

Camila Teixeira Vaz

**ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA A MULHERES COM
INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA ATENÇÃO BÁSICA**

Belo Horizonte
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Universidade Federal de Minas Gerais
2012

Camila Teixeira Vaz

**ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA A MULHERES COM
INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção de título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Área de concentração: Desempenho Funcional Humano.

Linha de Pesquisa: Estudos do Desempenho Motor e Funcional Humano.

Orientadora: Profa. Dra. Elyonara Mello de Figueiredo.

Coorientadora: Profa. Dra. Rosana Ferreira Sampaio.

Dedico este trabalho aos meus pais, Aparecida e Aloisio, e ao meu irmão, Luiz, pelo incentivo, apoio e compreensão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter abençoado esse meu caminho e por ter me proporcionado enorme aprendizado, realizações e alegrias.

Aos meus pais, que tanto amo, por seu poderoso exemplo de persistência e por nunca medirem esforços para que eu pudesse concretizar todos os meus projetos de vida.

Ao meu querido irmão, Luiz, à minha cunhada Juliana e a todos os meus familiares pelo apoio e por todos bons momentos que passamos juntos.

À minha orientadora, Profa. Dra. Elyonara Mello de Figueiredo, pela confiança em mim e no meu trabalho. Obrigada por ter tornado este sonho possível e mesmo com a ausência inevitável, em alguns momentos, conduziu com dedicação esta pesquisa. A você, minha admiração e respeito.

À minha coorientadora, Profa. Dra. Rosana Ferreira Sampaio, pela ajuda nos momentos mais difíceis e delicados e pelas preciosas contribuições neste trabalho. Obrigada por ter estado presente nesta caminhada.

A todos os professores que participaram da minha graduação e pós-graduação.

A todos os colegas do Centro de Saúde São Gabriel e do Centro de Saúde São Marcos pela abertura, receptividade e pela viabilização desta pesquisa. Todos acreditaram e trabalharam junto comigo neste projeto.

Às voluntárias desta pesquisa, pelos ensinamentos e disponibilidade.

À Paula Maria, Déborah Stuart, Marina Torres, Larissa Matias, Rafaela Gonçalves e Juliana Diniz, pela energia e dedicação nas coletas de dados. Compartilho com vocês esta conquista.

À Mery Abreu, pela contribuição na análise estatística.

Às funcionárias do Departamento de Fisioterapia da UFMG, Marilane, Eni, Gilvânia, Rivamar e Margareth, pela receptividade e disponibilidade sempre.

A todos os colegas e amigos da graduação e do mestrado, por todo apoio, pelas trocas de experiências e pelos bons momentos vividos. Raquel, Rafa e Cris, o apoio de vocês, principalmente na reta final, foi muito importante.

A todos os colegas e amigos de profissão, principalmente à Profa. Dra. Elza Baracho, que sempre impulsionou a profissão e a área da Saúde da Mulher. Obrigada pela confiança em mim, pelas oportunidades e por me permitir desfrutar de sua sabedoria.

A todos os meus queridos amigos e amigas que me acompanham de longa data e torcem pela minha realização profissional sempre.

RESUMO

Considera-se a incontinência urinária feminina um problema de saúde pública devido à grande morbidade causada na paciente associada aos custos elevados para o sistema, à alta prevalência e ao número de afastamentos do trabalho. O tratamento de mulheres com essa condição de saúde, na Atenção Básica, constitui uma medida necessária para a melhoria da qualidade de vida dessa população. Como o treinamento dos músculos do assoalho pélvico é o tratamento de primeira escolha para mulheres com incontinência urinária e não é usualmente realizado na Atenção Básica, os objetivos deste estudo foram identificar a ocorrência, a gravidade e o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres usuárias de Unidade Básica de Saúde e investigar a efetividade de duas estratégias de assistência fisioterapêutica a mulheres com incontinência urinária, nesse nível de atenção à saúde. **Materiais e Método:** Realizou-se um estudo longitudinal envolvendo mulheres com incontinência urinária da área de abrangência de Unidade Básica de Saúde do município de Belo Horizonte. Foram dadas duas opções de tratamento para as participantes escolherem de acordo com a disponibilidade e o interesse delas: tratamento domiciliar apenas e tratamento em grupo na Unidade Básica de Saúde associado ao domiciliar. As avaliações das participantes foram feitas em quatro momentos: na admissão (início), na metade do protocolo de intervenção (6 semanas), na alta (alta) e no seguimento de um mês após a alta (1 mês). Os desfechos investigados foram: quantidade de urina perdida por meio do *Pad test*-24 horas; frequência de perda urinária por meio do Diário Miccional de 24 horas; e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida por meio do ICIQ-SF. Empregou-se a estatística descritiva para identificar a ocorrência de mulheres com incontinência urinária e descrever a amostra em relação às características sociodemográficas, clínicas e aos desfechos investigados. Além dela, aplicou-se a ANOVA para testar mudanças nos desfechos ao longo do tempo bem como para fazer a comparação entre os tratamentos em cada tempo investigado. **Resultados:** A ocorrência de incontinência urinária na população estudada foi de 64,38% e 60

