

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação

Taís Gonçalves Soares

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM
IDOSOS COMUNITÁRIOS**

Belo Horizonte
2023

Taís Gonçalves Soares

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM
IDOSOS COMUNITÁRIOS**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Orientadora: Profa. Dra. Daniele Sirineu Pereira.

Coorientadora: Profa. Dra. Juliana Magalhães Machado Barbosa.

Belo Horizonte

2023

S776p Soares, Taís Gonçalves
2023 Prevalência e fatores associados à incontinência urinária em idosos comunitários.
[manuscrito] / Taís Gonçalves Soares – 2023.
56 f.: il.

Orientadora: Daniele Sirineu Pereira
Coorientadora: Juliana Magalhães Machado Barbosa

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Bibliografia: f. 27 - 30

1. Urina incontinência - Teses. 2. Idosos - Teses. 3. Aparelho urinário - Teses. I. Pereira, Daniele Sirineu. II. Barbosa, Juliana Magalhães Machado. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. IV. Título.

CDU: 615.8-053.9

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Sandra Helena Barroso, CRB 6: n° 1231, da Biblioteca da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG.



FOLHA DE APROVAÇÃO

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM
IDOSOS COMUNITÁRIOS

TAÍS GONÇALVES SOARES

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO, como requisito para obtenção do grau de Mestre em CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO, área de concentração DESEMPENHO FUNCIONAL HUMANO.

Aprovada em 02 de outubro de 2023, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Daniele Sirineu Pereira - Orientador
UFMG

Prof(a). Leani Souza Maximo Pereira
UFMG

Prof(a). Mariana Maia de Oliveira Sunemi
UFMG

Belo Horizonte, 2 de outubro de 2023.

AGRADECIMENTOS

À Deus, aquele que me guia e me direciona para o melhor caminho, que sempre será o Dele e me deu forças para conseguir chegar até o fim. Aos meus pais e minha irmã que são minha base e continuam sendo independente de estarmos juntos ou não. À família que escolhi para chamar de minha, aquela que é prioridade e que escolhi para dividir a minha vida que são meu filho e meu marido. Fabiano e João, vocês já sabem o tamanho do meu amor e o quanto sou grata a Deus por tê-los em minha vida! Obrigada pela compreensão nas minhas ausências e acolhida nos momentos de desespero. Sem vocês, eu nada sou! Agradeço de forma muito especial à família que Deus me deu de presente – Valmira, Laerte e Elaine, obrigada por tanto! Eu não teria conseguido sem o apoio incondicional de vocês dia após dia! Sei que o amor de vocês é demonstrado em cada gesto diariamente! Não sei como seria sem vocês. Aos meus amigos, do trabalho: Luana, que é minha irmã que está comigo sempre. Obrigada por sua entrega à nossa amizade! À Carla, que também é apoio e principalmente pela confiança no meu trabalho. À Babi e Ari, que foram luz na minha vida a todo tempo. Iluminaram meu caminho e tornaram nossos dias mais leves, mesmo no caos. Aos amigos de longa data, que mesmo na ausência diária, se fazem presentes: Andrea, Elaine, Jéssica, Ana, Letícia, Hellen, André e Pâmela. Aos amigos da pesquisa: Natália e Ully, que me receberam e caminham do meu lado, sem soltar a minha mão já faz algum tempo. Sou grata demais por tudo que já fizeram e ainda fazem por mim. Kamila, como eu precisei da sua calma, como Deus foi generoso comigo te colocando no meu caminho. Obrigada por tudo que você fez por mim durante todo esse tempo. Agradeço imensamente a Juliana, que tive a honra de pela terceira vez, ser minha co-orientadora. Minha gratidão por você não é de agora, e você sabe disso. É de uma vida inteira na fisioterapia me levando adiante e aprendendo com você. Muito obrigada por tudo. E não tenho palavras para agradecer a minha orientadora Daniele, que por tantas vezes me tranquilizou e confiou no meu trabalho. Que por tantas situações, me acolheu e me compreendia de uma forma muito leve. Eu aprendi muito com você e sei que ainda vamos buscar outras conquistas juntas na gerontologia. Obrigada pelo seu cuidado, apoio incondicional e escuta acolhedora de sempre. Por fim, agradeço a todos os professores e colaboradores do programa, que contribuíram de forma significativa para a conclusão desta etapa.

RESUMO

Introdução: A incontinência urinária (IU) é uma síndrome geriátrica que impacta de forma significativa a funcionalidade e participação social dos idosos. A prevalência de IU em idosos brasileiros é variável em função das heterogeneidade metodológica dos estudos disponíveis e estudar os fatores associados direcionam para uma abordagem centrada no modelo biopsicossocial. *Objetivos:* Determinar a prevalência e os fatores associados à IU na população idosa de Alfenas - MG. *Métodos:* Trata-se de um estudo transversal de base populacional incluindo 496 idosos adscritos na Estratégia de Saúde da Família do Município de Alfenas - MG. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, sob o Parecer 722.155; CAAE 32269614.0.0000.5142. A variável dependente foi a IU, identificada a partir do *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)*. As variáveis independentes foram dados sociodemográficos, hábitos relacionados à saúde e condições clínicas e funcionais. A análise estatística foi realizada por meio de regressão logística binária, para identificar os fatores associados. *Resultados:* A média de idade dos participantes foi de 70,8 anos (DP \pm 6,6). A prevalência de IU na amostra foi de 21%, sendo 26,9% entre as mulheres e de 11,2% entre os homens. A presença de multimorbidades (OR = 0,132; p = 0,007), maior IMC (OR = 1,055; p = 0,025), rastreio positivo de sintomas depressivos (OR = 0,417; p = 0,003) e o pior desempenho no TUG (OR = 1,056; p = 0,031) foram associados a presença de IU em idosos comunitários residentes em Alfenas-MG. *Conclusão:* Multimorbidades, IMC sintomas depressivos e desempenho no TUG foram associados à IU, em ambos os sexos, em idosos comunitários. Os achados reforçam a necessidade em realizar uma avaliação centrada no modelo biopsicossocial, considerando todos os fatores que podem influenciar na ocorrência da IU.

Palavras-chave: Incontinência urinária. Prevalência. Idoso.

ABSTRACT

Introduction: Urinary incontinence (UI) is a geriatric syndrome that significantly impacts the functionality and social participation of the elderly. The prevalence of UI in elderly Brazilians is variable due to the methodological heterogeneity of the available studies and studying the associated factors leads to an approach centered on the biopsychosocial model. **Objectives:** To determine the prevalence and factors associated with UI in the elderly population of Alfenas - MG. **Methods:** This is a population-based cross-sectional study including 496 elderly enrolled in the Family Health Strategy in the city of Alfenas - MG. The study was approved by the Ethics and Research Committee, under Opinion 722,155; CAAE 32269614.0.0000.5142. The dependent variable was UI, identified from the *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF). Independent variables were sociodemographic data, health-related habits, and clinical and functional conditions. Statistical analysis was performed using the chi-square test and binary logistic regression, to estimate the prevalence and associated factors, respectively. **Results:** The mean age of the participants was 70.8 years (SD 6.6). The prevalence of UI in the sample was 21%, being 26.9% among women and 11.2% among men. The presence of multimorbidities (OR = 0.132; $p = 0.007$), higher BMI (OR = 1.055; $p = 0.025$), positive screening for depressive symptoms (OR = 0.417; $p = 0.003$) and worse performance in the TUG (OR = 1.056 ; $p = 0.031$) were associated with the presence of UI in community-dwelling elderly in Alfenas -MG. **Conclusion:** Multimorbidities, BMI, depressive symptoms and TUG performance were associated with UI, in both sexes, in community-dwelling elderly people. The findings reinforce the need to carry out an assessment centered on the biopsychosocial model, considering all the factors that may influence the occurrence of UI.

Keywords: Urinary incontinence. Prevalence. Elderly.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo geral:	14
2.2 Objetivos específicos:	14
3 Métodos, resultados e discussão	15
3.1 Artigo.....	16
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS.....	27
ANEXOS	31
CURRÍCULO.....	50

PREFÁCIO

A presente dissertação foi elaborada seguindo as orientações estabelecidas na regulamentação para elaboração das dissertações e teses do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia *Ocupacional* da Universidade Federal de Minas Gerais (Nº 004/2018, de 03 de abril de 2018). Ela é composta por três partes: a primeira parte trata da introdução, que contém uma revisão bibliográfica sobre o tema, a problematização e os objetivos da dissertação. A segunda parte é composta pelo artigo, que contempla os os resultados da dissertação. O artigo foi redigido de acordo com as normas do periódico *Scientia Reports - Nature* (ISSN:2045-2322). A terceira e última parte da dissertação, trata das considerações finais sobre os resultados encontrados. Por fim, seguindo as normas supracitadas, foram apresentados anexos de instrumentos utilizados neste estudo, seguido de mini currículo da autora desta dissertação.

1 INTRODUÇÃO

O número de pessoas com 60 anos ou mais está aumentando mundialmente. Mais de 8% da população tinha 65 anos ou mais em 2020 e estima-se que essa porcentagem dobre até 2050 e exceda 30% até o final do século. Esse aumento está ocorrendo em um ritmo sem precedentes e irá se intensificar nas próximas décadas, principalmente nos países em desenvolvimento (OMS, 2019). No Brasil, entre 2012 e 2021, a parcela de pessoas com 60 anos ou mais saltou de 11,3% para 14,7% da população. Em números absolutos, esse grupo etário passou de 22,3 milhões para 31,2 milhões, crescendo 39,8% no período (IBGE, 2022).

A saúde no envelhecimento é multifacetada e heterogênea, sendo que a ocorrência de morbidades e multimorbidades (co-ocorrência de múltiplas doenças crônicas relacionadas à idade), podem estar presentes (Melo; Lima, 2020). Dentre estes distúrbios, a incontinência urinária (IU) tem alta prevalência na população idosa, com impacto considerável na qualidade de vida em função de prejuízos psicossociais e econômicos (ICS, 2023).

Segundo a *International Continence Society* (ICS), a IU é definida como qualquer perda involuntária de urina (ICS, 2017) e pode ser dividida em IU de Esforço (IUE), que é a queixa de perda involuntária por esforço, por espirro ou por tosse; IU de Urgência (IUU) quando a perda involuntária de urina, está associada à urgência miccional, e IU Mista (IUM), quando a ocorrência da perda de urina, ocorre nas duas situações supracitadas (Fernandes *et al.*, 2022).

Considerada como uma condição multifatorial e um problema de saúde significativo na sociedade moderna, a IU atinge no mundo, mais de 50 milhões de pessoas, principalmente as mulheres, numa relação de ocorrência de 2-5 mulheres para 1 homem. Embora as taxas de prevalência da IU variem de acordo com a definição e características dos estudos e população alvo, é estimado que mais de 40% da população feminina adulta com mais de 70 anos apresente sintomas de IU. (Milson; Gihajen, 2019). No Brasil, são poucos os estudos sobre a prevalência de incontinência urinária para ambos os sexos, mas estima-se que a prevalência de IU entre idosos seja de 36,3% entre as mulheres e 17% entre os homens (Marques *et al.*, 2015; Reigota *et al.*, 2016; Tamanini *et al.*, 2009).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), da Organização Mundial da Saúde, inclui a IU nas *funções de controle sob a*

micção (OMS, 2013). A alteração desta função pode acontecer em decorrência de deficiências estruturais e funcionais do complexo pélvico inerentes do processo de senescência ou senilidade.

De acordo com o ICS, alterações relacionadas à idade podem estar presentes e influenciar o mecanismo de continência em idosos. A bexiga apresenta redução de capacidade de esvaziamento, além de redução da função contrátil do detrusor, podendo levar à subatividade detrusora. A uretra apresenta redução da pressão de fechamento, em decorrência de alterações morfológicas relacionadas ao adelgaçamento da mucosa e a redução de proteoglicanos. As alterações da mucosa podem estender-se até o trígono da bexiga, causando irritação das fibras aferentes sensoriais, podendo levar à IUU. Na próstata, a hiperplasia prostática benigna está relacionada com o avançar da idade e pode influenciar na presença de sintomas urinários em homens idosos (ICS, 2023).

As alterações relacionadas ao Assolho Pélvico (AP) em homens idosos ainda não foram bem estabelecidas na literatura. Nas mulheres os fatores causais se confundem em função da paridade e alterações hormonais. Além disso, estudos anteriores investigaram as alterações do AP em amostras com uma faixa etária ampla, incluindo idosos e adultos jovens (Lawrence, *et al.*, 2008; Talasz, *et al.*, 2008). No entanto, um estudo que controlou possíveis fatores de confusão, combinou entrevista, exame físico e ultrassonografia transperineal identificou a idade como um preditor fraco, mas estatisticamente significativo, para redução da força muscular do assoalho pélvico. (Weemhoff *et al.*, 2010).

Além das alterações estruturais relacionadas ao mecanismo de continência, outros fatores e condições clínicas podem favorecer a presença da perda urinária no idoso, como obesidade (Fusieleier *et al.*, 2018), diabetes, (Hui Li *et al.*, 2022), sarcopenia (Silva *et al.*, 2021), quedas (Moon *et al.*, 2021), sintomas depressivos, (Cheng *et al.*, 2020) e distúrbios do sono (Luz *et al.*, 2022). A redução de mobilidade e/ou alterações cognitivas que podem culminar em Incontinência Urinária Funcional, que pode estar presente nos idosos de forma secundária a uma condição de saúde prévia e também impacta de forma significativa a funcionalidade do idoso (Yap; Tan, 2006).

Considerando o modelo biopsicossocial, a abordagem para idosos com IU deve se ater à identificação das alterações estruturais que podem estar relacionadas a esta condição e seu impacto nas atividades funcionais, bem como entender os

fatores de contexto (ambientais e pessoais) que podem interagir e influenciar como barreiras ou facilitadores para esta condição de saúde. (Bernardes, 2010) Os fatores de contexto pessoais relacionados a esta condição, estão ligados à estigma pela omissão do relato do sintomas de perda urinária (Higa *et al.*, 2010) e pela autopercepção do idoso para os sintomas urinários que em geral é negligenciada, uma vez que a IU é considerada como parte do processo natural do envelhecimento. Desse modo, esta condição é subdiagnosticada e subtratada nesta população, o que contribui para que as soluções de intervenção e gerenciamento dos sintomas não cheguem ao idoso de forma eficiente e resolutiva. Além dos fatores pessoais apresentados, fatores ambientais também podem influenciar na ocorrência da perda urinária como sanitários inacessíveis, cuidadores indisponíveis para assistência sanitária e uso de medicamentos, uso de dispositivos auxiliares. (ICS, 2017)

Em termos conceituais, a funcionalidade envolve todas as funções e estruturas do corpo e a capacidade do indivíduo em realizar atividades e participação social. A incapacidade, por sua vez, compreende as deficiências nas estruturas e funções do corpo e dificuldades no desempenho de tarefas diárias, bem como em desvantagens na interação entre indivíduo e sociedade. A incapacidade está relacionada às interações entre os diversos fatores mediadores relativos à determinada condição de saúde. Estes mediadores envolvem tanto os aspectos específicos do indivíduo, como aqueles referentes ao contexto que este está inserido. (Farias; Buchallas, 2005) Desse modo, entender e identificar os fatores associados IU, permite avaliar o paciente compreendendo todos os aspectos relacionados à sua condição, com uma abordagem ao idoso em sua totalidade, mas com a especificidade necessária para um resultado assertivo. A OMS destaca a importância da análise de dados de cada uma das três dimensões do modelo (biológica, individual e social) de forma independente e posteriormente explorar associações e ligações causais entre elas. (Sampaio; Luz, 2009)

A IU é uma síndrome geriátrica que pode coexistir e estar associada com diversas condições clínicas e funcionais em idosos, como demonstrado em estudos anteriores conduzidos no Brasil e no mundo. Uma revisão sistemática com meta-análise objetivou examinar prevalência global de incontinência urinária em mulheres idosas em todo o mundo e os fatores relacionados a esta condição. Dentre os fatores evidenciados, estão idade, obesidade, tipo de parto, hipertensão arterial sistêmica e tabagismo. Para análise de prevalência, foram incluídos 29 estudos.

