaliar o nível de concordância dos juízes em relação aos itens levantados no protocolo. Esse formulário foi respondido concomitantemente à apresentação para que as observações pudessem ser escritas e faladas. Foram orientados ainda sobre o recurso "Levantar a mão" do Google Meet a fim de evitas a fala simultânea.

Solicitamos para que os juízes ficassem à vontade em relação à fala e às observações, pois o intuito da validação é chegar em um consenso para um protocolo formatado e estruturado levando em consideração as falas e a escrita dos juízes. Foi reforçado ainda o tempo total de aproximadamente 150 minutos calculados.

Assim a apresentação foi iniciada com dados relacionados à terminologia da IU, bem como à epidemiologia. Foi ressaltado o papel do enfermeiro frente ao tratamento da IU com intervenções listadas na NIC e ainda os diagnósticos reais da IU embasados na NANDA. Os tipos de IU trabalhados no protocolo foram apresentados (IUE, IUU e IU mista). Logo, foi apresentado o objetivo do protocolo (elaborar e validar com especialistas um protocolo de intervenção física e comportamental para o tratamento da incontinência urinária em idosas).

Diante do exposto, antes da avaliação do primeiro item, o juiz questionou: "Vocês vão ter tratamento medicamentoso também incluído nesse protocolo ou não?" (J1). Resposta da pesquisadora: "Não, não. Só o tratamento não medicamentoso mesmo, por isso que é uma intervenção mais clínica e comportamental. Então, o protocolo, ele é baseado, pautado nos itens que nós enviamos, que eu vou apresentar também para vocês, mas ele é mais clínico e comportamental, com exercícios da musculatura do assoalho pélvico."

Assim, durante a apresentação outro juiz questionou: "Boa tarde, pessoal. Você vai colocar uma média de idade, você vai parar numa determinada idade ou você vai, 60 ou

mais, pode ser até 100, né, porque...” (J2). A pesquisadora aguardou o fim do questionamento e respondeu: “Nós levantamos isso também. Juiz, a gente até ia trazer para vocês no grupo, porque nós colocamos 60 ou mais inicialmente na nossa intervenção. Então, nós não tivemos um limite de idade, não.”

Em relação ao primeiro item a ser avaliado: “Podemos considerar que a elaboração e disponibilização de um protocolo validado de avaliação de incontinência urinária em mulheres idosas é útil para o atendimento/assistência dessas pessoas?” E o total dos cinco juízes concordaram com a questão.

Assim que foi aberto o questionamento do segundo item, o juiz levou em consideração: “Na verdade eu tenho uma consideração lá naqueles seus critérios de inclusão. Um daqueles seus critérios é que elas não deveriam ter passado por nenhuma intervenção física há três meses, né? Então você quis dizer um protocolo de treinamento dos músculos do assoalho pélvico supervisionado, é isso? (J2) E a pesquisadora responde: “Exatamente.” O juiz 2 conclui: “Por que eu te pergunto isso? Porque uma das nossas intervenções, quando a gente enquanto fisioterapeuta reabilita o assoalho pélvico, é dar orientação para que essa mulher continue treinando a musculatura domiciliar, às vezes mesmo depois da alta. Então talvez se você inclui uma mulher que ela tenha tido uma intervenção há três meses atrás, porém ela continua ainda fazendo esse exercício domiciliar, talvez isso possa gerar algum viés a vocês. Uma sugestão para que vocês pensem na hora que vocês forem de fato elaborar esses critérios de inclusão de vocês (J2).

Outro juiz também considerou: “Em relação ao POP-Q. Então vocês vão fazer o POP-Q em todas as idosas, é isso? Para vocês garantirem que elas não tenham estagiamento 3 ou maior?” (J1) E a pesquisadora responde: “Exatamente. Em todas, porque nós teremos um momento de avaliação na posição de litotomia, para a utilização do perineômetro, então nós conseguiremos fazer essa avaliação com todas as idosas”.

O juiz continua: “Quando a gente vê aí, essa era uma das perguntas, o POP-Q e essa avaliação do assoalho pélvico. Então vocês estão excluindo os pacientes já com prolapsos avançados, que eu imagino que vocês acreditam que não vão responder a fisioterapia? (J1) E a pesquisadora responde: “Isso”.

Questionamento do mesmo juiz: “E a resposta à fisioterapia também tem relação com a intensidade da perda, ou a característica da continência, se for severa, moderada. Então isso também não vai entrar no seu critério, pelo que eu vi. A outra coisa é com relação a outros fatores de risco, para, por exemplo, obesidade, doenças, tabagismo, doenças metabólicas, diabetes, ou talvez um critério, não sei, a obesidade, já falei, mas o grau de mobilidade, o grau

de atividade desses pacientes, se eles já são ativos ou não, se já tem alguma outra atividade ou não. Nós estamos falando de fatores de risco, que poderiam estratificar ou selecionar a população que você está incluindo e, às vezes, causar um viés de seleção. Se você tem um grupo que tem menos ou mais. Vamos dizer que um grupo tenha só obesas e o outro não tenha. Estou dando um exemplo meio grosseiro. Mas isso vai ser... Vocês vão tentar, vamos dizer assim, normalizar o estudo com base nisso ou não? Quer dizer, criar uma estratificação, uma normalização com base nesses fatores de risco ou não?" (J1).

E a pesquisadora responde: "Na verdade, professor, nós pensamos em trabalhar esses critérios nas orientações, como fatores de risco, mas não para selecionar um grupo de idosas, nem nada disso, não. Nós pensamos em trabalhar de uma maneira geral com as idosas, porque elas vão ser comparadas com elas mesmas. Então, no início, a perda urinária e, depois do protocolo, qual é a perda dela. Então, o quanto essa idosa melhorou, de acordo com o que ela mesma apresentava no início. Então, por isso que nós não vamos separar, estratificar esse grupo".

O juiz complementa: "Uma sugestão, talvez, seja discriminar direitinho esses fatores, porque provavelmente vocês vão ter influência desses fatores nos resultados finais. Na resposta ao exercício, por exemplo. Dependendo do peso, grau de atividade, se é diabético, se não é. Provavelmente isso vai ser um dado secundário, mas que vocês... Provavelmente vai ser relevante também" (J1).

Outro juiz: "Para resolver isso, talvez vocês colocassem lá na ficha de avaliação de vocês esses critérios e daí na hora que vocês fossem fazer a análise estatística, vocês levariam essas variáveis como em consideração quando vocês forem fazer análise estatística, que daí vocês têm... Vocês conseguem analisar a presença desses vieses ou não" (J2).

E, assim, o segundo item: "Podemos considerar adequado o título: "PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO FÍSICA E COMPORTAMENTAL PARA TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES IDOSAS"?" também obteve a concordância total dos cinco juízes.

Quando aberta a palavra aos juízes, foi levantado o seguinte questionamento: "Eu de novo, Samantha. Eu não sei se você vai falar um pouquinho mais lá na frente, sobre essa atividade educativa que você vai fazer com essas mulheres, pois se eu for falar mais lá na frente, eu deixo mais lá pra frente o que eu ia comentar. A pesquisadora intervém: "Não, pode comentar". E o juiz: "O que exatamente vocês pretendem fazer nessa atividade educativa? Por que eu te pergunto isso? Porque lá na frente você vai fazer uma avaliação para verificar a capacidade de contração dessa musculatura, né? E a gente sabe, a gente já tem estudo

mostrando que às vezes a paciente, a mulher, não contrai, não porque ela efetivamente não tem uma força muscular para contrair, mas porque ela não tem um entendimento do que exatamente ela tem que fazer. Então, eu não sei se faz parte dessa palestra educativa de vocês, vocês ensinarem, orientarem o que é uma contração" (J2).

A pesquisadora responde: "É, nós pensamos em ensinar um pouco sobre a anatomia, a fisiologia, o que é incontinência urinária para essas mulheres, porque muitas são muito leigas no assunto, principalmente nas unidades de saúde mais periféricas, elas não entendem muito bem, nem mesmo da doença. Então, o intuito era falar um pouquinho da doença antes de começar um protocolo, para que elas não sintam que seja muito invasivo, para elas entenderem melhor sobre essas características, não só falar da contração em si". E o juiz 2: "Eu te pergunto isso porque eu acho que a contração em si também deve ser um fato que vocês devem levantar. A gente fez um estudo também com palestras educativas, inclusive aí em Ribeirão Preto, lá no CSE Cuiabá, a gente tinha, alguns anos atrás, um grupo de estudos lá, um grupo de mulheres, uma atividade educativa, e a gente exatamente comparou isso, a capacidade de contração antes de elas participarem desse grupo educativo, só que o nosso grupo educativo era quatro semanas, e depois que elas participaram dessa atividade educativa. E a gente viu que quando a gente dava essa orientação, além da anatomia, da fisiologia, quando a gente ia lá, mostrava, dava um comando verbal, ensinava exatamente o que era, como era uma contração, isso a gente conseguiu notar a diferença lá depois do grupo, então talvez uma sugestão de vocês incluírem isso também na palestra educativa de vocês" (J2). A pesquisadora: "Nós vamos falar sobre a contração também, eu entendi errado a pergunta, eu imaginei que você estivesse perguntando se era só a contração, mas nós vamos falar sim, nessa palestra, falar sobre a contração, inclusive sobre muitas mulheres fazem essa contração de maneira equivocada, elas contraem músculos acessórios, e aí nós, e tem tudo isso relatado, para que nós falemos sobre isso com elas também, sobre a contração, é que eu imaginei que fosse apenas sobre a contração, a sua pergunta". O juiz 2 retoma: "E outro ponto também, que já que você falou também dos pontos que vocês iam avaliar, você falou lá o MEEM, o ok, o MEEM, para você poder ter uma mulher que tenha um cognitivo preservado, que entenda o seu comando verbal, mas eu não sei se você vai avaliar a mobilidade, porque provavelmente você vai fazer seu protocolo em diversas posturas, né? A gente sabe que a gente precisa trabalhar esse acessório pélvico, não só com a paciente deitadinha, mas em outras posições, e você vai avaliar essa mobilidade dela ou não?" (J2). A pesquisadora responde: "Nós vamos avaliar a capacidade de locomoção da idosa até essa palestra, até a unidade de saúde, então, o protocolo ele vai ser desenvolvido com as idosas que tenham essa capacidade de locomoção". Juiz 2: "Mas só se ela consegue andar ou não, é a única

da mobilidade que vocês vão incluir, né?" (J2). A pesquisadora: "Sim, seria. Você tem alguma sugestão?"

Juiz: "Olha, eu tenho, já pensando na sua avaliação, porque provavelmente você vai fazer a avaliação funcional, você vai usar o perineômetro também, ali no seu projeto, você vai precisar que ela fique lá em decúbito dorsal, flexão de quadril, joelho, então, às vezes ela deambula, mas ela não tem essa ADM – avaliação da Amplitude de Movimento – para que ela precise ficar nessa posição que vocês vão avaliar, então, talvez avaliar essa mobilidade de quadril da paciente de vocês seja algo interessante, vocês pensam depois se vale a pena ou não. Acredito que sim. Já pouparia bastante, inclusive, vocês estarem avaliando desnecessariamente uma voluntária que, eventualmente, vocês não vão incluir no estudo de vocês" (J2).

