

UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI

JULIANA RODRIGUES DE PAULA

PATRICIA DE CASSIA SOARES DA SILVA

**Avaliação após um ano do término do protocolo de Fisioterapia Pélvica em
mulheres com Incontinência Urinária de Esforço e Incontinência Urinária
Mista**

São Paulo

2014

JULIANA RODRIGUES DE PAULA
PATRICIA DE CASSIA SOARES DA SILVA

**Avaliação após um ano do término do protocolo de Fisioterapia Pélvica em
mulheres com Incontinência Urinária de Esforço e Incontinência Urinária
Mista**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como exigência parcial para obtenção do
Título de Graduação do Curso de Fisioterapia.
Da Universidade Anhembi Morumbi
sob orientação da Profa. Ft. Luciana Caglione
Coordenadoras: Ft. Ms. Mariane Castiglione
Ft. Gláucia Aparecida dos Reis

São Paulo

2014

Epigrafe

*Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades,
lembrai-vos de que as grandes coisas do homem
foram conquistadas do que parecia impossível.*

Charles Chaplin

Agradecimentos

Primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de nossas vidas, e não somente nestes anos como universitárias, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém possa conhecer.

A Universidade Anhembi Morumbi, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbramos no horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ético aqui presente.

A orientadora Luciana Caglione, pela orientação, apoio e confiança.

As co-orientadoras Glaucia Aparecida dos Reis e Mariane Castiglione, pelo empenho dedicado a este trabalho.

Agradeço às professoras citados por nos proporcionar o conhecimento não apenas irracional, mais a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, portanto que se dedicaram a nós não somente por terem nos ensinado, nos feito aprender. A palavra mestre, nunca fará justiça a professoras dedicadas aos quais sem nomear terão os nossos eternos agradecimentos.

Aos nossos pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Aos nossos amigos, companheiros de trabalho e irmãos na amizade, que fizeram parte da nossa formação e que vão continuar presente em nossas vidas.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da nossa formação, o nosso muito obrigada.

Resumo

A incontinência Urinária é definida como qualquer perda urinária involuntária. Sendo Incontinência urinária de esforço (IUE) perda de urina ao esforço; Incontinência urinária de urgência (IUU) urgência miccional; e Incontinência urinária mista (IUM) associação de ambas citadas anteriormente. Foram avaliadas 29 pacientes com incontinência urinária, através da ficha de avaliação da fisioterapia pélvica, teste manual da musculatura do assoalho pélvico e o diário miccional. O estudo analisou os dados, da literatura e das avaliações das pacientes com IUE e IUM atendidas no serviço hospitalar, contribuindo para avaliar a efetividade terapêutica da Fisioterapia Pélvica, possibilitando o aprimoramento do protocolo utilizado no serviço e beneficiando as pesquisas científicas realizada nesta área da Fisioterapia. Os critérios de inclusão foram pacientes com diagnóstico de IUE e IUM que participaram do tratamento no serviço hospitalar do HMEVNC. Os resultados obtidos desta pesquisa predominantes foram: 41,4% de IUE, 37,9% IUM, e 13,8% IUU. Sendo a Idade média de 52,86%. História miccional: O número de trocas de forro foi menor que 4, sendo 48,3% das pacientes, onde o tempo dos sintomas foi menor que 4 anos, com 44,8%, 55,2% das pacientes relataram perda antes de chegar ao banheiro, sendo a queixa principal de perda de urina. 62,1% das pacientes era ativas em relação a atividade sexual e 58,6% relatavam dispareunia. Avaliação; Concluímos através dos dados analisados que em relação a um ano após o tratamento de fisioterapia houve um predomínio de pacientes que não relatam melhoras dos sintomas de perda de urina, pois as orientações não foram seguidas.

Palavra chave: Incontinência, perda, urina, qualidade de vida, fisioterapia.

Abstract

The Urinary incontinence is defined as any involuntary urine loss. Being Stress urinary incontinence (SUI) loss of urine on exertion; Urinary incontinence (UI) urinary urgency; and mixed urinary incontinence (MUI) combination of both previously cited. 29 patients with urinary incontinence, through the rubric of pelvic physiotherapy, manual testing of the pelvic floor muscles and the urinary diary were evaluated. The study analyzed data from the literature and assessment of patients with SUI and MUI in the hospital service, helping to evaluate the therapeutic effectiveness of the Pelvic Physiotherapy, enabling the improvement of the protocols used and benefiting the scientific research conducted in this area of Physiotherapy. Inclusion criteria were patients diagnosed with SUI and MUI who participated in treatment in the hospital service HMEVNC. The results of this research were prevalent: 41.4% of SUI, MUI 37.9%, and 13.8% IUU. As the average age of 52, 86%. Voiding history: The number of exchanges of liner was less than 4 was 48.3% of patients, where the time of symptoms was less than four years, with 44.8%, 55.2% of patients reported loss before reaching the bathroom being the chief complaint of loss of urine. 62.1% of patients were active in relation to sexual activity and 58.6% reported dyspareunia. evaluation; We conclude from the data analyzed that compared to a year after treatment with physiotherapy there was a predominance of patients who did not report improvements in symptoms of leakage, because the guidelines have been followed.

Keyword: incontinence, loss, urine, quality of life, physical therapy.

Sumário

1. Introdução	9
2. Metodologia	11
3. Objetivo	14
4. Prevalência	15
5. Papel da fisioterapia	16
6. Benefícios da Fisioterapia na Incontinência Urinaria	21
7. Adesão ao tratamento e desistência.....	22
8. Qualidade de Vida na Incontinência Urinaria.....	25
8.1 Relação entre a vulnerabilidade ao estresse e a qualidade de vida das mulheres com IU.....	26
9. Resultados	28
10. Discussão	32
11. Conclusão	39
Referencias	39
Anexo I.....	46
Anexo II.....	49
Anexo III.....	54
Apêndice I.....	56
Apêndice II.....	58
Apêndice III.....	60

Tabela de Siglas

IUE	- Incontinência Urinária de Esforço
IUM	-Incontinência Urinária Mista
IUU	-Incontinência Urinária de Urgência
MAP	-Musculatura do Assoalho Pélvico
HMEVNC	-Hospital Municipal Maternidade Escola Vila Nova Cachoerinha
TCLE	-Termo de Consentimento Livre Esclarecido
AFA	-Avaliação de Força do Assoalho pélvico
QV	-Qualidade de Vida
AP	-Assoalho Pélvico
EENM	-Estimulação Elétrica neuromuscular
TMAP	-Tratamento da Musculatura do Assoalho Pélvico
IU	- Incontinência Urinária

1. Introdução

A Sociedade Internacional de Continência (ICS) define a Incontinência Urinária (IU), como qualquer perda involuntária de urina. A IU é classificada em Incontinência Urinária de Esforço (IUE) a perda de urina ao esforço como no espirro ou na tosse, Incontinência Urinária de Urgência (IUU) é a perda involuntária de urina associada ou imediatamente precedida por urgência miccional e Incontinência Urinária Mista (IUM), que é a associação de ambas citadas anteriormente (Feldner, et al; 2005; Nazário et al, 2009).

Alguns fatores de risco, podem estar associados a IU como o envelhecimento das fibras musculares, a redução da função ovariana após a menopausa, a obesidade, a gravidez e os múltiplos partos vaginais (Sousa, et al; 2010).

A IU é prevalente em adultos e de duas a quatro vezes mais comuns em mulheres do que em homens. Sua incidência aumenta linearmente com a idade, podendo ser considerada como uma síndrome geriátrica, devido à alta prevalência e ao impacto negativo na qualidade de vida do idoso (Melo et al, 2012).

Uma estimativa sobre os custos financeiros anuais, relacionados à IU em todas as idades, apresenta valores que giram em torno de 16 bilhões de dólares nos Estados Unidos, sendo maior do que os custos diretos anuais para o câncer de mama, ovário, útero e colo de útero combinados, por este motivo é necessário que o tratamento seja efetivo, a fim de gerar diminuição dos gastos e melhora da qualidade de vida da paciente (Oliveira e Garcia, 2011).

Embora a IU não cause risco de vida é uma condição que pode gerar implicações, sociais, clínicas e psicológicas, afetando adversamente a qualidade de vida (QV) das pacientes (Tilorri et al, 2007).

Em um aspecto geral, as mulheres com IU, referem limitações em níveis físicos como em praticar esporte e carregar objetos, alterações nas atividades sociais,

ocupacionais e domésticas, influenciando negativamente o estado emocional e a vida sexual. Além disso, pode provocar desconforto social e higiênico, pelo medo da perda urinária, pelo cheiro de urina, pela necessidade de utilizar protetores (absorventes) e de trocas mais frequentes de roupas. A presença de sintomas irritativos, como a noctúria, urgência, muitas vezes prejudica a qualidade do sono e o relacionamento social, levando a quadros de cansaço, depressão e isolamento (Tilorriet al, 2007). Uma grande parte das mulheres com queixa de perda urinária leva um longo período para procurar assistência médica, devido a fatores culturais, familiares ou ainda pelo constrangimento, aliado ao desconhecimento da possibilidade de tratamento (Tilorriet al, 2007).

