

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde
PUC-SP

Silvia Noffs Motta

Incontinência urinária, função sexual e qualidade de vida em mulheres com mais de 60 anos: qual abordagem remota síncrona é mais eficaz, Ginástica Feminina feita em grupo ou individualmente? Um estudo piloto controlado randomizado

São Paulo
2021

Silvia Noffs Motta

Incontinência urinária, função sexual e qualidade de vida em mulheres com mais de 60 anos: qual abordagem remota síncrona é mais eficaz, Ginástica Feminina feita em grupo ou individualmente? Um estudo piloto controlado randomizado

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Banca Examinadora da
Pontifícia Universidade Católica de São
Paulo, como exigência parcial para obtenção
de título de bacharel em **Fisioterapia**, sob
orientação da **Profa. Dra. Juliana Schulze
Burti**

São Paulo
2021

Noffs Motta, Silvia

Incontinência urinária, função sexual e qualidade de vida em mulheres com mais de 60 anos: qual abordagem remota síncrona é mais eficaz, Ginástica Feminina feita em grupo ou individualmente? Um estudo piloto controlado randomizado / Silvia Noffs Motta. -- São Paulo: [s.n.], 2021.

50p. ; A4 cm.

Orientador: Juliana Schulze Burti.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Graduação em Fisioterapia, 2021.

1. incontinência urinária. 2. distúrbios do assoalho pélvico. 3. qualidade de vida. 4. sexualidade. I. Schulze Burti, Juliana. II. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Trabalho de Conclusão de Curso para Graduação em Fisioterapia. III. Título.

Banca Examinadora

Agradecimentos

Agradeço à minha orientadora, Juliana Schulze Burti, por ser uma orientadora incrível e envolvida com a pesquisa científica. Obrigada, por sua excelência em tudo que faz e por ter convidado a Mariana para fazer parte desse projeto, durante a Iniciação Científica dela.

Agradeço, então, à minha dupla e parceira de pesquisa, Mariana de Oliveira Vitória, por fazer parte dessa pesquisa comigo, sempre com muita disposição e boa vontade. Graças a você esse projeto foi viável de ser executado em um tempo curto. Ter alguém para dividir as tarefas torna tudo mais leve e você fez exatamente isso.

Agradeço a todas as participantes voluntárias desta pesquisa, eu aprendi muito com todas e espero que vocês tenham aprendido comigo.

Agradeço, por fim, ao curso de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, por sempre incentivar e fomentar a pesquisa científica desde o começo da graduação. Vocês nos ensinaram a ter crítica e sempre buscar o nosso melhor naquilo que fazemos, pois vocês dão o melhor de vocês naquilo que fazem.

Resumo

Introdução: A incontinência urinária (IU) é definida, como qualquer perda involuntária de urina, que acomete aproximadamente 25% da população geral. A prevalência é maior em mulheres e aumenta com o avançar da idade. A alta prevalência de IU em mulheres idosas é decorrente de fatores associados à fisiologia do idoso, como perda de força da musculatura do assoalho pélvico e alterações no músculo detrusor. O treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) é um tratamento efetivo, de baixo custo e não invasivo que promove melhora dos sintomas da IU, principalmente das perdas urinárias por esforço. Além de alterações no trato urinário, o envelhecimento também pode interferir na sexualidade das mulheres, por causas diversas e multifatoriais, de ordem biopsicossocial. Alterações na musculatura do assoalho pélvico, causadas principalmente pela chegada à menopausa, gestações e partos, podem atrapalhar o desempenho sexual. O TMAP é uma das estratégias terapêuticas que pode reduzir as queixas relacionadas à vida sexual das mulheres, além de promover melhora na qualidade de vida sexual. **Objetivo:** promover melhora na qualidade de vida, função sexual e incontinência urinária em mulheres com mais de 60 anos. **Método:** um estudo piloto, experimental, randomizado e controlado realizado de maneira online síncrona, com 32 mulheres, divididas em três grupos: grupo controle, Ginástica Feminina individual e Ginástica Feminina em grupo, que participaram da intervenção durante cinco encontros semanais. Foram avaliadas por meio de questionários para IU (ICIQ-sf e KHQ) e função sexual (FSFI) antes e após a intervenção. **Resultados:** Mulheres do grupo Ginástica Feminina individual apresentaram diminuição na média do escore do ICIQ-sf de 6 na linha de base para 4,25 após as cinco semanas. Em relação à sexualidade, segundo o FSFI, todas as participantes apresentavam disfunção sexual, tanto na linha de base como após as cinco semanas. Não houve diferença significativa nos domínios que abordaram a IU e a qualidade de vida. Nos domínios de função sexual houve diferença entre a intervenção de Ginástica Feminina Individual e o grupo controle, nos domínios de lubrificação (p 0,0028) e de satisfação (p 0,0119), indicando que houve diferença significativa entre esses dois grupos. **Conclusão:** um programa de exercícios online síncrono, com foco na consciência corporal e treinamento dos músculos do assoalho pélvico foi capaz de promover saúde para mulheres com mais de 60 anos, com os

seus benefícios demonstrados através da diminuição das médias do escore do ICIQ-sf, principalmente na intervenção de Ginástica Feminina individual.

Palavras-chave: incontinência urinária, distúrbios do assoalho pélvico, qualidade de vida, sexualidade.

Abstract

Introduction: Urinary incontinence (UI) is defined as any involuntary loss of urine, which affects approximately 25% of the general population. The prevalence is higher in women and increases with age. The high prevalence of UI in elderly women is due to factors associated with the physiology of the elderly, such as loss of strength in the pelvic floor muscles and changes in detrusor muscle. Pelvic floor muscle training (PFMT) is an effective, low-cost and non-invasive treatment that improves UI symptoms, especially urinary losses due to effort. In addition to changes in lower urinary tract, aging can also interfere with women's sexuality, due to different and multifactorial causes of biopsychosocial order. Changes in the pelvic floor muscles, mainly caused by the arrival of menopause, pregnancies and childbirth, can impair sexual performance. The TMAP is one of the therapeutic strategies that can reduce complaints related to women's sexual life, and promote an improved quality of sexual life. **Objective:** To improve quality of life, sexual function and urinary incontinence of women over 60 years old. **Method:** a pilot, experimental, randomized and controlled study carried out in a synchronous online way, with 32 women, divided into three groups: control group, individual Women's Gymnastics and Group Women's Gymnastics, who participated in the intervention during five weekly meetings. They were assessed using questionnaires for UI (ICIQ-sf and KHQ) and sexual function (FSFI) before and after the intervention. **Results:** Women in the individual Women's Gymnastics group showed a decrease in the mean ICIQ-sf score from 6 at baseline to 4.25 after five weeks. Regarding sexuality, according to the FSFI, all participants had sexual dysfunction, both at baseline and after five weeks. There was no significant difference in the domains that addressed UI and quality of life. In the sexual function domains there was a difference between the Individual Women's Gymnastics intervention and the control group, in the lubrication ($p = 0.0028$) and satisfaction ($p = 0.0119$) domains, indicating that there was a significant difference between these two groups. **Conclusion:** a synchronous online exercise program, focusing on body awareness and training of the pelvic floor muscles was able to promote health for women over 60 years old, with its benefits demonstrated through the decrease in the averages of the ICIQ-sf score, mainly in individual Women's Gymnastics group.

Keywords: urinary incontinence, pelvic floor disorders, quality of life, sexuality.

SUMÁRIO

1	ARTIGO	
1.1	Introdução.....	9
1.2	Objetivos.....	11
1.2.1	Objetivo Geral.....	11
1.2.2	Objetivo Específico.....	11
1.3	Método.....	11
1.3.1	Método da análise estatística.....	16
1.4	Resultados.....	16
1.5	Discussão.....	22
1.6	Conclusão.....	27
	Referências.....	28
	Anexos.....	33

1.1 Introdução

A incontinência urinária (IU) é definida por qualquer perda involuntária de urina, de acordo com a Sociedade Internacional de Continência (ICS)¹, tendo um impacto importante na saúde geral e na qualidade de vida das pessoas, acometendo aproximadamente 25% da população geral ².

A Associação Internacional de Uroginecologia (IUGA)³ e a Sociedade Internacional de Continência¹ definem três tipos de incontinência urinária: incontinência urinária por esforço (IUE), por urgência (IUU) e mista (IUM). Os sintomas da IUE consistem na perda de um algum volume de urina aos esforços, durante atividades físicas, como espirrar ou tossir, ou seja, atividades que aumentam a pressão intra-abdominal. Já os sintomas da IUU incluem a vontade súbita e repentina de urinar, com uma perda de um volume significativo de urina, por contrações involuntárias do músculo detrusor. A IU mista (IUM) ocorre quando há presença de sintomas da IUE e IUU.