Juiz 3: "Pegando o gancho da juíza, uma coisa, lendo aqui o seu protocolo, que você coloca a avaliação de força do MAP, como você vai fazer com o perineômetro? É uma sugestão, tá? Bem humilde, assim, pelo meu histórico, mas, enfim, que você também fique de olho nesse relaxamento. Eu vou entrar em duas questões importantes. Hoje, a gente tem um nível de mulheres, não estou nem chegando no nível das idosas, mas mulheres, em geral, que perdem urina porque têm um períneo hiperativo, uma musculatura hiperativa tensa, que contrai fora de hora, e aí ela não tem uma boa função por isso. Então, a perda também se dá por isso. A gente sabe que o idoso tem uma capacidade de entrar em fadiga mais rápido, que ele tem uma capacidade, inclusive, pelas próprias comorbidades, a maioria tem, de estar sarcopênico, levando em consideração que a nossa musculatura do assoalho pélvico é esquelética, estriada. Então, assim, na hora da avaliação, eu acho que se torna muito pertinente você observar também o relaxamento. Porque, claro que a gente consegue avaliar isso com uma avaliação mais aprofundada, que eu acho que não é o caso do seu estudo, mas com o perineômetro você avaliar esse relaxamento porque ele vai te ajudar, ele vai te dar indícios de que existe um períneo hiperativo. E aí, nesses casos, o protocolo de exercício, sem você trazer uma enorme tonicidade para esse períneo, para essa musculatura, você pode ter uma piora e não uma melhora. Então, é uma sugestão pertinente que tem sido muito comum aqui no consultório" (J3).

Juiz 4: "Oi, Samantha. Aproveitar também aqui que a juíza falou sobre a questão do perineômetro, e dando uma lida em seu documento, também, claro, é uma sugestão. Esse perineômetro que é o Perina, da Quark, ele, clinicamente falando, ele é muito legal. Mas, assim, para avaliação, ele não é um equipamento que tenha confiabilidade. A gente sabe que biofeedback pressóricos, eles têm uns escapes de ar, enfim, a minha sugestão também, mas estou contribuindo aí para você, claro, é o Peritron, que o Peritron, ele é um equipamento que tem confiabilidade e validade para essas questões de avaliação do assoalho pélvico, tanto para

homens quanto para mulheres. Ou, se não for por pressão, aí é por eletromiografia, né? Mas, enfim, vindo para a pressão, pelo menos o que eu conheço que tem aí confiabilidade é o Peritron. Esses outros equipamentos que a gente utiliza, eu falo que a gente utiliza porque eu fico na parte clínica também, eles são ótimos na clínica, mas para essa questão científica, eu acho que ele tem esse escape pela questão de escape de ar. Então, vale a pena aí ver o que você pode fazer em relação ao perineômetro. Essa questão que a juíza também comentou da avaliação do assoalho, concordo plenamente com essa questão, principalmente de fadiga, levando em consideração que o assoalho é em torno de 70% de resistência, mas ele tem ali os 30% de fibra, que é a fásica, e fadiga bastante. Mas na questão do idoso, a gente tem uma perda de resistência muscular bem grande, né? E aí, enfim, lendo ali a questão do seu documento em relação ao próprio protocolo, acho que você vai falar mais à frente em relação aos protocolos? (J4).

Juiz 3: "Eu vi várias referências que você colocou, mas pelo menos aqui, eu já fiz alguns estudos também em relação ao treinamento de assoalho, a gente leva muito em consideração a questão da fisiologia do exercício em relação à questão da prescrição do treinamento. Então, eu prescrevo de acordo com a força muscular, que é a contração voluntária máxima, e a gente também leva em consideração a resistência. E aí, por que eu estou falando isso? No protocolo, por exemplo, eu vi uma parte que fala de 10 segundos de sustentação. Mas é raríssimo uma paciente que tem incontinência urinária, pelo menos as minhas, nunca sustentam nem 5 segundos. Se a gente for entrar na escala de Oxford, ela vai de 0 a 5. Então, será que a gente colocar 10 segundos de sustentação, a gente não pode provocar uma fadiga muscular? Pensando em idosas e pensando em idosas que apresentam incontinência urinária? Porque, se a gente for olhar para mulheres que não têm incontinência, por exemplo, vou dar um exemplo desses, é real, mas por exemplo, atleta que entra em fadiga pelo treinamento que nem é do assoalho, você imagina uma idosa que já tem incontinência. Então, assim, a gente sempre fica olhando para essa questão de uma prescrição dentro dessa perspectiva do que esse assoalho vai aguentar. Mas a gente pode olhar aí, é claro que a gente está vendo um protocolo, não é uma prescrição individualizada, a gente está vendo um protocolo aí para todas, mas aí a gente pode levar em consideração a escala de Oxford, que vai de 0 a 5. Então, 10 segundos talvez seja algo assim, muito, muito forte para elas, mas é sugestão mesmo. E essa questão do perineômetro, é isso que eu queria colocar para você" (J3).

O mesmo juiz: "O que, na verdade, se vocês usassem para avaliação o esquema Perfect, já ajudaria, já conseguiriam ter esses dados, avaliariam força, endurance, então vocês teriam todas essas variáveis com pressões rápidas para vocês aplicarem no protocolo de vocês. Então,

talvez pensar em vocês avaliarem pelo Perfect, mas eu acho que vocês vão falar de avaliação mais algum tempo, então eu vou desviar só um pouquinho mais isso" (J4).

Juiz 3: "Só aproveitando, a questão da fisiologia do exercício, se a gente levar em consideração que a gente queima primeiro o glicogênio muscular, e ele é muito importante para a contração de fibras rápidas, de potência, eu acho que de repente vale a pena, é só sugestão também, tá, Samantha, porque como as meninas falam, a gente vê isso de uma forma muito individualizada. Como você vai trabalhar as três incontinências juntas, é claro que deve ser montado um protocolo para isso, mas levar em consideração qual fibra trabalhar primeiro, né? Se o glicogênio muscular queima primeiro, quando você já fez lá, ela vai precisar usar para até chegar na sustentação. então, assim, quando você for fazer o final, o trabalho de contração rápida, que é um trabalho de potência, ele já vai estar sem glicogênio muscular para ganhar isso. Então, sugiro também dar uma repensada. Meninas, me ajudem a isso. Estou falando alguma besteira, mas assim, é em cima do que eu trabalho mesmo na clínica. De repente,
olhar qual tipo de fibra você vai acionar primeiro no trabalho de fortalecimento" (J3).

Outro juiz: "Concordo. Também trabalho assim dentro nesse pensamento aí. Fibra fásica sempre vai fadigar primeiro, né? A aeróbica, então a gente sempre começa com ela. Também faço assim" (J3).

No terceiro item foi questionado o seguinte: "Podemos considerar adequada a caracterização das idosas com incontinência urinária (IU) a partir das questões 3 e 4 do *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form* (ICIQ-SF)?" e a totalidade dos cinco juízes concordaram.

O quarto item: "Podemos considerar relevante a palestra a ser realizada em Unidade Básica de Saúde com o objetivo de informar a respeito da IU e todos os seus aspectos fisiopatológicos, curativos e preventivos?" resultou em uma relevância considerada pelos cinco juízes.

Em relação ao quinto item: "Podemos considerar adequado mensurar a qualidade de vida da idosa com IU a partir da aplicação do questionário *King's Health Questionnaire* – KHQ?" e os cinco juízes consideraram concordância em sua totalidade.

O sexto item: “Podemos considerar adequado classificar o tipo de IU a partir da aplicação do questionário Gaudenz-Fragebogen?” obteve um resultado de concordância de quatro juízes, enquanto um juiz não respondeu a questão.

No sétimo item: “Podemos considerar adequado o tempo de 12 semanas de intervenção física e comportamental para idosas com IU?” todos os cinco juízes também concordaram com o questionamento.

Consideração do juiz 2: “Pensando em hipertrofia muscular, esse tempo mínimo aí de 12 semanas, tá ok, sim. Não vejo por que vocês não fazerem esse tempo” (J2).

Outro juiz: “Samantha, esse tempo de 12 semanas aí, você o referenciou, desculpa, eu não cheguei a olhar. Porque assim, tem referência na própria fisiologia de exercício, você mostrando que a partir de 10 semanas você já tem ganho de força com frequência mínima de duas vezes por semana, então pode até referenciar para dar um suporte maior em relação com a questão da fisiologia” (J1).

Resposta da pesquisadora: “Eu referenciei bem esse tempo, porque, vou falar a verdade, foi muito difícil trabalhar o protocolo de uma maneira geral, porque os estudos não são congruentes, eles não trabalham todos da mesma maneira, não encontramos, assim, protocolos que falem a quantidade de exercício ideal e aí todos falam a mesma língua, ou então qual a quantidade de exercício, qual a quantidade de contração, mas em relação ao tempo de 12 semanas, foi o que nós encontramos na literatura por ser o tempo mais prevalente, então eles falam muito sobre essas 12 semanas, e nós também achamos isso na NIC, que é da classificação das intervenções de enfermagem, que eles falam exatamente isso, a partir de 10 semanas, e aí como os outros estudos trabalham em 12 semanas, então aí nós fechamos esse tempo em 12 semanas por ser o mais prevalente na literatura, e nas revisões também”.

Outro juiz: “Eu acho que é perfeito, acho que é o que a gente tem aí de base dentro da fisiologia, da fisiologia do exercício, também costuma utilizar aí o que você está propondo” (J2).

Juiz 2: “Samantha, a gente tem um protocolo, na verdade a gente tem uma publicação de uma fisioterapeuta chamada K. Bo, que ela publicou alguns anos atrás um protocolo nível 1 de evidência grau A de recomendação para incontinência urinária e prolapso de órgãos pélvicos, então é um protocolo nível 1 de evidência grau A de recomendação, se vocês quiserem depois vocês me pedem que eu passo a vocês essa publicação, que ela dá uma luz bem grande, apesar de que quando eu estava analisando o protocolo de vocês boa parte do que vocês vão usar no protocolo de vocês está incluso nesse protocolo, mas se quiserem vocês me pedem que eu passo a vocês (J2).

Pesquisadora: “Depois. Eu li o protocolo dela, eu tenho aqui realmente, eu depois vou falar até das diferenças que nós encontramos e porque nós vamos trabalhar, mas o dela tem sim, eu li o protocolo completo e é bem interessante sim, eu tive o acesso”.

Juiz 1: “Queria só fazer um sumariozinho do que eu percebi até agora, eu acho que está tendo um questionamento com relação aos critérios de inclusão, não sei se todo mundo concorda com isso, que paciente vai ser incluída, que tipo de musculatura que vai ser, qual é a... como essa paciente está se apresentando, e aí eu vi que você colocou os questionários de incontinência urinária, mas esse questionário não vai selecionar no seu protocolo, não vai selecionar a incontinência a indicação do exercício, então uma paciente com incontinência mista ou incontinência de urgência, vai participar do mesmo protocolo, é isso?” (J1).

Pesquisadora: “Isso. O Gaudenz ele tipifica, ele até classifica, mas vai participar do mesmo protocolo.

Juiz: “E você não acha que isso já é uma já ia dar uma uma diferença esperada no seu resultado?” (J1).

Pesquisadora: “Sim, eu conversei isso com o estatístico exatamente por conta dos tipos de incontinência, e aí nós falamos sobre isso, que depois eu posso nos resultados, até separar os grupos de avaliação por... a idosa ser comparada com ela mesma, então foi o que ele trouxe, por exemplo, a idosa que tenha tido um tipo de melhora, ela não vai ser comparada com outra idosa, mas com ela mesma, se ela teve a melhora de acordo com a incontinência urinária dela. Qual foi a melhora dessa idosa avaliando a força dos músculos do assoalho pélvico inicial e depois do protocolo? Então ela tinha uma força e depois do protocolo outra, então a comparação seria com ela mesma, por isso que nós pensamos em trabalhar com todas essas, com esses três tipos de incontinência.

