

**Fisioterapia do Assoalho Pélvico para Incontinência Urinária  
de Esforço e Mista**

LÍGIA VILALVA FIGUEIRA

RAQUEL DORIA RAMOS RICHETTI

Monografia de conclusão do curso de Residência Médica  
de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Escola  
Maternidade Mário de Moraes Altenfelder Silva- HMEC

São Paulo

2012

Dedicamos este trabalho a todos os pacientes de nossa instituição que colaboraram e estiveram presentes em todas as etapas deste caminho.

## AGRADECIMENTOS

À família, pela paciência e companhia ao longo desses anos;

À equipe de Fisioterapia, que foi fundamental no projeto pela sua dedicação, persistência e interação com as pacientes;

À equipe de Uroginecologia, pela teoria ensinada, pelas críticas e incentivos ao longo do processo;

À coordenadora científica, pelo suporte nas dúvidas estruturais e auxílio nas avaliações estatísticas;

À coordenadora da Fisioterapia Gláucia Aparecida dos Reis que acompanhou os primeiros desafios deste projeto e sempre se mostrou motivada durante todas as atividades;

Especialmente ao nosso orientador Dr Luis Gustavo Morato de Toledo que desde as primeiras linhas até a conclusão desta monografia esteve presente com sugestões, cobranças e incentivo.

*“... Que Deus nos dê força para mudar as coisas que podem ser mudadas; serenidade para aceitar as que não podem mudar e sabedoria para perceber a diferença. Mas Deus nos dê sobretudo, coragem para não desistir daquilo que pensamos certos.”*

*(Chester W. Nimitz)*

## LISTA DE ABREVIATURAS

DP desvio padrão

g gramas

Hz hertz

ICQI- IUSF Internacional Consultation on Incontinence Questionare- Urinary  
Incontinence Short Form

Min minutes

ml mililitro

## SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	6
2- OBJETIVOS	7
3- CASUÍSTICA E MÉTODO	8
3.1- Desenho do estudo	8
3.2- Método	8
3.2.1- Seleção das pacientes	8
3.2.2- Tratamento fisioterápico	10
3.2.3- Métodos de avaliação	10
3.3- Análise e processamento de dados	12
4- RESULTADOS	13
4.1- Características demográficas	13
4.2- Análise dos dados	13
5- DISCUSSÃO	16
6- CONCLUSÃO	18
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19
8- ANEXOS	21
8.1- ANEXO 1- Termo de consentimento	21
8.2- ANEXO 2- Protocolo de tratamento fisioterápico de incontinência urinária	22
8.3- ANEXO 3- Pad Test de 1 hora	26
8.4- ANEXO 4- Diário Miccional	27
8.5- ANEXO 5- Quociente Sexual- Versão Feminina	28
8.6- ANEXO 6-ICIQ- IU SF em Português	29

## 1. INTRODUÇÃO

A Incontinência Urinária é o estado no qual há eliminação involuntária de urina<sup>1</sup> e que causa impacto na qualidade de vida da paciente. Sentimentos de baixa auto-estima, vergonha, tristeza, disfunção sexual<sup>2</sup> e isolamento acompanham o quadro<sup>3</sup>. A prevalência varia de 3% a 55%, dependendo da definição de incontinência usada e da idade da população estudada<sup>1</sup>.

Existem três tipos principais de incontinência urinária: incontinência urinária de esforço, que é a perda involuntária de urina durante os esforços como tosse, exercícios físicos e espirros, causada por defeito esfinteriano uretral<sup>4</sup>; incontinência de urgência, que é a perda associada a sintomas de urgência relacionada a hiperatividade do detrusor ou alterações da complacência vesical; e incontinência urinária mista, que é a combinação dos dois tipos citados anteriormente.

A teoria mais aceita para explicar os diferentes tipos de incontinência é a Teoria Integral da Continência concebida por Peter Petros e Ulmsten<sup>5</sup>. De acordo com essa teoria as alterações teciduais dos elementos de suporte suburetral, dos ligamentos e dos músculos do assoalho pélvico explicam os quadros. A mudança da tensão aplicada pelos músculos e ligamentos sobre as fâscias justapostas à parede vaginal determinam a abertura ou fechamento do colo vesical e da uretra, além da possibilidade de ativação prematura do reflexo miccional desencadeando contração involuntária do detrusor<sup>5</sup>. Existem múltiplas opções de tratamento para incontinência urinária: cirúrgico, medicamentoso e conservador. O tratamento conservador consiste em mudança dos hábitos de vida e fisioterapia do assoalho pélvico, com ou sem utilização de cones vaginais, biofeedback, estimulação elétrica e cinesioterapia.