De acordo com Aoki et al (2017) ⁴ a incontinência urinária nas mulheres está relacionada às disfunções da bexiga ou dos músculos do assoalho pélvico (MAP), sendo elas são mais comuns de acontecer durante a gravidez, puerpério e menopausa. Um fator agravante para o desenvolvimento da incontinência urinária é a obesidade que pode ser considerada tanto um fator de risco, como um fator decisivo para um tratamento eficaz ou não, principalmente para a IUE ⁵.

A maior prevalência de IU em mulheres idosas é decorrente de fatores associados à fisiologia do idoso, tais como perda de força da musculatura do assoalho pélvico, contrações involuntárias da musculatura detrusora e alterações hormonais ⁶.

Uma revisão sistemática de 24 ensaios clínicos ⁷ que buscou revisar o impacto do treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP), realizado por pelo menos seis semanas para o desfecho de melhora da IU, conclui que o TMAP é um tratamento efetivo, de baixo custo e não invasivo que promove melhora dos sintomas da IU, principalmente da IU por esforço.

Disfunções sexuais são comuns entre a população de mulheres idosas no Brasil, porém a avaliação da função sexual desse público não é levada em consideração por muitos pesquisadores e profissionais da área da saúde, devido a

um estigma de que a sexualidade é avessa à velhice, sendo, muitas vezes, relacionada somente à juventude, sensualidade, fertilidade e procriação ⁸.

O declínio da função sexual pode reduzir a qualidade de vida da população idosa, portanto o diagnóstico desta é fundamental a fim de se obter um bom tratamento, principalmente em mulheres pós menopausa ⁹.

É necessário que o profissional da saúde forneça informações e dê abertura ao idoso para falar sobre esta questão, já que muitos só o procuram como última opção ¹⁰.

Em um dos estudos encontrados na literatura, comparou-se o grau de força muscular do assoalho pélvico antes e após o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) com exercícios específicos, relacionando esta variável com o grau de satisfação sexual em mulheres, mostrando que o TMAP, como estratégia para incremento da força muscular, é positivo na melhora do prazer sexual ¹¹.

Bø et al (2000) ¹², durante um estudo randomizado controlado realizado com 59 mulheres com incontinência urinária, demonstrou que o TMAP reduziu as queixas relacionadas à vida sexual das mulheres, além de promover melhora na qualidade de vida sexual.

Ambos os estudos citados acima mostram uma relação de alterações da musculatura do assoalho pélvico com disfunções sexuais. Importante reforçar que essas alterações podem ocorrer com o processo de envelhecimento, mas não podemos considerar que disfunções sejam encaradas como algo normal a essa fase da vida.

Uma hipótese é que, após a prática da Ginástica Feminina, um método de exercícios corporais que trabalha a postura, a respiração e a consciência corporal juntamente com o treinamento dos músculos do assoalho pélvico, as mulheres apresentaram uma melhora no conhecimento da região pélvica e da ação dos músculos do assoalho pélvico, o que diminuiria a perda de urina durante atividades físicas, além da melhora da função sexual e da qualidade de vida, em comparação àquelas do grupo controle ¹³.

Com o cenário da pandemia do COVID-19 no Brasil, muitas pessoas, principalmente idosos, considerados como grupo de risco para a doença ¹⁴, passaram por longos períodos de isolamento social. De acordo com Wichmann (2013) ¹⁵, a manutenção das relações sociais favorece a melhora do estado de saúde do idoso e

com a pandemia e o isolamento, a manutenção destas relações foi interrompida, diminuindo os níveis de atividade física entre os idosos ¹⁶.

Uma alternativa para melhorar os níveis de atividade física são as teleconsultas ou teleatendimentos, regulamentados pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) ¹⁷ em março de 2020 que possibilitaram o acesso das pessoas em isolamento para os profissionais capacitados para orientar a prática de atividade física no ambiente domiciliar, melhorando assim os níveis de atividade física e dos cuidados com a saúde, durante a pandemia do COVID-19.

Esse estudo torna-se relevante, pois atualmente no Brasil cerca de 50% da população de idosas apresenta perdas urinárias, tornando este um problema de saúde pública na área de Gerontologia ¹⁸. Há escassez de estudos na literatura que pesquisem o tratamento da IU associada à função sexual e qualidade de vida de mulheres idosas, comparando intervenções feitas em grupo e individualmente de modo remoto, por teleatendimento.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Promover melhora na qualidade de vida, função sexual e incontinência urinária em mulheres com mais de 60 anos.

1.2.2 Objetivo específico

Verificar qual a melhor abordagem feita de modo remoto e síncrono para melhora da qualidade de vida, função sexual e incontinência urinária em mulheres com mais de 60 anos: Ginástica Feminina realizada em grupo ou Ginástica Feminina realizada individualmente, em comparação ao grupo controle.

1.3 Método

Este é um estudo piloto, experimental, randomizado e controlado, devidamente cadastrado na plataforma Brasil CAAE 30824120.4.0000.5482 e que faz parte de um projeto, que foi executado em outro momento, com a coleta dos questionários realizada posteriormente à etapa da intervenção.

Os critérios de inclusão para formação da nossa amostra foram: mulheres com mais de 60 anos que apresentaram interesse em participar da pesquisa, que leram e assinaram o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) (anexo A), que não possuíam alterações neurológicas e/ou cognitivas que as impedissem de executar os exercícios propostos e que participassem de pelo menos três encontros de Ginástica Feminina, obrigatoriamente tendo participado do primeiro encontro.

Os critérios de exclusão foram: mulheres com menos de 60 anos ou que não passaram pela menopausa, que não concordassem em assinar o termo de consentimento livre esclarecido e que tivessem alguma restrição médica ou cognitiva que as impedisse de participar da Ginástica Feminina em grupo ou da Ginástica Feminina individual.

A divulgação da pesquisa foi realizada por meio de mídias sociais e as mulheres que tiveram interesse em participar foram alocadas em um grupo de *WhatsApp*. A randomização foi realizada através de um site de sorteio online, por meio do qual a pesquisadora principal sorteou os números de telefone das participantes em três grupos diferentes, totalizando 52 mulheres randomizadas, sendo 20 para intervenção em grupo, 15 para o grupo controle e 17 para intervenção individual.

Devido à pandemia do COVID-19 e ao contexto sanitário do Brasil foram realizadas alterações no método da coleta, tendo em vista a impossibilidade de realizar grupos presenciais, a intervenção em grupo de Ginástica Feminina foi realizada online via plataforma *Zoom*, prezando a segurança das participantes do estudo, além de possibilitar que mais mulheres pudessem participar da intervenção em grupo da Ginástica Feminina. A intervenção de Ginástica Feminina individual também foi realizada via plataforma *Zoom*, seguindo as mesmas etapas da intervenção de Ginástica Feminina em grupo, distinguindo-se apenas pelas modalidades adotadas individual e em grupo. Os atendimentos online foram possíveis a partir da resolução Nº 516, de 20 de março de 2020 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO)¹⁷, que regulamenta a teleconsulta, tele monitoramento e tele consultoria em Fisioterapia. As recomendações da ABRAFISM¹⁹ a respeito dos atendimentos remotos realizados na área de fisioterapia na saúde da mulher foram devidamente seguidas, prezando a segurança, privacidade e bem-estar das participantes da presente pesquisa. Foi garantido às participantes privacidade, segurança e os preceitos éticos em relação à divulgação de imagens e vídeos. Como

as participantes foram avaliadas por meio de questionários validados e a proposta da pesquisa era promoção de saúde, as participantes não foram submetidas a nenhum tipo de avaliação clínica e anamnese buscando queixas específicas. Foi orientado automonitoramento daquelas que apresentavam hipertensão arterial sistêmica (HAS) e os exercícios foram adaptados de acordo com as necessidades de cada participante, respeitando suas dificuldades e limitações.

O cálculo amostral foi feito antes da coleta, por meio do programa *G Power*, para determinar o número de participantes de acordo com a pesquisa realizada por Pereira et al ²⁰ (2011). O número encontrado foi de 21 participantes para cada grupo (grupo Ginástica Feminina, grupo Atendimento Individual e grupo Controle), totalizando 63 participantes.

Todos os grupos foram avaliados por quatro questionários: 1) questionário com dados sociodemográficos para caracterização da população no início da coleta (anexo B) 2) questionário validado *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF) que é composto de quatro questões que avaliam a frequência, a gravidade e o impacto da IU, além de um conjunto de oito itens de autodiagnóstico, relacionados às causas ou a situações de IU vivenciadas pelos pacientes. O questionário foi validado pela Revista De Saúde Pública em 2004 ²¹ (anexo C); 3) questionário que avalia a função sexual, o *Female Sexual Function Index* (FSFI), composto de 19 questões que avaliam os domínios de desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Foi validado e traduzido para a língua portuguesa pela Revista Hospital Clínico de Porto Alegre em 2007 ²². (anexo D); e 4) *King's Health Questionnaire* (KHQ), validado para o idioma português pelo projeto "Validação do *King's Health Questionnaire* para o português em mulheres com incontinência urinária" ²³ (2003) (anexo E). O KHQ é composto de 21 questões que se dividem em: percepção geral de saúde, impacto da incontinência urinária, limitações de atividades diárias, limitações físicas, limitações sociais, relacionamento pessoal, emoções e sono/disposição, totalizando 8 domínios, além de 2 escalas independentes, uma para avaliar a gravidade da incontinência urinária e outra para avaliar a presença e a intensidade dos sintomas urinários.