mulheres completaram o estudo, 30 que realizaram tratamento domiciliar exclusivamente e 30 que o realizaram na Unidade Básica de Saúde mais domiciliar. Independente do tipo de tratamento houve uma redução significativa, ao longo do tempo, da quantidade de urina perdida ($p=0,004$), da frequência de perda urinária ($p=0,015$) e do impacto da incontinência urinária na qualidade de vida ($p<0,001$), sendo que essas alterações já começaram a ser estatisticamente significativas a partir de seis semanas do início do tratamento para tais desfechos. Não foi encontrada diferenças ao se comparar a quantidade de urina perdida, a frequência de perda urinária e o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida entre os dois grupos de assistência, nas quatro avaliações ($p=0,773$; $p=0,741$; $p=0,849$), respectivamente. **Conclusão:** A ocorrência de incontinência urinária encontrada parece ser maior do que a descrita na literatura. Os dois tipos de assistência parecem ser efetivos para o tratamento de mulheres com incontinência urinária na Atenção Básica, resultado que orienta gestores e fisioterapeutas sobre a necessidade e as possibilidades de abordagem fisioterapêutica para essa população, no nível básico de atenção à saúde.

Palavras-chave: Incontinência Urinária. Fisioterapia. Atenção Básica.

ABSTRACT

The female urinary incontinence is considered a public health problem due to the high morbidity in patients, its association with high costs for the system, high prevalence and number of absences from work. The treatment of women with this health condition, in Primary Health Care, is necessary to improve quality of life in this population. As the pelvic floor muscle training is the first line treatment for women with urinary incontinence and it is not usually carried out in Primary Health Care, the objectives of this study were to identify the occurrence, severity and urinary incontinence impact on quality of life of women using the Primary Health Care Unit and investigate the effectiveness of two physical therapy assistance strategies for women with urinary incontinence, in this level of health care. **Materials and Methods:** A longitudinal study was conducted involving women with urinary incontinence of two Primary Health Care Units in Belo Horizonte city. It was given two treatment options for the participants to choose according to their availability and interest: home care treatment and group treatment in the Primary Health Care Unit in addition to home care. The participants' assessments were made at four times: admission (beginning), half of the intervention (6 weeks), discharge of the treatment (discharge) and at a follow-up one month after discharge (1 month). The outcomes investigated were: the amount of urine loss measured by the 24 hours Pad-test; frequency of leakage obtained from the 24 hours Voiding Diary; and the impact of urinary incontinence on quality of life measured by the ICIQ-SF. Descriptive statistics were applied to identify the occurrence of women with urinary incontinence and describe the sample in relation to sociodemographic and clinical characteristics and for the investigated outcomes. ANOVA was applied to test for changes in outcomes over time and to make the comparison between treatments at each time investigated. **Results:** The occurrence of urinary incontinence in the studied population was 64.38% and 60 women completed the study, 30 underwent treatment at home and 30 had their treatment carried out in the Primary Health Care Unit in addition to home care. Regardless of the type of treatment, there was a

significant reduction, over time, of the amount of urine loss ($p = 0.004$), of the frequency of leakage ($p = 0.015$) and of the urinary incontinence impact on quality of life ($p < 0.001$), and these changes have already begun to be statistically significant from six weeks of starting treatment for such outcomes. No differences were found when comparing the amount of urine loss, frequency of urinary incontinence and the urinary incontinence impact on quality of life between the two groups for assistance in the four assessments ($p = 0.773$, $p = 0.741$, $p = 0.849$), respectively. **Conclusion:** The occurrence of urinary incontinence found in this study appears to be greater than described in the literature. The two types of assistance seem to be effective for the female urinary incontinence treatment in Primary Health Care, this result guides managers and physiotherapists on the need and possibilities for physical therapy approach for this population, at the primary level of health care.