A fisioterapia dos músculos pélvicos é considerada primeira linha no tratamento para incontinência urinária<sup>6</sup>. Essa modalidade terapêutica foi inserida recentemente no Hospital Maternidade Escola Mário de Moraes Altenfelder Silva, assim este estudo propõe avaliar resultados da fisioterapia tanto do ponto de vista objetivo quanto subjetivo.

## 2. OBJETIVOS

Primário: avaliar os resultados da fisioterapia do assoalho pélvico no tratamento da incontinência urinária de esforço e incontinência urinária mista.

Secundário: avaliar os efeitos da fisioterapia na função sexual feminina.



### **3. Casuística e Método:**

#### **3.1 Desenho do Estudo**

Foi realizado um Estudo de Coorte com pacientes do ambulatório de Uroginecologia do Hospital Municipal Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva (HMEVNC) com diagnóstico de Incontinência Urinária de Esforço e Incontinência Mista, encaminhadas para tratamento conservador.

Após aprovação e em conformidade com as normas do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Escola Maternidade Mário de Moraes Altenfelder Silva e termo de consentimento livre e esclarecido (**Anexo 1**) assinado, as pacientes selecionadas foram submetidas às sessões de fisioterapia.

#### **3.2 Método**

##### **3.2.1 Seleção das pacientes:**

Foram selecionadas pacientes do sexo feminino com diagnóstico de Incontinência Urinária de Esforço ou Misto que preencheram os seguintes critérios de elegibilidade:

Critérios de inclusão:

- Idade superior a 21 anos
- Pacientes com Incontinência de Esforço ou Mista.
- Disponibilidade e determinação em completar o tratamento.

Critério de exclusão:

- Pacientes com limitação de movimento que impossibilite o tratamento.
- Pacientes em tratamento medicamentoso para incontinência.
- Prolapso genital associado
- Impossibilidade anatômica para eletroestimulação
- Distúrbio cognitivo que impeça a realização do tratamento.
- Pacientes com doença neurológica.

### 3.2.2 Tratamento fisioterápico

Para todas as pacientes foram feitos anamnese e exame físico inicial e após o tratamento (Anexo2).

Os recursos em fisioterapia empregados foram a cinesioterapia e a eletro estimulação endovaginal. A cinesioterapia consiste em exercícios perineais com duração de 45 minutos realizados uma vez por semana em grupos de no máximo oito mulheres de idade e diagnósticos distintos. As pacientes são orientadas a praticarem os exercícios em casa todos os dias. A eletro estimulação endovaginal é realizada individualmente uma vez por semana, no mesmo dia da cinesioterapia. O aparelho utilizado foi o Dualpex- 961, Quark, Brasil. A aplicação é feita através da técnica transvaginal, e os programas utilizados são: 1) despertar do períneo 10 HZ por 3 minutos; 2) reforço do períneo 50 HZ por 7 minutos (sendo 5 minutos de forma passiva e 3 minutos finais ativo-assistido).

A reavaliação das queixas e da força do períneo foram feitas entre 5 a 8 semanas do início do programa de exercícios.

### 3.2.3 Métodos de avaliação

#### **Instrumentos para avaliação objetiva:**

#### 1) Pad Test (Anexo 3)

Utilizado para quantificar a perda urinária. Para tanto, a paciente realiza uma sequência de atividades padronizadas, com duração de 60 minutos, descritos a seguir: após esvaziar totalmente a bexiga, a paciente colocou um absorvente, com peso seco previamente aferido. Em seguida, ingeriu 500ml (5 copos) de água e aguardou 20 min para iniciar o teste. Lembrando que não poderia urinar até terminar o mesmo.

Testes com perda menor que 10g foram invalidados quando o volume vesical pós-teste foi menor que 150 ml.