ICIQ-SF, FSFI e o KHQ foram aplicados antes e após a intervenção em todos os grupos para fins de comparação. O grupo controle não recebeu nenhum tipo de intervenção. As participantes apenas responderam aos questionários duas vezes,

com intervalo de cinco semanas, assim como no grupo Ginástica Feminina e no grupo Atendimento Individual.

Os grupos Ginástica Feminina em grupo e Ginástica Feminina individual realizaram cinco sessões de Ginástica Feminina (exercícios para percepção e treinamento do assoalho pélvico), com frequência de uma vez por semana com duração de 50 minutos, durante cinco semanas, seguindo o método descrito por Burti^{13, 8} (2017 e 2018), demonstrado na tabela 1.

Quadro 1 - Aplicação do método da Ginástica Feminina realizado nas formas: em grupo e individual, via plataforma Zoom. Cada encontro teve duração de 50 minutos.

Oficina/semana	Conteúdo
Primeira Semana	- Respostas aos questionários e assinatura do TCLE - Introdução ao método Ginástica Feminina com explicações teóricas sobre anatomia do assoalho pélvico - Exercícios iniciais de contração rápida e lenta dos músculos do assoalho pélvico (MAP)
Segunda Semana	- Explicação sobre a respiração (como funciona, quais tipos de respiração e sua importância) e sua associação com os MAP. - Exercícios iniciais de contração dos MAP em posturas baixas e médias.

Continua

Terceira Semana	- Discussão sobre menopausa e alterações decorrentes no corpo - Mesmos exercícios da segunda semana - Exercícios em posturas baixas associando a respiração com a contração dos MAP e do m. transverso do abdome - Exercícios para postura e equilíbrio
Quarta Semana	- Discussão sobre sexualidade e envelhecimento. - Mesmos exercícios da segunda e terceira semana - Exercícios em posturas mais altas associando a contração dos MAP com a respiração e ativação do m. transverso do abdome.
Quinta Semana	- Mesmos exercícios da quarta semana. - Exercícios que associam postura, equilíbrio com a contração dos MAP, respiração e ativação do m. transverso do abdome. - Orientação sobre o uso dos MAP nas atividades da rotina. - Finalização com roda de conversa.

Fonte: Burti (2017)

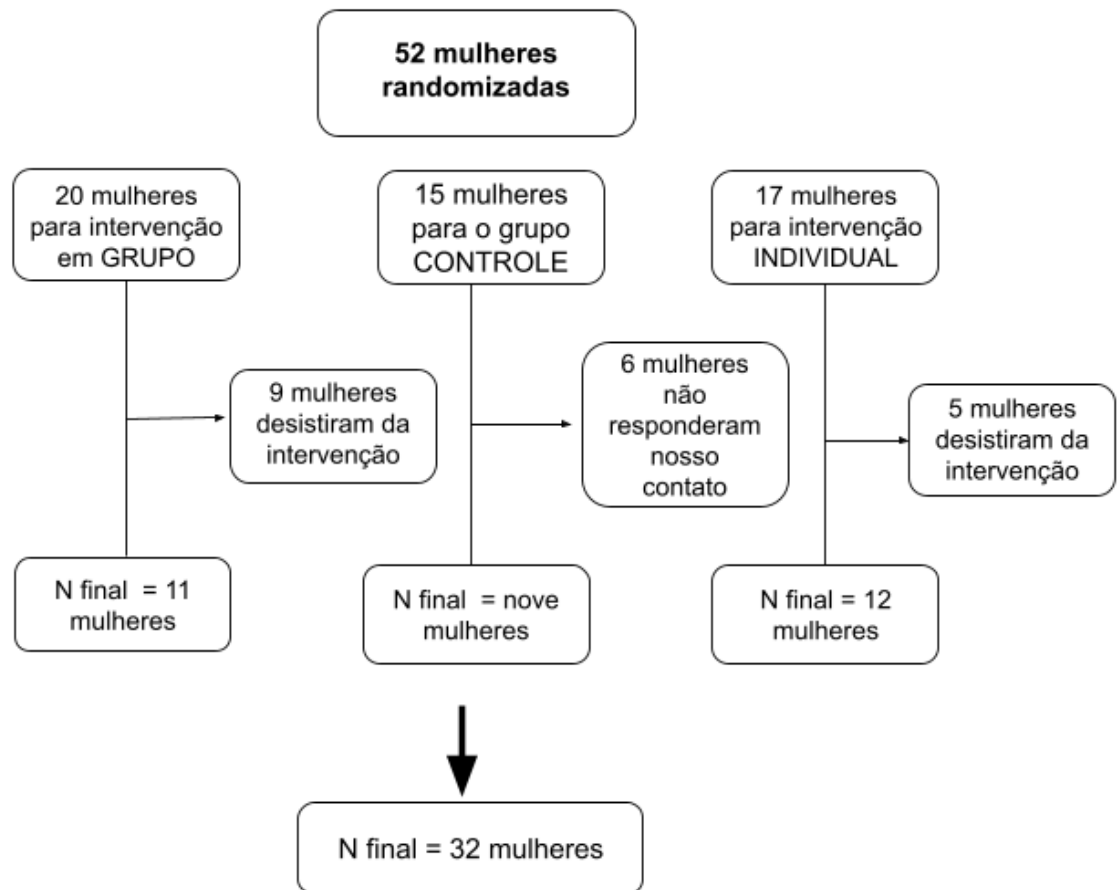
1.3.1 Método da análise estatística

Foi realizada análise inferencial com o software R 4.0.4 (*R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria*)²⁴, utilizando modelos mistos para investigar a diferença entre os grupos, considerando a diferença intragrupos, e ajustando os modelos para possíveis diferenças entre os grupos na linha de base, para realizar comparação das variáveis na linha de base e após cinco encontros. O uso da análise por modelos mistos foi escolhido pois tivemos três grupos diferentes sendo analisados, com diversas variáveis em dois tempos (linha de base e após cinco semanas). As variáveis analisadas foram: escore do questionário ICIQ-sf, nove domínios do questionário KHQ e os seis domínios do FSFI, junto com seu escore, totalizando 17 variáveis analisadas

1.4 Resultados

A amostra foi composta por um total de 32 mulheres voluntárias que assinaram o TCLE, com perda de 20 mulheres (38,46%). A média de idade da amostra total (n=32) foi de 66 anos e a média de IMC de 26,9 kg/m², indicando sobrepeso. Por grupo, a média de idade e de IMC foi 68 anos e 27,7 kg/m² no grupo controle, 67 anos e 26,7 kg/m² no grupo de Ginástica Feminina individual, 65 anos e 26,4 kg/m² na Ginástica Feminina em grupo, mantendo-se a homogeneidade em relação à idade e presença de sobrepeso.

Figura 1 – Fluxograma da Intervenção - 2021



Fonte: a autora

Das mulheres participantes da pesquisa, 81% praticavam alguma atividade física, sendo a maior quantidade de mulheres a praticar no grupo de Ginástica Feminina individual (92%), seguido de 73% na Ginástica Feminina em grupo e 78% no grupo controle; 62,5% da amostra não tinha vida sexual ativa. Em relação à ocupação, 44% da amostral eram de aposentadas e 19% relataram ser donas de casa.

Devido às perdas durante a coleta de dados, o número total de participantes que foram incluídas na análise estatística foi insuficiente para analisar estatisticamente as diferenças intergrupo.

A amostra foi composta majoritariamente por mulheres que já tiveram três ou mais gestações (47%). Os dados ginecológicos encontram-se na tabela 1.