Juiz 1: “Então, na verdade, todas as sugestões dadas, inclusive a avaliação do assoalho pélvico, tudo cai nisso, né, na verdade a gente está só sugerindo que você, de certa forma, caracterize melhor essas pacientes, por exemplo, fatores de risco, condições do assoalho pélvico, condições de mobilidade, sei lá, podemos até colocar se tem sarcopenia ou não, o grau de sarcopenia ou não, dependendo do tipo de paciente e condição clínica, né, caracterizar bem a paciente que depois as variáveis você vai usar, de certa forma, como análise final dos seus dados, né, eu acho que resume um pouco do que a gente tem discutido até agora. Não sei se todo mundo concorda, desculpa, caiu minha internet” (J1).

Nesse momento, todos os outros juízes concordaram com sinais de resposta não verbal, acenando com a cabeça.

O oitavo item: “Podemos considerar relevante o item "1 - Educação acerca da IU" com fornecimento de educação detalhada para as idosas sobre: IU; anatomia e fisiologia do trato urinário; orientações sobre hábito de vida; ingesta hídrica; evitar ingestão de cafeína, álcool e tabaco; realização de exercícios físicos; e melhorar os hábitos intestinais?” atingiu o resultado como relevante para os cinco juízes. Ainda foram questionados: “Gostaria de acrescentar alguma observação sobre o item anterior?” e obtivemos as seguintes observações: “Antes das orientações, deveriam também caracterizar a condição das pacientes antes da atividade educativa. Também poderiam ser consideradas variáveis”; outra observação: “Até que horas o paciente deve beber água, de acordo com sua rotina, horário do sono” e a última observação: “Orientar quando à contração correta dos MAP”.

Juiz 5: “Ô Samantha, eu não sei se você já ouviu falar num Questionário chamado PFIQ-7 e PFDI-20 *Pélvic Floor Distress Inventory* e *Pélvic Floor Impact Questionary*. Esses dois questionários, eles têm um domínio específico para os sintomas urinários, e é um questionário que a gente validou em 2016, para a população brasileira. Então, talvez, se vocês usassem também esse domínio urinário, desses dois questionários, talvez eles abrangessem melhor que você, talvez, dependendo do que vocês querem realmente, como qualidade de vida, né? Porque eles abordam as atividades, um deles, o PFIQ-7, atividade de vida diária. Então, aquela paciente que ela vai lavar uma louça, varrer uma casa, esse sintoma urinário dela reduziu depois do protocolo de treinamento da musculatura do assoalho pélvico, a capacidade dessa mulher sair de casa. Então, eles têm alguns aspectos que o Kings Health, por ser mais geral, acaba não abrangendo. Então, se vocês quiserem depois dar uma olhada como é que se referia esses domínios desses questionários, seria uma outra sugestão a vocês. Questionários autoadministráveis também, então como é só um domínio, um tem sete perguntas, o outro tem 20 perguntas, porém você vai usar só um domínio, então é um domínio de seis perguntas só, é rápido de ser aplicado” (J5).

Em relação ao nono item: “Podemos considerar adequado o item "2 – Avaliação de comportamento por meio do diário miccional"?” os cinco juízes responderam com concordância. Foi questionado, também: “Gostaria de acrescentar alguma observação sobre o item anterior?” e as observações foram: “Não precisam ser 3 dias consecutivos”; outra observação: “O diário miccional na minha opinião só não se aplica muito para incontinência de esforço”; última observação: “Talvez pensar em relação a 3 dias consecutivos: adesão?”.

Juiz 1: “Colocação eu não tenho não, eu tenho só uma dúvida em saber como é que vocês pensaram de estratégia para de fato motivar essa idosa a fazer um diário miccional por três dias. Porque a gente sabe que fazer um diário miccional por 24 horas, algumas pacientes

já não respondem, eu vou sair de casa, não vou levar o copinho para graduar, e a gente recebe às vezes um diário, mas você anotou tudo, eu esqueci, não anotei. E aí eu queria saber, Samantha, o que vocês pensaram de estratégia mesmo para que tenha essa adesão aí por esses três" (J1)

Pesquisadora: "Nós pensamos em trabalhar só o comportamento mesmo, trabalhar essa mudança de comportamento, nós embasamos o nosso protocolo em Bandura, para falar sobre o comportamento, porque essas mulheres deveriam seguir ou não, e resolvemos colocar por três dias, porque foi o que nós encontramos principalmente nos *guidelines*, que eles trabalhavam com esse período de, com um forte grau de recomendação, mas nós pensamos também exatamente na, qual a motivação dessa idosa para preencher o protocolo, o diário miccional por três dias, poque já é difícil para todo mundo, eu acredito, que tenha essa rotina, esse comprometimento, mas foi algo que nós levantamos também, e resolvemos deixar por conta da literatura, não, não, não pensamos na praticidade do protocolo. Sabemos que isso não é prático, né, a utilização desse diário por três dias consecutivos ainda. Pois não, professor?".

Juiz 1: "Adesão, às vezes, é meio complicada, né, mas a gente tem usado isso na clínica, e na literatura também tem descrito que não precisa ser consecutivo, tá? Então, isso é uma das coisas que a literatura coloca, então, se você colocar realmente, ah, precisa fazer com três dias, soa como uma maratona, né, ficar anotando isso direto, né, mas não precisa necessariamente ser três dias consecutivos, tá? Então, acho que vale a pena colocar isso como uma alternativa, né, e às vezes a gente se surpreende que os pacientes vêm até, tem os engenheiros, né, os matemáticos, né, que vêm até anotando milímetros, né, de diferença, né, mas eu acho que vale a pena reforçar isso, que não precisa ser três dias consecutivos, e é uma ferramenta muito importante, inclusive nessa diferenciação também, né, do tipo da incontinência, que você pega o aumento de frequência, né, então vale a pena fazer isso também. E você pega um outro dado que é a poliúria, né, que às vezes a gente deixa passar na nossa investigação, mesmo na nossa anamnese, né, quer dizer, será que esse paciente está tendo alguma alteração de aumento de frequência por poliúria, né, quer dizer, então o volume, a mensuração do volume, ele ajuda a gente também nessa diferenciação, né. E aí, com relação ao seu protocolo, você colocou como desfecho, né, o diário, mas você vai fazer uma avaliação também inicial, né, que você colocou no começo e... faz um tempo, eu estou meio... estou passando aqui como quem não leu, mas eu faço um tempinho, eu estou tentando lembrar aqui dos detalhes, né, mas isso é importante também. E aí o *pad-test* vai falar depois também, né... Não, é também para caracterizar a parte inicial, né, nós estamos falando sempre isso, né, eu acho que está sendo um fator, toda, né, fatores de risco, depois avaliação da sua aglomeração, agora caracterização da incontinência,

né, então agora o diário miccional, quer dizer, tudo como fatores de caracterizar bem a sua população inicialmente, né, para depois você identificar os... fatores que podem estar relacionados à melhora, ou à resposta ou não, né, então acho que esse que é o grande... o grande ponto, né. Mas o *pad-test* você vai colocar também como avaliação inicial. Sim, tá bom, tá, é só isso" (J1).

O décimo item: "Podemos considerar adequado o item "3 – Identificação da perda urinária utilizando o teste do absorvente (*pad-test*)" com a realização do *pad-test* de 1 hora?" atingiu concordância para quatro juízes, enquanto um juiz não respondeu à questão. Também foram consideradas observações com o seguinte questionamento: "Gostaria de acrescentar alguma observação sobre o item anterior?" e as respostas foram: "A utilização do ISI em pacientes com dificuldades na mobilidade física ou com comorbidades que inviabilizem a realização do *pad-test*"; outro juiz: "Verificar mobilidade da paciente para conseguir fazer o *pad-test*".

Colocação do juiz 1 em relação ao item: "Eu acho que você caracterizou bem o *pad-test*, ele faz o diagnóstico, mas você enfatizou aí com relação à classificação, ele não é bom para esse tipo de classificação. Só para te dar uma ilustração, a gente faz esse *pad-test* aqui no hospital, no HC, a gente tem um serviço, então talvez valesse a pena conversar com o pessoal aqui também. Agora, novamente, cai de novo na condição da paciente. Você viu que o protocolo tem uma sequência de exercícios aí, né? Não basta ela se locomover. Exatamente, então cai de novo no que a juíza falou, que já foi comentado. Isso pode ser o grau de mobilidade e tudo, pode ser um fator confundidor de novo. Acho que vale a pena só caracterizar bem. No HC, a gente fez um trabalho e para nós deu 40 ali o corte, né? 10, 40 e acima de 40. Só para ilustrar. Então, essa classificação não fica bem. A gente fez com mulheres e com pacientes pós-prostatectomia. Então, eu acho que é uma ferramenta importante, é uma maneira de você avaliar objetivamente a perda e depois isso vai ter uma riqueza de dados, porque você vai confrontar todos esses dados que você está pegando, então dados epidemiológicos, fatores de risco, antecedentes, multiparidade, condição clínica do paciente, aí a avaliação pélvica, a força da musculatura, todos esses fatores, mobilidade, você vai confrontar com esses desfechos ao longo do tempo. E você vai ter possibilidades de achar vários fatores que podem estar relacionados ou não com esse... Às vezes um fator que a gente acha que é positivo ou não é, ou que A gente provavelmente acha que não é e vai aparecer com esse seu trabalho. Então, eu acho que é bem você caracterizar bem a população inicialmente, inclusive quando você falou daquela palestra, tabagismos, interromper tudo, colocar isso também. Como é que a pessoa faz com que o seu paciente, nessa fase inicial, ela fuma, não fuma, ela toma quanto de café, não

toma, sua intervenção teve, mudou isso ou não? Quer dizer, olha a riqueza de dados que você vai criar com essa intervenção" (J1).

Juiz 4: "Oi, Samantha. Realmente, quanto ao *pad-test*, eu subi, desci as escadas, o degrau pode ser uma questão, realmente tem que ver essa questão da mobilidade, mas nós fizemos aqui, e aí é uma sugestão, a gente utilizou um *step*, emborrachado, Ele tem uma altura de 18 centímetros, que é considerado uma altura padrão de um degrau de escada. Então, esse *step*, ele adere bem ao chão, ele é antiderrapante, emborrachado, então é seguro. A gente o colocou próximo, encostado na parede, para que ele pudesse apoiar a mão ali, de certa forma. Então, ficou uma sugestão para fazer com o *step*. E a balança, se você puder descrever no documento, a marca da balança, tudo direitinho, porque uma coisa que eu senti muita dificuldade quando eu fui fazer aqui, era saber que balança utilizar, e eu ficava buscando nos artigos, assim, a que eu encontrei foi a Mettler Toledo, foi a que eu utilizei, uma balança Mettler Toledo, e ela é bem precisa, né? Parece, acho que um fio de cabelo, de medir. Então, assim, é legal descrever aí a balança para ajudar o pessoal quando for tentar fazer um *pad-test* também. Bom, é isso" (J4).

Juiz 1: "Só um último comentário, eu sei que estou atrapalhando um pouquinho, mas o *pad-test* mais confiável é o de 24 horas. E aí vem aquela coisa de você pegar o absorvente, orientar seus pacientes a botar dentro de um saquinho zip na geladeira, e depois trazer para apresar. Eu não sei se isso é relevante ou não para vocês, mas talvez testarem um grupo menor, ver se tem adesão ou não tem, seria mais fácil de ter isso por conta da mobilidade, da dificuldade. Então, na literatura é descrito como o teste mais confiável de 24 horas, mas depende do grau também de cognição, né? De possibilidade de fazer esse teste aí" (J1).

