

INCONTINÊNCIA URINÁRIA E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSAS RESIDENTES EM UM CONVENTO DE SALVADOR-BA: ESTUDO TRANSVERSAL

Jérsia Leciane Santana dos Santos Andrade¹

Elaine Cristina Cartaxo Villas Boas²

Ana Paula Batista Paes Leme³

RESUMO

Fundamentação: A idade avançada relaciona-se com alterações de motivação, destreza manual, mobilidade, lucidez e existência de doenças associadas, que são fatores que podem ser responsáveis pela incontinência urinária. **Objetivo:** Estimar a prevalência da incontinência urinária em idosas freiras residentes em um convento. **Material e Métodos:** Trata-se de um estudo transversal com idosas de idade igual ou superior a 60 anos, lúcidas e orientadas, com queixas urinárias. Foram utilizados dados primários e os instrumentos de pesquisa compreenderam um questionário sociodemográficos, o mini-exame do estado mental (MEEM) e o International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF). **Resultados:** No que tange às comorbidades, a que apresentou associação mais significativa foi HAS, osteoporose e obstipação intestinal, e evidenciou-se que a existência da IU e sua relação com qualidade de vida foi pouco significativa. Já diabetes mellitus, AVE, depressão, Mal de Parkinson e câncer de bexiga mostraram-se pouco significativas. Observou-se que a frequência da obstipação intestinal foi associada quando relacionada à IU e similar ao que foi encontrado na literatura. **Considerações Finais:** Contudo, constatou-se baixa a ocorrência da patologia estudada entre as idosas residentes da instituição, mas a presença da incontinência urinária muito interfere na qualidade de vida, e contribui, portanto, para possíveis alterações psicológicas e físicas.

Palavras-chave: Idosas. Envelhecimento. Síndrome Geriátrica. Prevalência. Incontinência Urinária. Instituição de longa Permanência. Qualidade de vida.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano vem acompanhado de um desgaste físico e psicológico, bem como de uma diminuição das respostas fisiológicas às ações do meio. Isto acaba por alterar a qualidade de vida das pessoas em processo de envelhecimento, em particular, no que diz respeito a independência e autonomia. Dentre as Síndromes Geriátricas comuns a esse desenvolvimento, a incontinência urinária se mostra comum no processo de envelhecimento, a qual possui múltiplas

¹ Acadêmica, Universidade Católica do Salvador, jersialeciane@hotmail.com.

² Fisioterapeuta, Mestre, Docente da Universidade Católica do Salvador, elaine.boas@pro.ucs.br.

³ Fisioterapeuta, Mestre, Docente da Universidade Católica do Salvador, ana.leme@pro.ucs.br.

etiologias com grande complexidade terapêutica, e traz um grande impacto sobre a qualidade de vida desta população.

De acordo com a International Continence Society (ICS), a incontinência Urinária (IU) pode ser definida como qualquer perda involuntária de urina¹, a qual é agravada pelo contínuo aumento da esperança média de vida. A sua prevalência aumenta com a idade e é maior entre as mulheres do que entre os homens. Atinge 30% dos indivíduos idosos de comunidade e 50% daqueles internados em instituição de longa permanência². Esta população é susceptível a desenvolver IU em decorrência das alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas causadas pelo processo de envelhecimento que determinam redução da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, o que ocasiona maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo a morte³. O processo de envelhecimento, em si, não é causa determinante da IU, mas induz a algumas mudanças no sistema urinário que podem predispor a essa afecção⁴.

A idade avançada relaciona-se com alterações de motivação, destreza manual, mobilidade, lucidez e existência de doenças associadas, que são fatores que pressupõe a incontinência urinária. Nas mulheres, pode ainda estar associado a mudanças hormonais que ocorrem na menopausa, aumento do índice de massa corpórea, múltiplas gestações, constipação intestinal ou efeitos colaterais de medicamentos⁵. Na mulher, a principal alteração que ocorre com a idade é a redução da pressão máxima de fechamento uretral, uma consequência da redução de vascularização e atrofia dos tecidos que revestem e envolvem a uretra, bexiga e vagina². Os sinais e sintomas decorrentes da incontinência urinária são: aumento da frequência miccional, noctúria, urgência, hiper-reflexia vesical, perda de urina ao esforço, incontinência no intercuro sexual, infecções urinárias e dor na bexiga⁶.