2. Metodologia

A pesquisa realizada foi do tipo clínica, iniciada após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Municipal Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha (HMEVNC).

Foram avaliadas 29 pacientes com diagnóstico de IUE e IUEM que há um ano atrás, finalizaram o tratamento de Fisioterapia Pélvica. O protocolo que as pacientes participaram constava de Eletroestimulação por Via Vaginal e Exercícios dos Músculos do Assoalho Pélvico (MAP), também realizados em domicílio além da orientação comportamental.

Após o término do tratamento as pacientes foram orientadas a continuarem os exercícios dos MAP e a seguirem as orientações comportamentais em seus domicílios, e após um ano foram convocadas para participarem deste estudo.

A Avaliação após um ano, foi aplicada através da ficha de Avaliação Fisioterápica utilizada no Serviço de Fisioterapia (ANEXO II), Diário Miccional (ANEXO I) preenchido por sete dias pela paciente e a Avaliação da Função dos Músculos do Assoalho Pélvico (AFA).

O AFA foi realizado através da palpação bi-digital e pela quantificação da contração perineal. O exame da palpação bidigital foi realizado com a paciente em decúbito dorsal em posição ginecológica modificada (flexo-abdução de coxofemoral com os pés apoiados sobre a maca); os dedos indicador e médio do examinador foram introduzidos no canal vaginal, com a mão devidamente enluvada e untada em gel. Foi solicitado à paciente que contraísse a musculatura ao redor dos dedos do examinador e sustentasse essa contração pelo tempo máximo que conseguisse. (Sousa, et al; 2010). Realizado o AFA por três vezes consecutivas, levando em consideração o maior grau de contração da musculatura do assoalho pélvico (MAP). Classificando-se grau 0 a 5 de acordo com Ortiz (1994), conforme ilustrado na Tabela 01.

Grau 0	Ausência de contração dos músculos perineais.
Grau 1	Esboço de contração muscular e não sustenta.
Grau 2	Presença de contração de pequena intensidade, mas que se sustenta.
Grau 3	Contração sentida com aumento da pressão intravaginal os dedos do examinador com pequena elevação da parede vaginal posterior.
Grau 4	Contração satisfatória, que aperta os dedos do examinador com elevação da parede vaginal posterior em direção à sínfise púbica.
Grau 5	Contração forte, compressão firme dos dedos do examinador com movimento positivo em relação à sínfise púbica.

Tabela 01. Escala de Oxford. Fonte: ORTIZ e NUNES, 1994.

Os critérios de exclusão foram: mulheres com prolapso grau III e IV, distopia, inexistência do número de telefone nos registros hospitalares.

A intervenção inicial foi realizada por contato telefônico, pelas pesquisadoras responsáveis Juliana Rodrigues de Paula e Patrícia de Cássia Soares, após um ano do término do Protocolo de Fisioterapia Pélvica.

De acordo com a aceitação e interesse da paciente, foi explicado e enviado via correio o Diário Miccional para que fosse preenchido durante sete dias, a paciente foi orientada a anotar a frequência miccional (diurna e noturna), volume urinado,

número de episódios de perda urinária, e como ocorreu a perda dentre as opções: tosse, subir e descer escadas, estresse, espirro, correr, sorrir.

Após o preenchimento do Diário Miccional as avaliações foram agendadas no ambulatório de fisioterapia do hospital, onde todas inicialmente foi explicado sobre o estudo e quando ocorreu a concordância elas assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Em seguida as mulheres foram avaliadas pelas pesquisadoras responsáveis com supervisão de uma fisioterapeuta responsável.

3. Objetivo

Avaliar os resultados após um ano do término do protocolo de Fisioterapia Pélvica em mulheres com Incontinência Urinaria de Esforço e Incontinência Urinaria Mista atendidas pelo serviço de fisioterapia do Hospital Municipal Maternidade Escola Dr. Mario de Moraes Silva - Vila Nova Cachoeirinha.

4. Prevalência

A prevalência da IU varia com a idade, e é duas vezes mais frequente em mulheres até os 80 anos. Após esse período, a prevalência entre homens e mulheres é a mesma. Estima-se que 15 a 30% da população acima de 65 anos de idade na comunidade, e pelo menos, 50% das pacientes institucionalizadas são incontinentes (Girão, et al, 2009).

No Brasil são poucas as descrições quanto à prevalência da IU na população brasileira. Esses valores são descritos de acordo com o tipo de IU sendo restritos os estudos por inquérito populacional. Observou-se que em mulheres climatéricas a queixa de IUE prevalece em 35% delas (Borba et al, 2007).

Por outro lado, Gomes & Silva (2010) destacaram que a IUE é o tipo mais comum no pós-parto vaginal, acometendo cerca de 15% a 30% das mulheres. Esta variação na prevalência se explica pelas diferentes investigações feitas no pós-parto. Para algumas mulheres, esta patologia no pós-parto é um problema que limita suas atividades diárias e impacta negativamente em sua qualidade de vida (Valério, et al; 2013).

5. Papel da fisioterapia

Diversas pesquisas já evidenciam que o tratamento fisioterapêutico é de grande importância e demonstra bons resultados no manejo da IU, sendo recomendado pela Sociedade Internacional de Continência como primeira opção de escolha, por apresentar menor prevalência de reações adversas e ter como vantagens o baixo custo, além de poder em muitos casos evitar um procedimento cirúrgico (Pitanguí, et al, 2012).

A fisioterapia, como forma abrangente de tratamento, visa a prevenção e tratamento curativo da IU por meio da educação da função miccional, informação a respeito do uso adequado da musculatura do assoalho pélvico, bem como o aprendizado de técnicas e exercícios para aquisição do fortalecimento e normalização da função muscular (Oliveira, et al, 2011).

A Fisioterapia Pélvica tem como objetivo, a prevenção e o tratamento clínico das disfunções miccionais, fecais e sexuais femininas (Nazário, et al, 2009).

Como modalidades de tratamento temos treinamento dos músculos do assoalho pélvico, eletroterapia por vias, vaginal, anal e de superfície, biofeedbackeletromiográfico e pressórico e os cones vaginais (Baracho,2007).

O Biofeedback é um aparelho que possibilita a informação sobre o processo normal, fisiológico e inconsciente da contração muscular do assoalho pélvico, seja introduzida ao paciente e/ou ao terapeuta como sinal visual, auditivo ou tátil (Oliveira, et al; 2011).

A Eletroestimulação neuromuscular (EENM) é a aplicação da corrente elétrica que estimula a inervação das vísceras pélvicas ou o suprimento de sua inervação. O objetivo é induzir diretamente uma resposta terapêutica ou passar a modular as disfunções do trato urinário, intestinais e sexuais (Oliveira, et al; 2011).

Os cones vaginais, podem melhorar o tônus da musculatura pélvica, introduzidos na cavidade vaginal recrutam as fibras musculares através da retenção deles dentro da vagina e da contração muscular, o peso é aumentado progressivamente (Oliveira, et al, 2011).

O Treinamento dos Músculos do Assolho Pélvico (TMAP) leva à hipertrofia das fibras dos músculos e maior recrutamento de neurônios motores ativos, promovendo elevação permanente da musculatura do AP e melhor suporte para as vísceras dentro da pelve (Camillato, et al, 2012).

O TMAP proporciona contração muscular rápida e forte do AP, que sustenta a uretra e aumenta a pressão intrauretral, evitando perda de urina durante aumentos da pressão intra-abdominal. Além disso, a coordenação e o tempo exato da contração muscular do AP podem impedir a descida da uretra durante o aumento abrupto da pressão intra-abdominal (Camillato, et al, 2012).

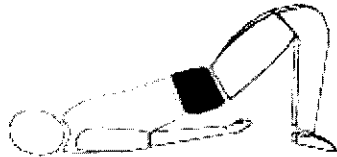
O TMAP é a opção menos invasiva para o tratamento de IU e não causa efeitos colaterais, o que o torna o único método sem restrições para qualquer paciente. Ele também pode auxiliar na melhora das disfunções sexuais femininas, juntamente com a conscientização dos MAP, por alterar de maneira positiva a vida sexual (Camillato, et al, 2012).

Caetano et al. (2008) complementaram que os exercícios perineais preconizados por kegel é uma opção simples e de baixo custo, mas requer motivação e colaboração do paciente para que se possa alcançar um resultado eficaz. Kegel, ao desenvolver este programa, apoiou-se na tese de que a musculatura do assoalho pélvico era responsiva a medidas que promovessem sua contração. A partir daí, aplicou este programa clinicamente por 17 anos, ao que chamou de terapia fisiológica. Esta consistia em exercícios para o fortalecimento desta cadeia muscular com sequências diárias (Camillato, et al, 2012).