Destes, quatro foram conduzidos com uma amostra populacional brasileira. Apesar da robustez amostral apresentada nos estudos no Brasil, os resultados evidenciam a escassez de estudos de base populacional para análise de prevalência da população idosa brasileira. (Batmani *et al.*, 2021)

Estudos epidemiológicos anteriores identificaram a presença de IU através de uma pergunta única sobre a perda de urina, como: “*Você perde urina? Sim ou não?*” ou através de questionários não validados especificamente para diagnóstico de IU. (Reigota *et al.*, 2016), (Tamanini *et al.*, 2009) (Marques *et al.*, 2015) Uma única pergunta, pode não ser suficiente para diagnóstico de IU e influenciar os dados de prevalência desta amostra. Uma justificativa, seria pelo constrangimento e estigma, que impede que esta resposta seja dada de imediato. Segundo a ICS, é importante caracterizar a gravidade dos sintomas, por meio da frequência de perdas e/ou quantidade de perdas e o incômodo percebido ou impacto nas atividades. É necessário uma interpretação cautelosa das altas taxas de prevalência obtidas com definições de caso que não incorporam alguma medida de incômodo ou impacto dos sintomas. A ICS recomenda ainda, que previamente à utilização dos instrumentos para identificação da IU, o paciente deve receber uma breve explicação da definição e da importância da identificação da perda urinária. (ICS, 2017)

A ICS, recomenda a utilização do *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ- SF)* para diagnóstico de IU. O ICIQ-SF é um questionário composto de quatro questões que avaliam a frequência, a gravidade (avaliada em duas questões distintas) e o impacto da IU, englobando um conjunto de oito itens de autodiagnóstico, relacionados às causas ou a situações de IU vivenciadas pelos pacientes, permitindo-os mencionar em que situações ocorre a perda urinária. O ICIQ -SF teve sua versão traduzida e adaptada para o Português – Brasil em 2004 e é um instrumento para diagnóstico de IU e identificação das variáveis supracitadas (Tamanini *et al.*, 2004) . Esse instrumento foi traduzido e validado para muitos países e é utilizado mundialmente para identificação da perda urinária. As versões para aplicação estão disponíveis em <https://iciq.net/>. Apesar de não haver na literatura uma versão para idosos, este instrumento tem sido utilizado em estudos anteriores para identificação da perda urinária nesta população. (Diokno *et al.*, 2018) (Maeda *et al.*, 2021) (Iguchi *et al.*, 2022) (Alshammari *et al.*, 2020)

A maioria dos estudos de prevalência e fatores associados disponíveis, além de não identificar a perda urinária através de questionário válido, apresentam escassez de dados relacionados à idosos com IU de ambos os sexos. A maioria dos estudos de prevalência anteriores disponíveis, utilizaram amostras do sexo feminino. Embora as mulheres apresentem uma prevalência aumentada de IU em comparação aos homens, atenção deve ser dada à população masculina no que diz respeito às disfunções miccionais. Os sintomas do trato urinário inferior afetam mais de 45% dos homens com mais de 65 anos e podem ter um grande impacto no funcionamento e na qualidade de vida relacionada à saúde desta população. Além disso, a análise em ambos os sexos, permite a generalização dos dados para a população geral. (Bauer *et al.*, 2019)

Dada a variabilidade dos estudos no que diz respeito à identificação dos sintomas e então diagnóstico de IU, além da heterogeneidade amostral dos estudos apresentados, faz-se necessário estudos de prevalência com instrumentos adequados para identificação da perda urinária. Além disso, estudar os fatores associados a esta condição de saúde, adentra à atuação profissional centrada no modelo biopsicossocial, entendendo o indivíduo na sua totalidade, sem perder a especificidade necessária para avaliação e tratamento. Mais estudos com idosos de ambos os sexos, também são necessários, permitindo melhor extrapolação dos achados para população geral. Tais achados, permitem a elaboração de estratégias em saúde pública, que devem ser desenvolvidas nos três níveis de atenção, a fim de fomentar o investimento em prevenção e intervenções nesta condição de saúde nos idosos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

- Identificar a prevalência de incontinência urinária em idosos Comunitários residentes no Município de Alfenas – MG.

2.2 Objetivos específicos:

- Caracterizar a amostra quanto às variáveis sociodemográficas e clínicas;
- Caracterizar a amostra quanto a prevalência de incontinência urinária por sexo, quantidade e frequência da perda, impacto nas atividades diárias e situações de ocorrência da perda urinária e tipo de IU.
- Identificar os fatores associados à presença de Incontinência Urinária em idosos residentes em Alfenas-MG.

3.0 Métodos, resultados e discussão

Os métodos, resultados e discussão desta dissertação serão apresentados em formato de artigo, na íntegra, disposto a seguir.

4.0 Artigo

Prevalência e fatores associados à incontinência urinária em idosos comunitários.

Taís Gonçalves Soares^{1*}, Daniele Sirineu Pereira¹, Juliana Magalhães Machado Barbosa², Natália Reynaldo Sampaio¹, Uly Caproni Corrêa¹

¹Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Fisioterapia, Belo Horizonte, Brasil

²Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

*corresponding.taisgsfisio@gmail.com

RESUMO

A prevalência de incontinência urinária (IU) em idosos brasileiros é variável em função da heterogeneidade metodológica dos estudos disponíveis e investigar os fatores associados a essa condição pode direcionar para uma abordagem centrada no modelo biopsicossocial, portanto o objetivo deste estudo foi determinar a prevalência e fatores associados à IU em idosos comunitários. Trata-se de um estudo transversal de base populacional com 496 idosos comunitários adscritos na Estratégia de Saúde da Família do Município de Alfenas - MG. A IU foi identificada a partir ICIQ-SF a sua associação com dados sociodemográficos, hábitos relacionados à saúde e condições clínicas e funcionais, foi avaliada. Regressão logística binária foi realizada para identificar os fatores associados à IU. A prevalência de IU na amostra foi de 21%. A presença de multimorbidades (OR = 0,132; p = 0,007), maior IMC (OR = 1,055; p = 0,025), rastreio positivo de sintomas depressivos (OR = 0,417; p = 0,003) e o pior desempenho no TUG (OR = 1,056; p = 0,031) foram associados a presença de IU em idosos comunitários residentes em Alfenas -MG. Os achados reforçam a necessidade em realizar uma avaliação centrada no modelo biopsicossocial, considerando todos os fatores que podem influenciar na ocorrência da IU na pessoa idosa.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade no Brasil e no mundo. A estimativa é que em 2100, a população idosa represente 29,8% da população mundial.¹ No Brasil, 15,6 % da população tem 60 anos ou mais.² O envelhecimento populacional acelerado, vem atrelado a diversas condições de saúde, que podem estar presentes nos idosos.³ Dentre estas condições, a incontinência urinária (IU), tem impacto considerável na qualidade de vida em função de prejuízos psicossociais e econômicos para esta população. A International Continence Society (ICS), define a IU como qualquer perda involuntária de urina.⁴ A IU pode ser dividida em IU de Esforço (IUE) que corresponde a queixa de perda involuntária por esforço, ou por espirro ou por tosse; IU de Urgência (IUU) quando a perda involuntária de urina, está associada à urgência, e IU Mista (IUM), em que a perda de urina, ocorre nas duas situações supracitadas.⁵

A IU atinge no mundo, mais de 50 milhões de pessoas, principalmente as mulheres, numa relação de ocorrência de 2-5 mulheres para 1 homem. Embora as taxas de prevalência da IU variem segundo a definição e características dos estudos e população alvo, é estimado que mais de 40% da população feminina adulta com mais de 70 anos apresentem sintomas de incontinência.^{6,7}

Poucos estudos anteriores investigaram a prevalência de incontinência urinária e os fatores associados no Brasil.⁸ Além disso, há uma variabilidade na identificação dos sintomas e diagnóstico da IU. Estudos anteriores identificaram a presença de IU por meio de uma pergunta única sobre a perda de urina. Uma pergunta única, pode não ser suficiente para diagnóstico de IU e influenciar os dados de prevalência desta amostra. Uma justificativa, seria pelo constrangimento e estigma, o que impede que esta resposta seja dada de imediato. De acordo com a ICS, é importante caracterizar tanto a gravidade dos sintomas, por meio da frequência de perdas e/ou quantidade de perdas, quanto o incômodo percebido ou impacto nas atividades.⁴ A ICS, recomenda a utilização do International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ- SF)⁹ para diagnóstico de IU.

Os estudos de prevalência e fatores associados disponíveis, apresentam escassez de dados relacionados à idosos com IU, especialmente, considerando ambos os sexos. Apesar da alta prevalência de IU nas mulheres, atenção deve ser dada à população masculina no que diz respeito às disfunções miccionais. Os sintomas do trato urinário inferior afetam mais de 45%

dos homens com mais de 65 anos e podem ter um grande impacto no funcionamento e na qualidade de vida relacionada à saúde desta população¹⁰. Além disso a análise em ambos os sexos, permite a generalização dos dados para população geral.

Dada a variabilidade dos estudos no que diz respeito à identificação dos sintomas e então diagnóstico de IU, além da heterogeneidade amostral da literatura disponível, faz-se necessário estudos com instrumentos adequados para identificação da IU e sua associação com outras condições de saúde. O objetivo do presente estudo foi identificar a prevalência e os fatores associados à incontinência urinária em idosos comunitários residentes em Alfenas - MG.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, com idosos residentes na comunidade, adscritos à Estratégia Saúde da Família do município de Alfenas- MG. O estudo faz parte do projeto “Marcadores biológicos associados à identificação e evolução da síndrome da fragilidade, sarcopenia e risco de quedas em idosos atendidos pelos serviços de assistência primário de saúde” aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNIFAL-MG sob o Parecer 722.155; CAAE 32269614.0.0000.5142. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido concordando em participar da pesquisa.

Tamanho da Amostra

Para realização do cálculo amostral foi realizado um estudo piloto. A amostragem considerou a distribuição da população idosa nas 14 Unidades Básicas de Saúde que contavam com o Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Alfenas, o que permitiu manter a proporção de idosos entre as unidades na amostra total e garantir a representatividade populacional dos resultados. O tamanho da amostra foi definido com base em cálculo amostral a partir dos dados de 114 idosos, considerando $\alpha=0,05$ e poder de 80%. A amostragem necessária apontada pelo cálculo amostral foi de 350 idosos. Considerando as possíveis perdas, foram avaliados 521 idosos, sendo que 496 cumpriram os critérios de inclusão do estudo. Os dados coletados no estudo piloto não foram incluídos nas análises.

Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão para participação no estudo foram: idosos com 60 anos ou mais, residentes nas áreas de abrangência do Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Alfenas-MG. Foram excluídos os idosos com alterações cognitivas detectadas pelo Mini-Exame do Estado Mental (analfabetos = 13; de 1 a 7 anos de estudo = 18; 8 anos ou mais = 26)¹¹; doença inflamatória ou infecciosa em fase aguda; neoplasia nos últimos cinco anos; presença de doenças ou sequelas neurológicas que impedissem a realização dos testes propostos.

Após entrevista estruturada, os questionários e testes físicos foram aplicados, por pesquisadores treinados, no domicílio dos idosos em um único dia. A Caracterização da amostra foi realizada por meio de um questionário estruturado. Os participantes foram questionados em relação aos dados sociodemográficos e clínicos, como: sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda, número de medicamentos, hábitos de vida (uso de tabaco e álcool) e sedentarismo (prática ou não atividade física regular).

Para avaliar a sintomatologia urinária, foi utilizada a versão completa em português do International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF). O ICIQ-SF é composto de quatro questões que avaliam a frequência, a gravidade (avaliada em duas questões distintas) e o impacto da IU, englobando um conjunto de oito itens de autodiagnóstico, relacionados às causas ou a situações de IU vivenciadas pelos pacientes, permitindo-os mencionar em que situações ocorre a perda urinária. Após análise do ICIQ-SF, considerou-se como incontinente a pessoa que relatava pelo menos um episódio de perda urinária por semana durante quatro semanas anteriores à entrevista e, portanto, com escore maior do que zero. O escore ICIQ-SF é contabilizado pela somatória das questões 3, 4 e 5, oscilando de 0 a 21, em que quanto maior esse escore, maiores a severidade da perda urinária e o impacto na qualidade de vida.⁹

As condições de saúde foram investigadas interrogando os participantes se já haviam recebido pelo médico o diagnóstico das condições listadas. As respostas eram “sim” ou “não” para presença ou ausência respectivamente. A presença de dor foi identificada através da seguinte pergunta através da Escala Numérica de Dor. A Escala de Depressão Geriátrica (EDG) foi utilizada para rastreio dos sintomas depressivos. O rastreio positivo de sintomas depressivos foi considerado quando o escore foi igual ou maior que 6 pontos.¹²

Para avaliação do risco de quedas, foi utilizado o Quick Screen Clinical Falls Risk Assessment (QuickScreen). O QuickScreen é uma ferramenta que avalia o risco multifatorial de quedas em idosos. O instrumento é composto de oito itens com respostas do tipo sim (se o risco estiver presente) e não (se o risco não estiver presente) e engloba perguntas sobre a história de quedas nos últimos 12 meses, uso de quatro ou mais medicações, uso de qualquer psicotrópico e os testes: teste de baixo contraste para acuidade visual, teste de sensibilidade tátil, teste de semi-tandem, teste do passo alternado e teste de sentar e levantar da cadeira. A classificação final é categorizada como 0 a 1 fatores, 2 a 3 fatores, 4 a 5 fatores e 6 ou mais fatores, sendo atribuído respectivamente um risco de 7%, 13%, 27% e 49% em cair nos próximos 12 meses.¹³ Para avaliação da mobilidade foi utilizado o Timed up and Go (TUG). O participante foi posicionado em uma cadeira, de altura entre 44 a 47 cm, e solicitado a se levantar, andar três metros, voltar e sentar novamente. O tempo para a realização desta tarefa foi registrado.¹⁴

Os dados relativos ao fenótipo de fragilidade foram avaliados pelos cinco itens propostos por Fried et al. (2001)¹⁵ e ajustados de acordo com o estudo de SILVA et al. 2011¹⁶ e estão descritos a seguir: A força de preensão palmar foi mensurada pelo Dinamômetro Jamar®. Para ser considerado frágil por esse critério, o idoso deve estar abaixo do percentil 20 da amostra total, ajustado por sexo e índice de massa corporal (kg/m²); A perda de peso, avaliada por pergunta direta em busca do autorrelato se o indivíduo apresentou perda maior ou igual a 4,5 kg nos últimos 12 meses; a exaustão, verificada por meio da aplicação de duas questões da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies (CES-D)¹⁷. Completou o critério para fragilidade o indivíduo que pontuou 3 ou 4 qualquer uma das duas questões citadas acima; a velocidade de marcha, analisada por meio do tempo gasto para o idoso percorrer 4 m, ajustados por estatura e sexo e foram considerados frágeis por esse critério aqueles que apresentaram tempo acima do percentil 80 da amostra; e o nível de atividade física, analisado por meio do questionário Minnesota Leisure Time Activity Questionnaire.¹⁸ Posteriormente, foi calculado o consumo energético em quilocalorias despendidas pelo indivíduo durante as atividades realizadas nos últimos 15 dias. Completaram o critério para fragilidade aqueles que ficaram abaixo do percentil 20 da amostra, ajustado por sexo. Os idosos que não apresentaram nenhum item positivo para fragilidade foram considerados não frágeis; pontuação em 1 ou 2 itens considerados como pré- frágeis; e se ele pontuou em mais de 3 itens, foram considerados como frágeis.¹⁵

O Índice de Massa Corporal (IMC) foi obtido a partir da divisão da massa corporal em quilogramas (kg) pela estatura em metro (m) elevada ao quadrado (kg/m²). A massa corporal foi mensurada por uma balança calibrada (Asimed®; Barcelona, Espanha) e a estatura dos voluntários por fita métrica inelástica.¹⁹

Análise Estatística

Para caracterização da amostra foi realizada uma análise descritiva por meio de distribuição de frequência para variáveis categóricas e valores de média e desvio-padrão para as variáveis contínuas e discretas. A normalidade da distribuição dos dados foi analisada pelo teste Kolmogorov-Smirnov, sendo que nenhuma das variáveis apresentou distribuição normal. Regressão logística binária foi conduzida para investigar os fatores associados à perda urinária. Na análise de regressão, foram incluídas as variáveis independentes que apresentaram valor de $p < 0,05$ na análise bivariada. Razões de chance (do inglês odds ratio - OR), com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), foram estimados. A qualidade do ajuste do modelo final foi avaliada pelo teste de bondade de ajuste de Hosmer and Lemeshow²⁰, que evidenciou adequação dos mesmos (valor $> 0,05$). A multicolinearidade das variáveis incluídas no modelo, definida como a presença de Fatores de Inflação da Variância (VIF) superiores ao valor 10, foi testada e não houve evidência de multicolinearidade. O teste de Wald foi utilizado para investigar a significância da variável independente, considerando $p < 0,05$. O programa SPSS para Windows (Versão 23.0) foi utilizado para a análise estatística.