A ocorrência desta síndrome geriátrica está relacionada com a diminuição da qualidade de vida. Estudos destacam que há interferência no estilo de vida, com consequentes alterações psicológicas e físicas, que acabam por prejudicar o convívio com a comunidade onde estão inseridas, além de afetar o contentamento e prazer com a vida⁷. Há também evidências sobre uma pobre qualidade de sono. Nas mulheres incontinentes, a características de noctúria representa um importante fator de risco para a piora do sono. Associa-se a um risco aumentado de quedas e de

fraturas no deslocamento das pessoas idosas ao banheiro, o que pode trazer prejuízos significativos para a população idosa⁸.

Portanto, em vista o aumento da expectativa de vida da população no Brasil, se faz necessário uma melhor compreensão sobre o processo de envelhecimento, as mudanças físicas ocorridas desse processo, bem como as patologias associadas como a incontinência urinária, uma vez que, quando identificada possibilita a melhor forma de tratamento, o que beneficia diretamente na qualidade de vida desta população, a qual possui alguns padrões sociais de estilo de vida específicos. Assim, esta pesquisa tem como objetivo estimar a prevalência da IU e qualidade de vida em idosas freiras e os seus fatores associados, como idade e comorbidades, além de servir de base para ampliar o conhecimento desta temática ao fornecer subsídios para atenção direcionados a idosas com disfunções urinárias.

2. DESENVOLVIMENTO E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

2.1 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal o qual foi realizado com idosas freiras residentes em um Convento, situado no Alto do Bonfim no município de Salvador - Bahia. Foram adotados como critérios de inclusão mulheres idosas com idade igual ou superior a 60 anos, lúcidas e orientadas, com queixas urinárias. Foram excluídas as idosas que apresentaram transtornos psiquiátricos e as que tiveram queixas urinárias ou IU funcional, mas que não aceitaram participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro de 2019, em ambiente calmo e tranquilo, no próprio Convento, em dias e turnos previamente estabelecidos com as freias mediante visita agendada para exposição da pesquisa. Foram utilizados dados primários e os instrumentos de pesquisa compreenderam um questionário sociodemográfico e clínico elaborado pela autora, o mini-exame do estado mental (MEEM) para rastreio de déficit cognitivo, e o International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) para avaliar o impacto da IU na qualidade de vida⁹⁻¹⁰.

O questionário sociodemográfico e clínico compreende as variáveis idade categorizada em anos (60 a 69 anos, 70 a 79 anos e acima de 80 anos), cor da pele

especificada em branca, amarela, parda e negra, presença de queixas urinárias (dor, poliúria, sensação de esvaziamento incompleto da bexiga, gotejamento pós miccional, força para urinar e ardência), presença de incontinência urinária (por esforço, de urgência, mista ou não apresenta), uso de fraldas/absorvente dicotomizado em sim ou não e de quantas unidades fazem uso por dia, uso de medicamentos (sim/não; quais?) e se realiza fisioterapia para tratar incontinência urinária (sim/não; quanto tempo? frequência?), e presença de comorbidades como infecção do trato urinário (ITU), diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), obstipação intestinal, Doença de Parkinson, Acidente Vascular Encefálico (AVE), Câncer (CA) de bexiga, depressão, osteoporose.

O Mini-exame do Estado Mental (MEEM) é um instrumento de rastreio de déficit cognitivo validado e utilizado no Brasil. Este instrumento mensura a orientação temporal e espacial, o registro e a recordação de palavras, atenção e cálculo, linguagem e capacidade construtivo visual. O escore varia de zero a trinta pontos e o ponto de corte é definido de acordo com a escolaridade: 26 a 30 pontos - normal, sem déficit cognitivo para idosos alfabetizados, 24/25 pontos - sensibilidade a déficit cognitivo em idosos alfabetizados e 18/19 pontos- sensibilidade a déficit cognitivo para idosos analfabetos¹¹.

O ICIQ-SF é um questionário simples, breve e autoadministrável, para avaliar o impacto da IU na qualidade de vida e qualifica a perda urinária de pacientes. Contém informações referentes a frequência da perda urinária, quantidade de urina que é perdida, e o quanto que perder urina interfere nas atividades de vida diária, bem como o tempo e as circunstâncias da perda urinária. Neste instrumento, há uma escala tipo Likert que mensura o quanto a incontinência interfere na vida diária das pessoas, cuja pontuação varia de zero a dez, uma vez que, zero interfere pouco na vida do sujeito e dez, muito¹⁰.