A cinesioterapia no restabelecimento da IUE está compreendida na realização dos exercícios de Kegel por objetivar trabalhar a hipotonia da musculatura perineal do assoalho pélvico. Nolasco et al. (2007) relataram que 30% das mulheres não conseguem exercitar corretamente a musculatura do assoalho pélvico, com isso, preconiza-se que os músculos abdominais, glúteos e adutores, devem ficar em repouso ou em tensão constante para se evitar uma contração conjunta. Esse procedimento facilitará a realização, desempenho e sucesso nos exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica (Camillato, et al, 2012).

Nolasco et al. (2007), apresentaram algumas imagens que exemplificam os exercícios que compõem o programa de kegel para o fortalecimento dos músculos perineal:

Decúbito dorsal Pernas semifletidas, pés no chão, expirar, colocar a pelve em retroversão e em seguida elevar as nádegas mantendo a retroversão. Repousar lentamente inspirando, desenrolando lentamente a região lombar até o solo.



Decúbito dorsal: nádegas ligeiramente elevadas com uma almofada, pernas flexionadas e cruzadas, pés no chão; sustentar entre as faces internas do joelho; elevar assento o mais alto possível expirando, voltar à posição de partida inspirando.



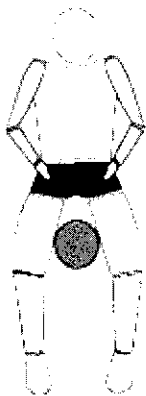
Decúbito dorsal, nádegas apoiadas no chão, colocar entre as pernas um medicine-bal e elevar as duas pernas semi-estendidas.



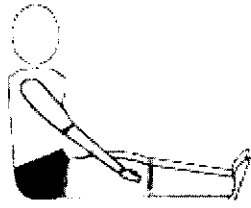
Decúbito dorsal, nádegas ligeiramente elevadas, perna de apoio flexionada e que fará a elevação estendida. Realizar o exercício com as duas pernas.



Em pé, com uma bola entre as faces internas da coxa, ficar na ponta dos pés, contraindo o períneo e relaxando-o ao voltar com as plantas dos pés no chão.



Sentada com as duas pernas estendidas realizar contrações da musculatura perineal.



Em pé, encontrada em uma parede realizar retroversão da pelve com a musculatura pélvica contraída.



6. Benefícios da Fisioterapia na Incontinência Urinária

A atuação da fisioterapia no tratamento da IUE é efetiva, tanto na redução das perdas urinárias quanto na melhora da qualidade de vida de suas portadoras, independentemente da terapêutica aplicada. No entanto, novos estudos devem ser realizados abordando esse tema, a fim de comprovar e divulgar essa terapia conservadora pouco difundida entre os demais profissionais da saúde (Costa, Santos; 2012).

A estimulação elétrica neuromuscular (EENM) é uma modalidade que os índices de cura variam de 30–50%¹². Independentemente da frequência utilizada (média ou baixa) promove uma redução significativa das perdas urinárias, mas, se comparada a outras terapêuticas empregadas na reeducação do assoalho pélvico, não mostra ser tão eficaz. O biofeedback é uma técnica que promove a conscientização da musculatura do assoalho pélvico, através de sinais luminosos, numéricos e/ou auditivos, o que ocasiona uma boa e fiel contração perineal. Para um tratamento ser efetivo, deve ser associado aos exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, com essa associação, é possível fortalecer e promover a contração correta dos músculos responsáveis pela continência (Costa, Santos; 2012).

7. Adesão ao tratamento e desistência

Urinar na roupa e usar fraldas é interpretado como um comportamento não esperado para adultos nem para idosos e a IU os expõe a isso. A pessoa sob tal ameaça vexatória empreende movimentos, ou seja, dirige o seu self a fazer algo para manipular esse símbolo, impulsionando as mulheres sem perspectivas de reabilitação a não se importarem à experiência de mulheres que necessitam em adotar estratégias de contenção de urina, mesmo que estas possam comprometer ainda mais a sua saúde (Delarmelindo, et al; 2010).

Essa interpretação, segundo o Interacionismo Simbólico, corrobora com o conhecimento produzido por outros autores que justificam a perpetuação da IU como uma epidemia silenciosa, mediante a compreensão que as pessoas têm acerca da doença, a partir de uma construção social relativizada por fatores culturais, caracteristicamente subjetivos e mutáveis, a partir de percepção individual em contexto específico de valores, objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Para tanto, estão sob forte influência de modelos conceituais, nos quais o funcionamento físico e emocional repercute diretamente sobre papéis e interação social, numa dimensão coletiva que circunda a vida cotidiana(Delarmelindo, et al; 2010).

Acrescenta-se, ainda, que essa concepção tem contribuído para que as pessoas continuem a admitir a IU como um problema normal, ocorrido com o envelhecimento ou gestação; portanto, sendo esperado para grupos de idosos e gestantes, o que retarda a procura por métodos que amenizem ou solucionem eventuais alterações no padrão vesical (Delarmelindo, et al; 2010).

Para tanto, os fatores étnicos, sociais e culturais estão associados com a forma divergente de busca por ajuda entre as mulheres de diversos grupos, isso porque muitos indivíduos ainda estigmatizam e marginalizam aqueles que apresentam problemas como a IU(Delarmelindo, et al; 2010).

Durante as sessões da fisioterapia é necessário que o paciente não apenas observe e execute as atividades propostas pelo fisioterapeuta, mas que esse (paciente) se reconheça como ativo e chave fundamental no processo terapêutico. Afinal, a efetividade do tratamento encontra-se numa via de mão dupla, onde os pacientes precisam ser participantes ativos sob orientação do fisioterapeuta. A tendência é que a medida que os participantes se envolvam em relações interpessoais, características como afetividade, reciprocidade, confiança, respeito e vínculo se desenvolvam e se tornem mais evidentes (Subtil; 2010).

Nesse contexto, Botelho et al. (2007) relataram o fato de as mulheres não procurarem o serviço de saúde especializado para o tratamento, por acreditarem ser comum ou esperado este fato ocorrer com o avanço da idade. No entanto, quando a qualidade de vida está demasiadamente afetada pela IUE, elas procuram o atendimento médico (Valério, et al; 2013).

A permanência no tratamento é um processo que está vinculada tanto ao paciente quanto ao profissional. Realizar o tratamento fisioterapêutico até o final requer qualidade e aspectos daquele que trata e daquele que é tratado. No caso dos pacientes fatores como disciplina, desejo de melhorar, assiduidade, confiança no profissional e na técnica escolhida, compromisso e a realização das orientações quanto a execução das atividades domiciliares figuram como determinantes para que o paciente realize todo o tratamento na fisioterapia (Subtil; 2010).

O abandono da fisioterapia aparece ligado a quatro fatores: dificuldades financeiras; necessidade de voltar ao trabalho; falta de interesse e desvalorização do tratamento, tanto devido à avaliação negativa dos serviços oferecidos pelo SUS, quanto devido a fatores psicológicos que geram um descomprometimento do paciente com um tratamento que não é pago; insatisfação com as técnicas fisioterapêuticas e com o relacionamento com o fisioterapeuta (Subtil; 2010).

Portanto, a adesão ao tratamento na fisioterapia esteve relacionada tanto a contingências gerais quanto a características pessoais/ perfil psicológico dos

pacientes. Nesse processo o paciente é visto como elemento principal e o fisioterapeuta como elemento secundário. Ser o elemento principal significa ter a maior parte das responsabilidades ligadas ao processo de reabilitação, ou seja, a melhora do quadro dependerá mais da vontade e do interesse do paciente em alcançar os objetivos do tratamento do que o tratamento em si oferecido pelos fisioterapeutas(Subtil; 2010).

8. Qualidade de Vida na Incontinência Urinária

A IU, com os seus sintomas associados, pode causar um significativo impacto na qualidade de vida e uma considerável variedade de percepções e respostas entre as pessoas. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, qualidade de vida significa a percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Nesta definição está implícito que a qualidade de vida é um conceito subjetivo e, portanto, variável, uma vez que inclui elementos de avaliação tanto positivos, como negativos. Há um consenso na literatura de que a IU pode afetar adversamente a qualidade de vida, com sérias implicações em muitas esferas, como na psicológica, social, física, económica e no relacionamento pessoal e sexual. A IU apresenta-se não apenas como uma ameaça à autoestima, mas também como fator de isolamento social e depressão (Dias; 2010).

Oliveira et al. (2009), através do seu estudo, verificaram que há interferência da IU na qualidade de vida das mulheres, porém a maioria das participantes não a considerava como um problema de saúde ou consideravam-na como um processo natural do envelhecimento, adaptando-se, assim, a sua vida diária, facto que pode ser explicado pela sua falta de informação. A escassez de informação a respeito da patologia conduz a que o problema seja ignorado por muitas mulheres que são acometidas pela IU e, até mesmo, por alguns profissionais de saúde (Dias; 2010).