Cada absorvente foi novamente pesado, considerando:

- até 1g: normal
- 2 a 10g: leve
- 11 a 50g: moderado
- 51 A100g : severa
- > 100g: muito severa

## 2) Diário Miccional (**Anexo 4**)

Foi utilizado um formulário constando informações sobre o horário das micções, volume urinário, volume líquido ingerido, trocas de roupa, perdas urinárias e atividades provocadoras de perda. Cada paciente preencheu o formulário por 3 dias consecutivos.

### **Instrumentos para avaliação subjetiva:**

1) Questionário de qualidade de vida (Internacional Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short Form – ICIQ-UI SF)

(**Anexo 6**) - Validado para a língua portuguesa na população brasileira.<sup>12</sup>

2) Questionário da função sexual feminina (Quociente Sexual Feminino - QS-F) (**Anexo 5**)  
Validado para a língua portuguesa na população brasileira<sup>9</sup>

3) Opinião da paciente (curada, muito melhor, pouco melhor, inalterada e pior)

4) Escala analógica de satisfação (0-10).

### 3.3 Análise e processamento dos dados

Os testes para a análise das variáveis quantitativas foram o Qui-Quadrado de Pearson e o teste Exato de Fisher.

Foi formulado um banco de dados contendo todas as variáveis para avaliação dos resultados pré e pós tratamento no Programa EPi DATA 3.1.

O nível de significância considerado foi 5% ( $p < 0,05$ ).

#### **4. Resultados**

Dentre as pacientes triadas pela equipe de fisioterapia, 15 preencheram os critérios de elegibilidade e foram selecionadas para o tratamento proposto. Apenas nove pacientes completaram as sessões. Houve três desistências e três não compareceram na avaliação pós- tratamento.

##### **4.1 Características demográficas:**

A média de idade das pacientes foi de 49,11 anos; a cor da pele predominante foi a não branca – seis pacientes (66,67%).

Quanto aos antecedentes obstétricos todas engravidaram e a média de gestações foi três, sendo que a maioria, sete pacientes (77,77%), tiveram parto vaginal.

Em relação ao perfil hormonal, quatro estavam na menopausa (44,44%), e apenas uma paciente fez reposição hormonal.

##### **4.2 Análise dos dados:**

Os resultados mostram que das nove pacientes, apenas uma (12,5%) não fazia uso de absorvente antes do tratamento, três (37,5%) utilizavam pelo menos um absorvente, duas (25,0%), trocavam de um a dois por dia, duas (25,0%) usavam três a quatro por dia e apenas uma (12,5%) usava mais de quatro absorventes diariamente. Após as sessões, sete pacientes (77,78%) não utilizavam mais, e duas (22,22%) continuavam usando, sendo que uma paciente usava de um a dois por dia e as outras três, de três a quatro. A redução no uso dos absorventes é estatisticamente significativa, com  $p < 0,05$ .

O protocolo também avaliou quanto aos sintomas de esvaziamento constatando que antes do tratamento duas (22,22%) pacientes referiam esta queixa, e após, nenhuma apresentou o sintoma. ( $p < 0,04$ )

Em relação aos sintomas de armazenamento constatamos que cinco (55,56%) pacientes referiam esta queixa antes do tratamento, e após somente duas (22,22%) mantiveram o sintoma. ( $p < 0,33$ )

Cinco pacientes (55,56%) referiam dispaurenia antes do tratamento, sendo que esse número, após a Fisioterapia, caiu para apenas duas (22,22%) pacientes. ( $p < 0,33$ )

A perda urinária média verificada no PAD TEST pré tratamento foi de 24,33g (DP 53,36) com intensidade de perda variando de 2g a 165g. Após a fisioterapia a média do pad test reduziu para 1,33g (DP 2,35) com intensidade de perda de 0 a 7g. Redução de 94,54% no peso médio do absorvente.

A tabela abaixo resume os resultados do PAD TEST.