Juiz 5: "Essa questão do *pad-test* realmente é algo bem preocupante, porque muitos têm essa questão da mobilidade, como os professores falaram. Então, uma coisa que você podia considerar também era usar algum *pad-test* equivalente. Existe um instrumento que foi validado também, que é equivalente ao *pad-test*, diz que a correlação foi boa, que é o ISI, que é aquele de severidade da incontinência. E também é uma alternativa, já se tiveram vários trabalhos que utilizaram isso, embora a ISI recomende o *pad-test*, mas é uma alternativa quando você não é viável a realização do teste por conta dessas questões de mobilidade ou de enchimento, ou o paciente tem alguma comorbidade que não pode fazer nenhuma atividade desse tipo. Então, às vezes é uma alternativa para você quantificar para os pacientes, os critérios" (J5).

O 11º item chegou em um resultado de concordância de quatro juízes, sendo que um juiz discordou, com o seguinte questionamento: "Podemos considerar adequado o item "4 –

Propriocepção" por meio da utilização do perineômetro pneumático de biofeedback da marca Quark Medical, modelo Perina Clínico?". As observações foram obtidas após a seguinte questão: "Gostaria de acrescentar alguma observação sobre o item anterior?" e as respostas foram: "Realizar o treinamento antes de iniciar o protocolo para ensinar a paciente a identificar a contração dos MAP"; e outro juiz: "Talvez usar perineômetro Peritron, e excluir as pacientes com AFA 0 e 1".

Juiz 2 considerou: "E aí, Samantha, pensando em, se você for continuar usando esse perineômetro da Quark ou então for usar o australiano o Peritron, eu não sei se vocês pensaram na amostra de vocês, excluir aquelas mulheres que têm uma avaliação funcional grau 0 e 1, né? Porque ainda se você for usar o Peritron, essas mulheres que têm um AFA 0 e 1, no próximo momento isso vai gerar um aumento da pressão intra-abdominal e esse Peritron ou o próprio perineômetro da Quark vai captar isso. E na verdade não é porque ela tem algum grau de contração, isso é devido a esse aumento dessa pressão intra-abdominal. Então talvez vocês colocarem lá como critério de exclusão de vocês excluir essas mulheres grau 0 e 1 pra não fazerem essa avaliação por meio da manometria, isso talvez já resolveria essa questão de vocês. Que provavelmente vocês também devam excluir, porque elas ainda não têm nem a musculatura preparada pra fazer um exercício, né? Mas como eu não vi isso nos seus critérios, comentar isso. Uma sugestão" (J2).

Juiz 4: "Oi, Samantha, aproveitando aí o que a professora falou, é importante Aí, de repente, você entrar com uma familiarização dessas pacientes, porque às vezes você faz avaliação e você conclui que ela não sabe contrair, né? Ou quer dizer que a contração é baixa, mas às vezes ela não sabe, né? Muitas das vezes. E aí entrar com uma familiarização interessante, porque aí a gente realmente tem a certeza de que a força está baixa, a resistência está baixa, ou realmente entendeu se ela não tem a consciência. E essa familiarização acho que vale a pena. Foi o que a gente utilizou aqui, fazendo as avaliações, e a gente percebia que depois que fazia a familiarização, praticamente, 90% mudava, né? Acho que é interessante. A gente tem publicação já em relação a isso, que 30% das mulheres elas não conseguem contrair o assoalho pélvico, não porque não tem força, mas é porque de fato elas não conseguem perceber esse movimento, como é que é o movimento, e na hora que a gente dá essa instrução, esses 30% não é que elas não tinham força pra isso, simplesmente elas passam a ter uma capacidade de contração porque elas aprenderam o movimento, foram orientadas. Então, é o que a gente até comentava lá na frente com vocês, talvez aí fosse importante resgatar" (J4).

Pesquisadora: Vocês acreditam que no momento da propriocepção, no momento que a sonda já está introduzida. Isso pode ajudar no reconhecimento ou mesmo assim seria interessante trabalhar a familiarização?"

Resposta do juiz 4: "Na verdade, eu faria antes. Antes até de você colocar essa sonda. Por quê? Porque, por exemplo, você vê que ainda com a palpação vaginal, ela não tem um grau de força mesmo, você dando aí essa propriocepção a ela, já evitaria você, inclusive, fazer o exame com o Peritron, visto que ela já teria um AFA zero ou eventualmente um AFA 1. Então, você não precisaria submetê-la a mais uma intervenção via vaginal se de fato ela não tem mesmo essa contração por não ter uma força mesmo" (J4).

Pesquisadora: "Perfeito. Juiz, também concorda com essa questão?".

Juiz 2: "Concordo" (J2).

O 12º item: "Podemos considerar adequado o item "5 – Avaliação de força dos MAP" por meio da utilização do perineômetro pneumático de biofeedback da marca Quark Medical, modelo Perina Clínico?" resultou na concordância de três juízes, sendo que dois discordaram. Assim, responderam o seguinte questionamento: "Gostaria de acrescentar alguma observação sobre o item anterior?" e as observações foram: "Sugiro ficar de olho também no relaxamento do paciente. Talvez não tenha um bom resultado com uma paciente grau 0 ou 1 de força"; e outro juiz: "Talvez usar perineômetro Peritron e palpação vaginal antes".

Levantamento do juiz 2: "Eu acho que aqui, Samantha, vocês tratarem aquilo que os juízes elencaram lá na frente, da gente avaliar não só força, mas avaliar resistência muscular, capacidade de relaxamento, isso é importante. Por isso que seria importante você fazer uma palpação vaginal e não só utilizar uma manometria com essa paciente. Porque eu não sei se vocês pretendem, vocês vão falar do protocolo de treinamento, mas eu não sei se vocês pretendem individualizar esse protocolo baseado na avaliação dessas participantes, ou se vocês vão fazer um protocolo geral para todas elas, independente de como é que está esse assoalho pélvico de cada uma" (J2).

Resposta da pesquisadora: "Então, seria geral mesmo, não pensamos um protocolo individualizado, por conta, às vezes, do tamanho da amostra, enfim, a gente pensou em um protocolo geral mesmo. Por isso que nós vamos até repensar essa questão do tempo de sustentação das contrações".

Juiz 2: "Exatamente. E aí, para isso, vocês precisariam fazer uma palpação vaginal antes, para vocês avaliarem essas outras variáveis aí que a gente já comentou" (J2).

Pergunta da pesquisadora: "Você acredita que essa palpação vaginal antes da propriocepção também? Depois da familiarização?"

Resposta do juiz 4: “Não, na verdade você precisa primeiro ensinar essa mulher, dar essa propriocepção a ela para depois você garantir se ela de fato tem um grau zero porque ela não tem força ou porque ela não sabe, tá? Então, dar a propriocepção, eu faria assim, daria a propriocepção, aí sim eu avaliaria a força muscular dela pela palpação vaginal e ela tendo uma contração faria a manometria com ela” (J4).

Juiz 1: “Aí é uma questão aí para todo mundo, eu acho. Vocês acham que a atrofia vaginal é um fator aí que possa também ser se a paciente faz reposição ou se não faz, quer dizer, seria um fator que mereceria ser avaliado? E aí eu vou fazer uma outra questão polêmica. Atividade sexual também, se é uma coisa que vocês acham que vale a pena avaliar, né?” (J1).

Juiz 2: “Acho que sim, com certeza” (J2).

Juiz 4: “Eu também” (J4).

Juiz 1: “Bom, a gente, os desfechos deles é qualidade de vida, né? Então, a função sexual, a melhora dessa função sexual ou não, então ali vai ter atividade intimamente relacionada a essa qualidade de vida. Então, a gente tem também um questionário validado para função sexual de pacientes com disfunção do assoalho pélvico também, vocês conseguem achar também fácil esse questionário. E essa, essa questão aí da parte hormonal, professora, muito relevante, porque a gente vê muita paciente e as minhas colegas podem dizer com um nível de... Se a gente for levar em consideração a escala de Oxford, forma de força, até com uma força, né? Considerável, podendo melhorar, claro, mas com uma uretra hipermóvel por conta de baixa de estrogênio. Então, nem sempre, né? Com com... Deixa de ter força, né? Mas tem essa hipermobilidade que influencia bastante também” (J1).

Juiz 4: “Oi, Samantha, essa questão da atrofia colocada aí pelo professor é importante, né? Porque a gente vê que as vezes, muitas das vezes, o paciente está com uma vagina bem atrófica, e o músculo se torna disfuncional, e isso pode, diretamente vai estar envolvido com a questão da avaliação de força muscular, né? Resistência, muitas com dores, né, nas paredes vaginais, então, assim, é um fator bem a ser considerado e a palpação aí é que vai te dar esse suporte, então precisa ser palpada, de fato, essas pacientes aí, antes de tudo isso, né?” (J4).

Pergunta da pesquisadora: “Antes da avaliação da musculatura e depois da propriocepção, você acredita, professora?

Resposta do juiz 4: “Quando você for avaliar a musculatura que você fala em relação ao perineômetro, eu faria a avaliação inicialmente com a palpação, para você verificar essas questões” (J4).

Para o 13º item foi atingido um resultado de concordância dos cinco juízes após o seguinte questionamento: “Podemos considerar adequado o item "6 – Exercícios perineais" com

a realização de exercícios para a musculatura do assoalho pélvico (EMAP)? Em relação às observações com o questionamento: “Gostaria de acrescentar alguma observação sobre o item anterior?” os juízes relataram: “Se a paciente tiver um musculo de assoalho pélvico tenso, hiperativo, os exercícios podem piorar a perda de urina”; outro juiz: “Realizar a palpação para avaliar se a paciente consegue contrair a musculatura antes de inseri-la no protocolo”; e a última observação de outro juiz: “Sugiro fazer supervisionado o maior número de encontros supervisionados. Sugiro individualizar o protocolo”.

Consideração do juiz 2: “Bom, minha sugestão seria que vocês deveriam trabalhar contração rápida, sem contração sustentada, sem, a gente precisa desses dois tipos de contração, e eu ainda sou favorável a gente individualizar isso a cada paciente, porque você avalia a sua paciente lá, tem o endurance lá de uma resistência de quatro segundos, aí você vem nesse protocolo, para ela manter essa contração por dez segundos, ou ela não vai conseguir manter, ou ela vai tentar manter essa contração por dez segundos, mas completamente incoordenada, recrutando várias outras musculaturas ali, acessórias, então, talvez isso daí não te dê efetivamente aquilo que, um resultado fidedigno, daquilo que vocês querem procurar, porque dez segundos para uma paciente que tem uma incontinência urinária ainda é muito tempo de endurance, e quando a gente vê aqui na prática clínica, a gente vê que essa resistência muscular dela são bem aquém de dez segundos. Não que a gente, não, a gente trabalha exatamente pra isso, pra aumentar essa resistência muscular, mas pra fazer isso já de início do protocolo, talvez vocês tenham dificuldade de conseguir isso com as pacientes, mas se vocês optarem por não fazer um protocolo individualizado, e eu super entendo, já fiz pesquisa também com um protocolo único pra todas as participantes, o que eu sugeriria? Colocar, talvez de início, uma resistência, um tempo de contração sustentado um pouquinho menor, pensando na característica dessas participantes de vocês, e daí depois, dado o número de sessões, tentar aumentar isso progressivamente pra todo mundo, se não forem fazer a individualização do protocolo. Mas como vocês vão usar as pacientes de vocês como o próprio controle delas mesmas, eu acho que é super viável vocês individualizarem mesmo o protocolo pra cada um, porque essa ideia de vocês usá-las como controle é ótimo, pra isso vocês não vão ter viés, pelo contrário, vocês vão conseguir ver a melhora ou não de cada uma, individualizando o protocolo. E outro ponto também, que eu não sei se tá descrito no projeto, e se tiver, me desculpa por não ter me atentado, é que eu queria saber um pouquinho da frequência, qual é essa frequência de exercício que vocês vão fazer, se tem orientação pra elas fazerem domiciliar o exercício? Sim, então...” (J2).