A qualidade de vida das mulheres com IU é afetada de diversas maneiras. Passam a preocupar-se com a disponibilidade de casas de banho, envergonham-se com o odor da urina e sentem-se frequentemente sujas, chegando a apresentar lesões cutâneas, como a dermatite amoniacal e infeções urinárias repetidas. Muitas apresentam dificuldade no domínio da sexualidade, seja por perda de urina, pelo medo de interrompê-lo para urinar ou simplesmente por vergonha perante o parceiro. Alguns sintomas associados à IU afetam a qualidade do sono das

mulheres, como a noctúriae a enurese noturna. A privação de sono pode levar ao cansaço e à diminuição da energia. A IU constitui-se como um sintoma com implicações sociais, causando desconforto e perda de autoconfiança, além de interferir, negativamente, na qualidade de vida e na função sexual da mulher. A IU tem consequências na vida pessoal e no desempenho profissional destas mulheres, acarretando um grande impacto na sua qualidade de vida (Dias; 2010).

Alguns estudos têm evidenciado uma enorme preocupação com a interferência da IU na qualidade de vida dessas mulheres, dado que os episódios de IU durante as atividades desenvolvidas diariamente são causadores de constrangimento social, disfunção sexual e de baixo desempenho profissional. Estas alterações são fatores de isolamento social, estresse, depressão, sentimento de vergonha, condições de incapacidade e de baixa autoestima (Dias; 2010).

Em suma, a IU exerce múltiplos efeitos sobre as atividades diárias, interações sociais e percepção própria de saúde. Os maiores problemas relacionam-se com o bem-estar social e mental, incluindo os problemas sexuais, o isolamento social, a baixa autoestima, a vulnerabilidade ao estresse e a depressão, afetando de modo significativo a qualidade de vida, com consequências psicológicas, físicas, profissionais, sexuais e sociais (Dias; 2010).

8.1 Relação entre a vulnerabilidade ao estresse e a qualidade de vida das mulheres com IU

Tendo em conta que a pessoa com IU enfrenta progressivamente alterações no seu cotidiano, muito em parte, derivadas às perdas de urina frequentes podemos dizer que vivem em constante estresse face ao inesperado. Deste modo, a vulnerabilidade ao estresse e a adoção de estratégias de coping variam de indivíduo para indivíduo, facilitando ou dificultando a adoção de comportamentos que os ajudem a ultrapassar as dificuldades impostas por esta patologia. Os níveis de tolerância ao estresse são

diferenciados para cada pessoa, aquelas com limites mais elásticos possuem maior resistência contudo, ao serem submetidas a uma tensão constante de forma crescente, inevitavelmente esse elástico poderá romper, ocasionando grandes probabilidades de adoecerem. Embora a IU não coloque diretamente a vida das mulheres em risco, é uma condição que pode trazer sérias implicações de saúde, bem como sociais, psicológicas e económicas, resultando numa maior predisposição destas mulheres ao estresse. O desconforto social e em termos de higiene dá-se principalmente pelo medo da perda urinária, o cheiro de urina, a necessidade de utilizar absorventes (fraldas) e as trocas mais frequentes de roupas, levando a mulher a estar mais predisposta a estados de estresse elevados(Dias; 2010).

9. Resultados

- Tabela 1 - Incontinência Urinaria de Esforço e Incontinência Urinaria Mista

	N	%
ESFORÇO	12	41,4
MISTA	11	37,9
NENHUMA	2	6,9
URGENCIA	4	13,8
Total	29	100,0

- Tabela 2 - Idade/Parto/IMC/Parto Vaginal/Parto Cesaria/ Forceps

	IDADE	IMC	PARTO VAGINAL	PARTO CESARIA	FORCEPS
Média	52,86	28,53	2,31	0,55	0,21
Mediana	52,00	27,24	2,00	0,00	0,00
Mínimo	33	19,53	0	0	0
Máximo	80	41,14	6	3	3
desvio-padrão	11,28	4,96	1,67	0,78	0,62
N	29	29	29	29	29

- Tabela 3 - Doenças associadas HAS/DM/Doenças Respiratórias

	HAS		DM		Doença respiratória	
	N	%	N	%	N	%
N	16	55,2	21	72,4	23	79,3
S	13	44,8	8	27,6	6	20,7
Total	29	100,0	29	100,0	29	100,0

- Tabela 4 - Fatores de Risco (Constipação;Tabagismo;Atividade física; Hábitos alimentares; Cirurgia pélvica; Medicamentos)

	Constipação intestinal		Tabagista		Atividade Física		Alimentos ou bebidas irritativas		Cirurgia Pélvica		Medicamentos em uso	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
N	18	62,1	24	82,8	16	55,2	29	100,0	15	51,7	8	27,6
S	11	37,9	5	17,2	13	44,8	0	0,0	14	48,3	21	72,4
Total	29	100,0	29	100,0	29	100,0	29	100,0	29	100,0	29	100,0

- Tabela 5 - Histórico Miccional (numero de troca de forro; tempo do sintoma; perda antes de chegar ao banheiro; queixa principal)

	Categorias	N	%
N de trocas	<4	14	48,3
	>4	2	6,9
	N	13	44,8
Tempo de sintomas	< DE 4 ANOS	13	44,8
	> DE 4 ANOS	14	48,3
	NENHUMA	2	6,9
Perda antes de chegar ao banheiro	SR	1	3,4
	N	12	41,4
	S	16	55,2
Queixa principal	DISTOPIA	1	3,4
	NÃO PERDE MAIS URINA	1	3,4
	PERDA AO ESFORÇO	10	34,5
	PERDA DE URINA	16	55,2
	PERDA DE URINA URGENCIA	1	3,4
	Total	29	100,0

- Tabela 6 - Atividade Sexual eDispareunia

	Atividade sexual		Dispareunia	
	N	%	N	%
N	11	37,9	17	58,6
S	18	62,1	12	41,4
Total	29	100,0	29	100,0

- Tabela 7 - AFA

	AFA	
	N	%
2	3	10,3
3	7	24,1
4	14	48,3
5	4	13,8
SR	1	3,4
Total	29	100,0

- Tabela 8 - Diário Miccional

	FREQUENCIA URINARIA DIA	FREQUENCIA URINARIA NOITE	PERDA URINARIA
Média	5,355	1,548	0,51
Mediana	4,750	1,600	0,40
Mínimo	3,4	0,0	0
Máximo	9,0	2,8	2
desvio-padrão	1,468	0,983	0,510
N	28	29	29

• Tabela 9 - Resultados após um ano

		N	%
Após o término do tratamento continuou os exercícios?	NÃO	23	79,3
	SIM	6	20,7
Continua fazendo reeducação comportamental?	NÃO	21	72,4
	SIM	8	27,6
Após o tratamento teve perda de urina?	NÃO	3	10,3
	SIM	26	89,7
Depois de quanto tempo?	> 2 MESES	1	3,4
	> 3 MESES	4	13,8
	> 4 MESES	2	6,9
	> 8 MESES	1	3,4
	> 12 MESES	3	10,3
	CONTATO COM AGUA	1	3,4
	NÃO PAROU NÃO PERDEU MAIS	16	55,2
Como se sentiu após o término do tratamento?	BEM	12	41,4
	IGUAL	17	58,6
E como se sente hoje?	BEM	10	34,5
	IGUAL	12	41,4
	RUIM	7	24,1
Os sintomas voltaram ?	NÃO	1	3,4
	SIM	28	96,6
Sente arvaginal ?	NÃO	8	27,6
	SIM	21	72,4
No tratamento usou eletro ou exercícios?	EXERCICIOS	24	82,8
	OS DOIS	5	17,2
	Total	29	100,0

10. Discussão

Neste estudo 41,4% das pacientes foram diagnosticadas com IUE compatíveis com as afirmações de Hunskaaret al. (2003), onde afirmam que aproximadamente metade das mulheres incontinentes são classificadas como IUE, com proporção menor classificada em IUM e IUU.

A média da idade apresentada pelas pacientes foi de 52,86 anos. Segundo Botelho et al. (2007), a incontinência urinária acomete as mulheres principalmente na pós-menopausa.

Em relação ao IMC, observamos neste estudo que as pacientes apresentaram taxa de sobrepeso, fator este contribuinte para a piora da ocorrência das perdas urinárias. De acordo com Berlizziet al. (2008), relatam que a perda de urina e falta de controle de micção pode ocorrerem pelo aumento súbito da pressão intra-abdominal.

Pacientes que tiveram parto normal 2,31 % apresentaram maior índice de IU comparadas com parto cesariana e fórceps, concordando com Oliveira et al. (2010), onde apresentam trabalhos demonstraram que o parto vaginal pode ocasionar os maiores danos aos MAP. O número de gestações e partos vaginais verificados na amostra, pode ser um fator que predispõem a sobrecarga da MAP, houve múltiplos relatos das mulheres avaliadas, referindo que os primeiros sintomas de perda de urina surgiram alguns meses após o parto vaginal. Conforme Scarpa et al. (2009), relatam que há evidências na literatura, de que, o trauma obstétrico pode causar vários graus de lesões nas estruturas neuromusculares do assoalho pélvico. A lesão isquêmica do nervo podendo, com subsequente denervação da musculatura estriada periuretral, diminuindo a pressão intra-uretral, pode determinar a ocorrência de Sintomas Urinários Irritativos (SUI) após o parto.