RESULTADOS

A prevalência total de IU na amostra foi de 21 %. Quando analisados de acordo com o sexo, a prevalência de IU entre as mulheres foi de 26,9 % e entre os homens de 11,2%. A maioria dos idosos com IU relataram que a perda ocorria em pequena quantidade. A situação de perda mais prevalente foi “perco antes de chegar ao banheiro”, seguida da perda “quando tosse ou espirra”, caracterizadas pela IU de urgência e esforço, respectivamente. Na amostra total, a perda urinária apresentou baixo

impacto nas atividades diárias, com média de 1,17. O escore total do ICIQ-SF para amostra total apresentou média de 2,38 pontos.

Tabela 2. Prevalência da incontinência urinária e suas características de acordo com o International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) estratificadas por sexo em idosos residentes em Alfenas MG (n=496 idosos).

Variáveis ICIQ – SF		Total		Homens		Mulheres	
		n	%	n	%	n	%
FREQUÊNCIA	Nunca	393	79,2	167	88,8	226	73,4
	Uma vez por semana ou menos	26	5,2	5	2,7	21	6,8
	Duas ou três vezes por semana	21	4,2	7	3,7	14	4,5
	Uma vez ao dia	11	2,2	3	1,6	8	2,6
	Diversas vezes ao dia	35	7,1	5	2,7	30	9,7
	O tempo todo	10	2	1	0,5	9	2,9
QUANTIDADE	Nenhuma	392	79	167	88,8	225	73,1
	Pequena Quantidade	70	14,1	15	8	55	17,9
	Moderada quantidade	17	3,4	2	1,1	15	4,9
	Grande Quantidade	17	3,4	4	2,1	13	4,2
SITUAÇÕES	Nunca	392	79	167	88,8	225	73,1
	Antes de chegar ao banheiro	73	14,7	9	4,8	64	20,8
	Quando tosse ou espirra	66	13,3	5	2,7	61	19,8
	Quando está dormindo	18	3,6	4	2,1	14	4,5
	Durante atividade física	27	5,4	3	1,6	24	7,8
	Ao vestir-se após urinar	19	3,6	8	4,3	11	3,6
	Sem razão óbvia	16	3,2	5	2,7	11	3,6
	O tempo todo	4	0,8	0	0	4	1,3
Impacto Atividades		1,17 ± 2,84*		0,51 ± 1,8*		1,5 ± 3,1*	
Escore Total		2,38 ± 5,16*		1,13 ± 3,51*		3 ± 5,7*	
Prevalência da Perda Urinária (Escore ICIQ ≥1) n (%)		104 (21%)		21 (11,2%)		(26,9%)	

*Média ± desvio padrão; Timed up and go (TUG); Índice de Massa Corpórea (IMC)

A análise bivariada demonstrou significância estatística entre presença de IU e sexo, multimorbidades, polifarmácia, presença de sintomas depressivos, TUG, IMC, fragilidade, atividade física, autopercepção de saúde, Quick Screen, força de preensão palmar, fragilidade e presença de dor. O escore do ICIQ-SF não foi estatisticamente significativo com as variáveis: idade, escolaridade, renda, situação conjugal, tabagismo e álcool.

Tabela 3 - Análise bivariada entre as variáveis independentes e incontinência urinária em idosos comunitários residentes em Alfenas-MG.

Características		Incontinência Urinária		P (valor)
		Ausência n(%)	Presença n(%)	
Idade (anos)		70,7 ± 6,7*	71,1 ± 6,6*	0,419
Sexo	Feminino	225 (57,4)	83 (79,8)	<0,001
	Masculino	167 (42,6)	21 (20,2)	
Escolaridade		3,7 ± 3,2*	3,3 ± 3,2*	0,092
Renda		2,2 ± 1,5*	2,1 ± 0,98*	0,908
Situação Conjugal	Com companheiro	269 (68,6)	62 (59,6)	0,083
	Sem companheiro	123 (31,4)	42 (40,4)	
Tabagismo	Nunca fumou	192 (49,0)	45 (43,3)	0,324
	Fumou, mas parou	142 (36,2)	46 (44,2)	
	Fuma	58 (14,8)	13 (12,5)	
Álcool	Nunca bebeu	172 (43,9)	43 (41,3)	0,822
	Bebeu, mas parou	116 (29,6)	34 (32,7)	
	Faz uso de álcool	104 (26,5)	27 (26,0)	
Presença de Dor	Sim	199 (50,8)	73 (70,2)	<0,001
	Não	193 (40,2)	31 (29,8)	
Atividade Física	Sim	154 (39,3)	28 (26,9)	0,02
	Não	238 (60,7)	76 (73,1)	
Sintomas depressivos	Positivo	56 (14,3)	39 (37,5)	< 0,001
	Negativo	336 (85,7)	65 (62,5)	
Auto Percepção de Saúde	Muito boa	225 (57,4)	40 (38,5)	0,001
	Regular	157 (40,1)	55 (52,9)	
	Ruim	10 (2,6)	9 (8,7)	
QuickScreen®		2,33 ± 1,3*	2,7 ± 1,3*	0,005
Força de Preensão Palmar		26,9 ± 9,6*	22,7 ± 8,3*	<0,001
TUG		12,2 ± 4,8*	15,2 ± 8,3*	<0,001
Multimorbidades	Presença (3 ou mais)	316 (80,6)	102 (98,1)	<0,001
	Ausência (< 3)	76 (19,4)	2 (1,9)	
IMC		27,1 ± 5,0*	29,0 ± 5,0*	< 0,001
Polifarmácia	Presença (5 ou mais medicamentos)	183 (46,7)	63 (60,6)	0,012
	Ausência(<5)	209 (53,3)	41 (39,4)	
Fragilidade	Robusto	80 (20,4)	5 (4,8)	< 0,001
	Pré – Frágil	245 (62,5)	65 (62,5)	
	Frágil	67 (17,1)	34 (32,7)	

*Média ± desvio padrão; Timed up and go (TUG); Índice de Massa Corpórea (IMC)

Os resultados do modelo de regressão encontram-se na Tabela 4. O modelo foi capaz de explicar 22,4% da variabilidade da presença de incontinência urinária. Foi observado que a presença de multimorbidades, maior IMC, o rastreio positivo de depressão e o pior desempenho no Timed Up and Go foram associados à presença de IU nos idosos da amostra. O modelo final forneceu uma predição estatisticamente significativa dos sintomas urinários/perda urinária $\chi^2(13, N=496) = 74,970$, $p < 0,0001$; Nagelkerke pseudo $R^2 = 0,224$.

Tabela 4 - Variáveis associadas à incontinência urinária (análise por regressão logística binária)

	OR (IC 95%)	Valor p
Multimorbidades	0,132 (0,030 – 0,582)	0,007
IMC	1,055 (1,007 - 1,105)	0,025
Sintomas Depressivos	0,417 (0,235 - 0,741)	0,003
TUG	1,056 (1,005 - 1,109)	0,031

Timed up and go (TUG); Índice de Massa Corpórea (IMC); Odds Ratio (OR);

DISCUSSÃO

A prevalência de IU na amostra de idosos residentes em Alfenas-MG foi de 21%. Estudos realizados no Brasil para ambos os sexos, apresentaram uma prevalência de 20,9% a 38,4%. Há uma variabilidade importante na literatura com relação aos dados de prevalência de IU disponíveis.^{7,21,22,23} Isso pode ser justificado em função das diferenças metodológicas adotadas pelos estudos anteriores, escolha do instrumento utilizado para identificação da IU e escolha amostral com relação ao sexo e faixa etária incluída no estudo. A prevalência de IU para idosos do sexo feminino foi de 26,9 % e de 11,2% para o sexo masculino. Poucos estudos no Brasil investigaram a prevalência de IU para ambos os sexos. Os dados nacionais anteriores demonstraram que a prevalência de IU variou entre 26,2% a 60% entre as mulheres idosas e de 10,7% a 18,3% entre os homens idosos residentes nas comunidades.^{7,21,22} A IU foi mais prevalente nas mulheres em todos os estudos, e esse achado pode ser justificado em função das diferenças entre o comprimento uretral masculino e feminino, histórico prévio de gestações e partos, bem como alterações hormonais, relacionadas ao processo de envelhecimento.²⁴

O tipo de IU mais frequente entre os idosos de acordo com as situações de perda relatadas pelo ICIQ- SF foi de urgência, o que corrobora com os dados apresentados por Abufaraj et al. (2021)²⁵, que identificou que a prevalência de IUU aumentou significativamente, entre as mulheres com 60 anos ou mais ($p = 0,002$) com taxas de prevalência de 49,5%, quando comparados com outros tipos de IU, para mesma faixa etária. A presença de IUU também está relacionada com a idade em idosos hígidos, em função das alterações estruturais e funcionais de bexiga, próstata e conexões nervosas, além de disfunções musculoesqueléticas comumente relatadas pelos idosos que podem culminar com compressões nervosas e influenciar o mecanismo de continência.²⁶

Quando analisados através do ICIQ-SF, nosso estudo apontou que a maioria dos idosos relataram que a perda ocorria em pequena quantidade. Na amostra total, a perda urinária apresentou baixo impacto nas atividades diárias. Poucos estudos, utilizaram o ICIQ-SF para identificação da perda urinária e quando utilizado, não foi realizada a análise por subitens. Em nosso estudo, esta análise permitiu identificar o tipo de IU mais frequente nesta população, além de entender o impacto da IU nas atividades diárias destes idosos. A média apresentada indica um impacto leve nas atividades diárias. No entanto, o baixo impacto nas atividades pode estar relacionado ao fato de que a maioria ainda perde em pequena quantidade, ou seja, a perda ainda não representa um fator limitante para as atividades dos idosos incluídos na amostra. Além disso, o ICIQ- SF contém apenas uma pergunta relacionada ao impacto nas atividades de vida diária, e para análise desta variável, um outro instrumento de avaliação funcional com mais domínios relacionados às atividades, poderia melhor rastrear o impacto funcional da perda urinária.

A situação de perda mais relatada pelas mulheres foi de IUU (20,8%), seguida de IUE (19,8%). Alguns fatores podem justificar a associação entre IUU com o envelhecimento nas mulheres, dentre eles, paridade, via de parto, maior índice de

massa corporal, cirurgia pélvica prévia e comorbidades como diabetes mellitus e histórico de hipertensão.²⁷ Um estudo objetivou avaliar a prevalência e correlação de incontinência urinária e bexiga hiperativa em mulheres e identificaram que a ocorrência de IUU aumenta com a idade, e o número de condições hiperativas da bexiga aumentou significativamente nas mulheres idosas com mais de 65 anos.²⁸

Quando analisamos os dados da amostra total houve uma grande frequência de idosos com multimorbidade (84,3%). Além disso, 98,1% dos idosos incontinentes apresentaram mais de três condições de saúde. A presença de multimorbidade está relacionada com maior risco de morte, declínio funcional, e redução da expectativa de vida para essa população.³ Além disso, a presença de muitas morbidades, podem afetar o controle urinário e a funcionalidade para ida ao banheiro, podendo o impacto ser ainda maior, quando estas estão associadas. A análise da perda urinária associada a presença de multimorbidade, é um diferencial deste estudo, uma vez que é um grande desafio para os profissionais em geriatria e gerontologia o manejo dessa condição nos pacientes idosos em qualquer nível de atenção à saúde.

Com relação aos idosos incontinentes, 39% apresentaram rastreio positivo para sintomas depressivos. A IU e os sintomas depressivos são multifatoriais e podem compartilhar mecanismos causais, uma vez que ambos estão ligados aos sistemas serotoninérgicos e noradrenérgicos. Além disso, a incontinência urinária pode resultar em um quadro de diminuição da autoestima, restrição de participação e isolamento social, desencadeando ou exacerbando os sintomas depressivos. Por outro lado, os sintomas depressivos e o uso de antidepressivos podem estar associados a restrição de contatos sociais, funcionalidade e motivação, induzindo déficits hormonais e de mobilidade que podem contribuir com a presença de IU.^{29,30,31}

No modelo de regressão, maior IMC foi associado à presença de IU. Resultados similares foram apresentados em uma amostra comunitária na cidade de São Paulo, com associação entre $IMC \geq 25$ e IU (OR 1,25, IC 1:04-1:49, $p = 0,018$).³² O aumento do índice de massa corporal pode estar relacionado ao aumento das pressões intra-abdominal e intravesical, seguida de sobrecarga no assoalho pélvico em idosos³³ e diminuição da transmissão de pressão para a uretra. Em indivíduos obesos, mecanismos sistêmicos, como estresse oxidativo e efeitos neurogênicos também podem estar envolvidos e acarretar danos vasculares e neurais, que resultam em disfunções uretrais e falhas na condução nervosa para adequada contração da musculatura do assoalho pélvico. Além disso, compensações biomecânicas relacionadas à alterações posturais em decorrência da obesidade, influenciam o posicionamento adequado da pelve e impactam no mecanismo de contração muscular.³⁴

A IU apresentou associação com o TUG (OR 1,056; $p 0,031$). Esses achados estão em linha com aqueles encontrados por Okumatsu et al. Em uma amostra de idosas coreanas, esses autores verificaram que a melhor função física avaliada pelo TUG, foi significativamente associada a um menor risco de aparecimento de IU, particularmente de urgência e mista, entre as idosas.³⁵ O TUG é um teste para avaliação de mobilidade em membros inferiores. Quando pensamos na tarefa executada pelo teste (levantar da cadeira, andar 3 m e assentar novamente) e identificamos o tempo para execução desta tarefa, muito pode nos dizer a respeito da perda urinária. Um menor tempo para realização da tarefa, assim como as mudanças posturais para realização do teste, reproduzem uma atividade do cotidiano do indivíduo e estas variáveis podem influenciar na ocorrência da IU. A perda pode ocorrer pelo fato de que o idoso não consegue chegar ao banheiro, pela lentidão da execução da tarefa, ou ainda pelo aumento da sobrecarga no AP quando realiza a função de levantar e sentar na cadeira. No nosso estudo, nos concentramos em avaliar apenas em relação ao tempo para a realização da tarefa, como preconizado no teste, indicando que quanto pior desempenho no TUG ou seja, quanto mais tempo o indivíduo gasta para realizar a tarefa, maior serão as chances da ocorrência da perda.

A IU não esteve relacionada com sexo, polifarmácia, fragilidade, atividade física, autopercepção de saúde, escore do Quick Screen, força de preensão palmar, fragilidade presença de dor no modelo de regressão logística. Estudos anteriores apontam dados que contradizem os nossos achados. Batmani et al., (2019) realizaram uma meta - análise, para identificar os fatores associados à IU em mulheres idosas e identificaram associação significativa com tabagismo ($p < 0,001$), idade ($p < 0,001$) e escolaridade ($p < 0,001$).⁸ A autopercepção de saúde negativa e polifarmácia também foram associadas a ocorrência da perda urinária em idosos.³⁰ Com relação a presença de dor, Kim et al., (2015)³⁶, investigaram 1.399 mulheres japonesas residentes na comunidade com idades entre 75 e 84 anos e identificaram que as participantes com IU eram mais propensas a sentir dor (76,0%) do que aqueles sem IU ($P < 0,001$). Não identificamos estudos anteriores que investigaram o risco de quedas e IU através do QuickScreen.

Os achados controversos na literatura com relação aos dados de prevalência e dos fatores associados do nosso

estudo em comparação aos anteriores podem ser justificados pela grande variabilidade metodológica para identificação da IU, bem como dos fatores relacionados a esta condição. Além disso, a heterogeneidade na escolha amostral com relação ao sexo e idade, localização geográfica, também dificulta a comparação de resultados anteriores.

O presente estudo apresenta algumas limitações. O desenho transversal não permite estabelecer uma relação temporal entre as variáveis. Embora o MEEM tenha sido utilizado para exclusão de idosos com alteração cognitiva, um viés de memória relacionado à perda urinária relatada pelo ICIQ-SF, poderia influenciar os resultados deste estudo. Por outro lado, apresenta como pontos fortes, uma amostra de base populacional com idosos ambos os sexos, o que garante representatividade da população estudada. Além disso, os instrumentos utilizados no estudo, para identificação da variável dependente (IU), são instrumentos válidos e recomendados pela ICS para identificação da perda urinária. Devemos destacar ainda, que os demais instrumentos utilizados para identificação das variáveis clínicas e funcionais estudadas, como sintomas depressivos, risco de quedas, rastreio de fragilidade, também são instrumentos validados para população idosa conferindo uma análise mais robusta e assertiva para rastreio e identificação destas variáveis.

