

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA

CURSO DE FISIOTERAPIA

MARINA PETTER RODRIGUES

**PERFIL DAS PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE UROGINECOLOGIA DO
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE COM RELAÇÃO À
FUNCIONALIDADE DOS MÚSCULOS DO ASSOALHO PÉLVICO,
INCONTINÊNCIA URINÁRIA E QUALIDADE DE VIDA**

Porto Alegre
2015

MARINA PETTER RODRIGUES

**PERFIL DAS PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE UROGINECOLOGIA DO
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE COM RELAÇÃO À
FUNCIONALIDADE DOS MÚSCULOS DO ASSOALHO PÉLVICO,
INCONTINÊNCIA URINÁRIA E QUALIDADE DE VIDA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção de conceito final na disciplina de TCC II da Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Luciana Laureano Paiva

Co-orientador: Prof. Dr. José Geraldo Lopes Ramos

Fisioterapeuta Ma. Lia Janaina Ferla Barbosa

Porto Alegre
2015

AGRADECIMENTOS

A todos que de alguma forma contribuíram na minha trajetória de graduação:

Em primeiro lugar aos meus pais, que sempre me deram apoio em todas as etapas da minha formação profissional, desde a escolha pela Fisioterapia até o meu desejo de me dedicar à área de Fisioterapia em Saúde da Mulher.

Aos meus professores, por transmitirem o conhecimento e estarem sempre dispostos a ensinar, corrigir e reensinar, em especial à minha orientadora, amiga e professora Luciana Laureano Paiva, que há quatro anos trilha comigo este caminho tornando tudo mais fácil e prazeroso. Ao meu co-orientador Dr. José Geraldo Lopes Ramos e co-orientadora Ma. Lia Janaína Ferla Barbosa, por todo o apoio e dedicação na construção deste trabalho. Às colegas da equipe de Fisioterapia Pélvica do Ambulatório de Uroginecologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre que sempre estiveram dispostas a ajudar no que fosse preciso.

Com muita saudade, à memória de Bernardo Beltrame Rodrigues, que brilhantemente me guiou e cumpriu seu papel como amigo e exemplar fisioterapeuta.

E também aos demais amigos, por estarem sempre presentes, compartilhando grandes momentos como este.

RESUMO

Introdução: A Incontinência Urinária (IU) é uma das grandes preocupações na área da saúde, visto que é uma das disfunções que mais acomete as mulheres na atualidade, gerando impacto negativo no âmbito físico e psicológico e conseqüente piora na qualidade de vida (QV). A IU é a perda involuntária de urina, podendo ser classificada de acordo com os sintomas, sendo os tipos mais comuns: Incontinência Urinária de Esforço (IUE), Incontinência Urinária de Urgência (IUU) e Incontinência Urinária Mista (IUM). A Fisioterapia Pélvica tem um importante papel no tratamento conservador da IU, pois é um tratamento não invasivo, seguro e com mínimos efeitos colaterais. **Objetivos:** Descrever o perfil das mulheres avaliadas pela Fisioterapia Pélvica no Ambulatório de Uroginecologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) quanto à funcionalidade dos músculos do assoalho pélvico, IU e QV. **Metodologia:** Estudo descritivo, transversal, retrospectivo, do tipo documental, realizado a partir das informações contidas nos prontuários das pacientes avaliadas pela Fisioterapia Pélvica no Ambulatório de Uroginecologia do HCPA, no período de agosto de 2013 a dezembro de 2014. **Resultados:** Dos 164 prontuários analisados, a média de idade das mulheres foi de 58,07 anos ($\pm 10,98$), 55% realizou parto normal, 51% fez episiotomia, todas eram multíparas, 60,4% apresentavam prolapso de algum órgão pélvico e a IUM foi a mais prevalente, sendo que 71,3% perdia urina em jato. No que diz respeito à funcionalidade dos MAP, a maioria das pacientes apresentavam grau 2 (31,1%), seguido de 28% de grau 1 e 24,4% de grau 3 na Escala de Oxford Modificada e 75,6% acionavam musculatura acessória. A QV foi mensurada pelo ICIQ-SF e mostrou que em 62,8% o impacto da IU foi grave e para 35,4% foi moderado. **Conclusão:** O presente estudo permitiu identificar as principais demandas da população feminina com sintomas de IU tornando possível delinear estratégias de reabilitação eficazes e compatíveis com a prática clínica.

Palavras-chaves: assoalho pélvico, incontinência urinária, qualidade de vida, fisioterapia

ABSTRACT

Background: Urinary Incontinence (UI) is a major concern in health care because is one of the disorders that affects more women today resulting in a negative impact on physical and psychological level and consequent worsening in quality of life (QOL). UI is the involuntary loss of urine, which can be classifieds according to the symptoms. The most common types are: Stress Urinary Incontinence (SUI), Urgency Urinary Incontinence (UUI) and Mixed Urinary Incontinence (MUI). Pelvic Physiotherapy has an important role in the conservative treatment of UI as it is a non-invasive treatment, safe and with minimal effects. **Objectives:** To describe the profile of women evaluated by the Pelvic Physiotherapy in the Urogynecology Clinics of Porto Alegre Clinical Hospital (HCPA) as to the functionality of the pelvic floor muscles, urinary incontinence and QOL. **Methodology:** A descriptive, cross-sectional, retrospective, documentary type, made from the information contained in the medical records of patients evaluated by the Pelvic Physiotherapy in the Urogynecology Clinics of HCPA, from August 2013 to December 2014. **Results:** Of the 164 records analyzed, the average age of the women was 58.07 years (± 10.98), 55% held vaginal delivery, 51% did episiotomy, all were multiparous, 60.4% had some pelvic organ prolapse and MUI was the most prevalent, which 71.3% lost urine in jets. Regarding the functionality of pelvic floor muscles, most patients had grade 2 (31.1%), followed by 28% of grade 1 and 24.4% of grade 3 by the Oxford Scale Modified. 75.6% used some accessory musculature. Quality of life was measured by the ICIQ-SF and showed that in 62.8% the impact of urinary incontinence was severe and in 35.4% was moderate. **Conclusion:** This study identified the main demands of the female population with symptoms of UI making possible to design effective rehabilitation strategies which are compatible with clinical practice.