Resposta da pesquisadora: “Nós pensamos aí, na primeira consulta só pra explicar, e aí na consulta retorno, que é logo depois dessa consulta agendada, ela realiza os exercícios pela primeira vez de maneira assistida. Depois ela recebe orientações pra realização domiciliar, as orientações dadas ali na consulta de retorno, e também a cada ligação. Então, pensamos em ligar, né, fazer a ligação pra essa idosa, ela vai receber o protocolo impresso pra ela realizar os exercícios em casa, e nas ligações pra monitorar, pra... afim de auxiliar, de orientar, monitorar, e aí depois ela retorna pra fazer o exercício. Então, nós pensamos a cada dois dias, então, ela volta pra fazer o exercício, pra encontro presencial, e nesses dois dias ela realiza os exercícios de maneira domiciliar.

Juiz 2: “Então, ela faria cerca de três atendimentos supervisionados, semanais?” (J2).

Resposta da pesquisadora: “Isso, que são os encontros, um, dois e três descritos no protocolo, e aí intercalados aos encontros, tem as ligações pra incentivar a realização em casa”.

Juiz 2: “Mas, deixa eu entender, isso aí seria só na primeira semana, então, que ela viria um, dois e três, depois ela iria pra casa com o protocolo de exercício, e voltaria depois das 12 semanas, isso?” (J2).

Pesquisadora: “Não, aí começa o mês dois. Ela fica com esses encontros, e com essas, ela recebe essas ligações no primeiro mês. No primeiro mês é realizado esse protocolo. Aí no mês dois nós mudamos até a quantidade de contração, a quantidade de tempo de sustentação, e aí inicia novamente, ela não volta depois de 12 semanas, não. A cada mês ela tem os encontros e as ligações, não pensamos de maneira individualizada, mas agora sim, pra realização ali dentro daquele mês, com aquele protocolo, entendeu?”.

Juiz 2: “É que eu estou pensando aqui no número de sessões supervisionadas que ela vai fazer, então ela faria três sessões de contração, três sessões de exercício supervisionadas por mês, é isso?” (J2).

Pesquisadora: “Isso”.

Juiz 2: “Entendi. Por que isso? Tem algum motivo especial? Eu pergunto porque eu ainda não vi esse protocolo assim, de fazer três sessões mensais no começo de cada mês. Vocês pensaram por algum motivo específico isso?” (J2).

Pesquisadora: “Não, não, não pensamos por nenhum motivo específico, não. Não encontramos essa quantidade de sessões na... Tem a quantidade, mas cada protocolo trabalhando de uma maneira, ninguém que estivesse falando de quantidades por semana, então nós não pensamos nisso”.

Juiz 2: “Eu te pergunto isso, eu também fiz protocolo, uma proposta de protocolo de intervenção em pacientes com disfunção de assoalho pélvico, e as minhas pacientes, na época

do estudo do protocolo, elas faziam um treinamento supervisionado por semana, durante 90 dias, 3 meses também, e no restante elas tinham orientação de fazer exercício domiciliar. E eu te digo que foi bem difícil essa adesão desse exercício domiciliar nessas pacientes, porque algumas, por mais que eu ligasse, olha, vamos fazer quando volto, você tá fazendo? Tô, tô fazendo. Me mostra, então, como é que você tá fazendo? Isso eu digo no intervalo de uma semana, né? E ela já mostrava tudo errado, eu tava marcando lá no papelzinho que tava fazendo, só pra ter algo pra me entregar, então talvez, se você deixa um tempo muito grande, então ela te olha na primeira semana, e depois ela vai te encontrar só depois de quatro semanas, talvez isso não seja tão efetivo, é algo pra você pensar, visto que a gente já tem na literatura recomendação e revisões sistemáticas mostrando que um treinamento supervisionado por um profissional é bem mais eficaz do que um treinamento domiciliar, né? Fora do Brasil a gente tem bastante essa realidade, né, de fazer esse treinamento domiciliar, mas quando a gente vem aqui pra realidade da nossa população, é um pouco mais difícil você trabalhar com tanto tempo só de treinamento domiciliar, principalmente no início, você vai pegar pacientes que provavelmente vão começar a fazer treinamento da musculatura do assoalho pélvico com vocês, então, sugiro, vocês talvez repensarem, aumentarem essa frequência aí, desses atendimentos aí, pelo menos uma vez fazer esse protocolo supervisionado uma vez por semana, o que não daria muita diferença, pensando que o mês tem quatro semanas, vocês passariam de três pra quatro, mas pelo menos você teria um contato maior com essas participantes, o que é, o que seria interessante ao meu ver" (J2).

Juiz 5: "Então, eu concordo com tudo que a professora falou, que em relação a essa questão da individualização, ela vai ser muito importante para mostrar, para você partir e ver que realmente, não é só a questão do próprio controle, mas para você identificar que não é o que você está se mantendo. Desculpa, eu não sei o que ele está falando aqui. Então, é, porque se ela já começa com dez segundos, é realmente assim, é bem difícil, a maioria das mulheres, elas não conseguem manter uma contratação sustentada por tanto tempo, então, você fazer um protocolo individualizado, baseado naquela força de contração que ela tem inicialmente, eu acredito que vai ajudá-la a ir progredindo de uma forma mais eficiente, Né, Aumentando a força. E essa questão do exercício também, então, assim, a experiência que eu tive também com esse tipo de paciente é que realmente quanto mais tempo você passa sem fazer um exercício, você tem muita dificuldade, né, e essa muita dificuldade de dar uma boa resposta, de manter esse exercício que é realizado normalmente cerca de três vezes por dia, em três posições, então, às vezes falam que estão fazendo, mas não estão fazendo de forma efetiva, então, fazer pelo menos uma vez por semana o exercício, talvez seja razoável para você ter

uma resposta melhor, mas aí vocês avaliam se há viabilidade, porque realmente, assim, essa questão vai ser feita individualmente ou vai ser feita em grupo, porque também tem essa possibilidade, né, de fazer o exercício já assistido num grupo menor de pessoas, então, isso ajuda a tornar o protocolo um pouquinho mais viável, porque faz atendimentos individuais com todo mundo, né" (J5).

Juiz 4: "Oi, Samantha, então, mas que, ah, colocando aí a juíza falou, né, concordo aí plenamente com a questão, mas assim, você quer testar um protocolo ou você quer ver o efeito dos exercícios? Porque testar um protocolo, a gente fecha um protocolo e aplica, né, e aí, assim, se fosse isso, se for isso, a sugestão era avaliar todo mundo e fazer uma média, né, dessa, desse tempo de contração, você vai testar um protocolo. de 10 segundos, eu acredito que vai ser difícil elas chegarem, partindo do princípio aí da fadiga muscular. É, enfim, e aí você vai ver o que você vai fazer, mas eu acho que realmente fazer individualizado seria muito interessante, porque a maioria dos artigos que a gente pega pra ler, né, dentro de exercícios do assoalho pélvico é muito protocolado, né, e, assim, a vida real aqui, na prática clínica, não é, a gente sabe que não é assim que acontece, né, a gente precisa avaliar de forma individual, senão a gente não vai ter o resultado, é a mesma coisa que acontece em qualquer treinamento físico, né, eu sou professora de educação física também, então, assim, o treinamento é isso, ele tem que respeitar a individualidade, né, e o assoalho é o músculo, como o músculo do quadríceps, é estriado, então eu acho que, se vocês pudessem fazer de forma individualizada, como a professora colocou, seria fantástico, né, porque dá trabalho? Dá, dá trabalho, né, tudo dá trabalho, pesquisa é isso, né, mas seria fantástico, porque a gente vê algo publicado de forma individualizada, poxa, é outra coisa, né, é o nosso dia a dia, né, é ali, né, a vida, a vida como ela é, né, o que a gente faz, então, eu acho que poderiam pensar aí com carinho, de repente, se eles conseguissem fazer assim, de forma individualizada, seria muito rico, essa publicação ficaria muito bacana. Fico aí à disposição de vocês, se quiserem também ver alguma questão de treinamento, tá?" (J4).

O 14º item questionado atingiu a relevância dos cinco juízes com a seguinte questão: "Podemos considerar relevante o cronograma do "Mês1", sendo 1 consulta agendada (CAG1); 1 consulta de retorno (CRET1) com realização de EMAP iniciais (EMAP0); 3 ligações telefônicas (LIG1, LIG2 e LIG3), sendo 1 ligação por semana intercaladas a 3 encontros para EMAP (EMAP1, EMAP2 e EMAP3) com periodicidade de 1 encontro semanal da seguinte maneira: CAG1, CRET1+EMAP0, LIG1, EMAP1, LIG2, EMAP2, LIG3 e EMAP3?" Quando questionados sobre observações com a seguinte questão: "Gostaria de acrescentar alguma observação sobre o item anterior?" obtivemos as seguintes respostas: "sugiro no mínimo um

encontro semanal para todas fazerem juntas com o profissional. os idosos esquecem muitos exercícios"; e outro juiz: "Sugiro fazer 1 encontro de exercício supervisionado por semana".

Para o 15º item: "Podemos considerar relevante o protocolo dos EMAP no primeiro mês, sendo:

- Posições: deitado, sentado e em pé.
- Série: três séries de exercícios para cada posição.
- Repetições: 12 contrações sustentadas com 10 segundos de duração.
- Descanso: 10 segundos entre as repetições e 2 minutos entre as séries.
- Após repetições dessas contrações sustentadas, serão adicionadas 4 contrações rápidas de 2 segundos de sustentação e 4 segundos de descanso.
- Intensidade: contração voluntária máxima.
- Duração da sessão: 45 min?" quatro dos juízes consideraram relevante, sendo que um juiz considerou irrelevante. Foram questionadas observação da seguinte maneira: "Gostaria de acrescentar alguma observação sobre o item anterior?" e as respostas foram: "Sugiro repensar o tipo de fibra muscular a ser trabalhada primeiro, levando em consideração a fisiologia da contração. Acho o tempo de contração sustentada bem alto para um idoso. Na minha prática clínica dificilmente funciona. Começo com um tempo menor e depois evoluo"; outro juiz: "Individualizar o protocolo de acordo com a avaliação inicial e aumentar o tempo de contração sustentada a cada visita."; e outro: "Sugiro individualizar o protocolo".

Para o 16º item o resultado foi de relevante para os cinco juízes com a seguinte questão: "Podemos considerar relevante o cronograma do "Mês2", sendo 1 consulta agendada (CAG2); 1 consulta de retorno (CRET2) com realização de EMAP iniciais (EMAP0); 3 ligações telefônicas (LIG1, LIG2 e LIG3), sendo 1 ligação por semana intercaladas a 3 encontros para EMAP (EMAP1, EMAP2 e EMAP3) com periodicidade de 1 encontro semanal da seguinte maneira: CAG2, CRET2+EMAP0, LIG1, EMAP1, LIG2, EMAP2, LIG3 e EMAP3?". Em relação às observações com a questão: "Gostaria de acrescentar alguma observação sobre o item anterior?" as respostas foram: "Aumentar a frequência das consultas presenciais, principalmente no início do protocolo para melhorar a adesão"; outro juiz: "Sugiro individualizar o protocolo e fazer 1 treinamento dos MAP supervisionado".