TABELA 1 – Resultados da perda quantificada em gramas no pad test SP/2011

	Mínimo	Máximo	Média	DP
PAD TEST PRÉ	2	165	24,33	53,36
PAD TEST PÓS	0	7	1,33	2,35

TABELA 2 - Resultado do pad test baseado na classificação de gravidade SP/2011

	SEM	%	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	MUITO SEVERA	%
PRÉ	0	-	7	77,77	1	11,11	0	-	1	11,11
PÓS	5	55,56	4	44,44	0	-	0	-	0	-

Os resultados dos parâmetros subjetivos avaliados por meio de notas/escores atribuídos pelas pacientes estão apresentados na tabela 3

Tabela 3

Resultados dos questionários – notas/escore das nove pacientes incluídas no tratamento fisioterápico para R/E no HMMEVNC em 2011

	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DP
<b><u>ESCORE DESEMPENHO SEXUAL</u></b>				
Pré Fisioterapia	32	64	55,25	10,63
Pós Fisioterapia	46	74	57,50	9,30
<b><u>ESCORE ICIQ- IU SF</u></b>				
Pré Fisioterapia	7	18	12,67	3,39
Pós Fisioterapia	0	18	5,56	5,53
<b><u>INDICE DE SATISFAÇÃO</u></b>				
Pré Fisioterapia	4	10	6,67	2,24
Pós Fisioterapia	0	10	2,56	3,40

ICIQ-IU SF: Internacional Consultation on Incontinence Questionnaire - Urinary Incontinence Short Form

Na avaliação final foi perguntado para cada paciente sua opinião sobre o tratamento fisioterápico realizado. Dentre as nove pacientes, oito ( 88,89%) consideraram-se muito melhor e apenas uma (11,11%) pouco melhor.

Além disso avaliamos o grau de satisfação das pacientes mostrando uma escala visual de zero a dez, sendo zero para totalmente insatisfeita e dez completamente satisfeita com o tratamento. Dentre os resultados tivemos apenas uma nota seis (11,11%) e o restante variou de oito a dez (88,88%).



## 5. Discussão:

A terapêutica conservadora para incontinência urinária foi realizada através de técnicas que visam o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, uma vez que a disfunção muscular perineal representa importante fator etiopatogênico. Não há, na literatura estudada, um consenso em relação ao tempo ideal de tratamento a ser empregado, os tipos de exercício, o tempo e a intensidade da contração realizada no tratamento dos músculos do assoalho pélvico<sup>1</sup>. Neste estudo, cada paciente realizou de sete a oito sessões de cinesioterapia e eletro estimulação endovaginal, uma vez por semana, de acordo com a média encontrada na literatura<sup>11</sup>.

De acordo com os resultados obtidos, observou-se uma tendência à melhora dos sintomas da incontinência urinária tanto de esforço quanto a mista, considerando-se os parâmetros objetivos e subjetivos. Resultados semelhantes foram observados no estudo de Bernardes et al(2000)<sup>11</sup> que comparou resultados da cinesioterapia e eletroestimulação num grupo de 14 pacientes. Este autor verificou que as duas modalidades proporcionaram melhora considerável do quadro de incontinência, sendo que sete pacientes foram consideradas curadas.

As medidas objetivas empregadas no estudo foram: o Pad test e o diário miccional. No Pad Test todas pacientes apresentaram redução ou ausência da perda urinária após o tratamento, em semelhança ao que Castro R.A. et al (2008)<sup>2</sup> observou num estudo randomizado prospectivo, que incluiu 101 pacientes. Neste estudo as pacientes foram distribuídas em três grupos de tratamentos conservadores: cinesioterapia, eletro estimulação endovaginal e cones vaginais. Todas apresentaram importante diminuição do peso no Pad Test, independentemente do tipo de tratamento. Todas as técnicas fisioterápicas empregadas foram melhores, estatisticamente, comparando com o grupo controle.

O Diário Miccional não pôde ser utilizado como parâmetro de avaliação devido à dificuldade das pacientes em compreender e preencher adequadamente o formulário, além daquelas que deixaram de entregar os mesmos. O estudo de Capelline (2005) aponta que os critérios objetivos já citados são confiáveis e que muitas pacientes deixam de completar os testes até o seu término.

Como avaliação subjetiva, foram analisados os sintomas de esvaziamento; sintomas de armazenamento; queixa sexual/ dispareunia, questionário de desempenho sexual; opinião da paciente em

relação ao tratamento, grau de satisfação, avaliação do escore do ICIQ- IU SF. A opção por essas formas de avaliação teve por objetivo seguir uma tendência de verificar o impacto das terapias na qualidade de vida, que tem tornado-se cada vez mais relevante e comum em pesquisas<sup>1</sup>.