Key words: pelvic floor, urinary incontinence, quality of life, physical therapy

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
ARTIGO NAS NORMAS DA REVISTA	7
FOLHA DE ROSTO	7
RESUMO	8
ABSTRACT	9
1 INTRODUÇÃO	10
2 METODOLOGIA	12
3 RESULTADOS	13
4 DISCUSSÃO	14
5 APÊNDICES	18
5.1 APÊNDICE A – Tabela 1	18
5.2 APÊNDICE B – Figuras	19
6 ANEXOS	21
6.1 ANEXO 1 - Normas para publicação na Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	21
6.2 ANEXO 2 – Ficha de Avaliação do TCC II	27
7 REFERÊNCIAS	28

APRESENTAÇÃO

Este estudo foi desenvolvido como Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção de conceito final na disciplina de TCC II da Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), realizado em forma de artigo seguindo as normas da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Rev Bras Ginecol Obstet., ISSN 0100 7203).

Tendo em vista o trabalho da Fisioterapia Pélvica do curso de Fisioterapia da UFRGS realizado com mulheres com incontinência urinária (IU) no Ambulatório de Uroginecologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), o presente estudo buscou descrever o perfil das mulheres que foram avaliadas pela Fisioterapia Pélvica no período de agosto de 2013 a dezembro de 2014, descrevendo-as quanto à funcionalidade dos músculos do assoalho pélvico, à IU e o impacto da mesma na qualidade de vida. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, retrospectivo, do tipo documental, que foi pensado visando identificar as principais demandas da população feminina com sintomas de IU para melhorar o delineamento de estratégias de reabilitação eficazes e compatíveis com a prática clínica.

MARINA PETTER RODRIGUES

**PERFIL DAS PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE UROGINECOLOGIA DO
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE COM RELAÇÃO À
FUNCIONALIDADE DOS MÚSCULOS DO ASSOALHO PÉLVICO,
INCONTINÊNCIA URINÁRIA E QUALIDADE DE VIDA**

*Patients' profile of Porto Alegre Clinical Hospital Urogynecology Clinics as to the
functionality of pelvic floor, urinary incontinence and quality of life*

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
para obtenção de conceito final na disciplina
de TCC II da Escola de Educação Física da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Luciana Laureano
Paiva (UFRGS)

Co-orientador: Prof. Dr. José Geraldo Lopes
Ramos (UFRGS)

Fisioterapeuta Ma. Lia Janaina Ferla Barbosa
(UFRGS)

Porto Alegre
2015

RESUMO

Introdução: A Incontinência Urinária (IU) é a perda involuntária de urina e uma das grandes preocupações na área da saúde, visto que é uma das disfunções que mais acomete as mulheres na atualidade, gerando impacto negativo no âmbito físico e psicológico e consequente piora na qualidade de vida (QV). A Fisioterapia Pélvica tem um importante papel no tratamento conservador da IU, pois é um tratamento não invasivo, seguro e com mínimos efeitos colaterais. **Objetivos:** Descrever o perfil das mulheres avaliadas pela Fisioterapia Pélvica no Ambulatório de Uroginecologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) quanto à funcionalidade dos músculos do assoalho pélvico, IU e QV. **Metodologia:** Estudo descritivo, transversal, retrospectivo, do tipo documental, realizado a partir das informações contidas nos prontuários das pacientes avaliadas pela Fisioterapia Pélvica no Ambulatório de Uroginecologia do HCPA, no período de agosto de 2013 a dezembro de 2014. **Resultados:** Dos 164 prontuários analisados, a média de idade das mulheres foi de 58,07 anos ($\pm 10,98$), 55% realizou parto normal, 51% fez episiotomia, todas eram multíparas, 60,4% apresentavam prolapso de algum órgão pélvico e a IUM foi a mais prevalente, sendo que 71,3% perdia urina em jato. No que diz respeito à funcionalidade dos MAP, a maioria das pacientes apresentavam grau 2 (31,1%), seguido de 28% de grau 1 e 24,4% de grau 3 na Escala de Oxford Modificada e 75,6% acionavam musculatura acessória. A QV foi mensurada pelo ICIQ-SF e mostrou que em 62,8% o impacto da IU foi grave e para 35,4% foi moderado. **Conclusão:** O presente estudo permitiu identificar as principais demandas da população feminina com sintomas de IU tornando possível delinear estratégias de reabilitação eficazes e compatíveis com a prática clínica.

Palavras-chaves: assoalho pélvico, incontinência urinária, qualidade de vida, fisioterapia

ABSTRACT

Background: Urinary Incontinence (UI) is the involuntary loss of urine and a major concern in health care because is one of the disorders that affects more women today, resulting in a negative impact on physical and psychological level and consequent worsening in quality of life (QOL). Pelvic Physiotherapy has an important role in the conservative treatment of UI as it is a non-invasive treatment, safe and with minimal effects. **Objectives:** To describe the profile of women evaluated by the Pelvic Physical Therapy in the Urogynecology Clinics of Porto Alegre Clinical Hospital (HCPA) as to the functionality of the pelvic floor muscles, urinary incontinence and QOL. **Methodology:** A descriptive, cross-sectional, retrospective, documentary type, made from the information contained in the medical records of patients evaluated by the Pelvic Physical Therapy in the Urogynecology Clinics of HCPA, from August 2013 to December 2014. **Results:** Of the 164 records analyzed, the average age of the women was 58.07 years (± 10.98), 55% held vaginal delivery, 51% did episiotomy, all were multiparous, 60.4% had some pelvic organ prolapse and MUI was the most prevalent, which 71.3% lost urine in jets. Regarding the functionality of pelvic floor muscles, most patients had grade 2 (31.1%), followed by 28% of grade 1 and 24.4% of grade 3 by the Oxford Scale Modified. 75.6% used some accessory musculature. Quality of life was measured by the ICIQ-SF and showed that in 62.8% the impact of urinary incontinence was severe and in 35.4% was moderate. **Conclusion:** This study identified the main demands of the female population with symptoms of UI making possible to design effective rehabilitation strategies which are compatible with clinical practice.