O 17º item: "Podemos considerar relevante o protocolo dos EMAP no segundo mês, sendo:

- Posições: deitado, sentado e em pé.
- Série: três séries de exercícios para cada posição.
- Repetições: 20 contrações sustentadas com 10 segundos de duração.

- Descanso: 10 segundos entre as repetições e 2 minutos entre as séries.
- Após repetições dessas contrações sustentadas, serão adicionadas 5 contrações rápidas de 2 segundos de sustentação e 4 segundos de descanso.
- Intensidade: contração voluntária máxima.
- Duração da sessão: 45 min?" resultou em relevância para três juízes, irrelevante para um juiz e, ainda, um juiz não respondeu a questão. Com a questão: "Gostaria de acrescentar alguma observação sobre o item anterior?" relataram: "As mesmas colocações supracitadas"; e outro juiz: "Sugiro individualizar o protocolo".

Para o 18º item questionado: "Podemos considerar relevante o cronograma do "Mês3", sendo 1 consulta agendada (CAG3); 1 consulta de retorno (CRET3) com realização de EMAP iniciais (EMAP0); 3 ligações telefônicas (LIG1, LIG2 e LIG3), sendo 1 ligação por semana intercaladas a 3 encontros para EMAP (EMAP1, EMAP2 e EMAP3) com periodicidade de 1 encontro semanal da seguinte maneira: CAG3, CRET3+EMAP0, LIG1, EMAP1, LIG2, EMAP2, LIG3 e EMAP3?" o resultado foi relevante para os cinco juízes. Em relação às observações com o questionamento: "Gostaria de acrescentar alguma observação sobre o item anterior?" as respostas foram: "Reaplicar o diário vesical, *pad-test* e KHQ, além da avaliação da força no final do protocolo"; e outro juiz: "Sugiro individualizar o protocolo e fazer 1 treinamento dos MAP supervisionado".

Considerando o 19º item questionado: "Podemos considerar relevante o protocolo dos EMAP no terceiro mês, sendo:

- Posições: deitado, sentado e em pé.
- Série: três séries de exercícios para cada posição.
- Repetições: 30 contrações sustentadas com 10 segundos de duração.
- Descanso: 10 segundos entre as repetições e 2 minutos entre as séries.
- Após repetições dessas contrações sustentadas, serão adicionadas 10 contrações rápidas de 2 segundos de sustentação e 4 segundos de descanso.
- Intensidade: contração voluntária máxima.
- Duração da sessão: 45 min?" o resultado da relevância foi de relevante para quatro juízes e irrelevante para um juiz. Para a questão considerando as observações: "Gostaria de acrescentar alguma observação sobre o item anterior?" as respostas foram: "Estabelecer critérios para descontinuação da paciente na pesquisa e critérios de alta"; e outro juiz: "Sugiro individualizar o protocolo".

Consideração do juiz 2: "Eu tenho só uma pergunta, Samantha, qual é o "N" que vocês estão estimando?" (J2).

Pesquisadora: “Então, eu conversei com o nosso professor estatístico, né, e nós pretendemos fazer esse estudo, essa intervenção com um grupo controle no início, desculpa, grupo controle não, com um estudo piloto de 10 mulheres. Então, esse seria o nosso “N” inicial que nós estamos pensando, 10 idosas”.

Juiz 2: “Tá, e aí depois, com esse piloto, vocês fariam o cálculo para saber a... Isso, exatamente? Estou te dando um relato de quem fez treinamento de musculatura do assoalho pélvico na mesma região que você está, na mesma instituição, só que na faculdade de medicina, lá no programa de reabilitação e desempenho funcional. Então, eu fiz a avaliação de um protocolo, tanto no doutorado quanto no pós-doutorado, e olha, Samantha, tenha força, garra, porque muitas vezes essa paciente não voltava e aí a gente não pode perder, você sabe disso. Então, muitas vezes eu tinha que ir na casa da paciente para avaliar. Então, essa região aí, todinha aí, Barretos, Jardinópolis, muitas vezes eu ia lá com a UCI e falava olha, tá aqui, paga meu combustível porque eu vou precisar reavaliar essa participante, eu não posso perder essa participante. É um perfil que a gente tem, infelizmente, e principalmente quando elas começam a melhorar, e eu espero que os participantes comecem a melhorar, elas começam a adesão começa a diminuir, simplesmente porque elas partem do princípio de que, ah, eu vou para fazer isso, eu já sei fazer em casa. A gente sabe que ela não sabe, mas na cabeça dela, ela sabe quando a gente tá fazendo um protocolo, que a gente precisa fazer a mesma coisa. Toda vez que ela vem, A chance dessa paciente não ter a mesma adesão é grande. Então, essas dificuldades muito provavelmente você vai ter, mas, diante de mãe, eu já te digo, não desista, persista, porque é possível de ser feito, sim, eu sou a prova viva de que isso foi possível de ser feito. Eu tinha uma amostra grande na época, eu tinha uma amostra de 96 mulheres na época, e eu tinha uma dificuldade maior ainda, porque eu tinha um grupo de mulheres que faziam cirurgia de correção de prolapso, então, você imagina, depois que faz a cirurgia, todo mundo melhora, então, qual que é a motivação dessa paciente voltar para a fisioterapia? Mas foi possível, então, vai ser possível, não desista por esses obstáculos, faça aí seu piloto com essas 10, você tá certinha, vocês, você e a professora Luciana, de usarem esse piloto de vocês como a amostra final de vocês, mas vai ser possível” (J2).

Pesquisadora: “Eu cheguei a comentar isso com o professor estatístico, essa questão de depois, realização e busca dessas mulheres em casa, já pensando nisso mesmo, por ler os estudos, né, então, eu cheguei a conversar isso com ele, e ele falou a mesma coisa, vai acontecer, mas não desista. Falamos muito sobre isso também”.

Juiz 5: “Só uma dúvida, eu ouvi que você falou, quando eu cheguei, ia reaplicar alguns instrumentos no final, mas agora você, no último slide que você apresentou, falou somente do *Kings*, você vai aplicar novamente o diário, o *pad-test*, é isso?” (J5).

Pesquisadora: “O diário, *pad-test*, ó, vou abrir novamente aqui a apresentação, só pra ilustrar um pouquinho melhor, aqui no último encontro. Nesse último encontro, elas vão receber novamente as informações sobre incontinência urinária, os hábitos de vida, serão realizados os exercícios, as orientações para o exercício domiciliar mesmo, no final do protocolo, e aí, vai ser realizada a propriocepção, novamente, com o perineômetro, a avaliação da força, antes e depois, e a aplicação do questionário. O *pad-test* e o diário miccional, só no início de cada mês nós havíamos pensado, mas você tem alguma sugestão?”.

Juiz 5: “Eu acho que talvez você pudesse aplicar no final do tratamento, em vez do início do mês, né? Como testamento, você pode comparar a avaliação inicial com a avaliação final, no final do terceiro mês. Talvez fosse mais interessante” (J5).

Juiz 1: “E vocês já pensaram nos critérios de alta, ou de descontinuidade do paciente no estudo? Que critérios vocês utilizariam para excluir da amostra? Como que o paciente faz os critérios de alta para esse paciente? Ou só concluindo protocolos da fase alta? Como que vai ser?” (J1).

Pesquisadora: “Nós pensamos apenas na conclusão do protocolo, que ele já estaria de alta, e é claro, na recusa, na perda, que pode acontecer ao longo do tempo”.

Juiz 1: “Por exemplo, se ele perder quantos encontros ou não atender a quantas ligações ele vai ser excluído do estudo? Vocês excluirão a paciente do estudo depois de quantas faltas, de quantas ausências às ligações ou aos encontros presenciais?”.

Pesquisadora: “Então, nós não pensamos nisso” (J1).

Juiz 1: “Talvez fosse interessante já pensar sobre isso, para ver quem que vale a pena fazer a busca ou não. Então, se é um paciente que perdeu três ou quatro encontros, aí é um paciente que talvez não vale nem a pena você ir na casa dele ou tentar insistir que ele participe. Porque às vezes mostra se o paciente realmente não está muito interessado ou que não conseguiu ter um bom engajamento naquilo que você está propondo. Então, estabelecer um número de consultas e ligações que vocês vão fazer para determinar se aquele paciente vai cair do estudo ou não, se ele realmente foi perdido. Seria interessante” (J1).

Juiz 1 continua: “Na verdade, eu queria pedir desculpa, vou precisar sair também. A gente está com uma cirurgia aqui no hospital e eles acabaram uns 10 minutos, já estou conversando com a Luciana. Mas, eu acho que foi muito proveitoso ter participado, acho que aprendi bastante com vocês também. Eu comentei com a Luciana, queria estender o convite a

todos vocês, a gente está no ambulatório também, tem um ambulatório de funções medicionais. Nossa visão é diferente, mais cirúrgica. Mas Eu acho que essa interação é muito boa. E fica isso aí, quer dizer, a sugestão resumida de tudo, caracterizar bem o diagnóstico. E eu concordo com o que a juízas falaram, aplicar esses questionários no final, de novo. Você vai poder correlacionar, vai criar um monte de dados que você vai poder fazer e ter inferências aí que talvez você não esteja nem imaginando agora de início. Questionário com grau de força do assoalho pélvico, ou, sei lá, *pad-test* com questionário, *pad-test* com grau de mobilidade, sei lá, você vai tirar algumas informações que talvez ainda não tenham sido descritos. Se você caracterizar bem o antes e o final. E aí incluindo tudo, eu acho que fica só essa mensagem, os fatores de risco, as condições do paciente, as sugestões que as professoras deram com relação à mobilidade, à força do assoalho pélvico, alterações, não só o prolapso. Aí fica a sugestão da atrofia e talvez aplicar um questionário também antes e depois da parte sexual. Quem sabe também tem um efeito secundário aí que a gente não..., mas eu acho que é importante, às vezes a gente fica brincando, mas é um fator como foi descrito, né? Qualidade de vida, né? Tá bom? Desculpem, gente, e muito obrigado, tá?" (J1).

Juiz 5: "Samantha, vocês pensaram em verificar essa adesão ao exercício domiciliar delas?" (J5).

Pesquisadora: "O professor estatístico pensou, ele comentou, mas ele falou pra gente trabalhar o estudo piloto primeiro, pra depois pensar melhor, mas assim, ele que levantou mesmo, e nós não havíamos pensado".

Juiz 5: "É importante, porque de repente você vai ter uma participante que não fez nada domiciliar, e aí você trabalhando com uma média, ela vai puxar seu resultado lá pra baixo e você vai ter outra que fez tudo que você propôs domiciliar, né? Então pensando lá, você vai fazer uma análise estatística depois, juntar todo mundo num bolo só, então eu acho interessante vocês verificarem aí essa adesão, e já nesse piloto de vocês pensam como é que vocês vão fazer pra mensurar isso, talvez dar um instrumentozinho pra elas colocar lá foto dos exercícios a quantidade de contração e depois vocês fazerem lá uma continha, quantas contrações cada uma fez, por quantos dias na semana eu acho que isso vai agregar nos resultados de vocês" (J5).