Outro fator observado foram as presenças de doenças crônicas como a HAS (44,8% e a DM (27,6%) que podem agravar e contribuir com a piora da IU Segundo Sousa et al.(2011), são doenças consideradas fatores de risco que colaboram com o processo de evolução para a IU. É importante, ressaltarmos que elas podem contribuir para a piora da qualidade de vida.

De acordo com Higa et al. (2008), A hipótese de que a carga excessiva na bexiga, após o tratamento com diuréticos, possibilitam não somente a IUU, como também, a IUE. Estes mesmos autores citam, que a associação entre DM e a IU mostrou um possível aumento de vulnerabilidade do assoalho pélvico devido há mudanças do tecido biológico e da inervação do músculo pélvico, ou devido a lesão nas inervenções neuropáticas autonômicas da bexiga, ou pelo aumento da frequência urinaria causada pela hiperglicemia decorrente do aumento do volume urinário.

Em relação aos medicamentos, observamos que 72,4% das pacientes faziam uso de medicamentos para HAS e DM. De acordo com Silveira et al. (2004), os medicamentos antagonistas dos alfa-adrenérgicos, podem desencadear a IU, por diminuir a pressão uretral, e agir sobre a musculatura lisa da uretra proximal e do colo vesical, devido há apresentarem inervação simpática.

A respeito da presença de doenças respiratórias e sintoma tosse obtivemos o resultado de 20,7%, fator de risco contribuinte para a piora das perdas de urina ao esforço. De acordo com Higa et al. (2006), a tosse causa um efeito direto ou indireto na bexiga ou na uretra proporcionando a IU e piorando a frequência e a intensidade da IU existente, por isso que o tabagismo é outro fator de risco já que o fumante pode apresentar frequentemente uma tosse.

Um dado importante que despertou nossa atenção foi que 41,4% das pacientes foram diagnosticadas com IUE, porém 55,2% das pacientes quanto questionadas

apresentou sintoma de urgência miccional, perdem urina antes de chegar ao banheiro. Ou seja, o nosso numero maior teria que ser de mulheres com IUM.

De acordo com os resultados 48,3% das pacientes fazem troca de absorvente menos de 4 vezes ao dia e 48,3% das pacientes tem os sintomas de IU há mais de 4.

Foi observado a média da frequência urinária diurna durante de 5,35 valor considerado dentro da normalidade e da presença da noctúria 1,54 de acordo com o preenchimento do Diário miccional. O diário miccional além de auxiliar no correto diagnóstico, permite a avaliação da gravidade dos sintomas e constituir recursos para avaliar as terapêuticas que serão utilizadas (Feldner, et al. 2005).

Feldner et al, 2005 citam que existem divergências sobre o real valor deste tipo de registro, bem como da duração ideal ou mesmo do valor discriminatório e da reprodutibilidade das informações obtidas. Contudo, os diários miccionais ainda continuam sendo utilizados.

Baseado nos resultados, após o término do tratamento 79,3% das pacientes não continuaram deram continuidade com os exercícios dos MAP em seus domicílios e nem com as orientações comportamentais. Apenas 20,7% das pacientes prosseguiram com os exercícios dos MAP e 27,6% praticaram as orientações comportamentais em seus domicílios diariamente, Segundo Oliveira et al, 2011, demonstram que os estudos comprovam que os exercícios dos MAP têm melhor prognóstico em casos de IU moderada e de curta duração, além de pacientes mais jovens, que são pré-menopáusicas ou que recebem estrógenos, com peso normal e sem cirurgias prévias para IU, e que tenham demonstrado alguma conscientização e função de sua musculatura do assoalho pélvico, têm o melhor prognóstico. Berquoet al. (2009), diz que para o sucesso do tratamento de IU, as mulheres devem ter assiduidade, dedicação, perseverança, após alta fisioterapêutica, dar continuidade as orientações domiciliares. Verificamos de acordo com os resultados que 37,9% das

pacientes com IU não são ativas sexualmente e 41,4% relataram terem dispareunia na relação sexual. Segundo Auge et al. 2006 observaram que existem muitas razões pelas quais os sintomas da IU afetam a vida sexual, talvez não diretamente relacionadas à perda de urina a IU, porém em outros aspectos da sexualidade, como roupas e aparência. A mulher pode não se sentir atraente, principalmente quando faz uso de absorventes na cama. Presenciamos relatos das pacientes avaliadas que diziam sentirem-se "sujas" e fétidas e evitavam a relação sexual ou mesmo a interrompiam para irem ao toalete.

Observamos que 72,4% das pacientes apresentaram presença de queixa de ar vaginal.. De acordo com Etienne 2010, a hipótese de flacidez dos músculos do assoalho pélvico proporcionando a entrada e a saída de ar, ruidosa ou não. Sintoma que gera uma sensação de passagem de ar ou ruído semelhante ao flatos anal, que ocorre em situações do cotidiano proporcionando desconforto e muitas vezes abstinência sexual. Segundo Petrus 2007, com a alteração do tecido conjuntivo e a alteração da função dos músculos do assoalho pélvico algumas mulheres teriam seus órgãos mais sujeitos às corriqueiras alterações de pressão.

De acordo com os resultados 82,8% das mulheres fizeram tratamento fisioterapêutico somente com os exercícios dos MAP em grupo, e 17,2% fizeram eletroestimulação e os exercícios dos MAP em grupo.

De acordo com Filho et al, 2013 na literatura não há consenso sobre os protocolos de fisioterapia pélvica; não existem protocolos direcionados e seguidos de eletroestimulação vaginal nem de exercícios. Porém sabemos que é importante a presença de um profissional fisioterapeuta especializado para orientação adequada do tratamento tanto ambulatorial quanto domiciliar.

Observamos que 58,6% das pacientes não tiveram melhoras dos sintomas da IU após o término do tratamento, ou o abandono, E 41,4% das pacientes

relataram terem melhorado após o tratamento, e que este mesmo valor se encaixa para como ele se sente hoje após um ano do término do tratamento.

Baseado nos resultados, observamos que 96,6%, das pacientes voltaram a apresentar os sintomas da IU. O desconhecimento sobre a função dos MAP pode ser um fator importante para IU, pois o desconhecimento da função muscular pode levar a uma hipotrofia e fraqueza da musculatura. De acordo com Borda, et al; 2008, afirmam que as mulheres percebem que deixam de ter o controle da sua vida e buscam restabelecê-lo tentando retomar a normalidade por meio da consciência das alterações que a perda urinária ocasiona. O restabelecimento do controle engloba estratégias de enfrentamento para conviver e administrar as perdas urinárias. Muitas vezes, é um longo caminho, cheio de vivências e de experiências, mas ela tem que lutar. Nesta batalha a mulher precisa retomar o controle sobre o ter perda urinária para não viver em função da doença e para não ser controlada por ela. Na busca pelo autocontrole, as mulheres fazem o que consideram que precisa ser feito para ter um estilo de vida normal.

Segundo Costa e Santos; 2012, o indivíduo com IU possui limitações físicas, sociais, higiênicas, alterações do estado emocional e psicológicas, afetando diretamente a sua qualidade de vida. Portadoras de IU passam a depender incessantemente da disponibilidade de banheiros, o que afeta a sua vida social. A maioria relata casos de constrangimento, devido ao odor da urina e dificuldade de realizar o ato sexual por medo de perder urina ou de precisar interrompê-lo para urinar.

Foi observado que predomina pacientes que apresentam perda de urina, sendo 89,7% que apresenta perdas urinárias. Conforme Borda, et al; 2008, a busca pelo controle leva a uma luta constante com o próprio corpo e lhes impõem regras rígidas para que não percam urina. As restrições frequentes sempre levam as mulheres a pensar no fato de terem IU. A presença do controle as mantém em alerta .

Conforme Costa, et al; 2005, relata que alguns autores concordam que a IU tem afetado a qualidade de vida de seus possuidores acarretando consequências indesejáveis nos campos psicológicos, físicos e sociais.

A ocorrência de IU é de 2 mulheres para cada homem. Nos estados Unidos, afeta cerca de 25 milhões de americanas. No Brasil, não há dados específicos, porém acredita-se que de 11% a 23% da população feminina apresenta o problema.

A desistência e o descomprometimento das pacientes em relação ao tratamento fisioterapêutico são o que leva a apresentação dos sintomas mesmo após o tratamento. Houve um predomínio de pacientes que não realizavam os exercícios fortalecimento da MAP e a reeducação comportamental, durante todo este período o que levou a fraqueza muscular. Costa, Santos; 2012. Diz que a atuação da fisioterapia no tratamento da IUE é efetiva, tanto na redução das perdas urinárias quanto na melhora da qualidade de vida de suas portadoras, independentemente da terapêutica aplicada. No entanto, novos estudos devem ser realizados abordando esse tema, a fim de comprovar e divulgar essa terapia conservadora pouco difundida entre os demais profissionais da saúde.