Key words: pelvic floor, urinary incontinence, quality of life, physical therapy

Perfil das pacientes do Ambulatório de Uroginecologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre com relação à funcionalidade dos músculos do assoalho pélvico, incontinência urinária e qualidade de vida

Patients' profile of Porto Alegre Clinical Hospital Urogynecology Clinics as to the functionality of pelvic floor, urinary incontinence and quality of life

1 INTRODUÇÃO

A Incontinência Urinária (IU) é apontada como uma das grandes preocupações dos profissionais da área da saúde, visto que é uma das disfunções que mais acomete as mulheres na atualidade, gerando impacto negativo nos hábitos de vida¹. Essa disfunção é definida como qualquer perda involuntária de urina e pode ser classificada de acordo com os sintomas apresentados pelas pacientes, sendo os tipos mais comuns: Incontinência Urinária de Esforço (IUE), Incontinência Urinária de Urgência (IUU) e Incontinência Urinária Mista (IUM)². De acordo com estudos epidemiológicos, a IUE tem um pico na quinta década de vida e diminui gradativamente com o aumento da idade; a IUU tem um pequeno pico na quarta década de vida, seguida de um ligeiro declínio na quinta década e depois volta a crescer com o passar dos anos; já a associação destas duas, a IUM, segue um aumento gradual com o decorrer da vida³. Além disso, estima-se que o número de pessoas com IU irá aumentar em 20% até 2018, o que pode ser atribuído ao crescimento e envelhecimento geral da população mundial⁴.

Dentre os fatores negativos secundários à presença da IU podem ser destacadas as limitações físicas como a restrição à prática de esportes, dificuldade em carregar objetos pesados e realizar atividades domésticas e, como limitações sociais, existe o medo de perder urina em público, medo do odor, a necessidade de usar protetores e as trocas constantes de roupas. Tudo isso afeta as mulheres que convivem com a IU, resultando em um impacto psicológico negativo e piora na qualidade de vida⁵.

O tratamento conservador é considerado de primeira linha para o tratamento da IU, sendo também indicado para as mulheres que tenham contra-indicações para o tratamento cirúrgico e medicamentoso. Estudos recentes destacam a sua eficácia, mostrando que cerca de 72% das mulheres submetidas ao tratamento conservador apresentam melhoras significativas, tornando-se continentemente novamente⁶.

Sendo assim, a Fisioterapia Pélvica tem se destacado, pois é um tratamento não invasivo, seguro, com mínimos efeitos colaterais e com custo relativamente menor se comparado às intervenções cirúrgicas⁷. Para isso, é imprescindível uma avaliação completa, com o objetivo de ponderar a natureza e a intensidade da IU, avaliar a funcionalidade dos MAP, as limitações e estilo de vida do paciente, bem como os fatores que podem prejudicar e os que podem auxiliar no tratamento⁸.

Portanto, este estudo se propôs a descrever o perfil das mulheres avaliadas pela Fisioterapia Pélvica no Ambulatório de Uroginecologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre quanto à funcionalidade dos músculos do assoalho pélvico e o impacto da IU na qualidade de vida, possibilitando conhecer melhor as demandas dessa população e o desenvolvimento de estratégias de reabilitação eficazes e compatíveis com a prática clínica.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, retrospectivo, do tipo documental. Ele foi realizado a partir das informações contidas nos prontuários das pacientes avaliadas pela Fisioterapia Pélvica no Ambulatório de Uroginecologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) no período de agosto de 2013 a dezembro de 2014. Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e foi conduzido em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

As informações coletadas dos prontuários foram as seguintes: idade, número de gestações, tipo de parto, episiotomia, uso de forros, intensidade e frequência da perda urinária, presença de prolapso de órgão pélvico (POP), grau de força dos músculos do assoalho pélvico (MAP), participação de musculatura acessória durante a contração dos MAP, tipo de IU e escore do questionário de qualidade de vida *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF). Posteriormente esses dados foram registrados no programa Excel® 2013, para serem analisados e interpretados.

A estatística descritiva dos dados quantitativos paramétricos foi expressa por média e desvio-padrão e dos dados não-paramétricos por mediana e intervalo interquartil. As variáveis qualitativas foram expressas em frequência absoluta e percentual.

3 RESULTADOS

O estudo foi constituído de 176 prontuários de pacientes avaliadas pela Fisioterapia Pélvica no Ambulatório de Uroginecologia do HCPA no período compreendido entre agosto de 2013 a dezembro de 2014. Destes 176 prontuários, 12 foram excluídos por não conterem todos os dados preenchidos.

Da amostra total de 164 prontuários, a média de idade das mulheres avaliadas foi de 58,07 anos ($\pm 10,98$), 55% realizou parto normal, 51% fez episiotomia e todas eram múltíparas, com uma mediana de gestações de 3 (2-4). Com relação às disfunções do assoalho pélvico associada à IU, foi identificada a presença de 60,4% de POP (Apêndice A - Tabela 1).

Quanto às perdas urinárias, 76,8% das pacientes afirmaram que utilizavam forro, obtendo uma mediana de 2 (1-3) usados por dia (Apêndice A - Tabela 1). O tipo mais frequente de IU identificado entre as pacientes foi a IUM (76,2%) e com relação à gravidade da perda urinária, a maioria apresentava perda em jato (71,3%) (Apêndice B - Figuras 1 e 2).