Tabela 1 – Descrição dados ginecológicos amostra – 2021

		Amostra total (n=32)	Grupo controle (n=9)	Ginástica Feminina Individual (n=12)	Ginástica Feminina em grupo (n=11)
Nº de gestações	Nenhuma gestação	3 (9.4%)	0 (0%)	2 (17%)	1 (9.1%)
	1	5 (16%)	1 (11%)	1 (8.3%)	3 (27%)
	2	9 (28%)	1 (11%)	3 (25%)	5 (45%)
	3 ou mais	15 (47%)	7 (78%)	6 (50%)	2 (18%)
Tipo de parto realizado	Parto vaginal	6 (21%)	3 (33%)	0 (0%)	3 (30%)
	Cesárea	16 (55%)	3 (33%)	6 (60%)	7 (70%)
	Já realizou os dois tipos de parto (vaginal e cesárea)	7 (24%)	3 (33%)	4 (40%)	0 (0%)
Episiotomia	Não	29 (91%)	8 (89%)	11 (92%)	10 (91%)
	Sim	3 (9.4%)	1 (11%)	1 (8.3%)	1 (9.1%)
Uso de reposição hormonal	Não faz uso	30 (94%)	9 (100%)	11 (92%)	11 (92%)
	Faz uso	2 (6.2%)	0 (0%)	1 (8.3%)	1 (9.1%)

Fonte: a autora

Tabela 2 - Resultados da média e desvio padrão dos escores do ICIQ-sf, KHQ e FSFI na linha de base e após cinco semanas - 2021

Variáveis Analisadas	Ginástica Feminina em grupo (n=11)				Ginástica Feminina Individual (n=12)				Grupo Controle (n=9)			
	Linha de base		Após 5 semanas		Linha de base		Após 5 semanas		Linha de base		Após 5 semanas	
ICIQ-sf	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP
Escore	5,27	4,88	5,45	4,78	6	7,56	4,25	5,43	3,89	5,18	3,44	5,1
KHQ												
Percepção geral de saúde	0,182	0,162	0,227	0,07	0,125	0,131	0,208	0,209	0,278	0,195	0,222	0,5
Impacto da IU	0,12	0,222	0,182	0,229	0,083	0,149	0,139	0,223	0,221	0,372	0,111	0,167
Limitação ao desempenho de tarefas	0,06	0,133	0,106	0,171	0,055	0,108	0,069	0,241	0,222	0,363	0,111	0,167
Limitação Física	0,075	0,135	0,106	0,171	0,041	0,103	0,042	0,104	0,092	0,222	0,093	0,147
Limitação Social	0,02	0,067	0,01	0,033	0,028	0,096	0,019	0,064	0,099	0,296	0,025	0,074
Sono e disposição	0,167	0,149	0,227	0,187	0,139	0,096	0,236	0,241	0,315	0,327	0,241	0,252
Medidas de gravidades	0,242	0,205	0,121	0,178	0,217	0,176	0,161	0,194	0,2	0,273	0,111	0,111
FSFI												
Desejo	4,75	1,12	4,09	0,75	4,1	1,84	3,95	1,67	5,2	1,62	4,73	1,6
Excitação	1,55	1,59	1,04	1,56	1,77	2,06	0,82	1,17	1,7	2,18	1,1	1,96
Lubrificação	0,82	1,45	1,2	1,7	1,68	1,86	1,5	1,87	0,9	1,79	2,83	1,11
Orgasmo	1,16	1,71	1,09	1,54	1,6	1,86	1,52	2	0,8	1,6	1,11	1,69
Satisfação	2,58	0,75	2,15	0,68	2,57	0,97	1,83	0,94	2,49	0,87	2,67	0,82
Dor	1,64	2,8	1,35	2,12	3	2,73	2,4	2,93	2,58	3,07	2,62	2,11
Escore	12,5	4,22	10,91	6,46	14,72	6,5	12,04	6,54	13,67	6,47	15,07	5,89

Legenda: m (média); DP (desvio padrão); KHQ (*Kings Health Questionnaire*); ICIQ-sf (*International Consultation on. Incontinence Questionnaire - Short Form*); FSFI (*Female Sexual Function Index*)

Fonte: a autora

O escore do ICIQ-sf é pontuado de 0 a 21, sendo considerado incontinente a mulher que fez uma pontuação maior ou igual a um. O grupo que apresentou maior

diminuição da média do escore foi o Ginástica Feminina individual, indo de uma média 6 na linha de base para 4,25 após as cinco semanas. Os outros domínios do questionário não foram incluídos na tabela pois não houve diferença em nenhum dos grupos. O que ocorreu durante as respostas foi que mulheres que participaram da intervenção apontaram piora da IU, principalmente no grupo Ginástica Feminina em grupo. Uma hipótese para esse resultado é que devido ao fato de os questionários terem sido auto aplicados, num primeiro momento (linha de base) as participantes não tinham consciência do que era e que poderiam ter incontinência urinária. Após os encontros, com o conhecimento corporal e o aprendizado sobre as funções urogenitais muitas passaram a reconhecer o problema.

O questionário KHQ não tem um escore total, sendo pontuado por porcentagem em cada domínio, tendo um total de oito domínios e quanto maior a porcentagem, pior a qualidade de vida. Em todos os grupos as respostas foram semelhantes, com mulheres que não apresentaram piora ou melhora na qualidade de vida, mesmo tendo IU, como demonstrado nos escores do ICIQ-sf.

O FSFI é dividido em seis domínios e tem um escore total, que vai de 2 a 36, sendo considerada disfunção sexual (DS) qualquer escore menor que 27,5. Nossa amostra apresentou um escore total que indica DS, entretanto, é digno de nota que 62,5% da amostra não possui vida sexual ativa durante o tempo no qual a pesquisa foi conduzida.

Os domínios do FSFI são pontuados de zero a 6, com exceção dos domínios de desejo, variando de 1,2 a 6 e satisfação, de 0,8 a 6. Em todos os domínios, quanto maior a pontuação melhor a função sexual, assim como no escore total. Na intervenção de Ginástica Feminina em grupo houve aumento do escore de lubrificação, aumentando a média de 0,82 para 1,2. No entanto, após cinco semanas, em todos os grupos, a classificação continuou sendo de DF.

Tabela 3 - Modelos mistos após as cinco semanas - diferença entre o grupo individual e o grupo controle; diferença intervenção em grupo e controle; diferença intervenção em grupo e individual - 2021

Variáveis analisadas	(Diferença I-C MM)			(Diferença G-C MM)			(Diferença G-I MM)		
	IC95%	IC95%	valor de p	IC95%	IC95%	valor de p	IC95%	IC95%	valor de p
ICIQ-sf									
Escore	-4.06	2.66	0.6861	-2.40	4.45	0.5616	-1.46	4.91	0.2955
KHQ									
Percepção geral de saúde	-0.155	0.127	0.8473	-0.138	0.149	0.9452	-0.114	0.152	0.7815
Impacto da IU	-0.157	0.243	0.6753	-0.122	0.285	0.4344	-0,15	0,228	0,6886
Limitação ao desempenho de tarefas	-0.222	0.144	0.6790	-0.189	0.184	0.9809	-0,137	0,21	0,6808
Limitação Física	-0.174	0.078	0.4577	-0.114	0.143	0.8274	-0,057	0,182	0,3093
Limitação Social	-0.117	0.105	0.9134	-0.127	0.098	0.8009	-0,113	0,096	0,8775
Relacionamento pessoal	-0.210	0.117	0.5812	-0.241	0.093	0.3874	-0,183	0,127	0,7264
Emoções	-0.042	0.208	0.1958	-0.043	0.212	0.1997	-0.117	0.119	0.9884
Sono e disposição	-0.193	0.184	0.9618	-0.205	0.178	0.8910	-0.187	0.169	0.9228
Medidas de gravidades	-0.115	0.215	0.5553	-0.158	0.179	0.9066	-0,196	0,117	0,619
FSFI									
Desejo	-0.67	0.87	0.7973	-1.06	0.51	0.4943	-1,11	0,35	0,3161
Excitação	-1.74	1.15	0.6924	-1.50	1.45	0.9716	-1,1	1,64	0,7043
Lubrificação	-2.94	-0.69	0.0028	-2.73	-0.44	0.0098	-0,83	1,3	0,6658
Orgasmo	-1.21	0.92	0.7971	-1.36	0.81	0.6211	-1.14	0,87	0.7939
Satisfação	-1.52	-0.22	0.0119	-1.22	0.10	0.1036	-0.31	0,92	0.3352
Dor	-2.45	1.61	0.6885	-2.91	1.23	0.4306	-2.35	1,5	0,6693
Escore	-8.01	0.88	0.1224	-8.09	0.97	0.1305	-4.20	4,22	0.9964

Legenda: IC95% (intervalo de confiança de 95%); MM (modelos mistos); KHQ (*Kings Health Questionnaire*); ICIQ-sf (*International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form*); FSFI (*Female Sexual Function Index*)

Fonte: a autora

A tabela 5 traz a análise de modelos mistos que foi utilizada para investigar a diferença entre os grupos, considerando a diferença intragrupos. O intervalo de confiança de 95% é interpretado como um valor significativo quando os dois IC95% na diferença intragrupos não cruzam o zero, tendo seus dois valores negativos. Quando os dois valores do intervalo de confiança cruzam o zero (um valor negativo e outro positivo) significa uma variação pouco expressiva. A significância da diferença é apresentada pelo valor de p.

A interpretação da diferença entre o grupo de Ginástica Feminina Individual e o grupo controle (diferença I-C), nos domínios de lubrificação (p 0,0028) e de satisfação (p 0,0119) significa que houve diferença significativa entre esses dois grupos, porém, não houve um número significativo de participantes para análise de qual grupo teve melhora ou piora em relação ao outro, apenas que eles foram diferentes. O mesmo ocorreu no domínio de lubrificação na diferença entre grupo controle e ginástica feminina em grupo (diferença G-C), com o valor de p 0,0028.