A função sexual e as queixas relacionadas (dispareunia) demonstraram uma tendência à melhora. O questionário utilizado neste trabalho não teve essa comprovação estatística, já que aborda predominantemente aspectos emocionais. Seria necessário um instrumento voltado especificamente para os aspectos anatômicos da função sexual.

O número de pacientes reduzido dificultou uma conclusão estatística definitiva, pois existiram abandonos e irregularidade de comparecimento nas sessões de fisioterapia. Problema semelhante ocorreu no estudo de Bernardes et al (2000)<sup>11</sup> pois das 21 pacientes selecionadas, sete não realizaram o protocolo corretamente. Além disso, o tempo de seguimento deveria ser mais extenso para que a cura fosse melhor avaliada, como Lamb et al (2009)<sup>3</sup> concluiu em seu estudo com seguimento de cinco meses.

Foi o primeiro estudo desta instituição que uniu a equipe médica e a fisioterapia. Por este motivo constitui-se num incentivo para a continuidade deste estudo piloto e surgimento de novos estudos que enriqueçam cientificamente esta instituição e gere impacto na saúde pública.

## **6. Conclusão**

A fisioterapia, através da cinesioterapia e eletroestimulação, é segura e efetiva no tratamento da Incontinência Urinária de Esforço e Incontinência Urinária Mista.

## 7. BIBLIOGRAFIA

1. Capelini MVM (2005), *Tratamento da incontinência urinária d esforços com biofeedback*, Monografia, UNICAMP/Campinas.
2. Castro R.A. (2008), *Single-blind, Randomized, controlled Trial of pelvic floor muscle training, electrical stimulation , vaginal cones, and no active treatment in the management of stress urinary incontinence*; **Clinical Science**, volume 63, p. 465-472.
3. Lamb, SE (2009), *Group treatments for sensitive health care problems: a randomized controlled trial of group versus individual physiotherapy sessions for female urinary incontinence*; **BMC Women´s health**, September, p. 1-9.
4. Locher, J.L. (2002), *Effects os age and causal attribution to aging on health-related behaviors associated with urinary incontinence in older women*; **Gerontologist** 42(4), p. 515-521.
5. Palma, PCR (2009), *Urofisioterapia – Aplicações clinicadas técnicas de fisioterapia nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico*, 1ª Edição, Editora Personal Link Comunicação Ltda; Campinas/SP.
6. Wing RR (2010), *Effect of weigth loss on urinary incontinence in overweight and obese women: results at 12 and 18 moth*; **Journal Urologic**, September, 184(3) 1005-1010.
7. Wyman JF (2009); *Practical aspects of lifestyle modifications and behavioral interventions in the treatment of overactive bladder and urgency urinary incontinence*; **The internacional jounal of clinical practice**, 63, p. 1177-1191.
8. ABDO C. (2006) *Elaboração e validação do quociente sexual – versão masculina, uma escala para avaliara função sexual do homem*. **Revista Brasileira Medicina** 2006a;63(1-2):42-46.
9. ABDO C. (2006) *Elaboração e validação do quociente sexual – versão feminina, uma escala para avaliara função sexual da mulher*. **Revista Brasileira Medicina** 2006a;63(9):477-482.

10. Ribeiro J.P. e Raimundo A. (2005). *Estudo de adaptação do questionário de satisfação com relacionamento sexual em mulheres com incontinência urinária*. **Psicologia, saúde e doenças**; (2), 191-202
11. Bernardes, N.O.; Peres, R.; Souza, L.B.(2000) *Método de tratamento utilizados na Incontinência Urinária de esforço Genuína: um estudo comparativo entre cinesioterapia e eletroestimulação endovaginal*. **Revista brasileira de Ginecologia**, Rio de Janeiro, v.22, nº 1, p. 49-54.
12. Tamanini, JTN; Dambros, M.; D'Ancona, C.A.L.; Palma, P.C.R. e Netto Jr N.R. (2004) *Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF)* **Rev Saúde Pública**; 38 (3):438-44.