No que diz respeito à funcionalidade dos MAP, a maioria das pacientes apresentavam grau 2 (31,1%), seguido de 28% de grau 1 e 24,4% de grau 3 na Escala de Oxford Modificada verificada pela palpação vaginal intracavitária (Apêndice B - Figura 3). Dentre as pacientes também foi verificado através de inspeção visual que 75,6% acionavam a musculatura acessória (m.abdominais, m.glúteos e m.adutores) junto com a contração voluntária dos MAP (Apêndice B - Figura 4).

Com relação à qualidade de vida mensurada pelo questionário ICIQ-SF, foi possível observar que em 62,8% das mulheres o impacto da IU foi grave e em 35,4% foi moderado (Apêndice B - Figura 5).

4 DISCUSSÃO

Este estudo buscou identificar o perfil das mulheres com sintomas de IU avaliadas pela Fisioterapia Pélvica no Ambulatório de Uroginecologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre quanto à funcionalidade dos MAP e o impacto da IU na qualidade de vida. A média de idade das pacientes foi de 58,07 anos ($\pm 10,98$), semelhante ao estudo de Silva et al que avaliou 213 mulheres com IU em Unidades de Saúde da Família e a média de idade foi de 59,6 anos ($\pm 1,6$)⁹. Em outros dois estudos realizado com mulheres com sintomas de IU atendidas em ambulatórios de uroginecologia de hospitais universitários, a faixa etária também foi semelhante, sendo uma média de 50,7 anos no estudo de Pedro et al e 81% com idade entre 40-59 anos no estudo de Figueiredo et al^{10,11}. Este achado pode ser justificado pela relação direta entre o aumento da idade e a IU feminina na medida em que, nessa faixa etária, há uma maior predisposição para ocorrência das perdas urinárias em comparação com mulheres em torno dos 40 anos¹².

No que diz respeito ao tipo de IU, a IUM foi a mais prevalente entre as pacientes do nosso estudo (76,2%). Esse achado corrobora com o estudo de Dedicação et al realizado com 77 mulheres com sintomas urinários com idade média de 55,2 anos ($\pm 13,1$) onde a maioria também apresentou IUM (44,16%). Este estudo analisou separadamente os 3 tipos mais frequentes de IU e encontrou que as mulheres que apresentam IUM e IUU tem média de idade maior do que aquelas que apresentam IUE¹³.

Abrams et al e Pedro et al^{2,10} afirmam que mulheres em idade reprodutiva e até a meia-idade apresentam com mais frequência a IUE e, a partir dos 50 anos, a maior prevalência passa a ser de IUU e IUM, como também identificado em nosso estudo. Os estudos de Silva et al e de Figueiredo et al também encontraram dados semelhantes aos nossos, com taxas de 81,6% e 63% de IUM, respectivamente^{9,11}.

Com relação à intensidade das perdas urinárias e a necessidade de utilizar forros protetores, Figueiredo et al¹¹ encontraram que 46% tinha perdas em jato e a maioria das mulheres também usavam algum tipo de protetor (64%), diferentemente do nosso trabalho, onde foi verificado que a intensidade da perda foi 71,3% em jatos e 76,8% usavam forros protetores, podendo se supor uma maior gravidade da IU entre estas pacientes.

No que diz respeito à funcionalidade dos MAP, a maioria das pacientes apresentava grau 1, 2 e 3 na Escala de Oxford Modificada, sendo 28%, 31,1% e 24,4% respectivamente. Em um estudo realizado por Tibaek e Dehlendorff com dados de 998 mulheres com disfunções do MAP atendidas em um setor de Fisioterapia Pélvica no período de 1992 a 2008, a idade média foi de 56 anos (± 13) e 97% tinham redução na força dessa musculatura (45% grau 1, 27% grau 2 e 13% grau 3) de acordo com a Escala de Oxford Modificada. Os autores associaram as disfunções da MAP à idade, mas não encontraram relação entre o tipo de IU com o grau de funcionalidade da MAP¹⁴.

Outra característica prevalente no nosso estudo foi a presença de prolapso de órgão pélvico (POP) em 60,4% das pacientes. De acordo com Mias et al, foi identificado que, entre 1042 mulheres participantes do estudo, 46,3% apresentavam somente POP, 26,5% somente IU e 27,2% tinham POP e IU associadas, diferentemente do nosso estudo. Os fatores de risco levantados pelos autores para o desenvolvimento dos POP foram a episiotomia, a menopausa e a gestação. Nessa população estudada, a média foi de 2,5 filhos por mulher com prolapso e de 2,2 naquelas somente com IU, sendo que o parto vaginal foi considerado com maior risco para danos ao assoalho pélvico (AP)¹⁵.

Com relação à história obstétrica das pacientes do nosso estudo, a mediana de gestações foi de 3 (2-4), sendo que 91 das mulheres realizaram parto normal (55,5%), 12 fizeram cesariana (7,3%) e 45 tiveram parto normal e cesariana (27,4%), achado semelhante ao estudo de Figueiredo et al onde 54% das mulheres participantes da pesquisa realizaram

apenas o parto normal e 22% parto normal e também cesariana¹¹. Conforme estudo de Gyhagen et al com 5236 casos retirados de um banco de dados contendo os registros de nascimentos na Suécia, o risco de desenvolver IU foi de 67 a 71% maior após o parto vaginal, embora somente a gestação, independentemente do tipo de parto, também é considerada um risco para o surgimento da IU pós-natal¹⁶. Da mesma forma, Quintana et al afirmam que a multiparidade tem um impacto negativo sobre o AP, piorando com o parto vaginal e resultando em uma alta prevalência de IU em mulheres que tiveram mais de três parto vaginais em comparação com nulíparas¹⁷.