CONCLUSÃO

A prevalência de IU na amostra foi de 21%, sendo 26,9% entre as mulheres e de 11,2% entre os homens. A presença de multimorbidade, maior IMC, rastreio positivo de sintomas depressivos e o pior desempenho no TUG foram associados a presença de IU em idosos comunitários residentes em Alfenas -MG. Nossos achados reforçam a necessidade em realizar uma avaliação centrada no modelo biopsicossocial, considerando todos os fatores que podem influenciar na ocorrência da perda urinária, e então direcionar para um diagnóstico funcional preciso e assertivo. Além disso, pode permitir a elaboração de políticas públicas nos três níveis de atenção, no sentido de promover ações de prevenção e promoção de saúde aos idosos que residem na comunidade com relação ao diagnóstico e tratamento da IU, bem como direcionar abordagens relacionadas às variáveis que podem estar associadas a esta condição de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Envelhecimento Saudável - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde. <https://www.paho.org/pt/envelhecimento-saudavel>
2. IBGE. Censo 2022 - Agência de Notícias. *Agência de Notícias - IBGE* (2023). Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>
3. Melo, L. A. D. & Lima, K. C. D. Prevalência e fatores associados a multimorbidades em idosos brasileiros. *Ciênc. saúde coletiva* **25**, 3869-3877 DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.34492018> (2020).
4. Bo, K. *et al.* An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Neurourology and Urodynamics* **36**, 221-244 DOI: [10.1002/nau.23107](https://doi.org/10.1002/nau.23107) (2017).
5. Fernandes, A. *et al.* Tradução para o português An International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult neurogenic lower urinary tract dysfunction (ANLUTD). *Einstein (São Paulo)* **20**, eAE5680 DOI: [10.31744/einstein_journal/2022AE5680](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2022AE5680) (2022).
6. Milsom, I. & Gyhagen, M. The prevalence of urinary incontinence. *Climacteric* **22**, 217-222 DOI: [10.1080/13697137.2018.1543263](https://doi.org/10.1080/13697137.2018.1543263) (2019).
7. Tamanini, J. T. N., Lebrão, M. L., Duarte, Y. A. O., Santos, J. L. F. & Laurenti, R. Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brazil: SABE Study (Health, Wellbeing and Aging). *Cad. Saúde Pública* **25**, 1756-1762 DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800011> (2009).
8. Batmani, S., Jalali, R., Mohammadi, M. & Bokaei, S. Prevalence and factors related to urinary incontinence in older adults women worldwide: a comprehensive systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMC Geriatrics* **21**, 212 DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02135-8> (2021).

9. Tamanini, J. T. N., Dambros, M., D'Ancona, C. A. L., Palma, P. C. R. & Rodrigues Netto Jr, N. Validação para o português do 'International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form' (ICIQ-SF). *Rev. Saúde Pública* **38**, 438-444 DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000300015> (2004).
10. Bauer, S. R. *et al.* Urinary Incontinence and Nocturia in Older Men: Associations with Body Mass, Composition and Strength in the Health ABC Study. *Journal of Urology* **202**, 1015-1021 DOI: [10.1097/JU.0000000000000378](https://doi.org/10.1097/JU.0000000000000378) (2019).
11. Bertolucci, P. H. F., Brucki, S. M. D., Campacci, S. R. & Juliano, Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* **52**, 01-07 DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001> (1994).
12. Paradela, E. M. P., Lourenço, R. A. & Veras, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev. Saúde Pública* **39**, 918-923 DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000600008> (2005).
13. Bolzani De Miranda Dias, R. Tradução, adaptação cultural e validação do Quick Screen Clinical Falls Risk Assessment para a aplicação em idosos brasileiros. (Universidade Estadual de Campinas, 2016). doi:[10.47749/T/UNICAMP.2016.973377](https://doi.org/10.47749/T/UNICAMP.2016.973377).
14. Bretan, O., Elias Silva, J., Ribeiro, O. R. & Corrente, J. E. Risk of falling among elderly persons living in the community: assessment by the Timed up and go test. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology* **79**, 18-21 [10.5935/1808-8694.20130004](https://doi.org/10.5935/1808-8694.20130004) (2013).
15. Fried, L. P. *et al.* Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* **56**, M146-M157 [10.1093/gerona/56.3.m146](https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146) (2001).
16. Berlezi, E. M. *et al.* Estudo do fenótipo de fragilidade em idosos residentes na comunidade. *Ciênc. saúde coletiva* **24**, 4201-4210 DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.31072017> (2019).
17. Batistoni, S. S. T., Néri, A. L. & Cupertino, A. P. Validade e confiabilidade da versão Brasileira da Center for Epidemiological Scale - Depression (CES-D) em idosos Brasileiros. *Psico-USF* **15**, 13-22 DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-82712010000100003> (2010).
18. Lustosa, L. P. *et al.* Factor Analysis Of The Minnesota Leisure Time Activities Questionnaire - Brazilian Portuguese. *Rev Bras Med Esporte* **24**, 220-224 DOI: <https://doi.org/10.1590/1517-869220182403156284> (2018).
19. Oliveira, L. P. M. D. *et al.* Índice de massa corporal obtido por medidas autorreferidas para a classificação do estado antropométrico de adultos: estudo de validação com residentes no município de Salvador, estado da Bahia, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* **21**, 325-332 DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000200015>. (2012).
20. Lemeshow, S.; Hosmer JR, David W. Uma revisão das estatísticas de qualidade de ajuste para uso no desenvolvimento de modelos de regressão logística. *Revista Americana de Epidemiologia*, v. 115, n. 1, pág. 92-106, 1982.
21. Jesus Menezes, M. A., Hashimoto, S. Y. & De Gouveia Santos, V. L. C. Prevalence of Urinary Incontinence in a Community Sample From the City of São Paulo. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing* **36**, 436-440 DOI: [10.1097/WON.0b013e3181aaf446](https://doi.org/10.1097/WON.0b013e3181aaf446) (2009).
22. Reigota, R. B., Pedro, A. O., De Souza Santos Machado, V., Costa-Paiva, L. & Pinto-Neto, A. M. Prevalence of urinary incontinence and its association with multimorbidity in women aged 50 years or older: A population-based study. *Neurourology and Urodynamics* **35**, 62-68 DOI: [10.1002/nau.22679](https://doi.org/10.1002/nau.22679) (2016).
23. Marques, L. P., Schneider, I. J. C., Giehl, M. W. C., Antes, D. L. & d'Orsi, E. Demographic, health conditions, and lifestyle factors associated with urinary incontinence in elderly from Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. *Rev. bras. epidemiol.* **18**, 595-606 DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-54972015000300006> (2015).
24. Kessler, M. *et al.* Prevalence of urinary incontinence among the elderly and relationship with physical and mental health indicators. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* **21**, 397-407 DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180015> (2018).
25. Abufaraj, M. *et al.* Prevalence and trends in urinary incontinence among women in the United States, 2005-

2018. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* **225**, 166.e1-166.e12 [10.1016/j.ajog.2021.03.016](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.03.016) (2021).
26. Incontinence 7th Edition. *ICS* <https://www.ics.org/ici>.
27. Chen, G.-D. Pelvic Floor Dysfunction in Aging Women. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology* **46**, 374-378 DOI: [10.1016/S1028-4559\(08\)60006-6](https://doi.org/10.1016/S1028-4559(08)60006-6) (2007).
28. Chen, G., Lin, T., Hu, S., Chen, Y. & Lin, L. Prevalence and correlation of urinary incontinence and overactive bladder in Taiwanese women. *Neurourology and Urodynamics* **22**, 109-117 DOI: [10.1002/nau.10010](https://doi.org/10.1002/nau.10010) (2003).
29. Lee, H., Rhee, Y. & Choi, K. S. Urinary incontinence and the association with depression, stress, and self-esteem in older Korean Women. *Sci Rep* **11**, 9054 DOI: [10.1002/nau.10010](https://doi.org/10.1002/nau.10010) (2021).
30. Felde, G., Engeland, A. & Hunskaar, S. Urinary incontinence associated with anxiety and depression: the impact of psychotropic drugs in a cross-sectional study from the Norwegian HUNT study. *BMC Psychiatry* **20**, 521 DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02922-4> (2020).
31. Cheng, S. *et al.* Association of urinary incontinence and depression or anxiety: a meta-analysis. *J Int Med Res* **48**, 030006052093134 DOI: [10.1177/0300060520931348](https://doi.org/10.1177/0300060520931348) (2020).
32. Reigota, R. B., Pedro, A. O., De Souza Santos Machado, V., Costa-Paiva, L. & Pinto-Neto, A. M. Prevalence of urinary incontinence and its association with multimorbidity in women aged 50 years or older: A population-based study. *Neurourology and Urodynamics* **35**, 62-68 DOI: [10.1002/nau.22679](https://doi.org/10.1002/nau.22679) (2016).
33. Fuselier, A., Hanberry, J., Margaret Lovin, J. & Gomelsky, A. Obesity and Stress Urinary Incontinence: Impact on Pathophysiology and Treatment. *Curr Urol Rep* **19**, 10 DOI: [10.1007/s11934-018-0762-7](https://doi.org/10.1007/s11934-018-0762-7) (2018).
34. Richter, H. E. *et al.* Urodynamic characterization of obese women with urinary incontinence undergoing a weight loss program: the Program to Reduce Incontinence by Diet and Exercise (PRIDE) trial. *Int Urogynecol J* **19**, 1653-1658 DOI: [10.1007/s00192-008-0694-8](https://doi.org/10.1007/s00192-008-0694-8) (2008).
35. Okumatsu, K. *et al.* Urinary incontinence onset predictors in community-dwelling older women: A prospective cohort study. *Geriatrics Gerontology Int* **21**, 178-184 DOI: [10.1111/ggi.14108](https://doi.org/10.1111/ggi.14108) (2021).
36. Kim, H. *et al.* Association between self-reported urinary incontinence and musculoskeletal conditions in community-dwelling elderly women: A cross-sectional study: Urinary Incontinence and Musculoskeletal Conditions. *Neurourol. Urodynam.* **34**, 322-326 [10.1002/nau.22567](https://doi.org/10.1002/nau.22567) (2015).

Conflitos de interesse

O(s) autor(es) declara(m) não haver conflitos de interesse.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações sobre a prevalência de IU na população idosa ainda são muito variáveis na literatura. Apesar da conceituação bem estabelecida pelo ICS, a identificação do sintoma ainda é um entrave para diagnóstico da IU. O cuidado metodológico na escolha da instrumentação adequada para rastreio deve ser uma prioridade para análises de prevalência. Além disso, uma variabilidade de estudos que não investigaram o sintoma apenas na população idosa, é também muito frequente. Essas limitações impedem a análise dos dados, para inferir a prevalência na população idosa brasileira que vive na comunidade.

No que diz respeito à aplicabilidade clínica, nossos achados permitem que o profissional que está a frente do cuidado, seja em qualquer nível de atenção à saúde, entenda o quão prevalente a IU pode ser na população idosa e reforça a necessidade de uma abordagem centrada no modelo biopsicossocial. Entender o indivíduo na sua totalidade de acordo com a condição de saúde, pelo qual o mesmo buscou o serviço, não está relacionado a abordagens globalizadas e sem objetivos específicos, mas sim permite intervir de maneira específica e individualizada, considerando os fatores sociais e ambientais do paciente em questão.

A identificação da IU perpassa pela educação ao paciente e profissionais que estão a frente do cuidado. Aos pacientes, faz-se necessário trazer informações sobre essa condição, desde a conceituação até mesmo a quebra de paradigmas relacionados à idade e IU. Cabe ainda, a busca pela informação por parte dos profissionais em geriatria e gerontologia, para quando rastreado a perda urinária, estes sejam capazes de direcionar para a abordagem terapêutica adequada, identificando ainda fatores que podem agravar ou desencadear o sintoma urinário.

REFERÊNCIAS

- ABUFARAJ M, *et al.* Prevalence and trends in urinary incontinence among women in the United States, 2005–2018. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 225, n 2, p. 166.e1-166.e12, ago. 2021.
- ALSHAMMARI, S. *et al.* Effect of Urinary Incontinence on the Quality of Life of Older Adults in Riyadh: Medical and Sociocultural Perspectives. **Cureus**, v. 12, n. 11, nov. 2020.
- BATMANI, S. *et al.* Prevalence and factors related to urinary incontinence in older adults women worldwide: a comprehensive systematic review and meta-analysis of observational studies. **BMC Geriatrics**, v. 21, n. 1, dez. 2021.
- BAUER, S. R. *et al.* Urinary incontinence and nocturia in older men: Associations with body mass, composition and strength in the health abc study. **Journal of Urology**, v. 202, n. 5, p. 1015–1020, nov. 2019.
- BERNARDES, João Marcos. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e suas contribuições para a fisioterapia. **Fisioterapia Brasil**, v. 12, n. 1, p. 58-64, 2011.
- BERTOLUCCI, P. H. F. *et al.* O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 52, n. 1, p. 01–07, 1994.
- BO K, FRAWLEY HC, HAYLEN BT, *et al.* An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. **Int Urogynecol J.** 2017;28(2):191-213.
- BUCHALLA, C. M Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde / Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em– 1. ed., 1. reimpre. – São Paulo: **Editora da Universidade de São Paulo**, 2008.
- CARDOZO, L. *et al.* **INCONTINENCE 7 th Edition 2023 7 th International Consultation on Incontinence ICUD EDITORS.** [s.l: s.n.].
- CHENG, S. *et al.* Association of urinary incontinence and depression or anxiety: a meta-analysis. **Journal of International Medical Research**, v. 48, n. 6, 1 jun. 2020.
- CHEN GD. Pelvic floor dysfunction in aging women. Taiwan **J Obstet Gynecol.** Dec;46(4):37 4-8. 2007.
- CHEN GD, *et al.*, Prevalence and correlation of urinary incontinence and overactive bladder in Taiwanese women. **Neurourol Urodyn.**;22(2):109-17. 2003.
- DIAS, R. *et al.* Tradução, adaptação cultural e validação do QuickScreen clinical falls risk assessment para a aplicação em idosos brasileiros [Internet]. **Universidade Estadual de Campinas**, 2016.

DIOKNO, A. C. et al. Effect of Group-Administered Behavioral Treatment on Urinary Incontinence in Older Women: A Randomized Clinical Trial. **JAMA Internal Medicine**, v. 178, n. 10, p. 1333–1341, 1 out. 2018.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, p. 187-193, 2005.

FERNANDES, A. et al. Tradução para o português An International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult neurogenic lower urinary tract dysfunction (ANLUTD). **Einstein (Sao Paulo, Brazil)**, v. 20, p. eAE5680, 2022.

FRIED LP,, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**.;56A(3):M146-56.2001.

FUSELIER A, et al., Obesity and Stress Urinary Incontinence: Impact on Pathophysiology and Treatment. **Curr Urol Rep**. Feb 22;19(1):10, 2018.

HIGA, R., et al., Vivências de mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Texto & Contexto-Enfermagem**.19, 627-635, 2010.

HOSMER JR, David W.; LEMESHOW, S;. **Applied logistic regression**. John Wiley & Sons, 2013.

IGUCHI, S. et al. Relationships between stress urinary incontinence and trunk muscle mass or spinal alignment in older women. **LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms**, v. 14, n. 1, p. 10–16, 1 jan. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>

LAWRENCE, J.M., et al., Prevalence and co-occurrence of pelvic floor disorders in community-dwelling women. **Obstet Gynecol**, 2008. 111(3): p. 678-85. 139.

LI, C. H. et al., Urinary Incontinence and Sleep Quality in Older Women with Type 2 Diabetes: A Cross-Sectional Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 23, 1 dez. 2022.

LUSTOSA, L. P. et al. Tradução e adaptação transcultural do Minnesota Leisure Time Activities Questionnaire em idosos. **Geriatrics & Gerontologia**, v. 5, n. 2, p. 57-65, 2011.

LUZ, D. V. et al. Sleep quality and urinary incontinence in elderly female exercise practitioners. **Sleep Science**, v. 15, p. 333–338, 2022.

MAEDA, N. et al. Cross-sectional study of the prevalence and symptoms of urinary incontinence among japanese older adults: Associations with physical activity, health-related quality of life, and well-being. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 2, p. 1–10, 2 jan. 2021.

MARQUES, L. P. et al. Demographic, health conditions, and lifestyle factors

associated with urinary incontinence in elderly from Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 3, p. 595–606, 10 ago. 2015.

MELO, L. A. ; LIMA, K. C. Prevalence and factors associated with multimorbidities in brazilian older adults. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 10, p. 3869–3877, 1 out. 2020.