Vários trabalhos apontam a terapia conservadora como mais segura, menos invasiva e econômica. Técnica como eletroestimulação e cinesioterapia tem como objetivos a melhora da percepção ao AP, fortalecer o períneo recrutando fibras musculares, dar estímulos a bons hábitos de vida e a prática regular de atividade física (Costa, et al; 2005).

Oliveira, et al; 2007, relata que cada vez é mais importante pensar em prevenir problemas da musculatura do assoalho pélvico, abandonando o hábito de prestar atenção nas disfunções quando os sintomas aparecem. Sabe-se que o número de pessoas com IU vem acompanhando o aumento da longevidade da população, além disso, é frequente ocorrer lesão dos músculos pélvicos durante um parto; redução dos níveis hormonais da menopausa, dentre outros citados. Esses músculos, ao

contrário de outros em nosso organismo, não movimentam um membro ou uma articulação, por esta razão sua atuação não é percebida e não se faz nenhuma ação no sentido de preservar a suas funções.

O fisioterapeuta não esta apenas qualificada para cuidar do paciente de maneira individual, ele também pode ser ativo na educação dos membros da comunidade sobre os mecanismos de continência e incontinência, e os possíveis fatores que possam interferir neste mecanismo, visto que a tendência contemporânea é a abordagem integral do paciente. Assim, o interesse em elaborar estratégias para resolver o problema, vem sendo renovado e buscando técnicas de baixo custo e menor risco para os pacientes (Oliveira, et al; 2007).

11. Conclusão

A princípio o trabalho era um followup de pacientes que realizaram tratamento de incontinência urinária a um ano atrás, 80 pacientes foram selecionadas, mas muitas não tinham telefones, ou não compareceram para a reavaliação e esse número caiu para 29 pacientes.

Ao realizar a reavaliação notamos que algumas informações estavam faltando em suas avaliações iniciais como, por exemplo, o AFA, e nenhuma das pacientes tinham a reavaliação após 10 sessões de fisioterapia o que levou a alteração do trabalho.

Ao finalizarmos a nossa avaliação observamos que as 28 pacientes que não relataram melhora da perda de urina, não continuaram a realizar os exercícios para os músculos do assoalho pélvico, não deram continuidade as orientações comportamentais e acabaram abandonando o tratamento, já a paciente que continua realizando o tratamento de fisioterapia aqui no serviço relata não apresentar mais perda de urina.

Concluimos assim que adesistências e o não comprometimento das pacientes em relação ao tratamento fisioterapêutico pode ser um dos fatores que levam a apresentação dos sintomas de Incontinência Urinária.

Referencias

- BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- BORDA, Alessandra Maria Cotrim; LELIS, Maria Alice dos Santos; BREDÂS, Ana Cristina Passarella. **Significado de ter Incontinência Urinária e ser Incontinente na Visão das Mulheres**. 2007. 535 f. Recorte da dissertação de mestrado defendida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) 2007.
- CAETANO, Aletha Silva; TAVARES, Maria da Consolação Gomes Cunha Fernandes; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. **Incontinência Urinária e a Prática de atividades Físicas**. 2007. 273 f. Mestranda da Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas – Revista Brasileira Medicina Esporte _ Vol. 13, Nº 4 – Jul/Ago, 2007.
- CAMILLATO, Elaine Spinassé; BARRA, Alexandre de Almeida; JUNIOR, Agnaldo Lopes Silva; **Incontinência urinária de esforço: fisioterapia versus tratamento cirúrgico. Especialista em Uroginecologia e Obstetrícia**; Mestre em Ciências da Saúde pelo Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais - Julho/Agosto 2012.
- COSTA, Alana Perreira; SANTOS, Francisco Dimitre Rodrigo Pereira; **Abordagem da fisioterapia no tratamento da incontinência urinária de esforço: revisão da literatura** Estudo realizado na Faculdade Montes Belos – São Luís de Montes Belos (GO), Brasil- Março/Abril 2012.
- DIAS, Andreia Catarina da Cruz. **Qualidade de Vida da Mulher Incontinente Urinária**. Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia/ 2013.







- DELARME LINDO, Rita de Cássia Altino; PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani; BOCCH, Sílvia Cristina Mangini. **Estratégias de enfrentamento da incontinência urinária por mulheres.** Dissertação da Universidade Estadual Paulista- Publicado na Revista Escola Enfermagem USP; 2010.
- ETIENNE, Ma; WAITMAN, Mc. **A Fisioterapia e as Disfunções Sexuais Femininas.** São Paulo: Livraria Médica Paulista. Editora. 2006.
- FELDNER, Paulo Cesar; SARTORI, Marair Gracio Ferreira; LIMA, Geraldo Rodrigues de Lima; BARACAT, Edmund Chada; GIRÃO, Manoel João Batista Castello. **Diagnóstico Clínico e Subsidiário da Incontinência Urinária.** 61 f. Departamento de Ginecologia, Setor de Uroginecologia e Cirurgia Vaginal - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo (SP), Brasil_ Rev Bras Ginecol Obstet. 2006.
- GIRÃO, Manoel João Batista Castello; LIMA, Geraldo Rodrigues; EDMUND, Chada Baracat; **Livro - Serie Ginecologia UNIFESP-EPM.** Barueri, SP; Manole, 2009.
- HAMIL, Knutzen; **Bases Biomecânicas do Movimento Humano – Terceira Edição;** Barueri, SP: Manole, 2012.
- HIGA, Rosângela; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. **Fatores associados com a incontinência urinária na mulher.** Rev. bras. enferm. vol.58 no.4 Brasília July/Aug. 2005

- HUNSKAAR, S; Birgi K; Dikno A; Herzog AR; Hjalman K;Lapitan MC. **Epidemiology and natural history of urinary incontinence in women.** Urology. 2003,62Suppl 4A:16-23.
- LINDO, Rita de Cássia Altino Delarme; PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima; RODRIGUES,Rosalina Aparecida Partezani; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini; **Estratégias de Enfrentamento da Incontinência Urinária por Mulheres.** Universidade EstadualPaulista; RevEscEnferm USP / 2010.
- MATHEUS, L. M. et al. **Influência dos exercícios perineais e dos cones vaginais,associados à correção postural, no tratamento da incontinência urinária feminina.** Revista Brasileira de Fisioterapia. 2006; v. 10, n. 4: 387- 392.
- LOUREIRO,Marina MediciSubtil.**Adesão ao Tratamento Fisioterapêutico uma Análise Fenomenológico-Semiótica da Percepção de pacientes e Terapeutas.** Dissertação a Pós- Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, 2010.
- MELO, Bruna Evellyn Souza; FREITAS, Bruna Carneiro Rodrigues; OLIVEIRA, Valéria Rodrigues Costa; MENEZES, Ruth Losada; **Correlação entre sinais e sintomas de incontinência urinária e autoestima em idosas.** Curso de Fisioterapia, Departamento de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia. Revista Brasileira Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2012.
- MORENO, A. L.**Fisioterapia em uroginecologia.** Barueri, SP: Manole, 2009.
- NETTER, F.H., **Atlas of human anatomy2006:** Saunders/Elsevier.

- NOLASCO, J; Martins, L.; BERQUO, M.;SANDOVAL, R.A. **Cinesioterapia no Fortalecimento Muscular do Assoalho Pélvico feminino**. Artigo Original. ed.56, mai/jun, 2007.
- OLIVEIRA, Emerson ;ZULIANA, Lucia Maria Martins; ISCHICAVA, juliana; SILVA, Soraya Vilela; ALBUQUERQUE, Samuel S. Rollemberg; SOUZA,Angela Mara Bentes; BARBOSA, Caio Parente. **Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina**.Trabalho realizado na Faculdade de Medicina do ABC, departamento de Obstetrícia e Ginecologia disciplina de Ginecologia Patológica e Reprodução Humana Setor de Uroginecologia e Cirurgia Vaginal, Santo André, SP, RevAssocMedBras 2010.
- OLIVEIRA, Jaqueline Ramos; GARCIA,Rosamaria Rodrigues; **Cinesioterapia no tratamento da Incontinência Urinária em mulheres idosas**. Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia “José Ermírio de Moraes” -Revista Brasileira Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2011.
- OLIVEIRA, Kátia Adriana Cardoso; RODRIGUES, Ana Beatriz Cezar; PAULA, Alfredo Batista. **Técnicas Fisioterápicas no Tratamento e Prevenção da Incontinência Urinária de Esforço na Mulher**. 49 f. Acadêmica do curso de Fisioterapia das Faculdades Pitágoras de Montes Claros/MG. 2007.
- OLIVEIRA, K. A. C.; RODRIGUES, A. B. C.; Paula, A. B. **TécnicasFisioterapêuticas no tratamento e prevenção da incontinência urinária de esforço na mulher**. Revista Eletrônica Fapciência, v. 1, n. 1, p. 31-40, Apucarana – PR, 2007.