Sabendo que para se realizar uma contração eficiente dos MAP é necessário haver uma boa consciência desta musculatura, observamos que 75,6% das participantes acionavam também a musculatura abdominal, glúteos e/ou adutores durante a contração, demonstrando não terem uma boa percepção dos músculos do AP. A dificuldade em contrair isoladamente os MAP também foi um achado no estudo de Glisoi e Girelli quando avaliaram o papel da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração dos MAP em mulheres com IU. Através de orientações sobre o AP, de como são, onde ficam e a sua função, concomitante com um programa de cinesioterapia, foi observada melhora na funcionalidade destes músculos nas mulheres avaliadas¹⁸.

Quanto à qualidade de vida (QV), esta tem recebido uma atenção cada vez maior na área da saúde, visto que permite uma avaliação mais completa da paciente, pois leva em consideração não apenas as condições inerentes à IU, mas também a percepção da própria mulher acerca de sua condição. O questionário de qualidade de vida ICIQ-SF aplicado no presente estudo apresenta um escore máximo de 21 pontos, sendo que a média encontrada entre as participantes foi de 16 pontos ($\pm 3,76$) indicando um impacto importante da IU na vida destas pacientes. O estudo realizado por Dedicção et al¹³, embora tenha utilizado o

questionário *King's Health Questionnaire* (KHQ) para analisar o impacto da IU na QV, também identificou que esse foi maior entre as mulheres com IUM.

Estudo realizado na Catalunha com uma população de 2840 mulheres atendidas em serviços primários, a idade média foi de 46,81 (\pm 13,26) e 41,8% apresentavam perdas urinárias. Dentre as mulheres com IU, 53,62% relataram que não gostariam de receber tratamento, pois não consideravam a IU um problema ou por pensarem ser um problema sem solução. De acordo com o questionário ICIQ-SF aplicado no estudo, constatou-se uma pontuação de 5,46 (\pm 3,15) nas pacientes que não desejavam se tratar e de 9,72 (\pm 4,71) nas que gostariam de receber tratamento para a IU. Diferente do que foi encontrado na nossa pesquisa, que teve um escore médio alto no questionário de QV, 60% das pacientes deste estudo na Catalunha apresentavam somente IUE, o que pode confirmar o menor impacto na QV em relação àquelas com IUM¹⁹.

Sendo a IU feminina uma condição multifatorial²⁰, através do presente estudo foi possível identificar as principais demandas da população feminina com sintomas urinários, reforçando a necessidade de uma avaliação fisioterapêutica detalhada a fim de se identificar as causas da perda urinária, bem como o impacto que esta condição vem causando no dia-a-dia destas mulheres, para que se possa delinear estratégias de reabilitação resolutivas e compatíveis com a prática clínica.

5 APÊNDICES

5.1 APÊNDICE A – Tabela 1

Tabela 1- Características das pacientes avaliadas pela Fisioterapia Pélvica no Ambulatório de Uroginecologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Parâmetros	N
Idade (anos)	58,07 (\pm 10,98)
Prolapso (%)	Sim: 60,4% Não: 39,6%
Uso de forros (%)	Sim: 76,8% Não: 23,2%
Número de forros	2 (1-3)
Número de gestações	3 (2-4)
Tipo de parto (%)	Normal: 55,5% Cesárea: 7,3% Normal e cesárea: 27,4% Não gestaram: 9,8%
Episiotomia (%)	Sim: 51,8% Não: 38,4% Não gestaram: 9,8%