MILSOM I, GYHAGEN M. The prevalence of urinary incontinence. **Climacteric**. 2019;22(3):217-222.

MOON, Shinje et al. The impact of urinary incontinence on falls: A systematic review and meta-analysis. **PLoS One**, v. 16, n. 5, p. e0251711, 2021.

OLIVEIRA, L. P. M. D. et al., Índice de massa corporal obtido por medidas autorreferidas para a classificação do estado antropométrico de adultos: estudo de validação com residentes no município de Salvador, estado da Bahia, **Brasil. Epidemiologia e serviços de saúde**. 21(2), 325-332, 2012.

PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista de Saude Pública**, v. 39, n. 6, p. 918–923, 2005.

PODSIADLO, D., RICHARDSON, S. The timed “Up & Go”: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. **Journal of the American geriatrics Society**, v. 39, n. 2, p. 142-148, 1991.

REIGOTA, R. B. et al. Prevalence of urinary incontinence and its association with multimorbidity in women aged 50 years or older: A population-based study. **Neurourology and Urodynamics**, v. 35, n. 1, p. 62–68, 1 jan. 2016.

ROCHA, V. T. M., et al., Adaptação transcultural e confiabilidade do Active Australia Questionnaire para idosos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte** , 23, 46-49, 2017.

SAMPAIO, R. F.; LUZ, M.T.. Funcionalidade e incapacidade humana: Explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 475-483, 2009.

SATHLER S, BATISTONI T, CITY K, UNIDOS E. Validade e confiabilidade da versão brasileira da Center for Epidemiological Scale – Depression (CES-D) em idosos brasileiros. **Psico-USF**.;15(1):13-22. 2010.

SILVA, R. R. L. et al. Prevalence of sarcopenia in older women with pelvic floor dysfunction. **European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology**, v. 263, p. 159–163, 1 ago. 2021.

SILVA, S. L. A., et al., Comparação entre diferentes pontos de corte na classificação do perfil de fragilidade de idosos comunitários. **Geriatr Gerontol**, 5(3), 130-5, 2011.

TALASZ, H., et al., Evaluation of pelvic floor muscle function in a random group of adult women in Austria. **International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction**, 2008. 19(1): p. 131-5. 140.

TAMANINI, J. T. et al., Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brazil: SABE Study (Health, Wellbeing and Aging). **Cadernos de Saude Pública**, 25, 1756-1762. 2009.

TAMANINI, J. T. et al., Validação para o português do " International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short form"(ICIQ-SF). **Revista de Saúde Pública**, 38, 438-444. 2004.

WEEMHOFF, M., K.L. Shek, and H.P. Dietz, Effects of age on levator function and morphometry of the levator hiatus in women with pelvic floor disorders. **International Urogynecology Journal**, 2010. 21(9): p. 1137-42.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Percentage of total population aged 60 years or over**. Geneva, [20--]. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/percentage-of-total-population-aged-60-years-or-over>. Acesso em: 04 dez. 2022.

YAP P, TAN D. Urinary incontinence in dementia - a practical approach. **Aust Fam Physician**. Apr;35(4):237-41. 2006.

ANEXOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Marcadores biológicos associados a identificação e acompanhamento da evolução da síndrome da fragilidade, sarcopenia e risco de quedas em idosos atendidos pelos serviços de assistência primário e secundário de saúde.

Pesquisador: Daniele Sirineu Pereira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32269614.0.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 722.155

Data da Relatoria: 17/07/2014

Apresentação do Projeto:

O estudo propõe investigar os marcadores biológicos em nossa população de idosos, pois não existem estudos de base populacional envolvendo marcadores biológicos direcionados para identificação de eventos adversos como a síndrome da fragilidade, sarcopenia e risco de quedas em indivíduos idosos.

Objetivo da Pesquisa:

Detectar marcadores biológicos (TNF-, IL-1, IL-6, IL-1Ra, sTNFR1, sTNFR2, IL-15, IL-18, MCP-1, IP-10, eotaxina, adiponectina, leptina, OPG, RANK, RANKL e BDNF) mais precoces para identificação e acompanhamento da evolução de sarcopenia, níveis de fragilidade e risco de quedas em idosos residentes na comunidade, atendidos pelos serviços de assistência primário e secundário de saúde em Alfenas – MG, em um período de acompanhamento de 12 meses.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Apesar dos testes funcionais serem simples e adequados para a avaliação de idosos, durante a realização dos testes de mobilidade, equilíbrio, marcha e força de prensão manual existe o risco de ocorrer leve cansaço físico e desequilíbrio durante o desempenho dos testes.

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-000

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3299-1318

Fax: (35)3299-1318

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 722.155

A coleta de sangue será realizada por um profissional qualificado e todo material será descartável para não haver possibilidade de contaminação.

Benefícios: Espera-se que os produtos gerados no presente estudo contribuam para identificação de marcadores biológicos mais sensíveis às alterações que resultam na sarcopenia, síndrome da fragilidade e risco de quedas em idosos da comunidade, permitindo melhor direcionamento da prática clínica e desenvolvimento de propostas preventivas e de tratamento

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa bem adequada e delimitada. Com o objetivo de avaliar os marcadores e correlacionar com os achados fisiopatológicos e clínicos.

Pesquisadora com bastante experiência na área.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou os termos adequados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trabalho adequado e com todos os termos apresentados.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado do CEP acata o parecer do relator.

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
Bairro: centro CEP: 37.130-000
UF: MG Município: ALFENAS
Telefone: (35)3299-1318 Fax: (35)3299-1318 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 722.155

ALFENAS, 18 de Julho de 2014

Assinado por:
Cristiane da Silva Marciano Grasselli
(Coordenador)

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
Bairro: centro CEP: 37.130-000
UF: MG Município: ALFENAS
Telefone: (35)3299-1318 Fax: (35)3299-1318 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Pesquisadores: Prof^ª Dr^ª Daniele

Sirineu Pereira Prof^ª Dr^ª Silvia

Lanziotti Azevedo da Silva

Instituição: Escola de Enfermagem – Curso de

Fisioterapia da Universidade Federal de Alfenas

Endereço: Av. Jovino Fernandes Sales, nº 2600 – Bairro

Santa Clara – Alfenas /MG; CEP 37130000

Prezado(a) senhor(a):

Desde já agradecemos sua colaboração.

O Sr(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: “Risco de quedas e alterações da mobilidade em idosos da comunidade: um estudo longitudinal”.

O objetivo da pesquisa é investigar o risco de quedas e as alterações de mobilidade em idosos da comunidade, promover a educação em saúde, com enfoque na prevenção de quedas, e acompanhar os participantes do estudo por um período de 12 meses em relação à ocorrência de novas quedas.

PROCEDIMENTOS:

Inicialmente, será realizada uma avaliação da memória. Em seguida, por um questionário, serão coletadas informações sobre dados pessoais, hábitos de saúde, medicações utilizadas, presença de doenças e problemas de saúde, capacidade de realizar atividades do dia a dia, sintomas depressivos, auto-percepção da saúde, ocorrência de quedas, medo de quedas, informações sobre atividade física, dentre outras. Em seguida o(a) senhor(a) realizará alguns testes de desempenho funcional, avaliação da marcha e força muscular da mão. Medidas antropométricas: sua altura e massa corporal serão medidos por meio de uma balança e fita métrica, para cálculo do índice de massa corporal. Força Muscular da Mão: na posição assentada, com o cotovelo dobrado (90° de flexão) será solicitado que o(a) sr(a) realize três manobras de preensão máxima com a mão dominante (aperte com força máxima), utilizando o dinamômetro manual de Jamar modelo PC5030JI, sempre com um minuto de descanso entre uma preensão e outra.

Velocidade de Marcha: o(a) senhor(a) será solicitado a caminhar por um percurso de 4 metros em sua velocidade habitual de caminhada. Para avaliar o risco de quedas usaremos testes, de aplicação simples e rápida, que permitem medir a visão (usando o quadro de Sneelen que contém linhas de letras que diminuem de tamanho gradativamente), sensações periféricas (percepção do toque de um filamento na lateral do pé), força muscular dos membros inferiores (teste realizado na posição assentada em uma cadeira padrão, onde você deverá puxar uma cinta colocada acima do seu tornozelo com sua força máxima), tempo de reação dos membros superiores (deverá apertado um dispositivo sempre que for dado um estímulo de luz), oscilação corporal (posicionamento de olhos abertos sobre um tapete de borracha com 15 cm de espessura), equilíbrio (ficar em pé com os pés juntos, ficar em pé com um pé a frente do outro na mesma linha) o teste do degrau (colocar os pés de forma alternada em um degrau de forma que cada pé toque o degrau quatro vezes). Os participantes da pesquisa serão acompanhados ao longo de um ano, por contato telefônico, para monitoramento em relação a ocorrência de quedas.

RISCOS E DESCONFORTOS:

Todos os testes são simples e adequados para a avaliação de idosos. No entanto, existe o risco de ocorrer leve cansaço físico, desequilíbrios e quedas durante o desempenho dos testes. Para reduzir esses riscos os testes serão aplicados por pesquisadores treinados, em local adequado e seguro. Caso ocorra qualquer sinal clínico de sobrecarga, como falta de ar, sudorese, queixa de cansaço ou qualquer outra manifestação contrária a continuação da realização da avaliação, os testes serão interrompidos. Serão realizadas medidas da sua pressão arterial e frequência cardíaca, antes e após os testes. Para eventuais danos, comprovadamente decorrentes dos procedimentos da pesquisa, você terá direito à assistência, sob responsabilidade dos pesquisadores responsáveis, e garantida indenização,

conforme decisão judicial ou extra-judicial. Para assegurar seu anonimato, todas as suas respostas e dados serão confidenciais. Para isso, o(a) senhor(a) receberá um número de identificação ao entrar no estudo e o seu nome nunca será revelado em nenhuma situação. Quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer evento ou revista científica, o(a) senhor(a) não será identificado, uma vez que os resultados finais serão divulgados caracterizando o grupo total de participantes do estudo

BENEFÍCIOS: Os benefícios de participar do estudo incluem o conhecimento da sua condição de saúde e sobre o risco de quedas, alterações da mobilidade e sarcopenia. O(a) senhor(a) será convidado(a) para participar de palestras educativas e, a partir dos resultados das avaliações, serão orientados sobre como prevenir as quedas no seu dia a dia e manter sua independência funcional. Os participantes da pesquisa também poderão ser beneficiados, em propostas futuras, pela oportunidade de participação em grupos de promoção de saúde e prevenção de sarcopenia e quedas, dentre outras atividades que venham a ser desenvolvidos pelo grupo de profissionais que participam dessa pesquisa. Os resultados deste estudo poderão, ainda, ajudar profissionais da área de Geriatria e Gerontologia e da Fisioterapia a ampliar seus conhecimentos sobre o risco de quedas e sua relação com a mobilidade e sarcopenia, além de fornecer informações importantes para futuras pesquisas na área do envelhecimento.

RECUSA OU ABANDONO: A sua participação neste estudo é inteiramente voluntária (nenhum participante do projeto receberá compensação financeira para participação no estudo), e o(a) senhor(a) é livre para recusar participar ou abandonar o estudo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo a sua participação em serviços de saúde aos quais é vinculado. O(a) senhor(a) poderá fazer perguntas ou solicitar informações atualizadas sobre o estudo em qualquer momento do mesmo, seja com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética e Pesquisa, cujos contatos encontram-se nesse Termo. Depois de ter lido as informações acima, se for de sua vontade participar deste estudo, por favor, preencha o termo de consentimento, em duas vias (uma para o pesquisador e outra para o participante).

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaração e assinatura

Eu, _____,

declaro que li e entendi as informações referentes a minha participação no estudo “Risco de quedas e

alterações da mobilidade em idosos da comunidade: um estudo longitudinal”. Os objetivos, procedimentos e linguagem técnica da pesquisa foram satisfatoriamente explicados. Tive tempo, suficiente, para considerar a informação acima e tive a oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas e ficarei com uma cópia do presente documento. Estou assinando este termo voluntariamente e tenho direito, de agora ou mais tarde, discutir qualquer dúvida que venha a ter com relação ao estudo com os pesquisadores responsáveis pelos telefones informados abaixo.

Data: ____/____/____

Participante: _____ Pesquisadora: _____ Pesquisadores r

Alfenas – MG; CEP: 37130-000

Comitê de Ética e Pesquisa - Telefone: (35) 3299-1318

Unifal – Sede - Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700; Prédio O

- sala 409-B Alfenas – MG; CEP: 37130-000

PROJETOS:

“CARACTERIZAÇÃO, FATORES RELACIONADOS E RISCO DE QUEDAS ENTRE IDOSOS ASSISTIDOS PELOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ALFENAS”.

“MARCADORES BIOLÓGICOS ASSOCIADOS A IDENTIFICAÇÃO E EVOLUÇÃO DA SÍNDROME DA FRAGILIDADE, SARCOPENIA E RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS ATENDIDOS PELOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA PRIMÁRIO DE SAÚDE”.

ORGANIZAÇÃO

() Questionário aplicado e conferido	Responsável:
() Questionário reconferido e tabulado	Responsável:

1) IDENTIFICAÇÃO

1.1) Nome:	1.2) Identificação:
1.3) Data de nascimento: ____/____/____	1.4) Idade:
1.5) Sexo: () Feminino () Masculino	
Endereço:	
PSF do registro:	
Telefone(s):	
Data da avaliação ____ / ____ / ____	

2) AVALIAÇÃO DO ESTADO COGNITIVO (Mini-Exame do Estado Mental):

2.1. Quantos anos completos de escola? (desconsiderar anos repetentes) _____ anos.

2.2. Mini-Exame do Estado Mental: Total= _____

Pontos de corte: 13 – analfabetos; 18 – 1 a 7 anos de estudo; 26 – 8 anos ou mais. (Bertolucci et al. 1994)

Orientação:	Resposta	Pontuação (1) Certo (0) Errado	
Em que dia da semana estamos?			<i>Orientação temporal: Um ponto para cada resposta certa.</i>
Que dia é hoje? <i>Dia do mês</i>			
Em que mês estamos? <i>Mês</i>			
Em que ano estamos?			
Que horas são agora aproximadamente? <i>Considere correta a variação de mais ou menos uma hora</i>			
Em que local nós estamos? <i>apartamento, setor, ex: dormitório, sala, apontando para o chão</i>			
Que local é este aqui? <i>Local genérico - instituição: hospital, residência, clínica apontando ao redor num sentido mais amplo</i>			
Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima?			
Em que cidade nós estamos?			
Em que estado nós estamos?			
Memória imediata:			<i>Um ponto</i>

<p>Vou dizer 3 palavras, e O (a) senhora (a) irá repeti-las a seguir: CARRO, VASO, TIJOLO.</p> <p>(Caso o idoso não consiga repetir, falar as 3 palavras de novo e pedir que repita. Caso o idoso erre outra vez, dizer as 3 palavras em seqüência novamente e pedir que repita. Registre como acerto qualquer uma das tentativas em que o idoso foi bem-sucedido e como erro, caso ele não consiga repetir as 3 palavras EM SEQUÊNCIA pelo menos uma vez).</p>	<p>2.11)CARRO</p> <p>2.12)VASO</p> <p>2.13)TIJOLO</p>		<p>para cada resposta certa.</p>
<p>Atenção e cálculo:</p>			
<p>Gostaria que O (a) senhora (a) me dissesse quanto é:</p> <p>(Se o idoso acertar, registre imediatamente o acerto e prossiga com a seqüência. Se o idoso errar, diga NÃO, não dê dica sobre qual é a resposta correta e prossiga com a seqüência e assim por diante. Atenção: Se o idoso errar na primeira tentativa e corrigir espontaneamente, isto é, sem a sua dica, considere como acerto. Se ele se corrigir depois da sua dica, registre como erro).</p> <p>100-7 sucessivos = 93; 86; 79; 72; 65</p>	<p>100 - 7 =</p> <p>93 - 7 =</p> <p>86 - 7</p> <p>79 - 7 =</p> <p>72 - 7 =</p>		<p>Um ponto para cada resposta certa.</p>
<p>Evocação</p>			
<p>O (a) senhora (a) consegue se lembrar das 3 palavras que lhe pedi que repetisse agora há pouco?</p> <p>Uma única tentativa sem dicas</p> <p>Considere como correta a repetição das 3 palavras EM QUALQUER ORDEM</p>	<p>2.19)CARRO</p> <p>2.20)VASO</p> <p>2.21)TIJOLO</p>		<p>Um ponto para cada uma das 3 palavras evocadas.</p>
<p>Linguagem:</p>			
<p>2.22)Mostre um RELÓGIO e peça ao entrevistado que diga o nome, dizendo: O que é isto?</p> <p>2.23)Mostre uma CANETA e peça ao entrevistado que diga o nome, dizendo: O que é isto?</p>			<p>Um ponto para cada resposta certa.</p>
<p>2.24)Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que repita depois de mim: NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ. Registre como acerto somente se a repetição for perfeita, sem dicas</p>			
<p>Agora ouça com atenção porque eu vou pedir para o Sr(a) fazer uma tarefa.</p> <p>Comando: Agora pegue este papel com a mão direita. Dobre-o ao meio e coloque-o no chão.</p>	<p>2.25)Pega a folha com a mão correta</p> <p>2.26)Dobra corretamente</p> <p>2.27)Coloca no chão</p>		<p>Um ponto para cada etapa correta.</p>
<p>2.28)Por favor, leia isto e faça o que está escrito no papel.</p> <p>Mostre ao examinado a folha com o comando (<i>usar filipeta</i>)</p>			<p>Um ponto se correto.</p>
<p>2.29)Gostaria que o(a) senhor(a) escrevesse uma frase de sua escolha, qualquer uma, não precisa ser grande. Se o idoso não compreender, ajude dizendo alguma frase que tenha começo, meio e fim, alguma coisa que aconteceu hoje ou alguma coisa que queira dizer. Não são considerados para pontuação, erros gramaticais ou ortográficos. (no Verso desta folha)</p>			<p>Um ponto se compreensiva l.</p>
<p>2.30)Vou lhe mostrar um desenho e gostaria que o senhor(a) copiasse, da melhor forma possível. Considere como acerto apenas se houver 2 pentágonos interseccionados com 10 ângulos</p>			<p>Um ponto se correto.</p>

TOTAL	30		
-------	----	--	--

Se o idoso apresentar rastreio positivo para alteração cognitiva, aplique as perguntas 3.1 até 3.13 (avaliação sócio-demográfica e clínica) para o cuidador e converse com o cuidador sobre a alteração no teste. Vamos, em momento oportuno, reportar ao PSF este achado.

3. AVALIAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA:

3.1 Qual é o seu estado civil?

- (1) Casado (a) ou vive com companheiro (a)
- (2) Solteiro (a)
- (3) Divorciado (a) / Separado (a)
- (4) Viúvo (a)

3.2 Qual sua cor ou raça?

- (1) Branca
- (2) Preta/negra
- (3) Mulata/cabocla/parda
- (4) Indígena
- (5) Amarela/oriental

3.3 O(a) senhor(a) exerce atividade remunerada atualmente?

(0) Não

(1) Sim; Qual a sua atividade de trabalho?

Quantas vezes realiza a atividade por semana?

3.4 O(a) senhor(a) é aposentado(a)?

(0) Não (1) Sim

3.5 O(a) senhor(a) é pensionista?

(0) Não (1) Sim

3.6 Aproximadamente, qual o valor da sua renda **familiar** mensal em número de salários mínimos? _____
(se o idoso falar o valor, anote e faça a conta posteriormente)

3.7 O sr(a) tem renda própria?

(0) Não (1) Sim

3.8 O(a) senhor(a) considera que têm dinheiro suficiente para cobrir suas necessidades da vida diária?

(considerar a renda familiar como um todo)

(0) Não (1) Sim

3.9 O(a) senhor(a) é capaz de ler e escrever um bilhete simples? (se a pessoa responder que aprendeu a ler e escrever, mas esqueceu, ou que só é capaz de assinar o próprio nome, marcar NÃO) (bilhete simples equivale a anotar um recado, pode dar este exemplo caso ele não entenda o que seria "bilhete simples")

(0) Não (1) Sim

3.10 Até que ano da escola o(a) Sr (a) estudou? (considerar se finalizou o período considerado no item)

- (1) Nunca foi à escola (nunca chegou a concluir a 1ª série primária ou o curso de alfabetização de adultos)
- (2) Curso de alfabetização de adultos
- (3) Primário (atual nível fundamental, 1ª a 4ª série)
- (4) Ginásio (atual nível fundamental, 5ª a 8ª série)
- (5) Científico, clássico (atuais curso colegial ou normal, curso de magistério, curso técnico)
- (6) Curso superior
- (7) Pós-graduação, com obtenção do título de Mestre ou Doutor

3.11 Quem mora com o(a) senhor(a)? (pode marcar mais de uma opção)

(1) Mora sozinho (a)

- (2) Marido/ mulher/ companheiro (a)
- (3) Filhos ou enteados
- (4) Netos
- (5) Bisnetos
- (6) Outros parentes
- (7) Pessoas fora da família

3.12 Número total de moradores (excluindo empregados domésticos): _____

3.13 O(a) Sr/Sra é proprietário(a) de sua residência?

- (0) Não (1) Sim

4. CONDIÇÕES DE SAÚDE IDENTIFICADAS:

Algum médico já disse que o (a)sr(a) tem algum dos seguintes problemas de saúde?

- | | | |
|--|----------|----------|
| 4.1 Pressão Alta/ Toma remédio para controlar a pressão (Hipertensão Arterial Sistêmica) | (0)Não | (1)Sim |
| 4.2 Derrame / Isquemia cerebral (Acidente Vascular Encefálico) | (0)Não | (1)Sim |
| 4.3 Diabetes | (0)Não | (1)Sim |
| 4.4 Parkinson | (0)Não | (1)Sim |
| 4.5 Convulsão | (0)Não | (1)Sim |
| 4.6 Depressão | (0)Não | (1)Sim |
| 4.7 Vertigem/Tontura | (0)Não | (1)Sim |
| 4.8 Perda de memória | (0)Não | (1)Sim |
| 4.9 Perda de Urina (Incontinência Urinária) | (0)Não | (1)Sim |
| 4.10 Perda de Fezes (Incontinência Fecal) | (0)Não | (1)Sim |
| 4.11 Osteoporose | (0)Não | (1)Sim |
| 4.12 Artrite | (0)Não | (1)Sim |
| 4.13 Osteoartrose | (0)Não | (1)Sim |
| 4.14 Doença do coração (arritmia, angina, insuficiência cardíaca) | (0)Não | (1)Sim |
| 4.15 Outros: _____ | | |

4.16 Número total de condições relatadas: _____

5. MEDICAÇÃO:

Quais medicamentos o sr(a) usa? (colocar nomes, dosagens, horários): *Considerar uso de vitaminas!*

Medicamento: _____; Dosagem: _____;

Horário: _____

Medicamento: _____; Dosagem: _____;

Horário: _____

Medicamento: _____; Dosagem: _____;

Horário: _____

Medicamento: _____; Dosagem: _____;

Horário: _____

(pedir o idoso para ver as caixas ou receitas das medicações em uso constante para anotação)

5.1 O sr(a) é capaz de tomar os medicamentos sozinho?

- (0) Não (1) Sim

Preencher após a finalização do questionário

5.2 Número total de medicamentos usados

Total: _____

5.3 Usa benzodiazepínico? (Clorazepam, Lorazepam, Diazepam)

(0) Não (1) Sim

5.4 Usa diurético? (Furosemida, Hidroclorotiazida)

(0) Não (1) Sim

5.5 Usa Antiarrítmicos? (Amiodarona)

(0) Não (1) Sim

5.6 Usa Psicotr3picos? (Amitriptilina, Biperideno, Carbamazepina, Floxetina, Clorpromazina) (0) N3o (1) Sim

6. CAPACIDADE FUNCIONAL – 3 capaz de realizar sozinho as seguintes atividades de vida di3ria?
(se usa dispositivo de aux3lio 3 considerado independente, mesmo que faa com ele; se precisar de ajuda de outra pessoa, mesmo que somente supervis3o, n3o 3 considerado independente)

6.1 Sair de casa utilizando um transporte (3nibus ou carro) (0) N3o (1) Sim
6.2 Caminhar/andar pela vizinhanaa (0) N3o (1) Sim
6.3 Preparar sua pr3pria refeio3o (0) N3o (1) Sim
6.4 Arrumar a casa (0) N3o (1) Sim
6.5 Vestir-se (0) N3o (1) Sim
6.6 Subir/Descer escadas (0) N3o (1) Sim
6.7 Deitar e levantar da cama (0) N3o (1) Sim
6.8 Tomar banho (0) N3o (1) Sim

6.9 N3mero total de atividades que consegue realizar: _____

7. HIST3RICO DE QUEDAS:

Lembrar de dar uma refer3ncia de tempo para o idoso!

7.1 O sr(a) caiu no 3ltimo ano? (0) N3o (1) Sim

7.2 Se sim, quantas vezes? _____ (99) N3o caiu

Se o idoso tiver ca3do, anotar quantas vezes, se n3o, marcar 99

7.3 O sr(a) caiu nos 3ltimos 6 meses? (0) N3o (1) Sim

Marcar sim se a queda j3 relatada na quest3o anterior for nos 3ltimos 6 meses (se for h3 mais de 6 meses, mas menos de 1 ano, marcar N3o)

7.4 Se sim, quantas quedas nos 3ltimos 6 meses? _____ (99) N3o caiu

Se o idoso tiver ca3do, anotar quantas vezes, se n3o, marcar 99

EM RELA3O 3 ULTIMA QUEDA: *se for somente uma queda, responda sobre ela. Se foram v3rias quedas, responder sobre a mais recente. Se n3o houve quedas, marcar 99 em todas as quest3es.*

7.5 Quando caiu, sentiu tonteira? (0) N3o (1) Sim (99) n3o caiu

7.6 Quando caiu, teve falseio nas pernas? (0) N3o (1) Sim (99) n3o caiu

7.7 Quando caiu, teve vis3o turva? (0) N3o (1) Sim (99) n3o caiu

7.8 Quando caiu, perdeu a consci3ncia? (0) N3o (1) Sim (99) n3o caiu

7.9 A queda ocorreu dentro de casa? (0) N3o (1) Sim (99) n3o caiu

7.10 Que horas ocorreu a queda?
() Manh3 () Tarde () Noite (99) n3o caiu

7.11 Teve les3o/ machucou por causa da queda?
(0) N3o (1) Sim (99) n3o caiu

7.12 Se teve les3o, qual foi o tipo de les3o?

(1) Escoriao3o (2) Lacerao3o (3) Hematoma (4) Fratura (5) Outro (99) n3o machucou (99) n3o caiu

7.13 Se teve FRATURA, qual foi o local da fratura?

1) Punho (2) Quadril (3) Coluna (4) Outro: _____ (99) n3o fraturou (99) n3o caiu

7.14 Procurou servi3o de sa3de devido 3 queda? (0) N3o (1) Sim; Qual: _____ (99) n3o caiu

A busca de servi3o de sa3de depende da queda

7.15 Deixou de realizar alguma atividade do dia-a-dia por causa da queda?

(0) N3o (1) Sim (99) n3o caiu, Se sim, qual? _____

8. USO DE DISPOSITIVOS DE AUX3LIO NA MARCHA:

8.1 Faz uso de bengala ou andador (0) N3o (1) Sim

8.2 Quem indicou o uso do dispositivo? _____ (99) n3o faz uso

8.3 Recebeu treinamento para us3-lo?

(0) N3o (1) Sim, por quem? _____ (99) n3o faz uso

9. USO DOS SERVI3OS DE SA3DE:

9.1 Quais servi3os oferecidos pelo PSF o(a) sr(a) utiliza?

9.1.a- Consultas m3dicas (0) N3o (1) Sim

9.1.b- Consultas odontol3gicas (0) N3o (1) Sim

9.1.c- Vacinas (0) N3o (1) Sim

9.2 Participa de algum grupo de atividade realizado no PSF?	(0) Não	(1) Sim
9.3 Qual atividade? _____ (99) não participa de nenhuma atividade		
9.4 Já recebeu visita de algum profissional de saúde do PSF no domicílio?	(0) Não	(1) Sim
9.5 Faz controle da saúde em outro local?	(0) Não	(1) Sim
9.5.a- Serviço secundário do SUS;	(0) Não	(1) Sim
9.5.b- Serviço particular/ convênio;	(0) Não	(1) Sim
9.6 - Se utiliza os serviços de algum Ambulatório, qual? _____		
9.7 - Por qual(is) profissional(is) o sr(a) é atendido? _____		
<hr/>		
9.7. b – Participa de algum grupo de atividade realizado no Ambulatório?	(0) Não	(1) Sim
9.8 - Foi hospitalizado no último ano? (considerar SIM, se passou <i>pele menos</i> uma noite no hospital)	(0) Não	(1) Sim
9.8. a – Quantos dias ficou hospitalizado? _____	(99) não foi hospitalizado	
9.8. b – Por qual motivo foi hospitalizado? _____		

10. ALTERAÇÕES VISUAIS:

10.1 O sr(a) tem alguma dificuldade para enxergar? Problema de vista? (déficit visual)	(0) Não	(1) Sim
10.2 O sr (a) usa/tem óculos, lentes corretivas?	(0) Não	(1) Sim
10.3 Algum médico já lhe disse se o sr(a) tem Glaucoma?	(0) Não	(1) Sim
10.4 Algum médico já lhe disse se o sr(a) tem Catarata?	(0) Não	(1) Sim
10.5 O sr(a) já fez alguma cirurgia nos olhos?	(0) Não	(1) Sim
10.6 Se SIM, qual o motivo? _____	(99) não fez cirurgia	

11. ALTERAÇÕES AUDITIVAS:

11.1 O sr(a) tem dificuldade para escutar?	(0) Não	(1) Sim
11.2 Faz uso de aparelho auditivo?	(0) Não	(1) Sim

12. AVALIAÇÃO DOS PÉS (*OBSERVAÇÃO DO PÉ DO IDOSO*)

12.1 Pele - Calosidades	(0) Não	(1) Sim
12.2 Pele - Presença de lesões, úlceras	(0) Não	(1) Sim
12.3 Unhas: normais	(0) Não	(1) Sim
12.4 Unhas: encravadas	(0) Não	(1) Sim
12.5 Unhas: onicogrífose	(0) Não	(1) Sim
12.6 Dedos: garra	(0) Não	(1) Sim
12.7 Dedos: encavalamento	(0) Não	(1) Sim
12.8 Dedos: martelo	(0) Não	(1) Sim
12.9 Hálux: normal	(0) Não	(1) Sim
12.10 Hálux: valgo	(0) Não	(1) Sim

13. HÁBITOS DE VIDA

13.1 O(a) sr(a) fuma?

- (0) Não, nunca fumou
- (1) Já fumou, mas parou. Fumou por quanto tempo? _____ Quantos cigarros fumava por dia em média?