- PETROS PP, Skilling PM. **Pelvic floor rehabilitation in the female according to the integral theory of female urinary incontinence.** First report. Eur J ObstetGynecolReprod Biol. 2007; 94:264-9.
- PITANGUI, Carolina Rodarti; SILVA, Rosemary Gonçalves; ARAUJO, Rodrigo Cappato; **Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida idosas institucionalizadas.** Pós graduação - Curso de Fisioterapia. Universidade de Pernambuco. Petrolina, PE, Brasil. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2012.
- SCARPA, Katia pary; HERRMANN, Viviane; PALMA, Paulo Cesar Rodrigues; RICCETTO, Cassio LuisZanettini; MORAIS, Sirlei Siani. **Sintomas urinários irritativos após parto vaginal ou cesárea.** Rev. Assoc. Med. Bras. vol.55 no.4 São Paulo 2009.
- SILVA, A. R. **Estudo Biomecânico da cavidade pélvica da Mulher.** 2012. 33 f. Monografia de preparação para dissertação – Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto. 2008.
- SOUSA, Juliana Gonçalves de; FERRERAI, Vanessa Ribeiro; OLIVEIRAI, Ricardo Jacó de. **Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em idosas com incontinência urinária.** Acadêmica do Curso de Fisioterapia da Universidade Católica de Brasília, 04 nov. 2010.
- SOARES, G. M. M.; ARCANJO, G. N.; PIRES, J. L. V. **Disfunção osteopática pélvica em mulheres com incontinência urinária de esforço.** Rev Terapia Manual, v.9, n. 45, p. 534 – 540, out de 2011.

- STEPHENSON, Rebecca G.; CONNOR, Linda J.; **Fisioterapia Aplicada á Ginecologia e Obstetrícia**. Segunda Edição; Barueri, SP: Manole, 2004.
- TIROLLI, Mariana; SIMOES, Jose Antonio; HERRMANN, Viviane; GURGEL, Maria Salete Costa; ORAIS, Sirlei Siani. **Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia**. 139 f. Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil. 2007.
- VALÉRIO, Talita Monteiro de Oliveira e Silva; CARVALHO, Jair Antonio; SILVA, Elirez Bezera. **Cinesioterapia na Incontinência Urinária de Esforço na Mulher**. Revista Científica do ITPAC, Araguaína, v.6, n.4, Pub.7, Outubro 2013.

O que causou a perda de peso?	Quantas vezes ocorreu a perda?
 <p>Tosse</p>	
 <p>Subir e descer escadas</p>	
 <p>Estresse</p>	
 <p>Espirro</p>	
 <p>Correr</p>	
 <p>Sorrir</p>	
<p>Outros:</p>	

Anexo II



Ficha de Avaliação Fisioterapêutica em Uroginecologia

Data: ___/___/___ Sexo: _____ Altura: _____
 Nome: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Tel: _____
 Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Estado Civil: _____
 Profissão: _____ Há quanto tempo? _____
 Grau de escolaridade: _____

Queixa Principal: _____

 HMA: _____

Doenças:

HAS	HIV	Doença Genito-urinária
Diabetes	Desordens psicológicas	Doença Gastrointestinal
Obesidade	Doença Cardiovascular	Doença Neurológica
Câncer	Doença Respiratória	Depressão c/ diagnóstico médico
Osteoporose	Doença Pancreática	Outros (as)

Antecedentes Cirúrgicos/ tempo: _____

 Antecedentes Familiares (especificar/detalhar): _____

Medicamentos em Uso:

Medicamento	Dose	Horário	Finalidade

SISTEMA URINÁRIO

Como você urina? () sentada em vaso sanitário () em pé () em fossa
Algo a impede de realizar a ato miccional normal? () Sim () Não
O que?
Atividades de maior perda urinária:
() tosse () levantando peso () agachamento () caminhada
() espirro () relação sexual () riso () contato com água
() Outros: _____
Quantidade de perda urinária: () em gotas () em jatos () contínua
Tipo de IU: () IUE () IUM () Urgência
Início dos Sintomas:
() menos de 6 meses () menos de 1 ano () 1 a 4 anos () 4 a 8 anos
() de 8 a 12 anos () mais de 12 anos () mais de 20 anos
Desde que começou, como estão os sintomas? () igual () piorou () melhorou
FREQUÊNCIA URINÁRIA
Diurna: () 1 a 4 vezes () 5 a 7 vezes () 8 a 10 vezes () mais de 10 vezes
Nocturna: () 1 a 4 vezes () 5 a 7 vezes () 8 a 10 vezes () mais de 10 vezes
Nº de perdas em 1 dia: () 0 () 1 a 3 () 4 a 7 () 8 a 10 () mais de 10
Uso de Forro: () Sim () Não
Tipo de Forro: () Absorvente () Fralda () Forro
Trocas em 1 dia: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () mais de 6
Você segura muito à urina? () Sim () Não
Por quanto tempo? () 10 a 30 minutos () 40 a 50 minutos () mais de 1 hora

FLUXO URINÁRIO

Perde antes de iniciar a urina	Sensação de esvaziamento incompleto
Perde após urinar (em jatos)	Faz esforço para urinar
O jato começa e recomeça	Disúria
Gotejamento pós-miccional	Hesitação
	Noctúria

SISTEMA INTESTINAL

Constipação intestinal: () Sim () Não
Frequência (evacuação):
() Diária: () 1 vez () 2 vezes () 3 vezes () mais de 4 vezes
() Semanal: () 1 a 3 vezes () 4 a 6 vezes () mais de 6 vezes
Necessita de algum tipo de manobra para evacuar? () Sim () Não
Faz uso de algum medicamento para evacuar? () Sim () Não

HISTÓRIA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA

Nº de partos: Normal: _____ Cesário: _____ Fórceps: _____ Aborto: _____
Peso - RN menor: () menos de 3kg () mais de 3kg

Peso - RN maior: () menos de 3kg () mais de 3kg
Tamanho - RN menor: () menor de 40cm () maior de 40 cm
Tamanho - RN maior: () menor de 40cm () maior de 40 cm
Quantos quilos ganhou na gestação? () menos de 10kg () mais de 10kg

OUTROS TRATAMENTOS

Já realizou fisioterapia para o assoalho pélvico? () sim () não
Já fez, ou faz uso de TRH (tratamento de reposição hormonal)? () sim () não
Há quanto tempo? _____

ATIVIDADE FÍSICA

Realiza alguma atividade física? () sim () não
Qual? _____
Frequência semanal: () 1 vez () 2 vezes () 3 vezes () mais de 4 vezes
Tempo: () 30 minutos () 1h () 2h () mais de 3h

SONO

Qualidade do sono: () Ótima () Boa () Regular () Ruim () Péssima
Horas dormidas por noite: () de 3 a 5h () de 6 a 8h () mais de 9h

HÁBITOS

Cigarro: () Sim () Não Quantidade: _____
Alcool: () Sim () Não Quantidade: _____

HÁBITOS ALIMENTARES

() café () adoçame () frutas ácidas (limão, laranja, maçã...)
() chás () refrigerantes () comidas apimentadas () chocolates
Você evita o consumo de líquidos? () Sim () Não
Ingestão diária de líquidos: () menos de 1L () 1L a 2L () mais de 2L
Você evita fazer alguma coisa por causa da perda de urina? () Sim () Não
O que? _____

ATIVIDADE SEXUAL

() Ativa Frequência: _____ () Inativa - Há quanto tempo? _____
Vida Sexual () Ótima () Boa () Regular () Ruim () Péssima
Você tem vontade de ter relação sexual? () Sim () Não
Você sente dor durante a relação sexual? () Sim () Não
Em que momento? _____
Você sente desejo de urinar durante a relação sexual? () Sim () Não
Você mudou sua atividade sexual pelo problema de perda urinária? () Sim () Não
Seu marido sabe sobre a perda de urina? () Sim () Não

AFA INICIAL: ___/___/___

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

CONSCIÊNCIA PERINEAL - INICIAL

() Presente () Ausente
() Ótima () Boa () Regular () Ruim () Péssima
Coordenação (Sincronia): () Ótima () Boa () Regular () Ruim () Péssima
Presença de Distopia: () Sim () Não

AFA FINAL: ___/___/___

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

CONSCIÊNCIA PERINEAL - FINAL

() Presente () Ausente
() Ótima () Boa () Regular () Ruim () Péssima
Coordenação (Sincronia): () Ótima () Boa () Regular () Ruim () Péssima
Presença de Distopia: () Sim () Não

PAD TEST

PAD TEST (inicial): ___/___/___		Marca do absorvente:		
Peso Inicial	Peso Final	Diferença	Resultado	Obs.
<input type="checkbox"/> LEVE (2 a 10gr)	<input type="checkbox"/> MODERADA (11 a 50gr)	<input type="checkbox"/> SEVERA (51 a 100gr)	<input type="checkbox"/> MUITO SEVERA (+ 100gr)	