5.2 APÊNDICE B - Figuras

Figura 1. Tipo de IU identificada pelo ICIQ-SF

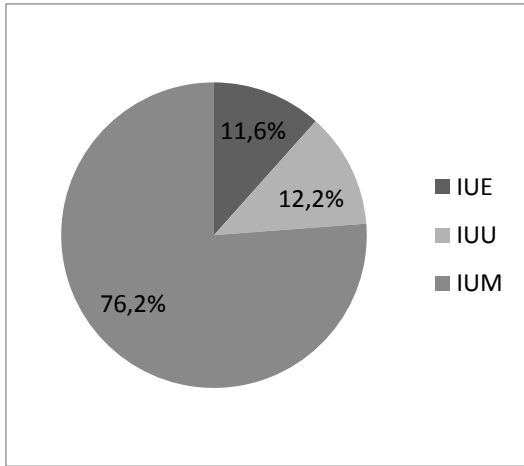


Figura 2. Intensidade da perda urinária

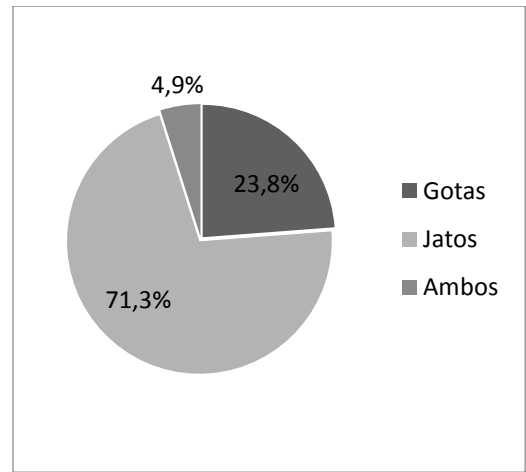


Figura 3. Funcionalidade dos MAP - Escala de Oxford Modificada

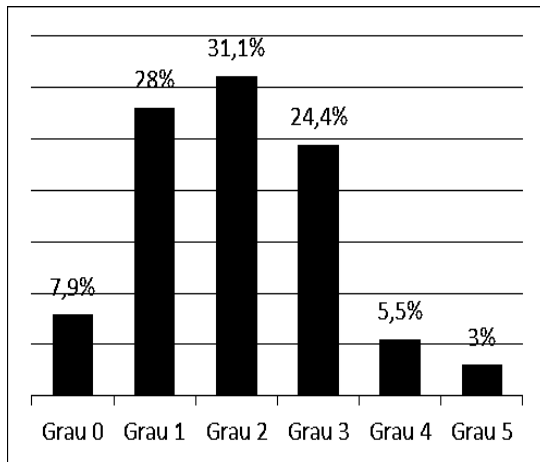


Figura 4. Uso de musculatura acessória durante contração voluntária dos MAP

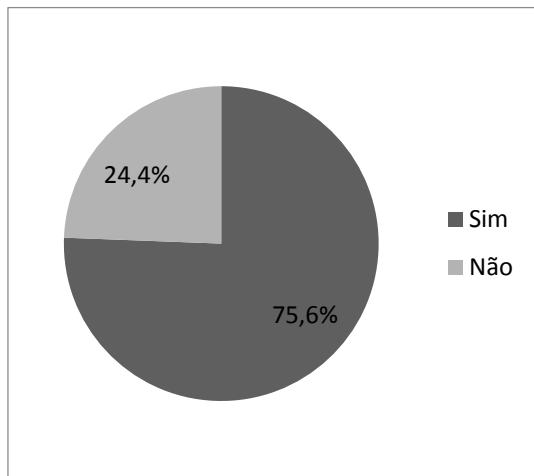
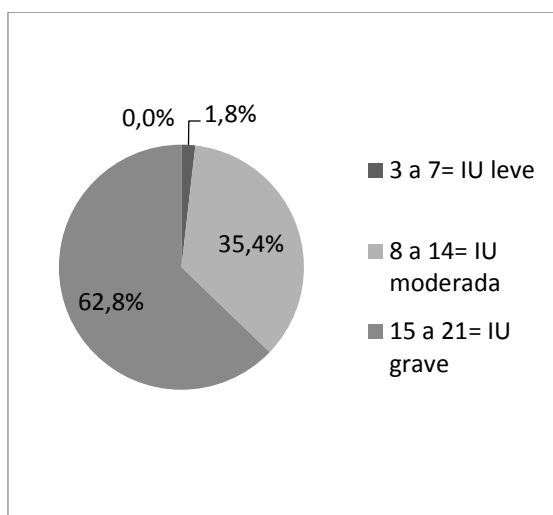


Figura 5. Impacto da IU pelo questionário ICIQ-SF



6 ANEXO

6.1 ANEXO 1 - Normas para publicação na Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

As normas que seguem foram baseadas no formato proposto pelo ICMJE e publicado no artigo "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals", atualizado em Outubro de 2008 e disponível no endereço eletrônico: <http://www.icmje.org/>.

Apresentação do texto

1. Os trabalhos devem ser digitados em espaço 2 em todas as seções, da página de rosto às referências bibliográficas, tabelas e legendas. Cada página deve conter aproximadamente 25 linhas em uma coluna. Usar preferencialmente o processador de texto Microsoft Word® e a fonte Times New Roman 12. Não dar destaque a trechos do texto: não sublinhar ou usar negrito. Numerar todas as páginas, iniciando pela de rosto.
2. Não usar maiúsculas nos nomes próprios (a não ser a primeira letra) no texto ou nas referências bibliográficas. Não utilizar pontos nas siglas (DPP em vez de D.P.P.). Quando usar siglas ou abreviaturas, descrevê-las por extenso na primeira vez que mencionadas no texto. Iniciar cada seção em uma nova página: página de rosto; resumo e palavras ou expressões-chave; abstract e keywords; texto; agradecimentos; referências; tabelas individuais e legendas das figuras.

Página de rosto

Apresentar o título do trabalho em português e em inglês; nomes completos dos autores sem abreviaturas; endereços eletrônicos válidos de todos os autores (opcional, em substituição à carta de encaminhamento); nome da instituição onde o trabalho foi desenvolvido; afiliação institucional dos autores; informações sobre auxílios recebidos sob forma de bolsas de

estudos, financiamento, fornecimento de drogas, reagentes ou equipamentos. Obrigatoriamente deve ser fornecido o endereço da instituição onde o trabalho foi desenvolvido, o qual é publicado na página inicial do trabalho. Devem ser indicados nome, endereço, telefone/fax e e-mail do autor para o qual a correspondência deve ser enviada. Essas informações pessoais são empregadas apenas para correspondência com a revista e somente são publicadas se houver pedido do(s) autor(es).

Resumo

O resumo do trabalho deve aparecer na segunda página. Para trabalhos completos, redigir um resumo estruturado, que deve ser dividido em seções identificadas: objetivo, métodos, resultados e conclusões. Deve ter aproximadamente 300 palavras. O resumo deve conter as informações relevantes, permitindo que o leitor tenha uma ideia geral do trabalho. Deve incluir descrição resumida de todos os métodos empregados e da análise estatística efetuada. Expor os resultados numéricos mais relevantes, e não apenas indicação de significância estatística. As conclusões devem ser baseadas nos resultados do trabalho e não da literatura. Evitar o uso de abreviações e símbolos. Não citar referências bibliográficas no resumo.

Abaixo do texto do resumo indicar o número de registro e/ou identificação para os ensaios controlados aleatórios e ensaios clínicos (ver item 5 das "Informações Gerais").

Na mesma página do resumo, citar pelo menos três palavras ou expressões-chave que serão empregadas para compor o índice anual da revista. Devem ser baseadas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) publicado pela Bireme, que é uma tradução do Medical Subject Headings (MeSH) da National Library of Medicine e está disponível no endereço eletrônico:<http://decs.bvs.br>.

O abstract deve ser versão fiel do texto do resumo estruturado (purpose, methods, results e conclusions). Deve ser também acompanhado da versão para o inglês das palavras ou

expressões-chave (keywords). O resumo e o abstract dos Relatos de Casos e dos Artigos de Revisão e de Atualização não devem ser estruturados e são limitados a 150 palavras.