- (2) Fuma. Há quanto tempo fuma? _____ Quantos cigarros fuma por dia em média? _____

13.2 O(a) sr(a) consome bebidas alcoólicas?

- (1) Não, nunca bebeu.
- (2) Já bebeu, mas hoje não consome bebida alcoólica.
- (3) Uma vez por mês ou menos (bebe socialmente)
- (4) Bebe duas a quatro vezes por mês
- (5) Bebe duas a três vezes por semana
- (6) Bebe quatro ou mais vezes por semana

13.3 O(a) Sr(a) realiza alguma atividade física de forma regular?

- (0) Não (1) Sim:

(1). Hidroginástica	1x	()	2x	()	3x	()
(2). Caminhada	1x	()	2x	()	3x	()
(3). Exercícios em clubes/academias/igreja, etc	1x	()	2x	()	3x	()
(4). Outros: _____	1x	()	2x	()	3x	()

14. BEM ESTAR SUBJETIVO:

14.1 Como sua saúde é de modo geral:

- (1) Ruim (2) Mais ou menos (3) Boa

14.2 Como é a sua saúde, em comparação com a de outras pessoas da sua idade:

- (1) Ruim (2) Mais ou menos (3) Boa

15. SATISFAÇÃO GLOBAL COM A VIDA:

15.1 O Sr(a) está satisfeito com a sua vida hoje?

- (1) Pouco (2) Mais ou menos (3) Muito

15.2 Comparando-se com outras pessoas que tem a sua idade, o sr (a) diria que está satisfeito com a sua vida?

- (1) Pouco (2) Mais ou menos (3) Muito

16. PRESENÇA DE DOR: (anotar para cada local do corpo onde o idoso relate dor. Caso ele faça referencia a mais de 3 locais, anotar no verso do questionário)

16.1 O senhor(a) sente alguma dor no corpo?

- (0) Não
(1) Sim; (informar para cada dor: local, há quanto tempo sente dor e intensidade da mesma)

16.2.a - Local da dor: _____;

(1) Aguda - menos de 6 semanas; (2) Crônica- mais de 6 semanas); Intensidade: _____

16.2.b - Local da dor: _____;

(1) Aguda - menos de 6 semanas; (2) Crônica- mais de 6 semanas); Intensidade: _____

16.2.c - Local da dor: _____;

(1) Aguda - menos de 6 semanas; (2) Crônica- mais de 6 semanas); Intensidade: _____

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(sem dor) (dor máxima)

17. SONO:

- 17.1 O sr(a) toma remédios para dormir? (0) Não (1) Sim
 17.2 O sr(a) acorda de madrugada e não pega mais no sono? (0) Não (1) Sim
 17.3 O sr(a) fica acordado(a) a maior parte da noite? (0) Não (1) Sim
 17.4 O sr(a) leva muito tempo para pegar no sono? (0) Não (1) Sim
 17.5 O sr(a) dorme mal à noite? (0) Não (1) Sim

18. SINTOMAS DEPRESSIVOS (Escala de Depressão Geriátrica):

Em relação à ÚLTIMA SEMANA, responda:	NÃO	SIM
18.1 Você está basicamente satisfeito com sua vida?	1	0
18.2 Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	0	1
18.3 Você sente que sua vida está vazia?	0	1
18.4 Você se aborrece com frequência?	0	1
18.5 Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	1	0
18.6 Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	0	1
18.7 Você se sente feliz a maior parte do tempo?	1	0
18.8 Você sente que sua situação não tem saída?	0	1
18.9 Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	0	1
18.10 Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	0	1
18.11 Você acha maravilhoso estar vivo?	1	0
18.12 Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	0	1
18.13 Você se sente cheio de energia?	1	0
18.14 Você acha que sua situação é sem esperanças?	0	1

	(2) ≤ 21 – < 23 (3) ≥ 23
Escore de triagem (total = 14) 12 – 14 pontos = normal 5 – 11 pontos = sob risco de desnutrição Até 4 pontos = desnutrido	20.7 Escore total: _____

21. AUTO-EFICÁCIA PARA QUEDAS (FALLS EFFICACY SCALE) -

(perguntar ao idoso se ele se preocupa com a possibilidade de cair durante a realização de cada uma das atividades da escala. Importante: se ele falar que não faz por medo, marcar “extremamente preocupado” e se ele falar que não faz porque não precisa ou nunca fez, perguntar como ele se sentiria se precisasse fazer)

ATIVIDADES	NEM UM POUCO PREOCUPAD O	UM POUCO PREOCUPAD O	MUITO PREOCUPADO	EXTREM ANTE PREOCUP ADO
21.1 Limpando a casa (passar pano, aspirar o pó, tirar poeira)	(1)	(2)	(3)	(4)
21.2 Vestindo ou tirando a roupa	(1)	(2)	(3)	(4)
21.3 Preparando refeição simples	(1)	(2)	(3)	(4)
21.4 Tomando banho	(1)	(2)	(3)	(4)
21.5 Indo às compras	(1)	(2)	(3)	(4)
21.6 Sentando ou levantando de uma cadeira	(1)	(2)	(3)	(4)
21.7 Subindo ou descendo escadas	(1)	(2)	(3)	(4)
21.8 Caminhando pela vizinhança	(1)	(2)	(3)	(4)
21.9 Pegando algo acima de sua cabeça ou no chão	(1)	(2)	(3)	(4)
21.10 Ir atender ao telefone antes que ele pare de tocar	(1)	(2)	(3)	(4)
21.11 Andando sobre superfície escorregadia (ex: chão molhado)	(1)	(2)	(3)	(4)
21.12 Visitando um amigo ou um parente	(1)	(2)	(3)	(4)
21.13 Andando em lugares cheios de gente	(1)	(2)	(3)	(4)
21.14 Caminhando sobre uma superfície irregular	(1)	(2)	(3)	(4)
21.15 Subindo ou descendo uma ladeira	(1)	(2)	(3)	(4)
21.16 Indo a uma atividade social (ato religioso, reunião de família ou encontro no clube)	(1)	(2)	(3)	(4)

21.17 Escore total: _____

22. AVALIAÇÃO DE FRAGILIDADE (ITENS DE AUTO-RELATO)

22.1 PERDA DE PESO: O Sr(a) perdeu mais de 4,5 Kg de seu peso, de forma não intencional ou involuntária (sem fazer dieta ou regime) no último ano, considerando seu peso no ano anterior?

(0) Não (1) Sim

22.2 FADIGA: Pensando na última semana, diga com que frequência as seguintes coisas aconteceram com o(a) senhor(a):

21.2.a Sentiu que teve que fazer esforço para dar conta das suas tarefas de todo dia?

(0) Nunca/Raramente; (1) Poucas vezes; (2) Na maioria das vezes; (3) Sempre

21.2.b Sentiu que não conseguiu levar adiante as suas coisas?

(0) Nunca/Raramente; (1) Poucas vezes; (2) Na maioria das vezes; (3) Sempre

22.3.ATIVIDADE FÍSICA: MINESOTA

Uma série de atividades de lazer está listada abaixo. Marcar “Sim” para as atividades que praticou nas **últimas 2**

semanas. Depois, marcar quantas vezes na semana. Quanto tempo despendido em cada uma das vezes

Você realizou esta atividade nas ÚLTIMAS 2 SEMANAS?		NÃO	SIM	Média de vezes por semana		Tempo por ocasião que fez a atividade
				1ª	2ª	
A030 – 8,0	Uso voluntário de escada (1 lance de escada = 1 andar = ½ segundo)					
C280 – 6,0	Natação em piscina					
F560 – 4,5	Cortar grama atrás carrinho					
F590 – 5,0	Afofar, cavando, cultivando					
B150 – 4,5	Exercícios domiciliares					
E400 – 4,0	Voleibol					
A010 – 3,5	Caminhada recreativa					
B160 – 6,0	Exercícios em clube/ academia					
F580 – 4,5	Tirando o mato e cultivando					
A125 – 5,5	Dança					
G630 – 4,5	Pintura interna de casa					
B180 – 6,0	Corrida leve – caminhada					
B210 – 6,0	Musculação					
F610 – 6,0	Remoção de terra com pá					
0000 – 4,0	Faxina moderada					
A050 – 7,0	Caminhada com mochila					
F600 – 4,0	Trabalho com ancinho na grama					
A040 – 6,0	Caminhada ecológica					

23. AVALIAÇÃO – CARGA ALOSTÁTICA

Durante os primeiros 15 anos de sua vida:

23.1 A situação econômica da sua família era?

- (1) boa (2) regular (3) ruim

23.2 Sua saúde era:

- (1) excelente (2) boa (3) ruim

23.3 Houve momentos em que passou fome?

- (0) Não (1) Sim

24. AVALIAÇÃO FÍSICA

24.1 MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:

24.1.1 Peso: _____ kg ; 24.1.2 Altura: _____ m; 24.1.3

IMC: _____ **Kg/m²**

24.1.4 Circunferência da cintura: _____

24.1.5 Circunferência do quadril: _____

24.2 FORÇA DE PREENSÃO MANUAL (kgf):

(idoso sentado em cadeira sem braços, mão dominante, cotovelo fletido a 90°, ombro aduzido, sem apoiar o equipamento em lugar nenhum)

Manter a contração por 8-10s, estimular o idoso, descansar cerca de 1 minuto entre cada tentativa)

24.2.1 a 1ª tentativa _____ 24.2.1 .b 2ª tentativa _____ 24.2.1.c 3ª tentativa _____

24.2.2 Média: _____ **Kgf**

24.3 EQUILÍBRIO:

24.3.1 Pés juntos olhando para frente, capaz de se manter na posição durante 10 segundos. Tempo: ____/10 segundos

- (0) Não (1) Sim (1 ponto)

24.3.2 Posição Semi Tandem capaz de se manter na posição durante 10 segundos. Tempo: ____/10segundos

- (0) Não (1) Sim (1 ponto)

24.3.2 Posição Tandem; capaz de se manter na posição por 10 segundos. Tempo: ____/10 segundos

(0) Não (1) Sim (1 ponto)

Pontuação Equilíbrio / SPPB: _____ (máximo 3 pontos)

24.3.3 Apoio Unipodálico - interromper o teste e marcar o tempo quando o idoso desequilibrar e /ou precisar segurar ou colocar o pé no chão; caso isso não ocorra interromper com 30s de manutenção na postura.

MID: _____/30 segundos

MIE: _____/30 segundos

24.4 AVALIAÇÃO DA MARCHA: A velocidade solicitada é “habitual” – velocidade que caminha na rua.

24.4.1 Tempo em segundos para caminhar 4,6 metros: _____ segundos.

24.4.2 Pontuação Marcha / SPPB

() 1 ponto - Se o tempo for maior que 8,70 segundos

() 2 pontos - Se o tempo for de 6,21 a 8,70 segundos

() 3 pontos - Se o tempo for 4,82 a 6,20 segundos

() 4 pontos - Se o tempo for menor que 4,82 segundos

24.5 TESTE TIMED UP AND GO - TUG solicitar que o idoso levante de uma cadeira sem braços, caminhe 3m, vire, volte e sente novamente na cadeira, encostando. O início da marcação do tempo: quando o idoso retira as costas da cadeira; Fim da marcação do tempo: quando o idosos encosta as costas na cadeira, quando assenta ao final do teste. A velocidade solicitada é “habitual” – velocidade que caminha na rua.

Tempo para realizar a tarefa: _____ segundos

24.6 STEP TEST:

Tempo para realizar a tarefa: _____ segundos

Incapaz de completar o teste em 12seg:

(0) Não

(1) Sim

24.7 TESTE DE SENTAR E LEVANTAR POR 5 VEZES Solicitar ao paciente assentar e levantar-se da cadeira cinco vezes consecutivas, sem utilizar os membros superiores. Solicita que o indivíduo cruze os braços no tórax e se levante da cadeira.

24.7.1 Tempo para realizar a tarefa: _____ segundos

Incapaz de completar o teste em 12 seg:

(0) Não

(1) Sim

24.7.2 Pontuação Teste Sentar e Levantar / SPPB

() 0 ponto - O paciente não conseguiu levantar-se as 5 vezes ou completou o teste em tempo maior que 60 segundos

() 1 ponto - Se o tempo do teste for 16,70 segundos ou mais

() 2 pontos - Se o tempo do teste for 13,70 a 16,70 segundos ou mais

() 3 pontos - Se o tempo do teste for 11,20 a 13,69 segundos ou mais

() 4 pontos - Se o tempo do teste for 11,19 segundos ou menos

25. ACUIDADE VISUAL - (Quadro de Snellen a 5 metros distante do idoso)

Incapaz de ler todos os símbolos corretamente até a 5ª linha

(0) Não

(1) Sim

26. Sensibilidade protetora - (aplicar o monofilamento no maléolo lateral, com o idoso sentado com os olhos fechados)

Incapaz de sentir pelo menos duas das três aplicações do monofilamento de 10g

(0) Não

(1) Sim

27. AVALIAÇÃO DE FATORES DE RISCO EXTERNOS (OBSERVAÇÃO NO DOMICÍLIO)

pedir licença ao idoso para verificar a casa e pedir ele para mostrar os locais determinados

Fatores de Risco	NÃO	SIM
27.1 Há escadas na casa?	0	1
27.2 Essa escada possui corrimão?	1	0
27.3 Faz uso de chinelos de dedo?	0	1
27.4 Há antiderrapante no banheiro?	1	0

27.5 O vaso sanitário/cadeiras/camas estão na altura adequada?	1	0
27.5.1 Especificar:		
27.6 Há adaptações no domicílio?	1	0
27.6.1 Quais?		
27.7 Há objetos espalhados pela casa?	0	1
27.8 Existem móveis dificultando a circulação?	0	1
27.9 O piso é escorregadio?	0	1
27.10 Há interruptor de luz próximo à cama?	1	0
27.11 Há iluminação adequada à noite?	1	0
27.12 Existe dificuldade de acesso à área externa/interna da casa?	0	1
27.13 Total de fatores de risco identificados		

28. VETERANS SPECIFIC ACTIVITY QUESTIONNAIRE - VSAQ

Faça um X na atividade que lhe causaria cansaço, falta de ar, desconforto no peito ou qualquer outra razão que o faça querer parar. Mesmo que você não faça uma determinada atividade, tente imaginar como seria se você fizesse.

ATIVIDADES

- () 1 MET - Comer, vestir-se, trabalhar sentado.
- () 2 MET - Tomar uma ducha, fazer compras em shoppings e lojas de roupa, cozinhar. Descer oito degraus.
- () 3 MET - Caminhar devagar em uma superfície plana, por um ou dois quarteirões
Carregar compras, fazer serviços domésticos de intensidade moderada, como varrer o chão e passar o aspirador de pó.
- () 4 MET - Trabalho leve no quintal ou jardim, como juntar e colocar folhas numa sacola ou saco plástico, semear, varrer ou empurrar um cortador de grama a motor. Pintura ou carpintaria leve
- () 5 MET - Caminhar rápido. Dançar socialmente, lavar o carro.
- () 6 MET - Jogar golfe (nove buracos) carregando os próprios tacos. Carpintaria pesada, empurrar cortador de grama sem motor.
- () 7 MET - Subir ladeira caminhando, fazer trabalho pesado no exterior da casa, como cavar um buraco com pá, arar o solo. Carregar pesos com cerca de 25kg.
- () 8 MET - Mover móveis pesados. Corrida leve em superfície plana, subir escadas rapidamente, carregar sacolas de supermercado escada acima
- () 9 MET - Andar de bicicleta em ritmo moderado, serrar lenha, pular corda (devagar).
- () 10 MET - Natação acelerada, pedalar morro acima, andar rapidamente morro acima, correr a cerca de 9,5 km/h.
- () 11 MET - Subir 2 lances de escada carregando algo pesado, como lenha ou uma criança no colo. Andar de bicicleta em ritmo acelerado continuamente.
- () 12 MET - Correr rápida e continuamente (plano horizontal, 5 min. p/ cada 1km)
- () 13 MET - Qualquer atividade física competitiva, incluindo aquelas com corrida acelerada (*sprint*) intermitente. Correr, remar, ou pedalar de forma competitiva

Maranhão-Neto *et al.*, 2011

29. OSTEOARTRITE DE JOELHOS:

O(a) sr(a) sente dor no joelho?

- (0) Não (1) Sim

SE A RESPOSTA FOR SIM, FAZER AS PERGUNTAS ABAIXO. SE NÃO, IR PARA O ITEM 30.

29.1 Quantos dias na última semana você sentiu dores no joelho?

- () 1 dia () 2 dias () 3 dias () 4 dias () 5 dias () 6 dias () 7 dias

29.2 Sua dor aumenta com atividade física e diminui com o repouso?	(0)Não	(1)Sim
29.3 Você sente crepitação nos joelhos?	(0)Não	(1)Sim
29.4 Você sente rigidez no joelho ao acordar de manhã?	(0)Não	(1)Sim
29.5 Algum médico já lhe disse que tem osteoartrite de joelho?	(0)Não	(1)Sim
29.6 Possui exame RX de joelhos?	(0)Não	(1)Sim

Western Ontario and McMaster University Osteoarthritis Index (WOMAC)

SECCÃO A - As perguntas a seguir se referem a intensidade da dor que você está atualmente sentindo devido a artrite de seu joelho. Para cada situação, por favor, indique a intensidade da dor que sentiu nas últimas 72 horas.

Qual a intensidade da sua dor, considerando as últimas 72 horas?