Após a aplicação dos instrumentos, os resultados foram analisados e em seguida feito uma análise descritiva (frequência absoluta/relativa, média aritmética/desvio padrão) com a finalidade de identificar características gerais e específicas da amostra a ser estudada e aplicado o teste T-Student, para analisar as diferenças estatísticas entre médias de dois grupos.

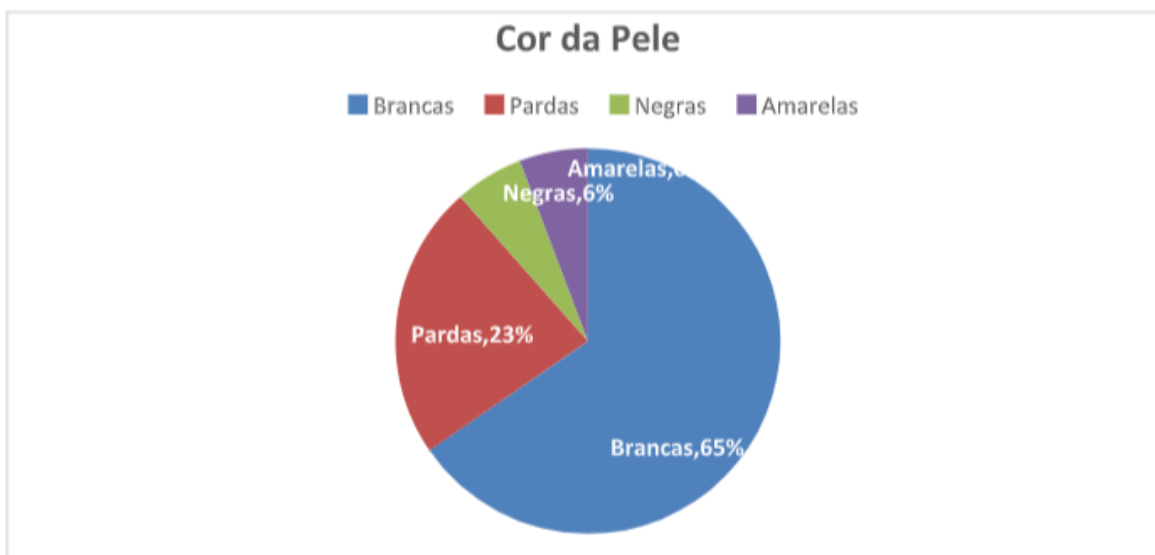
As idosas participantes da pesquisa assinaram o Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de acordo com a Resolução nº 466 de Dezembro de

2012 da Conselho Nacional de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos e a Instituição assinou a declaração de anuência. A coleta de dados foi iniciada após aprovação da pesquisa pelo Comitê de ética, sob o protocolo N° 98084718.0.0000.5628, Resolução 466/12.

2.2 RESULTADOS

Neste estudo a prevalência de incontinência urinária encontrada na presente pesquisa foi abaixo da expectativa (39,41%), diferente do que é apresentado na literatura. A amostra totalizou 17 freiras idosas, residentes em um convento de Salvador – Bahia. Todas as selecionadas obedeceram aos critérios de inclusão para a realização da pesquisa totalizando a amostra. A população estudada foi composta, na sua grande maioria por mulheres brancas (64,7%), seguida das pardas (23,52%), negras (5,88%) e amarelas (5,88) (Gráfico 1).