Introdução

Repetir, na primeira página da introdução, o título completo em português e inglês. Nessa seção, mostre a situação atual dos conhecimentos sobre o tópico em estudo, divergências e lacunas que possam eventualmente justificar o desenvolvimento do trabalho, mas sem revisão extensa da literatura. Para Relatos de Casos, apresentar um resumo dos casos já publicados, epidemiologia da condição relatada e uma justificativa para a apresentação como caso isolado. Expor claramente os objetivos do trabalho.

Métodos

Iniciar essa seção indicando o planejamento do trabalho: se prospectivo ou retrospectivo; ensaio clínico ou experimental; se a distribuição dos casos foi aleatória ou não etc. Descrever os critérios para seleção das pacientes ou Grupo Experimental, inclusive dos Controles. Identificar os equipamentos e reagentes empregados (fabricante, cidade e país). Se a metodologia aplicada já tiver sido empregada, indicar as referências, além da descrição resumida do método. Descrever também os métodos estatísticos empregados e as comparações para as quais cada teste foi empregado. Os trabalhos que apresentam como objetivo a avaliação da eficácia ou a tolerabilidade de tratamentos ou drogas devem, necessariamente, incluir Grupo Controle adequado. Para informações adicionais sobre o desenho de trabalhos desse tipo, consultar ICH Harmonized Tripartite Guideline - Choice of Control Group and Related Issues in Clinical Trials (http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/e10_e.html). Ver também itens 4 e 5 das "Informações Gerais".

Resultados

Apresentar os resultados em sequência lógica, no texto, nas tabelas e nas figuras. Expor os resultados relevantes para o objetivo do trabalho e que são discutidos. Não repetir no texto dessa seção todos os dados das tabelas e figuras, mas descrever e enfatizar os mais importantes, sem interpretação dos mesmos (ver também "Tabelas"). Nos Relatos de Casos, as seções "Métodos" e "Resultados" são substituídas pela "Descrição do caso", mantendo-se as demais.

Discussão

Devem ser realçadas as informações novas e originais obtidas na investigação. Não repetir dados e informações já mencionados nas seções "Introdução" e "Resultados". Evitar citação de tabelas e figuras. Ressaltar a adequação dos métodos empregados na investigação. Comparar e relacionar suas observações com as de outros autores, comentando e explicando as diferenças. Explicar as implicações dos achados, suas limitações e fazer as recomendações decorrentes. Para Relatos de Casos, basear a discussão em ampla e atualizada revisão da literatura. As informações sobre os casos já publicados podem ser tabuladas e exibidas nessa seção para comparações.

Agradecimentos

Dirigidos a pessoas que tenham colaborado intelectualmente, mas cuja contribuição não justifica coautoria, ou para aquelas que tenham provido apoio material.

Referências

Todos os autores e trabalhos citados no texto devem constar dessa seção e vice-versa. Numerar as referências bibliográficas por ordem de entrada no trabalho e usar esses números para as citações no texto. Evitar número excessivo de referências, selecionando as mais

relevantes para cada afirmação e dando preferência para os trabalhos mais recentes. Não empregar citações de difícil acesso, como resumos de trabalhos apresentados em congressos, teses ou publicações de circulação restrita (não indexados). Não empregar referências do tipo "observações não publicadas" e "comunicação pessoal". Artigos aceitos para publicação podem ser citados acompanhados da expressão: "aceito e aguardando publicação" ou "in press", indicando-se periódico, volume e ano. Trabalhos aceitos por periódicos que estejam disponíveis online, mas sem indicação de fascículos e páginas, devem ser citados como "ahead of print". Outras publicações dos autores (autocitação) devem ser empregadas apenas se houver necessidade clara e forem relacionadas ao tema. Nesse caso, incluir entre as referências bibliográficas apenas trabalhos originais publicados em periódicos regulares (não citar capítulos ou revisões).

O número de referências bibliográficas deve ser aproximadamente 35. Os autores são responsáveis pela exatidão dos dados constantes das referências bibliográficas.

Para todas as referências, citar os autores até o sexto. Se houver mais de seis autores, citar os seis primeiros, seguidos da expressão et al.

Tabelas

Apresentar as tabelas em páginas separadas, com espaço duplo e preferencialmente fonte Arial 8. A numeração deve ser sequencial, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Todas as tabelas devem ter título e todas as colunas da tabela devem ser identificadas com um cabeçalho. A legenda deve conter informações que permitam ao leitor entender o conteúdo das tabelas e figuras, mesmo sem a leitura do texto do trabalho. As linhas horizontais devem ser simples e limitadas a duas no topo e uma no final da tabela. Não empregar linhas verticais. Não usar funções de criação de tabelas, comandos de justificação,

tabulações decimais ou centralizadas. Utilizar comandos de tabulação (tab) e não o espaçador para separar as colunas e, para nova linha, a tecla enter. No rodapé da tabela, deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados.

Figuras (gráficos, fotografias e ilustrações)

As figuras devem ser apresentadas em páginas separadas e numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto. Todas as figuras devem ter qualidade gráfica adequada e apresentar título e legenda. Para evitar problemas que comprometam o padrão da revista, o processo de digitalização de imagens (scan) deve obedecer aos seguintes parâmetros: para gráficos ou esquemas, usar 300 dpi/bitmap para traço; para ilustrações e fotos (preto e branco), usar 300 dpi/RGB ou grayscale. Em todos os casos, os arquivos devem ter extensão .tif e/ou .jpg. Também são aceitos arquivos com extensão .xls (Excel), .eps, .psd para ilustrações em curva (gráficos, desenhos e esquemas). São aceitas, no máximo, cinco figuras. Se as figuras já tiverem sido publicadas, devem vir acompanhadas de autorização por escrito do autor/editor e constando a fonte na legenda da ilustração.