## 8. Anexos:

### ANEXO 1:

#### **Termo de consentimento livre e esclarecido**

**Explicação do problema:** A incontinência urinária é a perda involuntária de urina muito freqüente entre as mulheres. Estudos estrangeiros revelam que a prevalência de incontinência urinária varia de 20 a 50%, incluindo a incontinência de esforço, a urge- incontinência e a incontinência mista. É uma condição que pode causar vergonha, isolamento, depressão, com grande impacto na qualidade de vida das pacientes. As opções de tratamento para este problema são múltiplas. O tratamento conservador fisioterápico pode ser considerado método de primeira linha em grande parte dos casos.

**Objetivo do estudo:** Avaliar os resultados do tratamento conservador fisioterapêutico na incontinência urinária de esforço e na urge- incontinência, à qual a senhora será submetida no serviço de Uroginecologia da Maternidade Escola Mario Moraes Altenfelder Silva.

**Procedimentos:** Caso aceite participar desta pesquisa, inicialmente a senhora responderá a um questionário e fará um exame chamado pad test, que é o uso de um absorvente durante uma hora, em que completará um ciclo de exercícios físicos. Em seguida, iniciará as sessões de fisioterapia, incluindo a cinesioterapia e a eletroestimulação. A cinesioterapia são os exercícios perineais praticados em grupos semanais. São simples de serem praticados, não necessitam de equipamentos especiais. A eletroestimulação é a aplicação de um eletrodo vaginal para fortalecer a musculatura do períneo. Não causa choque, nem lesões. No final do tratamento responderá a um novo questionário e ao pad test.

**Riscos e/ou desconfortos possíveis:** não há. Necessitará de um tempo para a teste inicial e para responder o questionário após.

**Benefício para os participantes:** Você receberá o tratamento adequado para o seu problema urinário e estará colaborando com a Equipe de saúde da Maternidade escola Mario de Moraes Altenfelder Silva a obter informações que serão importantes na melhoria da assistência prestada às mulheres com perda urinária.

**Confidencialidade:** Todas as informações serão estritamente confidenciais e você não será identificado em nenhuma apresentação dos resultados da pesquisa. Antes de assinar este documento, você deve esclarecer com o profissional de saúde qualquer dúvida em relação a esta pesquisa.

**Consequências da decisão de abandonar o estudo:** A sua participação nesta pesquisa é voluntária e a recusa em participar não levará a nenhuma mudança no seu tratamento. Você pode desistir de participar do estudo em qualquer momento, sem que haja interferência na assistência médica.

**Esclarecimento de dúvidas:** Se desejar conversar com alguém sobre este estudo, para esclarecimentos você pode contatar com o responsável da pesquisa, Dr. Luis Gustavo Morato de Toledo ou seus colaboradores, Dra. Lígia V. Figueira e Dra. Raquel Dória Ramos Richetti na Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva.

Se você aceita participar deste estudo, assine seu nome abaixo. Seu consentimento será registrado no seu prontuário.

Nome: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_

**ANEXO 2:**

PROTOCOLO DE TRATAMENTO FISIOTERAPICO DE INCONTINENCIA URINÁRIA  
EM MULHERES

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 NOME: \_\_\_\_\_

1.2 RG: \_\_\_\_\_ 1.3 IDADE: \_\_\_\_\_ 1.4 ALTURA: \_\_\_\_\_ 1.5 PESO: \_\_\_\_\_ 1.6

RAÇA: \_\_\_\_\_ 1.7 I.M.C.: \_\_\_\_\_ 1.8 TEL: \_\_\_\_\_

2. ANTECEDENTES:

2.1 GESTAÇÕES ( ) PARTOS NORMAIS ( ) CESARIANAS ( ) FORCEPS ( )

2.2 MENTRUUAÇÃO: REGULAR ( ) IRREGULAR ( ) AUSENTE ( )

2.3 INSUFICIENCIA HORMONAL: ( ) NÃO

(CLIMATÉRIO) ( ) SIM HÁ \_\_\_\_\_ ( ) MESES ( ) ANOS

2.4 REPOSIÇÃO HORMONAL: NÃO ( )

SIM ( ): SISTÊMICA ( )

TÓPICA VAGINAL ( )

2.5 CIRURGIAS PRÉVIAS P/ IUE:

( ) NÃO

( ) SIM: ( ) KK + CPP HÁ \_\_\_\_\_ ANO(S)