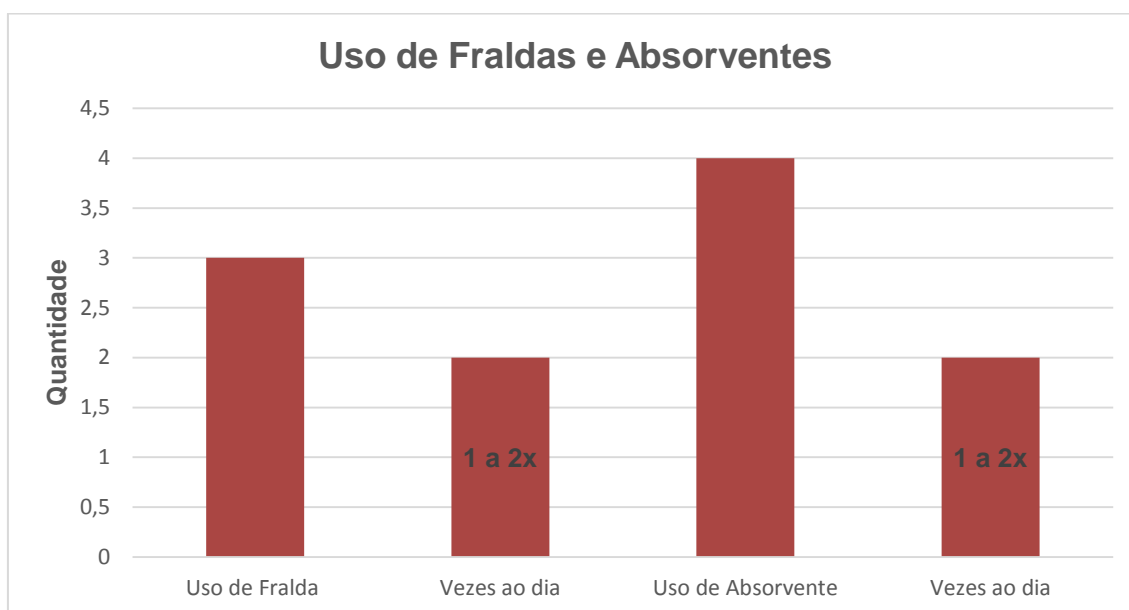
Gráfico 1 – Predominância da cor da pele da amostra estuda



A idade variou entre 70 e 92 anos, e a uma média de idade foi de $\pm 83,4$ anos, variando entre a idade mínima de 70 anos e a máxima de 92 anos. Das 17 participantes, apenas cinco referiram diagnóstico de incontinência urinária, o que corresponde a 29,41%. A prevalência de IU não diferiu significativamente entre as faixas etárias. Das cinco participantes com diagnóstico de IU, apenas três afirmaram

fazem o uso de fralda, de uma a duas vezes ao dia, e quatro fazem uso de absorventes na mesma frequência. Apenas duas participantes sem diagnóstico de IU, relataram que faziam uso de absorvente, sendo de uma a duas vezes ao dia, justificando haver gotejamento pós miccional (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Uso de fraldas e absorventes. Número de idosas que faz uso de fraldas e absorventes durante o dia e quantidade de vezes utilizada ao dia



Em relação às comorbidades, as que apresentaram maior associação com a IU foi HAS e osteoporose, totalizando 12 idosas com ambas as patologias. Observou-se relação pouco significativa com obstipação intestinal e infecção do trato urinário. Baixos índices foram encontrados para diabetes mellitus, AVE, depressão, Mal de Parkinson e câncer de bexiga (Tabela 1).

Tabela 1 – Dados sociodemográficos e clínicos da amostra de participantes

Variáveis	N = 17	%	Valor de p
Idade			
60 a 69 anos	0	0	6,44
70 a 79 anos	4	23,53	
Acima de 80 anos	13	76,47	
Cor			

Amarela	1	6
Negra	1	6
Parda	4	23
Branca	11	65
Presença de Comorbidades		
DM	2	11,76
HAS	10	58,82
AVE	0	0
Osteoporose	9	52,94
CA de bexiga	0	0
Deficiência congênita	0	0
Mal de Parkinson	1	5,88
Depressão	2	11,76
Obstipação intestinal	4	23,53
ITU (Infecção do Trato Urinário)	2	11,76
Utilização de fraldas		
Sim	3	17,65
Não	14	82,35
Utilização de absorventes		
Sim	6	35,29
Não	11	64,71
Restrita ao leito		
Sim	1	5,88
Não	16	94,12
Presença de úlcera de pressão		
Sim	1	5,88
Não	16	94,12
Diagnostico de IU		
Sim	5	29,41
Não	12	70,59

A relação entre o diagnóstico de IU e a presença de comorbidades não demonstrou grande significância, o valor de P encontrado ($p = 6,44$) representou uma hipótese alternativa, ou seja, não foi demonstrado grande significância para estas características.

Quanto ao uso de medicamentos específicos para IU foi relatado apenas por duas idosas, todos receitados por médicos, porém, não informaram regularidade

quanto ao uso. As demais relataram fazer uso de outros medicamentos como anti-hipertensivos, analgésicos e aqueles para controle da glicemia.