APÊNDICE H - PAD TEST APÓS GRUPO FOCAL

Data:_____

Nome:_____

Data de nascimento:_____ **Idade:**_____

Absorvente utilizado: Marca:_____

RESULTADOS

Avaliação	Data	Peso inicial	Peso final	Diferença	Resultado
Mês 1					
Mês 2					
Mês 3					
EMAP3					

CLASSIFICAÇÃO

Leve: 1 a 10 gramas
Moderada: 11 a 50 gramas
Grave: 51 a 100 gramas

1 hora – ICS (Abrams et al, 1988)

O teste é iniciado **sem** esvaziar a bexiga. A paciente ingere 500ml de água em até 15 minutos. Após isto, repousar por 30min. e executar as atividades recomendadas, utilizando um absorvente previamente pesado. Remover o absorvente, que é pesado e subtrair seu peso do registrado anteriormente.

Atividades

1. Caminhar 30 minutos
2. Subir e descer *step* 10x
3. Sentar-se e levantar-se 10x
4. Tossir 10x
5. Andar depressa por 1 minuto
6. Pegar um objeto no chão 5x
7. Lavar as mãos em água corrente 1 min

APÊNDICE I – *CHECK LIST* MÊS 1, MÊS 2 e MÊS 3

***Check list* MÊS 1**	
• **CAG1**	**X**
Informações sobre IU	
Orientações sobre hábitos de vida	
Entrega e orientações do cronograma do mês 1	
Entrega e orientações do diário miccional	
Entrega e orientações de dois copos graduados	
Coleta de dados	
Realização do *pad-test*	
Realização da propriocepção	
Palpação vaginal bidigital	
Avaliação da força dos MAP	
• **CRET1**	
Devolutiva do diário miccional	
Informações sobre IU	
Orientações sobre hábitos de vida	
*EMAP 0 supervisionados	
• **LIG1**	
Informações sobre IU	
Orientações sobre hábitos de vida	
Orientações sobre os EMAP domiciliares	
Confirmação da presença nos EMAP1	
• **EMAP1**	
informações sobre IU	
orientações sobre hábitos de vida	
EMAP supervisionados	
• **LIG2**	
Informações sobre IU	
Orientações sobre hábitos de vida	
Orientações sobre os EMAP domiciliares	
Confirmação da presença nos EMAP2	
• **EMAP2**	
informações sobre IU	
orientações sobre hábitos de vida	
EMAP supervisionados	
• **LIG3**	
Informações sobre IU	
Orientações sobre hábitos de vida	
Orientações sobre os EMAP domiciliares	
Confirmação da presença nos EMAP3	
• **EMAP3**	
Informações sobre IU	
Orientações sobre hábitos de vida	
EMAP supervisionados	
Orientações para EMAP domiciliar	
Entrega do cronograma do mês 2	
Legendas:	

CAG1 (Primeira Consulta Agendada)
CRET1 (Primeira Consulta de Retorno)
LIG1, **LIG2** e **LIG3** (Primeira Ligação, Segunda Ligação e Terceira Ligação)
EMAP 0 (Exercícios do Músculo do Assoalho Pélvico iniciais)
EMAP1, **EMAP2** e **EMAP3** (Primeiro Exercício do Músculo do Assoalho Pélvico, Segundo Exercício do Músculo do Assoalho Pélvico e Terceiro Exercício do Músculo do Assoalho Pélvico)
*Protocolo para os EMAP0 supervisionados:

- Posições: deitado, sentado e em pé.
- Série: três séries de exercícios para cada posição.
- Contrações rápidas: 4 contrações rápidas com 4 segundos de descanso.
- Intensidade: contração voluntária máxima.
- Contrações sustentadas: 10 contrações sustentadas com 3 segundos de duração.
- Descanso: 10 segundos entre as repetições e 2 minutos entre as séries.
- Duração da sessão: 45 min

***Check list* MÊS 2**	
• **CAG2**	**X**
Informações sobre IU	
Orientações sobre hábitos de vida	
Entrega e orientações do diário miccional	
Entrega e orientações de dois copos graduados	
Coleta de dados	
Realização do *pad-test*	
Realização da propriocepção	
Palpação vaginal bidigital	
Avaliação da força dos MAP	
• **CRET2**	
Devolutiva do diário miccional	
Informações sobre IU	
Orientações sobre hábitos de vida	
*EMAP supervisionados	
• **LIG1**	
Informações sobre IU	
Orientações sobre hábitos de vida	
Orientações sobre os EMAP domiciliares	
Confirmação da presença nos EMAP1	
• **EMAP1**	
informações sobre IU	
orientações sobre hábitos de vida	
EMAP supervisionados	
• **LIG2**	
Informações sobre IU	
Orientações sobre hábitos de vida	
Orientações sobre os EMAP domiciliares	
Confirmação da presença nos EMAP2	
• **EMAP2**	
informações sobre IU	
orientações sobre hábitos de vida	
EMAP supervisionados	
• **LIG3**	
Informações sobre IU	
Orientações sobre hábitos de vida	
Orientações sobre os EMAP domiciliares	
Confirmação da presença nos EMAP3	
• **EMAP3**	
Informações sobre IU	
Orientações sobre hábitos de vida	
EMAP supervisionados	
Orientações para EMAP domiciliar	
Entrega do cronograma do mês 3	
Legendas: **CAG1** (Primeira Consulta Agendada) **CRET1** (Primeira Consulta de Retorno)	

LIG1, **LIG2** e **LIG3** (Primeira Ligação, Segunda Ligação e Terceira Ligação)
EMAP 0 (Exercícios do Músculo do Assoalho Pélvico iniciais)
EMAP1, **EMAP2** e **EMAP3** (Primeiro Exercício do Músculo do Assoalho Pélvico, Segundo Exercício do Músculo do Assoalho Pélvico e Terceiro Exercício do Músculo do Assoalho Pélvico)
*Protocolo para os EMAP 0:

- Posições: deitado, sentado e em pé.
- Série: três séries de exercícios para cada posição.
- Contrações rápidas: ___ contrações rápidas com ___ segundos de descanso.
- Intensidade: contração voluntária máxima.
- Contrações sustentadas: ___ contrações sustentadas com ___ segundos de duração.
- Descanso: 10 segundos entre as repetições e 2 minutos entre as séries.
- Duração da sessão: 45 min

***Check list* MÊS 3**	
• **CAG3**	**X**
Informações sobre IU	
Orientações sobre hábitos de vida	
Entrega e orientações do diário miccional	
Entrega e orientações de dois copos graduados	
Coleta de dados	
Realização do *pad-test*	
Realização da propriocepção	
Palpação vaginal bidigital	
Avaliação da força dos MAP	
• **CRET3**	
Devolutiva do diário miccional	
Informações sobre IU	
Orientações sobre hábitos de vida	
*EMAP supervisionados	
• **LIG1**	
Informações sobre IU	
Orientações sobre hábitos de vida	
Orientações sobre os EMAP domiciliares	
Confirmação da presença nos EMAP1	
• **EMAP1**	
informações sobre IU	
orientações sobre hábitos de vida	
EMAP supervisionados	
• **LIG2**	
Informações sobre IU	
Orientações sobre hábitos de vida	
Orientações sobre os EMAP domiciliares	
Confirmação da presença nos EMAP2	
• **EMAP2**	
informações sobre IU	
orientações sobre hábitos de vida	
EMAP supervisionados	
• **LIG3**	
Informações sobre IU	
Orientações sobre hábitos de vida	
Orientações sobre os EMAP domiciliares	
Confirmação da presença nos EMAP3	
• **EMAP3**	
Informações sobre IU	
Orientações sobre hábitos de vida	
EMAP supervisionados	
Orientações para EMAP domiciliar	
Pad-test	
Propriocepção	
Palpação vaginal bidigital	
Avaliação da força dos MAP	

**Aplicação do questionário	
Legendas: **CAG1** (Primeira Consulta Agendada) **CRET1** (Primeira Consulta de Retorno) **LIG1**, **LIG2** e **LIG3** (Primeira Ligação, Segunda Ligação e Terceira Ligação) **EMAP 0** (Exercícios do Músculo do Assoalho Pélvico iniciais) **EMAP1**, **EMAP2** e **EMAP3** (Primeiro Exercício do Músculo do Assoalho Pélvico, Segundo Exercício do Músculo do Assoalho Pélvico e Terceiro Exercício do Músculo do Assoalho Pélvico) *Protocolo para os EMAP 0: • Posições: deitado, sentado e em pé. • Série: três séries de exercícios para cada posição. • Contrações rápidas: ___ contrações rápidas com ___ segundos de descanso. • Intensidade: contração voluntária máxima. • Contrações sustentadas: ___ contrações sustentadas com ___ segundos de duração. • Descanso: 10 segundos entre as repetições e 2 minutos entre as séries. • Duração da sessão: 45 min **Será aplicado o questionário *King's Health Questionnaire* para comparação da QV após o término do protocolo.	

ANEXOS

ANEXOS A, B, C, D e E – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PRÓ-IDOSO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
PRÓ-IDOSO

DECLARAÇÃO VOLUNTÁRIA

Antes de começar, gostaria de assegurar-lhe que esta entrevista é completamente voluntária e confidencial. Se houver alguma pergunta que a Sra. não deseja responder, simplesmente me avise e seguiremos para a próxima pergunta.

Nº Questionário:_____
Município: Ribeirão Preto/SP

Nome do(a) Entrevistador(a):_____

Data da Entrevista_____/_____/_____Início da entrevista:_____h_____min
Nome da idosa: _____

Endereço:_____Tel_____

ANEXO A – DADOS CLÍNICOS

Peso:_____Kg. Altura:_____cm.

Cintura:_____cm. Quadril_____cm.

PA-MSE (Sentado):

1ª medida	2ª medida	3ª medida
Sist_____ Diast_____	Sist_____ Diast_____	Sist_____ Diast_____

Menarca_____ anos

Menopausa_____ anos

Uso dos medicamentos: antagonistas de alfa-adrenérgicos, diuréticos, inibidores da enzima de conversão da angiotensina, ansiolítico, antipsicóticos, antidepressivos, sedativos, agentes antparkinsonianos, antiespasmódicos, anti-histamínicos, bloqueadores dos canais de cálcio). Especificar:_____

( ) Sim

( ) Não

Filhos?