- Caminhando em um lugar plano.
Nenhuma • Pouca • Moderada • Intensa • Muito intensa •
- Subindo ou descendo escadas.
Nenhuma • Pouca • Moderada • Intensa • Muito intensa •
- A noite deitado na cama
Nenhuma • Pouca • Moderada • Intensa • Muito intensa •
- Sentado-se ou deitado-se
Nenhuma • Pouca • Moderada • Intensa • Muito intensa •
- Ficando de pé
Nenhuma • Pouca • Moderada • Intensa • Muito intensa •

SECCÃO B - As perguntas a seguir se referem a intensidade da rigidez nas juntas (não dor), que você está atualmente sentindo devido a artrite de seu joelho. Para cada situação, por favor, indique a intensidade da dor que sentiu nas **últimas 72 horas**:

- Qual é a intensidade de sua rigidez logo após acordar de manhã?
Nenhuma • Pouca • Moderada • Intensa • Muito intensa •
- Qual é a intensidade de sua rigidez após se sentar, se deitar ou repousar no decorrer do dia?
Nenhuma • Pouca • Moderada • Intensa • Muito intensa •

SECCÃO C - As perguntas a seguir se referem a sua atividade física. Nós chamamos atividade física, sua capacidade de se movimentar e cuidar de você mesmo (a). Para cada uma das atividades a seguir, por favor, indique o grau de dificuldade que você está tendo devido à artrite em seu joelho durante as últimas 72 horas

Pergunta: Qual o grau de dificuldade que você tem ao:

- Descer escadas
Nenhuma • Pouca • Moderada • Intensa • Muito intensa •
- Subir escadas
Nenhuma • Pouca • Moderada • Intensa • Muito intensa •
- Levantar-se estando sentada
Nenhuma • Pouca • Moderada • Intensa • Muito intensa •
- Ficar de pé
Nenhuma • Pouca • Moderada • Intensa • Muito intensa •
- Abaixar-se para pegar algo
Nenhuma • Pouca • Moderada • Intensa • Muito intensa •
- Andar no plano
Nenhuma • Pouca • Moderada • Intensa • Muito intensa •
- Entrar e sair do carro
Nenhuma • Pouca • Moderada • Intensa • Muito intensa •
- Ir fazer compras
Nenhuma • Pouca • Moderada • Intensa • Muito intensa •
- Colocar meias
Nenhuma • Pouca • Moderada • Intensa • Muito intensa •
- Levantar-se da cama
Nenhuma • Pouca • Moderada • Intensa • Muito intensa •
- Tirar as meias
Nenhuma • Pouca • Moderada • Intensa • Muito intensa •
- Ficar deitado na cama
Nenhuma • Pouca • Moderada • Intensa • Muito intensa •
- Entrar e sair do banho

- Nenhuma • Pouca • Moderada • Intensa • Muito intensa •
 14. Se sentar
 Nenhuma • Pouca • Moderada • Intensa • Muito intensa •
 15. Sentar e levantar do vaso sanitário
 Nenhuma • Pouca • Moderada • Intensa • Muito intensa •
 16. Fazer tarefas domésticas pesadas
 Nenhuma • Pouca • Moderada • Intensa • Muito intensa •
 17. Fazer tarefas domésticas leves
 Nenhuma • Pouca • Moderada • Intensa • Muito intensa •

30. AVALIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Tempo de aplicação do questionário:

O Sr/Sra gostou de participar da nossa pesquisa? (0)Não (1)Sim

O Sr/Sra tem interesse em participar de grupos de atividades que podemos desenvolver a partir das informações que forneceu? (0)Não (1)Sim

O Sr/Sra tem interesse em participar de outras pesquisas que podemos realizar na cidade? (0)Não (1)Sim

O ESCORE ABAIXO É O DO QUICK-SCREEN PARA RISCO DE QUEDAS. AS PERGUNTAS JÁ FORAM FEITAS, MAS DEVEM SER TRANSCRITAS PARA CÁ PARA CÁLCULO DO ESCORE FINAL.

Teve quedas no ano anterior?	(0)Não (1)Sim	
Usa mais de 4 medicamentos?	(0)Não (1)Sim	
Usa medicamentos psicotrópicos?	(0)Não (1)Sim	
Teste Semi-Tandem	_____seg	Incapaz de permanecer 10seg: (0) Não (1) Sim
Step Test	_____seg	Incapaz de completar o teste em 12seg: (0) Não (1) Sim
Sentado para de pé	_____seg	Incapaz de completar o teste em 12 seg: (0) Não (1) Sim
Acuidade Visual	Incapaz de ler todos os símbolos corretamente até a 5ª linha (0) Não (1) Sim	
Sensibilidade protetora	Incapaz de sentir pelo menos duas das três aplicações do monofilamento de 10g (0) Não (1) Sim	
A inabilidade de realização de qualquer atividade é considerada fator de risco de quedas	Número de fatores de risco apresentados:	

CURRÍCULO

DADOS PESSOAIS

Nome: Taís Gonçalves Soares

DN: 05/08/1991

Endereço: Rua João Batista Belfi, 169 – Brasil Industrial – Belo Horizonte - MG

Email: taisgsfisio@gmail.com

Tel: (31) 9 92652630.

1. FORMAÇÃO ACADÊMICA & TITULAÇÃO

Fisioterapia - Centro Universitário de Belo Horizonte – UniBH - Fevereiro de 2012 a Julho de 2016

Especialização em Geriatria e Gerontologia - Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Março de 2017 a Julho de 2019 – Carga horária: 30 créditos – 450 horas.

Janeiro /2020 - Atualização em Avaliação e Prescrição de Palmilhas – André Augusto Mendes (Palmilhando) - 30 horas

Setembro /2019 - Fisioterapia Aplicada a Saúde da Mulher – Baracho Educação Continuada – 46 horas

Abril /2018 - Formação em Podoposturologia – Podaly do Brasil – 25 horas

Novembro/ 2016 - Formação Completa no Método Pilates – Espaço Bem Viver – 120 horas

2. EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL & EXPERIÊNCIA DOCENTE

Empresa: Centro Universitário de Belo Horizonte – UniBH

Cargo Atual: Professor (a)

Período: Abril de 2023 até presente data.

Empresa: Centro Universitário de Belo Horizonte – UniBH

Cargo Atual: Preceptora – Supervisão dos Estágios ambulatoriais do Curso de Fisioterapia.

Período: Setembro de 2018 até presente data

Carga horária semanal: 40 horas

Carga horária total: 5440 horas

Duração em semestres: 5 semestres e 4 meses (Até presente data)

Empresa: Med & Fisio

Período: Novembro de 2016 até Agosto de 2018

Cargo: Fisioterapeuta

Carga horária semanal: 30 horas

Carga horária total: 2640 horas

Duração em semestres: 3 semestres e 4 meses

Empresa: Clínica Santa Rosa

Período: Junho de 2017 até Junho de 2018.

Cargo: Fisioterapeuta

Carga horária semanal: 30 horas

Carga horária total: 1440 horas

Duração em semestres: 2 semestres

2.4 Experiência Docente como professor convidado em cursos de graduação ou pós-graduação ou palestras em eventos

Julho de 2021 – Banca examinadora do Trabalho de Conclusão de Curso Intitulado: *Efeitos da Dança na marcha, equilíbrio e tarefas funcionais motoras em idosos – Revisão Sistemática da Literatura* Autores: Andressa Almeida, Edvone Marly, Luiza Lima;

Julho de 2021 – Banca examinadora do Trabalho de Conclusão de Curso Intitulado: *Efeitos da Utilização do Microagulhamento no Tratamento de Pacientes com Cicatriz Acneica* Autores: Fernanda Rodrigues, Izabela Ribeiro, Núbia de Oliveira;

Julho de 2021 – Banca examinadora do Trabalho de Conclusão de Curso Intitulado: *Fatores de Risco que Contribuem para o Surgimento de Lesões em Praticantes de Crossfit: Uma Revisão da Literatura.* Autores: Livia Latini, Mariah Oliveira e Nadine de Paula;

Julho de 2021 – Banca examinadora do Trabalho de Conclusão de Curso Intitulado: *Eficácia Da Abordagem Fisioterapêutica Na Reabilitação Das Lesões Dos Músculos Isquiotibiais Em Atletas Profissionais: Revisão Integrativa Da Literatura.* Autores: Deiferson Souza e Daiane Costa;

Julho de 2021 – Banca examinadora do Trabalho de Conclusão de Curso Intitulado: *Interferência Da Musicoterapia Nas Funções Cognitiva E Motora De Pacientes*

Neurológicos Adultos Sob O Olhar Da Neurociência: Uma Revisão Integrativa De Literatura. Autora: Cristiane Alexandra Santos.

Dezembro de 2020 - Banca examinadora do Trabalho de Conclusão de Curso Intitulado: *Métodos De Avaliação Da Fragilidade No Idoso* Autora: Samara Lima dos Santos.

Dezembro de 2020 - Banca examinadora do Trabalho de Conclusão de Curso Intitulado: *AS Repercussões Do Tratamento Fisioterapêutico No Idoso Portador Da Doença De Alzheimer* Autora: Daiane Rangel, Samantha Patrícia e Amanda Cristina.

Dezembro 2019 - Banca examinadora do Trabalho de Conclusão de Curso Intitulado: *Confiabilidade Do Software De Avaliação Postural – Sapo Em Idosos* Autores: Letícia Aparecida, Thaína Marques;

Junho 2019 - Banca examinadora do Trabalho de Conclusão de Curso Intitulado: *Síndrome Da Síncope Vasovagal* Autores: Erick Borges de Oliveira, Martenson Rungue Gonçalves Duarte e Nilton César Esteves Faria;

Julho 2019 - Banca examinadora do Trabalho de Conclusão de Curso Intitulado: *Intervenções Fisioterapêuticas No Tratamento De Trigger Points : Uma Revisão De Literatura* Autores: Priscila Stela Marques Dias, Thayrine Ramos Passos Gonçalves;

Julho 2019 - Banca examinadora do Trabalho de Conclusão de Curso Intitulado: *Desenvolvimento De Dispositivo Sensorial No Tratamento E Prevenção De Úlceras Por Pressão* Autores: Gabriel Rocha Chermawiski, Pâmela Fernandes Beraldo Lima, Vanda Elisa Carvalho Santos;

Julho 2019 - Banca examinadora do Trabalho de Conclusão de Curso Intitulado: *Método Pilates Na Melhora Da Dor Lombar: Uma Revisão De Literatura* Autores: Laura Lourenço e Pedro Augusto Salessi Carvalho;

Julho 2019 - Banca examinadora do Trabalho de Conclusão de Curso Intitulado: *Impacto da Gameterapia no Equilíbrio em Idosos.* Autora : Natália Nepomuceno;

Março 2019 - Professora Convidada – Aula Graduação - *Fisioterapia aplicada a Geriatria e Gerontologia – Fisiologia do Envelhecimento* - Centro Universitário de Belo Horizonte – UniBH - 4 horas;

Março 2019 - Professora Convidada – Aula Graduação - *Fisioterapia aplicada a Geriatria e Gerontologia – Avaliação Gerontológica* - Centro Universitário de Belo Horizonte – UniBH- 4 horas;

Dezembro 2018 - Banca examinadora do Trabalho de Conclusão de Curso Intitulado: *Benefícios da Fisioterapia em Idosos Sarcopênicos;* Autores: Adma Micaele Carvalho de Souza, Ana Luiza Pinheiro Rodrigues, Brenda Azevedo Rodrigues, Isabella Marcelle Cordeiro Magalhães.

Dezembro 2018 - Banca examinadora do Trabalho de Conclusão de Curso Intitulado: *Utilização Da Gameterapia Como Recurso Preventivo Em Idosos Saudáveis: Uma Revisão*

Narrativa; Autores: Amanda de Paula Barbosa, Ariane Stephany Araújo, Mariana Albieri de Almeida.

Setembro 2018 - Professora Convidada – Aula Graduação - *Massoterapia* – Preparação para Massoterapia - Centro Universitário de Belo Horizonte – UniBH - 2 horas

Orientações e Co-orientações de aluno de graduação ou especialização

Co - orientação do trabalho de conclusão de curso intitulado: *Possibilidades da utilização do mHealth associados a quedas em idosos* Autores: Jeniffer Ferreira, Nadja Bom Conselho, Luíza Carolina, Ana Paula Lima – Centro Universitário de Belo Horizonte - UniBH – 2019;

Co - orientação do trabalho de conclusão de curso intitulado: *Correlação de Incontinência Urinária e Sintomas depressivos em idosos comunitários*. Autores: Bianca An – Centro Universitário de Belo Horizonte - UniBH – 2019;

Orientação do trabalho de conclusão de curso intitulado: *Perfil Sociodemográfico e Cognitivo de idosos Comunitários*. Autores: Emanuelle Pereira, Hellen Lopes, Bruna Palazzo – Centro Universitário de Belo Horizonte - UniBH – 2021;

Orientação do trabalho de conclusão de curso intitulado: *Perfil Sociodemográfico e Cognitivo de idosos Comunitários*. Autores: Emanuelle Pereira, Hellen Lopes, Bruna Palazzo – Centro Universitário de Belo Horizonte - UniBH – 2021;

3 ATIVIDADES CIENTÍFICAS

3.3 - Participação em eventos como ouvinte

Julho/2020 - I Fórum de Assistência Domiciliar - 4 h

Agosto/2019 - X Congresso de Geriatria e Gerontologia de Minas Gerais - 25 h

Agosto/2019 – Ortofisio – Artroplastias – 10h

Maio/2019 - Cobrafito – II Congresso Internacional e III Congresso Nacional da Abrafito – 24 h

Dezembro/2018 – Workshop - Treinamento Muscular Inspiratório em populações com diferentes condições de saúde – ASSOBRAFIR – 2 h

Outubro/2018 - Evidence – IV Forum de Prerrogativas e Práticas Científicas – Outubro de 2018 – 8 h

Dezembro/2016 - Encontro Mineiro entre Fisioterapeutas e Especialistas – Saúde da Mulher — 10 h.

Junho/2016 - VIII Seminário Multidisciplinar da Santa Casa Belo Horizonte — 6h

Outubro/ 2012 - Evento - Responsabilidade Social - Centro Universitário de Belo Horizonte - UniBH – 4h

Maio/ 2012 – Palestra – Síndrome de Down - Centro Universitário de Belo Horizonte - UniBH – 2h

Março/2012 - Palestra – Anatomia do Sistema Circulatório - Centro Universitário de Belo Horizonte - UniBH – 2h

PRODUÇÃO INTELECTUAL

Resumo publicado em anais

ROCHA, V.T. M; PEREIRA, D; BARBOSA, J. M. M; PRADO, R. R; SOARES. T.G; CARVALHO, P.F. Associação de dados clínico-Sociodemográficos e a percepção global da dor lombar em idosos: Follow-up de um ano de estudo BACE, in X Congresso de Geriatria e Gerontologia de Minas Gerais – Belo Horizonte, MG, 2019.

BARBOSA, J. M, ROCHA, V.T , SOARES. T.G, LUSTOSA L.P, PEREIRA L. S. M. Prevalência e Fatores Associados a Sintomas Urinários em Idosos com Dor Lombar: XXII Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia – Março de 2021.

SOARES T, PEREIRA D. S., BARBOSA J. M. M., SAMPAIO N. R., SILVA, S. L. A. Correlação entre incontinência urinária e quedas em idosos comunitários. Congresso Mineiro de Geriatria e Gerontologia – Agosto de 2022.

SOARES T, PEREIRA D. S., BARBOSA J. M. M., SAMPAIO N. R., SILVA, S. L. A. Correlação entre incontinência urinária e sintomas depressivos em idosos comunitários. Congresso Mineiro de Geriatria e Gerontologia – Agosto de 2022.

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação

Título: Evidências sobre as indicações e os parâmetros de prescrição de acessórios para marcha

Orientação: Juliana Magalhães Machado Barbosa

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização

Título: Estudo da relação entre incontinência urinária e dor lombar em idosos - uma revisão sistemática

Orientação: Juliana Magalhães Machado Barbosa

ATIVIDADES COMPLEMENTARES

Projeto de extensão sem bolsa

Projeto de Extensão UniSports

Carga Horária Semanal: 2 horas

Tempo de Participação: 2 Semestres

Tipo de Vínculo: Supervisão/ Orientação aos alunos

Nome do Orientador/ Coordenador – Carla Eustáquio Augusto

Projeto de Extensão Diacare

Carga Horária Semanal: 2 horas

Tempo de Participação: 1 Semestre

Tipo de Vínculo: Supervisão/ Orientação aos alunos

Nome do Orientador/ Coordenador – Luciana Campanha Versiani /Carla Eustáquio Augusto

Estágio complementar

Fisioterapeuta: Amélia Carolina Rodrigues de Souza – Crefito: 211549-F – Rua Maria da Conceição 261 – Industrial – Contagem – MG.

Área de atuação: Ortopedia e Traumatologia;
Carga horária semanal: 25 h;
Tempo de duração do estágio: Maio de 2015 até Dezembro de 2015.
Empresa : Fisiocorporis – Rua França 333, Eldorado – Contagem – MG.
Área de atuação: Ortopedia e Traumatologia;
Carga horária semanal: 27 h;
Tempo de duração do estágio: Abril de 2014 a Abril de 2015.

Colaboração em projeto de pesquisa

Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG
Back Complaints in Elders – BACE Projects - Pesquisa Multicêntrica Internacional entre Austrália, Holanda e Brasil.
Carga horária Semanal: 4 horas;
Tempo de duração da participação voluntária: Outubro de 2018 até Julho de 2021.
Orientador: Leani Souza Máximo Pereira

Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG
Projeto Demência
Carga horária Semanal: 8 horas;
Tempo de duração da participação voluntária: Outubro de 2022 até presente data.
Orientador: Daniele Sirineu Pereira