Referente ao rastreio de déficit cognitivo, através do Mini-exame do Estado Mental (MEEM), foi observado sensibilidade para o déficit em três participantes, utilizando como parâmetro o ponto de corte definido de acordo com a escolaridade. Entretanto, as participantes com diagnóstico de IU não apresentaram nenhum déficit e totalizaram um média de $\pm 26,2$ pontos, o que corresponde a pontuação normal, para idosos alfabetizados (26 a 30 pontos) (Tabela 2).

Tabela 2 – Rastreio de déficit cognitivo através do Mini-exame do Estado Mental (MEEM)

Características	N = 17	Com declínio cognitivo %
Educação formal (anos)		
1 a 4	0	0
5 a 8	2	0
9 a 11	8	25
11 ou mais	7	14,29

Quando verificada a prevalência de IU e sua relação com qualidade de vida por meio do questionário ICIQ-SF, foi encontrado um resultado pouco significativo, levando em consideração seu escore de 0 a 21 pontos, correspondendo a uma média de $\pm 5,17$ pontos, o que pode significar que a perda de urina pouco interfere nas atividades de vida diária, bem como o tempo e as circunstâncias da perda urinária (Tabela 3).

Tabela 3 – Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida e qualificação da perda urinária

Variáveis	N = 17	%	ICIQ Score
Frequência da perda			
Nunca	8	47,6	± 5,176
Uma vez por semana ou menos	4	23,53	
Uma vez por dia	2	11,76	
Diversas vezes ao dia	1	5,88	
O tempo todo	2	11,76	
Quantidade de urina perdida			
Nenhuma	8	47,6	
Pequena quantidade	7	41,18	
Moderada quantidade	0	0	
Grande quantidade	2	11,76	
O quanto que perder urina interfere na sua vida			
0	12	70,59	
1	0	0	
2	0	0	
3	0	0	
4	1	5,88	
5	0	0	
6	0	0	
7	2	11,76	
8	0	0	
9	0	0	
10	2	11,76	

Quando você perde

Nunca

Antes de chegar ao banheiro	8	47,06
Ao tossir e espirrar	4	23,53
Quando está dormindo	3	17,65
Ao realizar atividade física	1	5,88
Após urinar ou vestindo-se	1	5,88
Sem razão óbvia	1	5,88
O tempo todo	1	5,88
	2	11,76

2.3 DISCUSSÃO

A prevalência estimada para a incontinência urinária foi abaixo da expectativa esperada quando comparada a sua predominância na literatura. De acordo com Maciel et al¹², a prevalência da IU é de 50% para aqueles internados em instituição de longa permanência. No que tange às comorbidades, as que apresentaram grande predominância e maior associação mais significativa foram HAS, osteoporose, obstipação intestinal e infecção do trato urinário. Já diabetes mellitus, déficit cognitivo, AVE, depressão, Mal de Parkinson e câncer de bexiga mostraram-se pouco significativas.

Quanto a obstipação intestinal, pesquisas apontam que é um importante fator de risco em mulheres. Para Moller et al¹³⁻¹⁴, a constipação crônica afeta a função urológica: o estiramento do reto pode comprimir a bexiga, contribuindo para a retenção urinária, causando infecção do trato urinário e, frequentemente, a força realizada durante a evacuação intestinal pode lesar a musculatura pélvica e, através da distensão, traumatizar e causar isquemia muscular. Observou-se que a frequência da obstipação intestinal foi associada quando relacionada à IU e similar ao que foi encontrado na literatura.

Em estudo realizado por Persson et al¹⁵⁻¹⁷, os autores destacaram que diabetes e doenças neurológicas são fatores de risco para IU. A associação entre o diabetes e a IU mostrou um possível aumento da vulnerabilidade do assoalho pélvico devido a uma mudança do tecido biológico e da inervação do músculo pélvico ou devido a lesões nas inervações neuropáticas autônomas da bexiga ou

pelo aumento da frequência urinária causada pela hiperglicemia decorrente do aumento do volume urinária¹⁶. Na presente pesquisa a relação com diabetes mellitus foi de baixa relevância, sendo assim, a literatura mostra-se pouco conclusiva quanto a precisão deste achado, embora alguns estudos associem o aparecimento dessa patologia com a presença da história clínica.