( ) Não

( ) Sim

Quantos por parto normal(vaginal)? _____

Quantos por cesariana? _____

Quantos por fórceps? _____

Número de abortos?_ _____

ANEXO B – INFORMAÇÕES PESSOAIS

1) Idade _____(anos completos) (V*er documento se necessário)* Dia Mês e ano de nascimento _____/_____/_____
2) Sexo (1) Masculino (2) Feminino
3) Qual é a cor da sua pele? (1) Branca (4) Preta (2) Parda (5) Indígena (3) Amarela (99) NS/NR
4) Qual seu estado civil? (1) Solteiro (a) . (2) Casado (a) (3) Divorciado (a)/desquitado(a) (4) Separado (a) (5) Viúvo(a) (6) Outro _____ (99) NS/NR
5) Mora sempre neste endereço ou existe mais de um local para residir: (1) Mesmo Local (2) Mais de um local (99) NS/NR
6) Há quanto tempo o Sr.(a) mora nesta casa? (em anos) (99) NS/NR
7) Quantas pessoas moram na casa atualmente, incluindo o Sr(a)? (99) NS/NR
8) Com quem o Sr(a) mora: (1) Sozinho (2) Somente com o cônjuge (3) Cônjuge e filho(s) (4) Cônjuge, filhos, genro ou nora (5) Somente com o(s) filho(s) (6) Arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos) (7) Arranjos intrageracionais (mora somente com outros idosos e o cônjuge) (8) Arranjos intrageracionais (somente com outros idosos) (9) Somente com os netos (sem filhos) (10) Não familiares (11) Outros (especifique)_____ (99) NS/NR
9) Quem é o(a) chefe ou o responsável do domicílio? (1) Próprio idoso (2) Cônjuge (3) Filho(a) (4) Outro familiar (5) Não familiar (99) NS/NR
10) Agora preciso saber sobre a formação desse arranjo familiar. Por favor, diga-me: (1) O sr.(a) veio morar aqui (2) As outras pessoas vieram morar com o sr.(a)? (88) Não se aplica (99) NS/NR
11) Qual a principal razão pela qual o sr.(a)/ outras pessoas mora(m) aqui? (aplicar apenas se a resposta do item anterior for 1 ou 2) (1) Estar perto de/ou com o(a) filho(a)/pais (2) Estar perto de/ou com familiares ou amigos (3) Estar perto dos serviços de saúde (4) Medo da violência (5) Falecimento do(a) esposo(a)/companheiro(a)

(6) Por união conjugal (7) Por separação conjugal (8) Custo da moradia/situação financeira (9) Precisava de cuidado (10) Outro _____ (88) Não se aplica (99) NS/NR
12) Quantos filhos próprios e adotivos estão vivos? _____ (99) NS/NR
13) Quando o(a) Sr(a) necessita de atenção para acompanhar sua saúde qual o tipo de serviço o Sr(a) utiliza como primeira opção? (1) SUS (2) Convênio de saúde (3) Particular (4) Farmácia (5) Benzedeira (6) Outro (especifique)_____ (88) Não se aplica (99) NS/NR

Membros do NUPEGG – Luciana Kusumota; Idiane Rosset-Cruz; Sueli Marques; Rosalina Rodrigues; Suzele Fabricio-Wehbe; Aline Gratão; Elizandra Pedrazzi, Fabio Schiavetto.

ANEXO C – PERFIL SOCIAL

1) Escolaridade: Quantos anos você freqüentou a escola? (99) NS/NR
(Se nenhum, colocar "0")

2) Qual é a renda mensal em reais (em salários mínimos - SM):
IDOSO: (0) não tem (1) Tem:_____em reais

FAMÍLIA: (incluir idoso): (1) 1 SM (2) 2 SM (3) 3-5 SM (4) 6-9 SM (5) + 10 SM (99) NS/NR

3) Qual(is) dessas rendas o Sr.(a) tem?
(1) Não tem (2) Tem (99) NS/NR
3a) Aposentadoria
3b) Pensão
3c) Aluguel
3d) Trabalho Próprio
3e) Doações (família, amigos, instituições)
3f) Outras_____

4) Há quantos anos você está aposentado(a)? ____ (Se não for aposentado,colocar "0") (99) NS/NR

5) Quais das seguintes atividades o Sr(a) realiza? (0) Não (1) Sim (99) NS/NR
5a) Nenhuma
5b) Atividades domésticas
5c) Esporte/ dança
5d) Trabalho voluntário/ comunitário
5e) Trabalho remunerado
5f) Outros: Quais?_____

6) No momento necessita (ou necessitaria) trabalhar por razões econômicas?
(1) Sim (3)Talvez
(2) Não (99) NS/NR

7) A casa onde mora é:
(1) Própria-quitada (3) Própria-paga prestação
(2) Paga aluguel (4) Cedida- sem aluguel
(5) Outros (especifique)_____ (99) NS/NR

ANEXO D – PROBLEMAS DE SAÚDE

O(a) Sr(a) no momento tem algum destes problemas de saúde que podem ou não interferir nas suas atividades da vida diária?					
	NÃO	SIM		NS/NR	*TOMA MEDICAÇÃO?*
		NÃO Interfere na vida diária	**Interfere** na vida diária		*QUAL?*
1) Ansiedade/transtorno do pânico	0	1	2	99	
2) Artrite (reumatoide/osteoartrite/artrose)	0	1	2	99	
3) Asma ou bronquite	0	1	2	99	
4) Audição prejudicada	0	1	2	99	
5) Câncer - Qual? _____	0	1	2	99	
6) Cistocele	0	1	2	99	
7) Diabetes Mellitus	0	1	2	99	
8) Depressão	0	1	2	99	
9) Derrame	0	1	2	99	
10) Doença cardíaca	0	1	2	99	
11) Doença Gastrointestinal Alta (úlcera, hérnia, refluxo)	0	1	2	99	
12**)** Doença vascular periférica (varizes)	0	1	2	99	
13) Doença Neurológica (Parkinson/Esclerose)	0	1	2	99	
14) Hemorróida	0	1	2	99	
15) Hipertensão arterial*	0	1	2	99	
16) Incontinência urinária e/ou fecal	0	1	2	99	
17) Insônia	0	1	2	99	
18) Obesidade	0	1	2	99	
19) Osteoporose	0	1	2	99	
20) Constipação	0	1	2	99	
21) Problemas de coluna	0	1	2	99	
22) Prolapso genital	0	1	2	99	
23) Visão prejudicada (catarata/glaucoma)	0	1	2	99	
24) Tontura (labirintite, vertigens)	0	1	2	99	

24) Outras – Qual? _____	0	1	2	99	

ANEXO E – ESTILO DE VIDA

1) Consumo de álcool:

(1) Não consome (2) Consumia (só no passado) (3) Consome no presente.

2) Tipo de bebida consumida:

(1) Vinhos (2) Cerveja (3) Destilados (4) Outros_____

3) Número de porções

(1) Vinho = 90ml; (2) Cerveja = 200ml; (3) Destilados = 50ml;

4) Consumo de cigarros:

(1) Não fumante (2) Ex-fumante (3) fumante

5) Tipo de fumo:

(1) Cigarros comercializados

(2) Charutos

(3) Cachimbo,

(4) Cigarros feitos com fumo.

6) Quantidade de cigarros que fuma ou fumava por dia e por quanto tempo (anos)
_____

ANEXO F – PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: O efeito de uma intervenção física e comportamental na incontinência urinária e na qualidade de vida de idosas
Pesquisador: Samantha da Silva e Cruz
Área Temática:
Versão: 5
CAAE: 28414620.9.0000.5393
Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.481.299

Apresentação do Projeto:
Trata-se de respostas a pendências apresentadas por este CEP em Parecer Consubstanciado: 6.480.092, de 01 de novembro de 2023.

Objetivo da Pesquisa:
Sem alteração.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Os riscos e benefícios aos juízes foram incluídos no documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2210194_E1.pdf.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Sem alteração.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Foi apresentado o ofício de encaminhamento.

Recomendações:
Vide item “Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações”

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
1. Item de pendência: Na PB_Informações Básicas, solicita-se incluir os Riscos e Benefícios para os juízes

Endereço: Avenida Bandeirantes, n° 3900, Bloco principal, sala 38 - Campus Universitário - EERP/USP
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP

Resposta da pendência 1: Os Riscos e Benefícios para os juízes foi incluído na Plataforma Brasil.

Pendência ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado "ad referendum".

O CEP-EERP/USP considera que a solicitação de emenda ora apresentada contempla os quesitos éticos necessários, estando aprovada para execução a partir da presente data de emissão deste parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_2210194_E1.pdf	01/11/2023 09:54:17		Aceito
Outros	Of_resposta_parecerCEP_01_11_2023.pdf	01/11/2023 09:52:56	Samantha da Silva e Cruz	Aceito
Brochura Pesquisa	TESE_VERSAO_PLATAFORMA_2.pdf	01/11/2023 09:51:57	Samantha da Silva e Cruz	Aceito
Outros	Of_resposta_parecer_CEP.pdf	26/10/2023 13:51:29	Samantha da Silva e Cruz	Aceito
Outros	Oficio_emenda_assinado_assinado.pdf	18/10/2023 09:23:02	Samantha da Silva e Cruz	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto2020.pdf	17/10/2023 15:56:44	Samantha da Silva e Cruz	Aceito
Outros	TCLEJUIZES.docx	11/09/2023 18:53:07	Samantha da Silva e Cruz	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_PROTOCOLO.pdf	07/09/2023 14:50:25	Samantha da Silva e Cruz	Aceito
Outros	OFICIO_RESPOSTA_PENDENCIAS_CEP.pdf	09/04/2020 17:26:28	Samantha da Silva e Cruz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE01_Projeto_Piloto.pdf	30/03/2020 10:31:23	Samantha da Silva e Cruz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE02_Mar_2020.pdf	30/03/2020 10:30:50	Samantha da Silva e Cruz	Aceito

Endereço: Avenida Bandeirantes, n° 3900, Bloco principal, sala 38 - Campus Universitário - EERP/USP
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP

Continuação do Parecer: 6.481.299

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PESQUISA.pdf	28/01/2020 16:30:40	Samantha da Silva e Cruz	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_MEEM.pdf	28/01/2020 16:23:47	Samantha da Silva e Cruz	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_ICIQSF.pdf	28/01/2020 16:23:22	Samantha da Silva e Cruz	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_KHQ.pdf	26/01/2020 15:29:21	Samantha da Silva e Cruz	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_PROIDOSO.pdf	26/01/2020 15:22:25	Samantha da Silva e Cruz	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_GAUDENZ.pdf	26/01/2020 15:21:51	Samantha da Silva e Cruz	Aceito
Outros	MEEM.pdf	23/01/2020 16:43:30	Samantha da Silva e Cruz	Aceito
Outros	ICIQSF.pdf	23/01/2020 16:33:07	Samantha da Silva e Cruz	Aceito
Outros	GAUDENZ.pdf	23/01/2020 16:32:37	Samantha da Silva e Cruz	Aceito
Outros	KHQ.pdf	23/01/2020 16:32:07	Samantha da Silva e Cruz	Aceito
Outros	PRO_IDOSO.pdf	23/01/2020 16:26:36	Samantha da Silva e Cruz	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_INSTITUICAO.pdf	19/01/2020 17:26:34	Samantha da Silva e Cruz	Aceito
Outros	SOLICITACAO_AUTORIZACAO_UNIDADE.pdf	19/01/2020 17:25:38	Samantha da Silva e Cruz	Aceito
Outros	OFICIO_ENCAMINHAMENTO_CEP.pdf	19/01/2020 17:23:18	Samantha da Silva e Cruz	Aceito
Outros	EXERCICIOS_TERCEIRO_MES.pdf	19/01/2020 17:02:14	Samantha da Silva e Cruz	Aceito
Outros	EXERCICIOS_SEGUNDO_MES.pdf	19/01/2020 16:59:06	Samantha da Silva e Cruz	Aceito
Outros	EXERCICIOS_PRIMEIRO_MES.pdf	19/01/2020 16:57:22	Samantha da Silva e Cruz	Aceito
Outros	PROTOCOLO_INTERVENCAO.pdf	19/01/2020 16:55:05	Samantha da Silva e Cruz	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	19/01/2020 16:05:25	Samantha da Silva e Cruz	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	19/01/2020 16:05:13	Samantha da Silva e Cruz	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Avenida Bandeirantes, nº 3900, Bloco principal, sala 38 - Campus Universitário - EERP/USP
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

Não

RIBEIRAO PRETO, 01 de Novembro de 2023

Assinado por:
Rosane Pilot Pessa
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Bandeirantes, n° 3900, Bloco principal, sala 38 - Campus Universitário - EERP/USP
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br