( ) COLPOSSUSP. SUPRAPÚBICA HÁ \_\_\_\_\_ ANO(S)

( ) SLING: QUAL? \_\_\_\_\_ HÁ \_\_\_\_\_ ANO(S)

2.6 OUTRAS CIRURGIAS PÉL VICAS:

HISTERECTOMIA: ( ) TOTAL ( ) SUBTOTAL HÁ \_\_\_\_\_ ANO(S)

( ) ABDOMINAL ( ) VAGINAL

OUTRAS: \_\_\_\_\_

2.7 OUTROS: \_\_\_\_\_

3. AVALIAÇÃO CLÍNICA PRÉ - FISIOTERAPIA:

3.1 USO DE "FORRO": ( ) SIM ( ) NÃO TIPO: ( ) PROTETORCALCINHA

( ) ABSORVENTE

PANO/TOALHA

NÚMERO: 1-  NÃO DIARIAMENTE

2-  1 a 2 POR DIA

3-  3 a 4 POR DIA

4-  > 4 POR DIA

3.2 INCONTINÊNCIA  IUE PURA

INCONTINÊNCIA DE URGÊNCIA

IU Mista

3.3 SINTOMAS OBSTRUTIVOS ou DE ESVAZIAMENTO:

Sim

não

3.4 SINTOMAS "IRRITATIVOS" ou DE ARMAZENAMENTO / ESVAZIAMENTO:

SIM

Não

POLACIÚRIA (>8x/dia)

URGÊNCIA

NOCTÚRIA (>2x/noite)

3.5 DISPAREUNIA ou QUEIXA SEXUAL:

SIM  NÃO

3.6 INFECÇÃO URINÁRIA DE REPETIÇÃO:

NÃO  SIM  DIAGNÓSTICO CLÍNICO

UROCULTURA POSITIVA

3.7 PAD TEST: \_\_\_\_\_ G

5. AVALIAÇÃO CLÍNICA PÓS-FISIOTERAPIA:

5.1 USO DE "FORRO":  SIM  NÃO TIPO:  PROTETOR CALCINHA

ABSORVENTE

PANO/TOALHA



NÚMERO: 1-( ) NÃO DIARIAMENTE

2-( ) 1 a 2 POR DIA

3-( ) 3 a 4 POR DIA

4-( ) > 4 POR DIA

5.2 TESTE DE ESFORÇO COM BEXIGA CHEIA. PERDE URINA?

( ) SIM

( ) NÃO

5.3 SINTOMA PERDA URINÁRIA:

( ) NÃO

( ) SIM( ) IUE

( ) INCONTINÊNCIA DE URGÊNCIA

5.4 SINTOMAS OBSTRUTIVOS ou DE ESAZIAMENTO:( ) HESITAÇÃO INICIAL

( ) Sim

( ) Não

5.5 SINTOMAS "IRRITATIVOS" ou DE ARMAZENAMENTO:

( ) SIM

( ) Não

( ) POLACIÚRIA(>8x/dia) ( ) NOCTÚRIA (>2x/noite) ( ) URGÊNCIA

5.7 DISPAREUNIA ou QUEIXA SEXUAL:

( ) SIM( ) NÃO

5.7 INFECÇÃO URINÁRIA:( ) NÃO ( ) SIM: ( ) DIAGNÓSTICO CLÍNICO

( ) UROCUL TURA POSITIVA

5.8 PAD TEST: \_\_\_\_\_G

6. Opinião da Paciente:

6.1 EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO VOCÊ SE CONSIDERA:

( ) CURADA

( ) MUITO MELHOR

( ) POUCO MELHOR

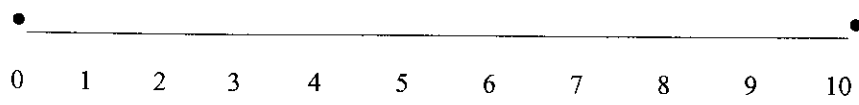
( ) INALTERADA

( ) PIOR

6.2 ESCORE VISUAL:

GRAU DE SATISFAÇÃO: 0 = TOTALMENTE INSATISFEITA

10 = COMPLETAMENTE SATISFEITA



**ANEXO 3:**

**“Pad Test” de 1 hora**

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

Rg: \_\_\_\_\_

**PROTETOR UTILIZADO NO TESTE**

ABSORVENTE  FRALDA  MARCA: \_\_\_\_\_

DATA	PESO INICIAL	PESO FINAL	DIFERENÇA	RESULTADO
PRÉ OP: __/__/__				
PÓS OP: __/__/__				
PÓS OP: __/__/__				

LEVE: 2 A 10 GRS;      MODERADA: 11 A 50 GRS;      SEVERA: 51 A 100 GRS;  
MUITO SEVERA: + 100 GRS.