Em todos os outros domínios não houve diferença significativa pois os intervalos de confiança cruzaram o zero, apresentando um valor positivo e outro negativo. Isso se deu parte pelo tamanho da amostra e parte pela pequena diferença entre a linha de base após as cinco semanas em todos os grupos.

1.5 Discussão

Foram avaliadas um total de 32 mulheres, com média de idade de 66 anos, média de IMC 26,9 kg/m² (sobrepeso) e 91% da amostra de mulheres que já gestaram. As 32 mulheres foram divididas em três grupos diferentes, um grupo de Ginástica Feminina individual, um de Ginástica Feminina em grupo e um grupo controle, que não recebeu nenhum tipo de intervenção. Elas foram avaliadas por meio de questionários para IU e função sexual (ICIQ-sf, KHQ e FSFI) antes e após as cinco semanas. O objetivo principal era a promoção da saúde dessas mulheres.

Foi observado que para a IU não houve diferença significativa tanto no escore total do questionário ICIQ-sf quanto no de qualidade de vida KHQ, mas que houve diminuição da média do escore total do ICIQ-q no grupo de Ginástica Feminina individual, partindo de uma média 6 na linha de base para 4,25, após as cinco semanas, indicando redução da perda de urina. Não houve grandes diferenças nas médias do KHQ, que é pontuado por porcentagem de domínio, sendo uma porcentagem maior indicativa de piora da qualidade de vida em relação à IU. Na nossa amostra, tanto na linha de base quanto após as 5 semanas, as participantes não apresentaram uma qualidade de vida ruim.

Em relação à função sexual, todas as mulheres foram consideradas com disfunção sexual (DS) tanto na linha de base como após as 5 semanas, já que um escore menor que 27,5 no questionário FSFI indica presença de DS ²². Não houve grandes alterações após as cinco semanas de intervenção. No domínio de lubrificação, para a Ginástica Feminina em grupo houve aumento da média de 0,82 para 1,2 no escore, indicando uma moderada melhora.

A IU é considerada uma condição de importância única na população idosa, devido a sua alta prevalência e impacto negativo na qualidade de vida ^{25, 26}. Uma pesquisa de epidemiologia de sintomas do trato urinário inferior realizada no Brasil com 5184 participantes demonstrou que a prevalência de sintomas do trato urinário inferior chega a 73,5% em mulheres entre 60 e 69 anos de idade, sendo que a prevalência de sintomas aumentou com a idade, chegando a 95,6% em mulheres com mais de 70 anos que participaram do estudo ²⁷. Uma revisão sistemática da Cochrane ²⁸ realizada em 2010 demonstrou que o treinamento da musculatura do assoalho pélvico (TMAP) promove uma mudança significativa na diminuição dos sintomas de perda urinária e na melhora da qualidade de vida. Essa mesma revisão sugere que para trazer resultados, o TMAP deve ser realizado com acompanhamento de um profissional, com progressão de treino baseada nos princípios do treinamento físico e por duas vezes por semana durante pelo menos 12 semanas.

Na presente pesquisa, 100% das participantes tinham IU, de acordo com o escore do ICIQ-sf na linha de base, e após as cinco semanas de treinamento, não houve uma diferença significativa na diminuição do escore total. Isso se dá pelo fato de que cinco semanas de treinamento é um período curto para diminuir os sintomas da IU, mas foi o suficiente para que as mulheres criassem consciência a respeito de

seu corpo e aprendessem sobre exercícios para os músculos do assoalho pélvico, visto que o intuito da pesquisa era levar conhecimento e mudança de hábitos, como forma de promoção de saúde.

Grande parte das mulheres que compuseram a amostra não reconheciam a perda de urina como um problema, acreditando que fosse um processo natural da senescência. Griffiths et al (2006) ²⁹ afirmam que 50% das mulheres não relatam a perda de urina como um sintoma nas consultas médicas de rotina. Um estudo brasileiro que buscou investigar a procura por tratamento de IU em mulheres concluiu que um dos principais fatores que influenciam a procura de ajuda são a severidade dos sintomas, o quanto eles afetam a qualidade de vida e que mulheres mais jovens buscam mais cedo tratar do problema, pois para elas a perda de urina gera um impacto maior na qualidade de vida, comportamento este diferente de mulheres idosas ³⁰.

Em um outro estudo realizado no Brasil ³¹ em 2017 que buscou investigar as práticas assistenciais e as propostas da atenção básica para mulheres idosas com IU, evidencia a falta preparo de muitos profissionais da atenção básica na hora de abordar a perda urinária, seus fatores de risco e indicação de tratamento de forma que a mulher se sinta confortável para falar sobre esse assunto. Muitas mulheres omitiam os sintomas durante as consultas, seja por vergonha ou por ainda ser um tabu. As pacientes da presente pesquisa passaram a perceber a perda urinária durante o processo de conhecimento corporal, compreendendo a perda como uma condição que não deve ser tratada como parte natural do envelhecimento. Esse aspecto reforça um ponto muito positivo de programas de promoção de saúde que envolvam trabalhos de consciência corporal e educação para idosos, como o que foi feito durante esta pesquisa.

Um estudo recente ³² que abordou os desafios do teleatendimento na fisioterapia concluiu que essa nova modalidade de atendimento tem sido uma boa alternativa para a manutenção dos atendimentos durante a pandemia do COVID-19, mas que há limitações, que precisam ser bem estabelecidas, tais como a falta de acesso à internet de qualidade, dificuldade com uso das plataformas disponíveis e com o manuseio da tecnologia por parte dos profissionais de saúde e dos pacientes, e dificuldade para a realização de exercícios no ambiente domiciliar do paciente

Durante a coleta de dados, foi observado que muitas das participantes apresentavam dificuldade com o acesso às chamadas de vídeo, dependendo de

alguém na casa para acessar e dificuldade de realizar os exercícios propostos em ambiente domiciliar. Outro fator importante é que as mulheres que participaram da intervenção de Ginástica Feminina individual demonstravam maior tranquilidade para conversar com as aplicadoras do método. Elas também manifestaram mais dúvidas e curiosidades, traziam mais relatos pessoais e colaboraram mais em relação ao posicionamento da câmera. As participantes da Ginástica Feminina em grupo tendiam a retrair-se com mais frequência, a tirar menos dúvidas, mesmo com incentivo para que elas falassem no final do atendimento. Além disso, davam menos feedback a respeito da realização dos exercícios. Como consequência, tal postura implicou dificuldades na condução das sessões, pois o feedback delas durante a realização era essencial para saber se elas estavam realizando o exercício da maneira correta. Por esses motivos, a intervenção individual foi mais fácil e promoveu melhores resultados em comparação à intervenção em grupo.

A respeito da função sexual, 100% da amostra apresentava disfunção sexual (DS) no momento da pesquisa, de acordo com os resultados do questionário FSFI e isso corrobora com a literatura, que traz que mulheres idosas apresentam um comprometimento da função sexual mais acentuado em comparação com a população masculina no Brasil ³³. De acordo com Maciel (2014) ³⁴, mulheres mais velhas apresentam mais queixas relacionadas à função sexual, e esses assuntos não são abordados nas consultas médicas, por serem considerados de abordagem delicada, sendo que muitas mulheres não ficam confortáveis para falar sobre sua sexualidade. Destaca-se que 62,5% da amostra não possuía vida sexual ativa durante a pesquisa, o que pode ser classificado, pelo escore do FSFI, como uma DS, já que nas alternativas do questionário elas responderam “sem atividade sexual” ou “sem tentativa de penetração”.

Um estudo que realizou TMAP para mulheres com síndrome geniturinária da menopausa notou melhora significativa da função sexual após 12 semanas de treinamento, trazendo hipóteses de que o TMAP promove tal melhora devido ao aumento do fluxo sanguíneo gerado pela maior ativação muscular dos músculos do assoalho pélvico e melhora da coordenação muscular ³⁵.

Houve melhora no domínio de lubrificação do FSFI, observada na intervenção da Ginástica Feminina em grupo, um achado interessante, mesmo que estatisticamente não significante. Isso pode ter ocorrido pois as mulheres

conseguiram realizar contrações satisfatórias dos MAP, que podem ter levado consciência a essa região do corpo antes negligenciada, despertando a percepção e talvez também possam ter promovido melhora do fluxo sanguíneo na região. Contudo, vale ressaltar que um tempo maior de treinamento provavelmente traria resultados mais satisfatórios em relação à função sexual. Utilizamos o protocolo de cinco encontros, por cinco semanas, com o objetivo de despertar o conhecimento do assoalho pélvico e da forma correta de ativá-lo, tanto em contrações isoladas, como nas ativações associadas a exercícios respiratórios e em posturas variadas, combinando ação de outros grupos musculares. Portanto, o intuito desta pesquisa foi muito mais a promoção de saúde do que a melhora da performance muscular. Estudos com a mesma metodologia desta pesquisa, executados por mais tempo, de preferência por pelo menos 12 semanas, podem trazer resultados mais robustos em relação à melhora da fisiologia muscular e da resposta sexual.