Key words: Urinary Incontinence. Physical Therapy. Primary Health Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Objetivos	17
1.1.1 Objetivo Geral	17
1.1.2 Objetivos específicos	17
2 MATERIAIS E MÉTODO	18
2.1 Desenho do estudo	18
2.2 Amostra	18
2.3 Local	19
2.4 Instrumentação	20
2.5 Procedimentos	22
2.6 Análise estatística	28
3 ARTIGO	30
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICES	59
APÊNDICE A	60
APÊNDICE B	62
APÊNDICE C	64
APÊNDICE D	67
APÊNDICE E	68
APÊNDICE F	69
ANEXOS	71
ANEXO A	72
ANEXO B	73
ANEXO C	74

1 INTRODUÇÃO

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística é uma fundação pública da administração federal brasileira.¹ Dentre suas atribuições estão: a realização de censos e a organização dessas informações, para permitir o planejamento, o orçamento e a gestão de órgãos das esferas governamentais federais, estaduais e municipais.¹ Segundo o último censo, realizado em 2010, as mulheres representam 51,03% da população brasileira¹ e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS).² Cerca de 70% da população feminina necessita do sistema público de saúde onde busca atendimento para si mesma ou, como acompanhante, para crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos e amigos.²

A saúde da mulher é uma prioridade do governo federal, fato que levou o Ministério da Saúde a elaborar, no ano de 2004, o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”, em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o Movimento das Mulheres, o Movimento Negro e o de Trabalhadoras Rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos na área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional. Esse documento reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis.² De acordo com as diretrizes dessa política, o SUS deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção e as necessidades de saúde da população feminina, a garantia do direito à saúde e o controle de doenças mais prevalentes nesse grupo.²

Dentre as doenças mais prevalentes na população feminina está a Incontinência Urinária (IU), definida, pela *International Continence Society* (ICS), como a queixa de qualquer perda involuntária de urina.³ A IU é uma condição de saúde crônica que pode comprometer diferentes domínios da funcionalidade da mulher, incluindo os físicos, sociais, mentais e a qualidade de vida.^{4,5} Para a Organização Mundial de

Saúde, qualidade de vida refere-se à percepção das pessoas de sua posição na vida, dentro do contexto de cultura e sistema de valores nos quais elas vivem e em relação a suas metas, suas expectativas e seus padrões sociais.⁶ Portanto qualidade de vida é um constructo subjetivo e importante de ser avaliado tanto na clínica quanto em pesquisas⁶ com o objetivo de identificar diferentes níveis de bem-estar e economia em saúde, investigando-se a eficácia, efetividade, eficiência e utilidade das diferentes terapêuticas disponíveis para cada grupo de doenças ou condições. A qualidade de vida pode estar afetada em mulheres com diferentes tipos de IU.

De acordo com a ICS, a IU pode ser classificada em: Incontinência Urinária de Esforço (IUE), definida como a perda urinária aos esforços, atividade física, tosse ou espirro; Incontinência Urinária de Urgência (IUU), definida como a perda involuntária de urina acompanhada ou imediatamente precedida por urgência, ou seja, um desejo de urinar repentino e difícil de adiar; e por fim, a Incontinência Urinária Mista (IUM), definida como a perda urinária acompanhada por urgência e esforço.³

A IU acarreta altos custos para os sistemas de saúde, comprovados por estudos que apontam que os Estados Unidos gastam aproximadamente 32 bilhões de dólares anualmente com o tratamento da IU.⁷ Estudos recentes sugerem que, no Reino Unido, os gastos também são altos.⁸ No Brasil, de acordo com o relatório de procedimentos hospitalares do SUS – DATASUS de 2011, foram gastos em torno de 2,30 milhões de reais com tratamento cirúrgico da IU nesse ano, sem considerar os investimentos com exames diagnósticos, medicamentos, fisioterapia ou custos às próprias pacientes.⁹ Além disso, essa condição de saúde é responsável por um grande número de afastamentos do trabalho.¹⁰