Legendas

Digitar as legendas usando espaço duplo, acompanhando as respectivas figuras (gráficos, fotografias e ilustrações). Cada legenda deve ser numerada em algarismos arábicos, correspondendo a cada figura, e na ordem em que foram citadas no trabalho.

Abreviaturas e siglas

Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. Nas legendas das tabelas e figuras, devem ser acompanhadas de seu nome por extenso. As abreviaturas e as siglas não devem ser usadas no título dos artigos e nem no resumo.

6.2 ANEXO 2 – Ficha de Avaliação do TCC II



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA
FICHA DE AVALIAÇÃO DO TCC II - AVALIADOR**

Nome do aluno: _____

Título do TCC: _____

Avaliador: _____

AVALIAÇÃO DO DOCUMENTO ESCRITO

ITENS	MÁXIMO	NOTA ATRIBUÍDA
1. Título	0,5	
2. Resumo	1,0	
3. Introdução	1,0	
4. Métodos	3,0	
5. Resultados e discussão	2,0	
6. Conclusão	1,0	
7. Referências	0,5	
8. Qualidade da redação	1,0	
TOTAL		

AVALIAÇÃO DA APRESENTAÇÃO ORAL

ITENS	MÁXIMO	NOTA ATRIBUÍDA
1. Tempo de apresentação	1,0	
2. Qualidade dos slides	1,0	
3. Síntese do trabalho	2,0	
4. Linguagem e postura	2,0	
5. Domínio nas posições cognitivas e operacionais	2,0	
6. Arguição	2,0	
TOTAL		

Nota Final = [(nota documento escrito *2) + nota apresentação oral]/3

DATA: ____/____/____ Nota Final: _____

ASSINATURA DO AVALIADOR: _____

7 REFERÊNCIAS

1. Volkmer C, Monticelli M, Reibnitz K, Brüggemann O, Sperandio F. Incontinência urinária feminina: revisão sistemática de estudos qualitativos. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(10), p.2703-2716, 2012.
2. Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C, et al. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ Prolapse, and Fecal Incontinence. *Neurourology and Urodynamics*. Volume 29, Issue 1, pages 213–240, 2010.
3. Minassian VA, Stewart WF, Wood GC. Urinary incontinence in women: variation in prevalence estimates and risk factors. *Obstetrics and Gynecology*, Pennsylvania, v.111, n.2, p. 324-331, 2008.
4. Irwin DE, Kopp ZS, Agatep B, Milsom I, Abrams P. Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction. *BJU International*. 2011; 108(7):1132-1138.
5. Fitz F, Costa T, Yamamoto D, Resende AP, Stüpp L, Sartori M, et al. Impacto do treinamento dos músculos do assoalho pélvico na qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, 58(2), p. 155-159, 2012.

6. Prudêncio C, Nava G, Cardoso M, Marreto R, Souza E, Valenti V, et al. Evolution of female urinary continence after physical therapy and associated factors. *International Archives of Medicine*, São Paulo, 7:24, 2014.
7. De Andrade Marques A.; Pace do Amaral MT.; Ponzio Pinto e Silva M. *Tratado de Fisioterapia em Saúde da Mulher*. Ed 1/2011. Roca-Brasil. 2011.
8. Berghmans, B. El papel del fisioterapeuta pélvico. *Actas Urológicas Españolas*, v.30 (2), p. 110-122, 2006.
9. Silva A, Almeida C, Aguiar H, Neves M, Teles M. Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida da mulher. *Rev Port Med Geral Fam* 2013;29:364-76.
10. Pedro A, Ribeiro J, Soler Z, Bugdan A. Qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. *Rev. Eletr. Saúde Mental Álcool Drog.*, Ribeirão Preto, v. 7,n.2,p.63-70,2011.
11. Figueiredo EM, Lara JO, Cruz MC, Quintão DMG, Monteiro MVC. Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de serviço de fisioterapia uroginecológica da rede pública. *Rev. bras. Fisioter.*, São Carlos, v. 12, n. 2, p. 136-142, 2008.
12. Danforth K, Townsend M, Lifford K, Curhan G, Resnick N, Grodstein F, et al. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (2006) 194, 339–45)

13. Dedicção AC, Haddad M, Saldanha MES, Driusso P. Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. *Rev.bras. Fisioter.*, São Carlos, v. 13, n. 2,p.116-122,2009.
14. Tibaek, S; Dehlendorff, C. Pelvic floor muscle function in women with pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol Journal* (2014) 25:663–669.
15. Rodríguez-Mias N, Franco EM, Aguado J, Sánchez E, Amat-Tardiu L. Pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence, do they share the same risk factors? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, Barcelona, v.190, p.52–57, 2015.
16. Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen TF, Milsom I. The prevalence of urinary incontinence 20 years after child birth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v.120, p.144–151, 2012.
17. Quintana E, Fajardo V, Rodríguez-Antolín J, Aguilera U, Martínez-Gomez M. Fisiopatología de la incontinencia urinaria feminina. *Salud en Tabasco*, v.15, n.1, pp. 839-844, Secretaría de Salud, México. 2009.
18. Glisoi S, Girelli P. Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. *Rev Bras Clin Med*. São Paulo, 2011 nov-dez;9(6):408-13.

19. C. Rosa, M. Espuna-Pons, J.A. Ortega, F. Aliaga y A Pérez-González y GRESP (Grup de Recerca Sòl Pelvià). La incontinencia urinaria en consultes de ginecologia. ¿Todas las mujeres con síntomas desean tratarse? Actas Urol Esp. 2015.<http://dx.doi.org/10.1016/j.acuro.2015.06.004>

20. Souza C, Lima R, Bezerra L, Pereira R, Moura T, Oliveira R. Estudo comparativo da função do assoalho pélvico em mulheres continentas e incontinentes na pós-menopausa. Rev Bras Fisioter. 2009;13(6):535-41.)