Outros dois estudos anteriores utilizaram o método da Ginástica Feminina, também com cinco encontros semanais, para avaliar repercussões biopsicossociais em mulheres. O primeiro demonstrou que o método promove melhora da consciência corporal e do assoalho pélvico, além do despertar da sexualidade em mulheres idosas ³⁶, e o segundo demonstrou que o método promove melhora da qualidade de vida sexual em mulheres jovens, principalmente na questão do conforto durante o ato sexual ³⁷. Porém, nesses dois estudos o método foi aplicado de forma presencial, permitindo mais contato das participantes com as aplicadoras do método, algo que foi dificultado pela intervenção remota na presente pesquisa.

Limitações do estudo

Impactado pelo início da pandemia da COVID-19, o projeto sofreu alterações, pois o método teria sido presencial, com início da coleta de dados em março de 2020. A alteração para aplicação do método remoto síncrono foi uma alternativa para dar continuidade ao projeto. Outra limitação foi o grande percentual da evasão de mulheres da amostra (38,46%), que é uma realidade nas pesquisas com intervenção na área de Fisioterapia ³⁸. Um fator que pode ter contribuído para as perdas foi a aplicação no modo remoto, já que muitas mulheres que participaram tiveram dificuldade na conexão e dependiam de ajuda de algum membro da família para

participar dos encontros online. Para muitos idosos, a tecnologia ainda é um obstáculo a ser superado já que eles não são nativos digitais.

O tempo de aplicação do método de cinco semanas tem como objetivo promover saúde, consciência corporal e educar as mulheres em relação à sua anatomia, fisiologia, ensinando os princípios básicos do TMAP. Esse período de intervenção não foi pensado para promover mudanças morfofisiológicas dos músculos do assoalho pélvico. Para esse objetivo recomendamos estudos com acompanhamento mais prolongado, de pelo menos 12 semanas, para que haja resposta fisiológica.

A amostra pequena foi um limitador para resultados estatisticamente significantes, mas dentro do previsto para um estudo piloto. Deseja-se realizar uma outra pesquisa mais extensa, levando em conta as limitações citadas acima, com uma amostra maior de mulheres e com a intervenção de maior duração sendo realizada de maneira presencial.

1.6 Conclusão

Um programa de exercícios de cinco semanas realizado de maneira remota síncrona com foco na consciência corporal e treinamento dos MAP foi capaz de promover saúde para mulheres com mais de 60 anos, com os seus benefícios demonstrados através da diminuição das médias do escore do ICIQ-sf, principalmente na intervenção de Ginástica Feminina individual. Os benefícios para função sexual foram demonstrados no aumento do escore de lubrificação do questionário FSFI na intervenção Ginástica Feminina em grupo. Os dois grupos apresentaram resultados positivos, indicando que o método tem potencial para promover consciência corporal e para levar conhecimento para essa população acerca de assuntos pouco abordados.

São necessários mais estudos randomizados controlados, com um número maior de participantes, com maior duração e com o método aplicado de forma presencial para comprovar os benefícios da Ginástica Feminina na promoção de saúde de mulheres com mais de 60 anos.

Referências Bibliográficas

1. Petrou, Steven P. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *International braz j urol* [online]. 2010, v. 36, n. 1 [Accessed 20 May 2021], pp. 116. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S1677-55382010000100032>>. Epub 07 Apr 2010. ISSN 1677-6119. <https://doi.org/10.1590/S1677-55382010000100032>.
2. López-Liria R, Varverde-Martínez MLÁ, Padilla-Góngora D, Rocamora-Pérez P. Effectiveness of Physiotherapy Treatment for Urinary Incontinence in Women: A Systematic Review. *J Womens Health (Larchmt)*. 2019 Apr;28(4):490-501. doi: 10.1089/jwh.2018.7140. Epub 2018 Dec 21. PMID: 30575448.
3. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, Monga A, Petri E, Rizk DE, Sand PK, Schaer GN; International Urogynecological Association; International Continence Society. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn*. 2010;29(1):4-20. doi: 10.1002/nau.20798. PMID: 19941278.
4. Aoki Y, Brown HW, Brubaker L, Cornu JN, Daly JO, Cartwright R. Urinary incontinence in women. *Nat Rev Dis Primers*. 2017 Jul 6;3:17042. doi: 10.1038/nrdp.2017.42. Erratum in: *Nat Rev Dis Primers*. 2017 Nov 16;3:17097. PMID: 28681849; PMCID: PMC5878864.
5. Fuselier A, Hanberry J, Margaret Lovin J, Gomelsky A. Obesity and Stress Urinary Incontinence: Impact on Pathophysiology and Treatment. *Curr Urol Rep*. 2018 Feb 22;19(1):10. doi: 10.1007/s11934-018-0762-7. PMID: 29468457.
6. Reis RB, Cologna AJ, Martins AC, Tucci Jr S, Suaid HJ. Incontinência urinária no idoso. *Acta Cir Bras* 2003; 18(5): 47-51.
7. Radzimińska A, Strączyńska A, Weber-Rajek M, Styczyńska H, Strojek K, Piekorz Z. The impact of pelvic floor muscle training on the quality of life of women with urinary incontinence: a systematic literature review. *Clin Interv*

- Aging. 2018 May 17;13:957-965. doi: 10.2147/CIA.S160057. PMID: 29844662; PMCID: PMC5962309.
8. Burti, JS. Ressignificando perdas: a Ginástica Feminina na perspectiva da mulher em processo de envelhecimento. 2018. 103 f. Tese (Doutorado em Psicologia: Psicologia Social) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018
 9. Thornton K, Chervenak J, Neal-Perry G. Menopause and Sexuality. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2015 Sep;44(3):649-61. doi: 10.1016/j.ecl.2015.05.009. PMID: 26316248; PMCID: PMC5994393.
 10. Uchôa YS, Costa DCA, Silva Junior IAP, Silva STSE, Freitas WMTM, Soares SCS. Sexuality through the eyes of the elderly. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(6):939-49. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562016019.150189>
 11. Ribeiro ATA, Ankier C. A relação do grau de força muscular do assoalho pélvico com a satisfação sexual feminina. *Revista Latinoamericana de Medicina Sexual – ReLAMs.* 2012;1(1):14-22.
 12. Bø K, Talseth T, Vinsnes A. Randomized controlled trial on the effect of pelvic floor muscle training on quality of life and sexual problems in genuine stress incontinent women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2000 Jul;79(7):598-603. PMID: 10929962.7
 13. Burti, JS. Ginástica feminina: do assoalho pélvico à postura ideal. Curitiba, Editora CRV, 2017
 14. Organização Pan-Americana da Saúde. Leishmanioses: Informe epidemiológico nas Américas. Núm. 9, dezembro de 2020. Washington, D.C.: OPAS; 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51742>
 15. Wichmann, FMA et al. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online].* 2013, v. 16, n. 04 [Acessado 13 Outubro 2021] , pp. 821-832. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000400016>>. ISSN 1981-2256. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000400016>.
 16. Browne RAV, Macêdo GAD, Cabral LLP, Oliveira GTA, Vivas A, Fontes EB, Elsangedy HM, Costa EC. Initial impact of the COVID-19 pandemic on

- physical activity and sedentary behavior in hypertensive older adults: An accelerometer-based analysis. *Exp Gerontol*. 2020 Dec;142:111121. doi: 10.1016/j.exger.2020.111121. Epub 2020 Oct 22. PMID: 33132145; PMCID: PMC7580700.
17. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº519/2020. Tele consulta, tele monitoramento e tele consultoria. Diário Oficial da União. 2020 Março 23. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=15825>
 18. Burti JS, Santos AM, Pereira RM, Zambon JP, Marques AP. Prevalence and clinical characteristics of urinary incontinence in elderly individuals of a low income. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012 Mar-Apr;54(2):e42-6. doi: 10.1016/j.archger.2011.04.004. Epub 2011 May 17. PMID: 21592599.
 19. São Paulo, Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher (ABRAFISM). Recomendações da ABRAFISM sobre Fisioterapia em uroginecologia e coloproctologia em tempos de COVID-19. Ribeirão Preto, 2020. ISBN 978-65-991500-2-9
 20. Pereira VS, Correia GN, Driusso P. Individual and group pelvic floor muscle training versus no treatment in female stress urinary incontinence: a randomized controlled pilot study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2011 Dec;159(2):465-71. doi: 10.1016/j.ejogrb.2011.09.003. Epub 2011 Oct 1. PMID: 21962461.
 21. Tamanini JTN, Dambros M, D'Ancona CAL, Palma PCR Netto Jr ER. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF). *Rev Saúde Pública*. 2004;38(3):438-44.
 22. Hentschel H, Alberton DL, Capp E, Goldim JR, Passos EP. Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em português. *Rev HCPA*. 2007;27(1):10-4.
 23. Tamanini JTN, D'Ancona CAL, Botega N, Rodrigues Netto N. Tradução, confiabilidade e validade do "King's Health Questionnaire" para a língua portuguesa em mulheres com incontinência urinária. *Rev Saúde Pública* 2003;37:203-11.