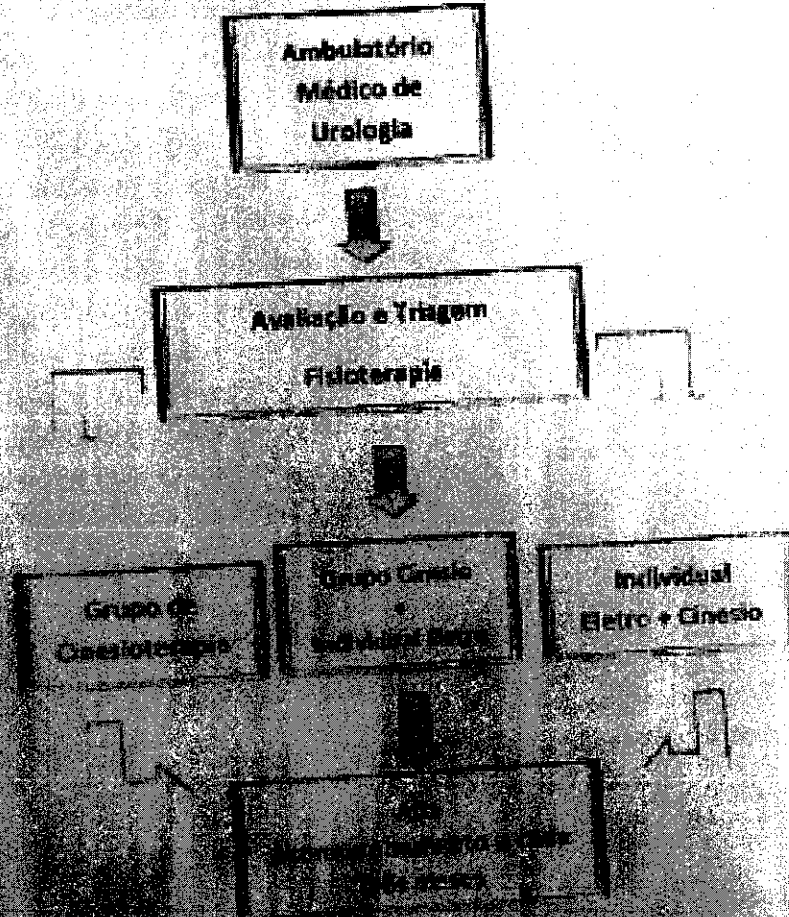
PAD TEST (final): ___/___/___		Marca do absorvente:		
Peso Inicial	Peso Final	Diferença	Resultado	Obs.
<input type="checkbox"/> LEVE (2 a 10gr)	<input type="checkbox"/> MODERADA (11 a 50gr)	<input type="checkbox"/> SEVERA (51 a 100gr)	<input type="checkbox"/> MUITO SEVERA (+ 100gr)	

São Paulo, ___/___/___ Avaliador(es): _____

Anexo III



2.3. UROLOGIA



Apêndice I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada Senhora

Gostaríamos de convidá-la a participar do nosso estudo: "Reavaliação dos Resultados após um ano de Tratamento com a Fisioterapia Pélvica em Mulheres com Incontinência Urinária de Esforço e Incontinência Urinária Mista."

Para avaliação, a senhora responderá algumas perguntas sobre seus hábitos de vida, e suas funções, urinária, intestinal e sexual, além de realizar uma avaliação prática para detectarmos o grau de força dos músculos da sua vagina.

Esta pesquisa possibilita, acompanharmos as pacientes após um ano da alta da Fisioterapia e analisarmos se a senhora teve melhora ou não da perda de urina; e da sua a qualidade de vida, para, aprimorarmos nossos tratamentos e atendimentos prestados a futuras pacientes.

A qualquer momento na realização deste estudo a senhora poderá receber os esclarecimentos que julgar necessário, através dos telefones, 39861139 ou 947247883 e também pode se recusar a participar ou retirar-se da pesquisa em qualquer fase, sem nenhum tipo de penalidade, constrangimento ou prejuízo aos mesmos. No caso da senhora não ter apresentado melhora da sua queixa de perda de urina podemos encaminhá-la para o ambulatório médico, onde sua queixa será reavaliada pelos médicos especialistas.

O sigilo das informações será preservado, especificamente, nenhum nome, identificação de pessoas ou de locais interessa a esse estudo. Todos os registros efetuados no decorrer desta investigação serão usados para fins unicamente acadêmico-científico.

Em caso de concordância com as considerações expostas, solicitamos que assine este "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido" no local indicado abaixo.

Agradecemos sua colaboração

Juliana Rodrigues e Patrícia de Cassia
Pesquisadoras
Graduação em Fisioterapia
UAM

FL Gláucia Ap. dos Reis
Chefe do Serviço de Fisioterapia
HMEC

Eu, _____, assino o termo de consentimento, após esclarecimento e concordância com os objetivos e condições da realização da pesquisa

São Paulo, _____ de _____ de 2014

Assinatura da Paciente

Apêndice II

Depois da alta do tratamento fisioterapêutico IU continua realizando os exercícios?

Continua fazendo reeducação comportamental?

Após o tratamento teve perda de urina? Depois de quanto tempo?

Após o término do tratamento como se sentiu? E como se sente hoje? Os sintomas voltaram?

Sente Ar Vaginal? Em qual situação?

No tratamento utilizou eletroestimulação ou exercícios?

Apêndice III

INICIAIS	após o término tratamento continuou os exerc	continua fazendo reeducação comportament	após o tratamento teve perda de urina?	depois de quanto tempo?	como se sentiu após o término do tratamento?	e como se sente hoje?	os sintomas voltaram ?	sente ar vaginal ?	no tratamento usou eletro ou exercicios?
SMLN	NÃO	NÃO	SIM	NÃO PAROU	IGUAL	IGUAL	SIM	SIM	EXERCICIOS
ATV	SIM	SIM	SIM	> 4 MESES	BEM	BEM	SIM	SIM	EXERCICIOS
MDSLS	SIM	SIM	SIM	> 8 MESES	BEM	BEM	SIM	SIM	OS DOIS
MJPDA	NÃO	NÃO	SIM	NÃO PAROU	IGUAL	RUIM	SIM	SIM	EXERCICIOS
MSR	SIM	SIM	SIM	> 3 MESES	BEM	BEM	SIM	SIM	OS DOIS
BPDSP	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO REALIZOU
NLC	NÃO	SIM	NÃO	NÃO PAROU	IGUAL	IGUAL	SIM	SIM	EXERCICIOS
OMN	NÃO	NÃO	SIM	NÃO PAROU	IGUAL	IGUAL	SIM	SIM	EXERCICIOS
RMF	NÃO	NÃO	SIM	> 3 MESES	IGUAL	IGUAL	SIM	SIM	EXERCICIOS
TLP	NÃO	SIM	NÃO	NÃO PERDEU MAIS	BEM	BEM	NÃO	SIM	EXERCICIOS
SMPG	SIM	SIM	NÃO	> 12 MESES	BEM	RUIM	SIM	SIM	OS DOIS
MDP	NÃO	NÃO	SIM	NÃO PAROU	IGUAL	RUIM	SIM	SIM	EXERCICIOS
DPDA	NÃO	NÃO	SIM	NÃO PAROU	IGUAL	RUIM	SIM	SIM	OS DOIS
LF	NÃO	NÃO	SIM	> 2 MESES	IGUAL	IGUAL	SIM	NÃO	EXERCICIOS
JDLV	NÃO	NÃO	SIM	NÃO PAROU	IGUAL	IGUAL	SIM	SIM	EXERCICIOS
NAM	NÃO	NÃO	SIM	> 12 MESES	BEM	RUIM	SIM	NÃO	EXERCICIOS
NP	SIM	SIM	SIM	CONTATO COM AGU.	BEM	BEM	SIM	NÃO	EXERCICIOS
LJADN	SIM	SIM	SIM	> 3 MESES	IGUAL	RUIM	SIM	SIM	OS DOIS
IGDS	NÃO	NÃO	SIM	NÃO PAROU	IGUAL	RUIM	SIM	NÃO	EXERCICIOS
ISDLS	NÃO	NÃO	SIM	NÃO PAROU	BEM	BEM	SIM	NÃO	EXERCICIOS
MGRDC	NÃO	NÃO	SIM	NÃO PAROU	BEM	BEM	SIM	SIM	EXERCICIOS
MFN	NÃO	NÃO	SIM	NÃO PAROU	IGUAL	IGUAL	SIM	NÃO	EXERCICIOS
MLDS	NÃO	NÃO	SIM	NÃO PAROU	IGUAL	IGUAL	SIM	NÃO	EXERCICIOS
MFDL	NÃO	NÃO	SIM	> 3 MESES	IGUAL	IGUAL	SIM	SIM	EXERCICIOS
OP	NÃO	NÃO	SIM	NÃO PAROU	IGUAL	IGUAL	SIM	SIM	EXERCICIOS
RDS	NÃO	NÃO	SIM	NÃO PAROU	IGUAL	IGUAL	SIM	SIM	EXERCICIOS
SDCAD	NÃO	NÃO	SIM	> 12 MESES	BEM	BEM	SIM	SIM	EXERCICIOS
GADS	NÃO	NÃO	SIM	> 4 MESES	BEM	BEM	SIM	NÃO	EXERCICIOS