Quanto ao uso de medicamentos específicos para IU foi relatado por duas participantes, apenas. Segundo Lajudice¹⁶, idosos de instituições de longa permanência fazem uso de mais de uma medicação simultaneamente. Tal informação demonstra grande relevância, visto que, a interferência do medicamento mostra grande influência na vida da pessoa idosa, uma vez que, as ações de fármacos podem se dar de forma diferente, o que contribui, portanto, para a ocorrência de dificuldade na eliminação de catabólitos, ao acúmulo de substâncias tóxicas e ao aparecimento de reações adversas. Embora este não seja o objetivo da pesquisa, pode-se afirmar que o uso de drogas é um importante regulador no controle da IU, é uma efetiva forma conservadora de tratamento, mas, mostra-se também como desencadeador de possíveis reações adversas.

Quando questionadas sobre a abordagem fisioterapêutica, apenas uma participante relatou ser encaminhada para a prática, porém, não relatou dar seguimento a intervenção, limitando assim maiores evidências positivas sobre o tratamento. Sabe-se que o tratamento com a fisioterapia, na modalidade de cinesioterapia, Biofeedback, eletroestimulação e exercícios de Kegel, objetiva melhorar a capacidade funcional do assoalho e de todo o recinto manométrico abdominal, além de melhorar a mobilidade e acessibilidade¹⁸⁻²¹.

Além disso, a adoção da fisioterapêutica ocasiona a estipulação de uma reeducação funcional visando a melhorar a mobilidade, prescrição de auxílios para a marcha e de calçado, adequação ambiental, aumento da altura do vaso sanitário, barras de apoio, iluminação e uso de urinol¹⁸⁻²¹. Desta maneira, o tratamento cabível para a patologia estudada necessita de uma abordagem que analise os fatores e que busque a remoção das condições que a predispõe, de maneira que a terapêutica eficaz seja tanto farmacologia, cirurgia e/ou fisioterapêutica.

Nas respostas específicas do questionário ICIQ-SF para a avaliação da incontinência urinária, verificou-se que das 17 idosas entrevistadas, quatro idosas (23,53%) relataram perder urina uma vez por semana ou menos, duas (11,76%)

perdiam uma vez ao dia, uma (5,38%) diversas vezes ao dia e duas (11,76 %) o tempo todo. De maneira parecida, Karantanis et al ²², em seu estudo, afirmaram que a frequência de perda de urina ocorreu em 87% das idosas que relataram perder urina sempre, também encontraram maior ocorrência de episódios quando as mulheres tossiam ou espirravam (55%). Gunnel et al ²³, observaram que apenas 7% das pacientes entrevistadas relataram perda urinária pelo menos uma vez na semana. Do mesmo modo foi relatado pelas participantes que a maioria das ocorrências de perda urinária se deu antes de chegar ao banheiro, ao tossir e espirrar, ou durante a prática de alguma atividade diária, como por exemplo agachar-se.

Referente à quantidade da perda de urina, sete idosas disseram perder uma pequena quantidade (41,17%), e duas idosas relataram grandes perdas (11,76%). Independentemente da quantidade de perda urinária, a doença se torna estressante e debilitante, que contribui assim para o isolamento social e depressão ²⁴.

Cabe destacar que o centro na qual foi realizada a pesquisa, o diagnóstico da patologia se deu através do relato da participante ou lado médico. Em sua generalidade, as participantes auto identificaram o padrão dos sintomas urinários. Salienta-se como limitações para a realização deste estudo o pequeno número amostral, as informações a partir de fontes médicas secundárias e relato das próprias participantes, as quais puderam catalogar dados pouco precisos. Contudo, somente esses subsídios foram disponíveis para a pesquisa. Destaca-se como pontos positivos, o baixo custo da pesquisa e a possibilidade de alertar a comunidade científica e os gestores de saúde sobre a de prevenção e tratamento para a incontinência urinária, sintomatologia que por sua vez é comum na geriatria.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na presente investigação, contatou-se baixa ocorrência de incontinência urinária entre as idosas residentes da instituição estudada, o que difere do que é encontrado na literatura. Observam-se expressivas associações entre a IU e comorbidades associadas. Dentre as estudadas, HAS, osteoporose e obstipação intestinal como maior relevância. Devido ao pequeno número amostral, estes dados podem ter sido influenciados pelos vieses de seleção. Portanto, a realização de