24. R Core Team (2021). R: A language and environment for statistical computing. R. Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria
25. Gibbs CF, Johnson TM 2nd, Ouslander JG. Office management of geriatric urinary incontinence. *Am J Med.* 2007 Mar;120(3):211-20. doi: 10.1016/j.amjmed.2006.03.044. PMID: 17349439.
26. Kwon, Bo-Eun et al. Quality of life of women with urinary incontinence: a systematic literature review. *International Neurology Journal*, Seoul, v. 14, n. 3, p. 133-138, 2010
27. Soler R, Gomes CM, Averbeck MA, Koyama M. The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) in Brazil: Results from the epidemiology of LUTS (Brazil LUTS) study. *Neurourol Urodyn.* 2018 Apr;37(4):1356-1364. doi: 10.1002/nau.23446. Epub 2017 Nov 6. PMID: 29106747.
28. 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;(1):CD00565
29. Griffiths AN, Makam A, Edwards GJ. Should we actively screen for urinary and anal incontinence in the general gynaecology outpatient setting? A prospective observational study. *J Obstet Gynaecol* 2006;26:442–4.
30. Rios AA, Cardoso JR, Rodrigues MA, de Almeida SH. The help-seeking by women with urinary incontinence in Brazil. *Int Urogynecol J.* 2011 Jul;22(7):879-84. doi: 10.1007/s00192-010-1352-5. Epub 2011 Jan 11. PMID: 21222110.
31. Tomasi AVR, dos SSMA, Honório GJ da S, Locks MOH. Urinary incontinence in elderly people: care practices and care proposal in primary health care. *Texto Context - Enferm.* 2017;e6800015:26. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006800015>.
32. Alcantara SFS, Sousa EM de, Silva Neto JE da, Carrias FM da S. Challenges of non-face-to-face physiotherapy care in the pandemic of COVID-19. *RSD* [Internet]. 2021Sep.18 [cited 2021Oct.13];10(12):e119101220130. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/20130>
33. Fleury HJ, Abdo CHN. Sexualidade da mulher idosa [Internet]. *Diagnóstico e Tratamento.* 2015 ; 20(3): 117-120.Available from: <http://www.apm.org.br/imagens/Pdfs/revista-145.pdf>

34. Maciel M, Laganà L. Older women's sexual desire problems: biopsychosocial factors impacting them and barriers to their clinical assessment. *Biomed Res Int.* 2014;2014:107217. doi: 10.1155/2014/107217. Epub 2014 Jun 5. PMID: 24995267; PMCID: PMC4066710.
35. Mercier J, Morin M, Zaki D, Reichetzer B, Lemieux MC, Khalifé S, Dumoulin C. Pelvic floor muscle training as a treatment for genitourinary syndrome of menopause: A single-arm feasibility study. *Maturitas.* 2019 Jul;125:57-62. doi: 10.1016/j.maturitas.2019.03.002. Epub 2019 Mar 29. PMID: 31133219.
36. Burti JS, Marino S, Cruz J, Spink, M. Efeitos de exercícios para assoalho pélvico em mulheres idosas de diferentes níveis socioeconômicos. *Saúde e Pesquisa* 2019.12. 39. 10.17765/2176-9206.2019v12n1p39-49.
37. Noffs S, Burti JS. Avaliação da qualidade de vida sexual após prática de Ginástica Feminina em mulheres jovens. *Rev. Bras. Sex. Hum.* [Internet]. 31º de dezembro de 2019 [citado 13º de outubro de 2021];30(2):20-3. Disponível em: https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/87
38. Subtil, MMK. O relacionamento interpessoal e a adesão na fisioterapia. *Fisioterapia em Movimento* [online]. 2011, v. 24, n. 4 [Acessado 13 Outubro 2021], pp. 745-753. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-51502011000400020>>. Epub 11 Jan 2012. ISSN 1980-5918. <https://doi.org/10.1590/S0103-51502011000400020>.

ANEXO A

TERMO DE CONSCÊNTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CARTA PARA OBTENÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESQUISAS QUE ENVOLVAM: ADULTOS, PRÁTICA DE GINÁSTICA FEMININA E QUESTIONÁRIOS. (UMA VIA DO PARTICIPANTE E UMA DA PESQUISADORA)

Cara Senhora, _____ Eu, Silvia Noffs Motta, portadora do CPF 46545142879 e RG 523568101 e eu, Mariana de Oliveira Vitória, portadora do CPF 412.708.138-46 e RG 39.849.258-x, estudantes do curso de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, estabelecida na Rua Monte Alegre, 984, no bairro Perdizes, CEP 05014-901 iremos desenvolver uma pesquisa cujo título é: Levantamento da presença de IU, avaliação da função sexual e qualidade de vida em mulheres idosas: A Ginástica Feminina versus Treinamento Do Assoalho Pélvico Individual para sua resolução. O objetivo central da pesquisa é verificar a presença de incontinência urinária, e avaliar a função sexual e qualidade de vida de mulheres com mais de 60 anos, através de questionários validados, e os efeitos de um programa de exercícios para postura, consciência corporal e treinamento dos músculos do assoalho pélvico na melhora da incontinência urinária.

Portanto, serão realizados os seguintes procedimentos:

1. Resposta dos questionários: Dados clínicos e sociodemográficos e Questionários sobre Incontinência, Função Sexual e Qualidade de Vida
2. Participante opta por participar ou não da Intervenção online
3. Realização da prática de ginástica feminina uma vez por semana durante cinco semanas para a participante que declarar interesse na intervenção

4. Após intervenção, os questionários serão respondidos novamente, pelo grupo que participou, para fins comparativos.

5. Comparação das respostas dos questionários antes e após intervenção.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária e nela constam atividades que deverão ser realizadas sob minha orientação. Os riscos que poderão ocorrer são mínimos, sendo eles decorrentes da prática de atividade física, como dores musculares ou desconforto ao realizar um exercício, contudo, sua participação trará benefício em relação à consciência corporal, postura e treinamento da sua musculatura pélvica, e no final do estudo poderemos concluir se o programa de exercícios pode promover alteração da incontinência urinária, auxiliando futuras pesquisas e oferecendo ferramentas para incrementar a prática clínica.

Informamos que a Sra. têm garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. Também é garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo. Garanto que as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum dos participantes. A Sra. têm o direito de ser mantida atualizada sobre os resultados parciais da pesquisa e, caso seja solicitado, darei todas as informações que solicitar. Não existirão despesas ou compensações pessoais para a participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se houver qualquer despesa adicional você será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Comprometo-me a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível sua identificação.

Assinatura Participante:

ANEXO B

Dados sociodemográfico e ginecológicos

Dados sociodemográficos:

Nome:

Idade:

Telefone para contato:

Peso:

Altura:

Ocupação:

Bairro que reside:

Você pratica alguma atividade física?

☐ sim

☐ não

Se sim, qual atividade e com qual frequência?

Você tem alguma doença?

☐ sim

☐ não

Faz uso de algum medicamento?

☐ sim

☐ não

Se sim, qual medicamento?

Dados Ginecológicos

Faz uso de reposição hormonal?

☐ sim

☐ não

Quantas gestações você já teve?

☐ nenhuma

☐ uma

☐ duas

☐ três ou mais

Qual tipo de parto foi realizado?

☐ nenhum

☐ parto normal

☐ cesárea

☐ já realizei os dois

Teve episiotomia? (corte no períneo para abrir canal de parto)

☐ sim

☐ não

Tem algum problema ginecológico?

☐ sim

☐ não

Se sim, qual?

ANEXO C

QUESTIONÁRIO ICIQ-SF - Consulta Internacional sobre questionário de incontinência

Nome do Paciente: _____

Data: ____/____/____

Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

1. Data de Nascimento: ____/____/____

2. Sexo: Feminino () Masculino ()

3. Com que frequência você perde urina? (assinale uma resposta)

Nunca ()

Uma vez por semana ou menos ()

Duas ou três vezes por semana ()

Uma vez ao dia ()

Diversas vezes ao dia ()

O tempo todo ()

4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde (assinale uma resposta)

Nenhuma ()

Uma pequena quantidade ()

Uma moderada quantidade ()

Uma grande quantidade ()

5. Em geral quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Quando você perde urina? (Por favor, assinale todas as alternativas que se aplicam a você)

Nunca ()

Perco antes de chegar ao banheiro ()

Perco quando tusso ou espiro ()

Perco quando estou dormindo ()

Perco quando estou fazendo atividades físicas ()

Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo ()

Perco sem razão óbvia ()

Perco o tempo todo ()

ANEXO D

Questionário de Avaliação de Resposta Sexual Feminina - o *Female Sexual Function Index (FSFI)*,

Instruções: Estas questões são sobre seus sentimentos e respostas sexuais nas últimas 4 semanas. Por favor, responda às perguntas que seguem da forma mais clara e honesta possível. Suas respostas serão mantidas em sigilo (segredo) completo. As definições a seguir se aplicam nas respostas: PARA CADA ITEM, MARQUE APENAS UMA RESPOSTA.