VOLUME URINADO PÓS - TESTE: \_\_\_\_\_ ML

CONDUTA: TOMAR 5 COPOS DE ÁGUA E AGUARDAR 20 MIN  
ANDAR 30'  
SUBIR 20 DEGRAUS  
DESCER 20 DEGRAUS  
SENTAR E LEVANTAR 10X  
TOSSIR 10X  
CORRER DURANTE 1 MIN.  
PEGAR OBJETO NO CHÃO E SUBIR 5X  
LAVAR AS MÃOS EM ÁGUA CORRENTE 1 MIN.

Orientador do teste: \_\_\_\_\_



## ANEXO 5:

### Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F)

Responda esse questionário, com sinceridade, baseando-se nos últimos seis meses de sua vida sexual, considerando a seguinte pontuação:

0 = nunca 3 = aproximadamente 50% das vezes

1 = raramente 4 = a maioria das vezes

2 = às vezes 5 = sempre

1. Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo?  
 0  1  2  3  4  5
2. O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?  
 0  1  2  3  4  5
3. As preliminares (carícias, beijos, abraços, afagos etc.) a estimulam a continuar a relação sexual?  
 0  1  2  3  4  5
4. Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?  
 0  1  2  3  4  5
5. Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo?  
 0  1  2  3  4  5
6. Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?  
 0  1  2  3  4  5
7. Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina?  
 0  1  2  3  4  5
8. Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual?  
 0  1  2  3  4  5
9. Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza?  
 0  1  2  3  4  5
10. A satisfação que você consegue obter com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?  
 0  1  2  3  4  5

#### Aspectos avaliados pelo QS-F

- Desejo e interesse sexual (questões 1, 2, 8)
- Preliminares (questão 3)
- Excitação da mulher e sintonia com o parceiro (questões 4, 5)
- Conforto na relação sexual (questões 6, 7)
- Orgasmo e satisfação sexual (questões 9, 10)

Fonte: **CARMITA ABDO**. Elaboração e Validação do Quociente Sexual – versão feminina. Rev Bras Med 2006; 63(9):477-482.

#### Gabarito

**Resultado = padrão de desempenho sexual:**

82 - 100 pontos *bom a excelente*

62 - 80 pontos *regular a bom*

42 - 60 pontos *desfavorável a regular*

22 - 40 pontos *ruim a desfavorável*

0 - 20 pontos *nulo a ruim*

#### Como obter o resultado:

**Somar os pontos atribuídos a cada questão, subtrair 5 pontos da questão 7 e multiplicar o total por 2:**

$2 \times (Q_1 + Q_2 + Q_3 + Q_4 + Q_5 + Q_6 + [5 - Q_7] + Q_8 + Q_9 + Q_{10})$

(Q = questão)

[5-Q 7] = a questão 7 requer que se faça previamente essa subtração e que o resultado entre na soma das questões

ANEXO 6:

### ICIQ-SF EM PORTUGUÊS

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ Data de Hoje: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

1. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Dia / Mês / Ano)

2. Sexo: Feminino  Masculino

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

- Nunca  0
- Uma vez por semana ou menos  1
- Duas ou três vezes por semana  2
- Uma vez ao dia  3
- Diversas vezes ao dia  4
- O tempo todo  5

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

- Nenhuma  0
- Uma pequena quantidade  2
- Uma moderada quantidade  4
- Uma grande quantidade  6

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Não interfere Interfere muito

ICIQ Score: soma dos resultados 3+4+5 = \_\_\_\_\_

6. Quando você perde urina?

(Por favor, assinale todas as alternativas que se aplicam a você).

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

**"Obrigado por você ter respondido as questões"**