novas pesquisas com um maior número amostral é necessária para fundamentar estes achados. Desta maneira, conclui-se que, a presença desta patologia pouco interfere na qualidade de vida, mas vale ressaltar que, pode haver possíveis alterações psicológicas e físicas, e desta maneira influenciar no convívio com a comunidade onde estão inseridas e no grau de satisfação com a vida, uma vez que, a condição está ligada ao processo de envelhecimento. Assim sendo, é cabível adotar medidas de intervenção e orientação para minimizar ou eliminar intercorrências geradas pela IU.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Internacional De Continência. International Continence Society - ICS, 2002.
2. Maciel AC. Incontinência Urinária. Freitas EV; PY L; Cançado FA; Doll J; Gorzoni ML, editores. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia. Editora Guanabara: Rio de Janeiro; 2006. p. 723-732.
3. Fonseca D, Galdino D, Guimarães LH, Alves D. Avaliação da qualidade do sono e sonolência excessiva diurna em mulheres idosas com incontinência urinária. Rev Neurocienc 2010;18(3):294-299.
4. Dubeau CE. Urinary Incontinence. In: EVANS, J.G. et al (Eds); Oxford Text Book of Geriatric Medicine. 2^a ed. New York: Oxford University press, 2000; 677-689.
5. Higa R, Lopes MHB, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. Rev. esc. enferm. USP. 2008; 42 (1): 187-92.
6. Rett MT, et al. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. Rev. Bras. Ginecol. Obstet 2007; 29 (3): 134-40.
7. Lazari IC, Lojudice, DC. Mar, Ag. Avaliação da qualidade de vida de idosas com incontinência urinária: idosas institucionalizadas em uma instituição de longa permanência. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2009; 12(1):103-112 Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.
8. Fonseca D, Galdino D, Guimarães LH, Alves D. Avaliação da qualidade do sono e sonolência excessiva diurna em mulheres idosas com incontinência urinária. Rev Neurocienc 2010;18(3):294-299.
9. Brucki SMD, et al. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 2003, 61(3):777-781 B.
10. Tamanini JT, Aambros, A'ancona MC, Palma Pc, R Netto. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form" (ICIQ-SF). Rev. Saúde Pública 2004;38(3):438-44.
11. Bertolucci PHF et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto

da escolaridade. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 1994, 52(1):1-7.

12. Maciel A, Meira MA, Dias RC, Marques LM. Incontinência urinária. In: Moraes EN, organizador. Princípios básicos de geriatria e gerontologia. Belo Horizonte: Coopmed; 2008. p. 423-37.

13. Moller LA, Lose G, Jorgensen T. Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years of age. Obstet Gynecol. 2000;96(3):446-51.

14. Rodrigues BP. Abordagem fisioterapêutica na incontinência urinária de esforço na mulher idosa [monografia] Rio de Janeiro (RJ): Universidade Veiga de Almeida; 2008.

15. Brown JS, Seeley DG, Fong J, Black DM, Ensrud KE, Grady D. Urinary incontinence in older women: who is at risk? Obstet Gynecol. 1996; 87(5 pt 1):715-21.

16. Lojudice DC. Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/ USP; 2005.

17. Lima SVSD. Fisioterapia: a relevância do tratamento da incontinência. Revista Eletrônica Novo Enfoque, 2010;10(10):144 – 60.

18. Oliveira J, Garica RM. Cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas. Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 343-351, June 2011.

19. Palma P. Como Diagnosticar e Tratar Bexiga hiperativa. Rbm, São Paulo, v. 72, n. 8, p.343346, ago. 2014.

20. Matheus LM. Influência dos exercícios perineais e dos cones vaginais, associados à correção postural, no tratamento da incontinência urinária feminina. Rev. bras. fisioter., São Carlos, v. 10, n. 4, p. 387-392, Dec. 2006.

21. Bernardes N. Métodos de tratamento utilizados na incontinência urinária de esforço genuína: um estudo comparativo entre cinesioterapia e eletroestimulação endovaginal. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 49-54, Feb. 2000.

22. Karantanis E, Fynes M, Moore KH, Stanton SL. Comparison of the ICIQ-SF and 24-hour test with other measures for evaluating the severity of urodynamic stress incontinence. International Urogynecological Association 2004; 15:111-6.

23. Gunnell A, Jan-Erik J, Orjan G, Kerstin N. Urinary incontinence: prevalence, impact on daily living and desire for treatment. Scand J Urol Nephrol 2004; 38:125-30.

24. Stach-Lempinen B, Sintonen H, Kujansuu E. The relationship between clinical parameters and health-related quality of life as measured by the 15D in incontinent women before and after treatment. Acta Obstet Gynecol Scand 2004; 83: 983-8.