O desejo ou interesse sexual é um sentimento que abrange a vontade de ter uma experiência sexual, a receptividade às iniciativas sexuais do parceiro, e pensamentos ou fantasias sobre o ato sexual.

1. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desejo ou interesse sexual?

- ☐ Sempre ou quase sempre
- ☐ Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- ☐ Às vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos do que a metade do tempo)
- ☐ Nunca ou quase nunca

2. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?

- ☐ Muito alto
- ☐ Alto
- ☐ Moderado
- ☐ Baixo
- ☐ Muito baixo ou nenhum

A excitação sexual é uma sensação com aspectos físicos e mentais. Pode aparecer uma sensação de calor ou de vibração na genitália, lubrificação (umidade), ou contrações musculares.

3. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você se sentiu excitada durante o ato ou atividade sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Sempre ou quase sempre
- ☐ Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Nunca ou quase nunca

4. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de excitação sexual durante a atividade sexual? Sem atividade sexual

- ☐ Muito alto
- ☐ Alto
- ☐ Moderado
- ☐ Baixo
- ☐ Muito baixo ou nenhum

5. Durante as últimas 4 semanas, qual foi seu grau de confiança sobre sentir-se excitada durante a atividade sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Altíssima confiança
- ☐ Alta confiança

☐ Moderada confiança

☐ Baixa confiança

☐ Baixíssima ou nenhuma confiança

6. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você ficou satisfeita com seu nível (grau) de excitação durante a atividade sexual?

☐ Sem atividade sexual

☐ Sempre ou quase sempre

☐ Muitas vezes (mais da metade do tempo)

☐ Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)

☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)

☐ Nunca ou quase nunca

7. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você ficou lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?

☐ Sem atividade sexual

☐ Sempre ou quase sempre

☐ Muitas vezes (mais da metade do tempo)

☐ Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)

☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)

☐ Nunca ou quase nunca

8. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para ficar lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?

☐ Sem atividade sexual

☐ Extremamente difícil ou impossível

☐ Muito difícil

☐ Difícil

☐ Pouco difícil

☐ Nada difícil

9. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você manteve sua lubrificação até o final da atividade sexual?

☐ Sem atividade sexual

☐ Sempre ou quase sempre

☐ Muitas vezes (mais da metade do tempo)

☐ Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)

☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)

☐ Nunca ou quase nunca

10. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para manter sua lubrificação até terminar a atividade sexual?

☐ Sem atividade sexual

☐ Extremamente difícil ou impossível

☐ Muito difícil

☐ Difícil

☐ Pouco Difícil

☐ Nada Difícil

11. Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, com que frequência você atingiu o orgasmo (clímax)?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Sempre ou quase sempre
- ☐ Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Nunca ou quase nunca

12. Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, qual foi o grau de dificuldade para atingir o orgasmo (clímax)?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Extremamente difícil ou impossível
- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Pouco Difícil
- ☐ Nada Difícil

13. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com sua habilidade de chegar ao orgasmo (clímax) durante a atividade sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Muito satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Indiferente

☐ Moderadamente insatisfeita

☐ Muito insatisfeita

14. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com a quantidade de envolvimento emocional entre você e seu parceiro durante a atividade sexual?

☐ Sem atividade sexual

☐ Muito satisfeita

☐ Moderadamente satisfeita

☐ Indiferente

☐ Moderadamente insatisfeita

☐ Muito insatisfeita

15. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação na relação sexual com seu parceiro?

☐ Muito satisfeita

☐ Moderadamente satisfeita

☐ Indiferente

☐ Moderadamente insatisfeita

☐ Muito insatisfeita

16. Durante as últimas 4 semanas, de forma geral, qual foi o grau de satisfação com sua vida sexual?

☐ Muito satisfeita

☐ Moderadamente satisfeita

☐ Indiferente

☐ Moderadamente insatisfeita

☐ Muito insatisfeita

17. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

☐ Não houve tentativa de penetração

☐ Sempre ou quase sempre

☐ Muitas vezes (mais da metade do tempo)

☐ Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)

☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)

☐ Nunca ou quase nunca

18. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?

☐ Não houve tentativa de penetração

☐ Sempre ou quase sempre

☐ Muitas vezes (mais da metade do tempo)

☐ Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)

☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)

☐ Nunca ou quase nunca

19. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau (nível) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

☐ Não houve tentativa de penetração

☐ Altíssimo

☐ Alto

☐ Moderado

☐ Baixo

☐ Baixíssimo ou nenhum

ANEXO E

Questionário de Qualidade de Vida - *King's Helth Questionnaeire*

Nome:

1. Percepção Geral de Saúde

Como você descreveria sua saúde atual:

MUITO BOA	1
BOA	2
REGULAR	3
RUIM	4
MUITO RUIM	5

2. Impacto da Incontinência

Quanto você acha que o seu problema de bexiga afeta sua vida?

NEM UM POUCO	1
UM POUCO	2
MODERADAMENTE	3
MUITO	4

3. Limitações de Atividades Diárias

3a- Quanto o seu problema de bexiga afeta os seus afazeres domésticos (limpeza, compras etc.)

NEM UM POUCO	1
UM POUCO	2
MODERADAMENTE	3
MUITO	4

3b- O seu problema de bexiga afeta o seu trabalho ou suas atividades diárias fora de casa?

NEM UM POUCO	1
UM POUCO	2
MODERADAMENTE	3
MUITO	4

4. Limitações Físicas

4a – O seu problema de bexiga afeta suas atividades físicas (caminhar, ginástica, corrida)?

NEM UM POUCO	1
UM POUCO	2
MODERADAMENTE	3
MUITO	4

4b- Seu problema de bexiga afeta a sua possibilidade de viajar?

NEM UM POUCO	1
UM POUCO	2
MODERADAMENTE	3
MUITO	4

Limitações Sociais

4c- Seu problema de bexiga restringe a sua vida social?

NEM UM POUCO	1
UM POUCO	2
MODERADAMENTE	3
MUITO	4

4d- Seu problema de bexiga dificulta sua possibilidade de visitar amigos?

NEM UM POUCO	1
UM POUCO	2
MODERADAMENTE	3

MUITO 4

5. Relações Pessoais

5a – Seu problema de bexiga afeta o seu relacionamento com seu parceiro?

NEM UM POUCO 1

UM POUCO 2

MODERADAMENTE 3

MUITO 4

5b- Seu problema de bexiga afeta sua vida sexual?

NEM UM POUCO 1

UM POUCO 2

MODERADAMENTE 3

MUITO 4

5c- Seu problema de bexiga afeta sua vida familiar?

NEM UM POUCO 1

UM POUCO 2

MODERADAMENTE 3

MUITO 4

6. Emoções

6a – O seu problema de bexiga faz com que se sinta deprimido (a)?

NEM UM POUCO 1

UM POUCO 2

MODERADAMENTE 3

MUITO 4

6b- O seu problema de bexiga faz com que se sinta nervosa ou ansiosa?

NEM UM POUCO	1
UM POUCO	2
MODERADAMENTE	3
MUITO	4

6c- O seu problema de bexiga faz com que se sinta mal consigo mesma?

NEM UM POUCO	1
UM POUCO	2
MODERADAMENTE	3
MUITO	4

7. Sono e Disposição

7a- Seu problema de bexiga afeta seu sono?

NUNCA	1
ÀS VEZES	2
FREQÜENTEMENTE	3
O TEMPO TODO	4

7b- Você se sente esgotada ou cansada?

NUNCA	1
ÀS VEZES	2
FREQÜENTEMENTE	3
O TEMPO TODO	4

8. Medidas de Gravidade

8a – Usa forros ou absorventes para se manter seca?

NUNCA	1
ÀS VEZES	2

FREQÜENTEMENTE	3
O TEMPO TODO	4

8b- Toma cuidado com a quantidade de líquidos que bebe?

NUNCA	1
ÀS VEZES	2
FREQÜENTEMENTE	3
O TEMPO TODO	4

8c- Troca suas roupas íntimas quando elas estão molhadas?

NUNCA	1
ÀS VEZES	2
FREQÜENTEMENTE	3
O TEMPO TODO	4

8d- Preocupa-se com a possibilidade de cheirar urina?

NUNCA	1
ÀS VEZES	2
FREQÜENTEMENTE	3
O TEMPO TODO	4

8e- Fica envergonhada por causa do seu problema de bexiga?

NUNCA	1
ÀS VEZES	2
FREQÜENTEMENTE	3
O TEMPO TODO	4