A IU pode acometer a mulher em diversas fases da sua vida, fato que vem sendo demonstrado por estudos populacionais que apontam uma prevalência entre 30 e 60% na população feminina em geral, sendo maior entre idosas.¹¹ O problema pode ser subrelatado, porque as mulheres mostram-se relutantes em mencioná-lo aos profissionais de saúde.^{12,13}

Devido à grande morbidade associada aos custos elevados, ao número de afastamentos do trabalho e à alta prevalência, a IU é caracterizada como um problema de saúde pública.¹¹ Dentro dessa perspectiva, a prevenção e o tratamento de mulheres com IU constituem medidas necessárias, visando à obtenção de melhor qualidade de vida da população feminina, desde a idade reprodutiva até a velhice.

Segundo a ICS, a prevenção da IU deve incluir educação sobre mudanças comportamentais como alimentação ou frequência miccional, que aumentam a probabilidade de incontinência, sobre o funcionamento normal do trato urogenital e intestinal, orientações sobre mudanças esperadas com o envelhecimento e como encontrar o tratamento apropriado.¹⁴

Com relação ao tratamento, atualmente há uma variedade de opções terapêuticas, incluindo-se medicamentos, cirurgias e intervenções conservadoras, como a fisioterapia. Mudanças no estilo de vida, treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP), *biofeedback*, eletroestimulação, cones vaginais e treinamento vesical são recursos fisioterapêuticos pouco invasivos.¹⁴ Dentre esses, o TMAP possui nível A de evidência, fato que pode ser comprovado por inúmeros estudos,^{8,14-18} e é preconizado pela ICS como o tratamento conservador de primeira escolha para mulheres com IUE, IUU e IUM.¹⁴ Além da eficácia comprovada, a fisioterapia é indicada como uma das principais alternativas para as mulheres com IU, principalmente na Atenção Básica, devido ao menor custo financeiro, por oferecer baixo risco de efeitos colaterais e por não prejudicar tratamentos subsequentes.¹⁴

Esse tratamento pode ser oferecido com supervisão de um fisioterapeuta ou não. Felicissimo e colaboradores (2010) investigaram a efetividade de duas opções de tratamento fisioterapêutico para mulheres com IU: um em que as participantes realizavam, além de um protocolo domiciliar de TMAP, exercícios dos MAP, supervisionados por fisioterapeuta, duas vezes por semana e outro, sem supervisão, em que elas realizavam apenas o protocolo domiciliar de TMAP. Esses resultados

demonstraram uma melhora da força dos MAP, uma redução na quantidade de urina perdida e uma melhora na qualidade de vida, sem diferença significativa entre os dois tratamentos em nenhum dos desfechos investigados.¹⁹ Além disso, a adesão ao tratamento de fisioterapia foi semelhante em ambos os grupos.¹⁹ Konstantinidou e colaboradores, em 2007, também compararam a efetividade entre um programa de TMAP sob supervisão semanal de um fisioterapeuta e um programa de TMAP sem supervisão.²⁰ Seus resultados mostraram que, após 12 semanas de tratamento, o grupo que recebeu o TMAP com supervisão apresentou uma melhora significativa nos principais desfechos analisados, como percepção subjetiva de melhora, quantidade e frequência de perda urinária e força dos MAP.²⁰

A rede de serviços do SUS é organizada de forma hierarquizada e regionalizada, ou seja, em níveis de complexidade tecnológica crescente, delimitada por regiões geográficas.²¹ O nível primário ou Atenção Básica é o ponto de contato preferencial dos usuários com o SUS e engloba um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, que envolvem promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação dos pacientes.²² Cabe à Atenção Básica, quando necessário, proceder aos encaminhamentos dos usuários para os atendimentos de média e alta complexidade.²² O nível secundário ou média complexidade compõe-se por ações e serviços que visam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico.²² Por último, o nível terciário ou alta complexidade que engloba um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados e de maior complexidade.²²

Sendo a Atenção Básica a porta de entrada preferencial do SUS, a abordagem de mulheres com IU deveria ser iniciada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) por uma equipe multiprofissional, composta pelos seguintes profissionais: médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros.

A inserção do fisioterapeuta na Atenção Básica se deu efetivamente em 2008 com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).²³ O fisioterapeuta passou a ser responsável pela saúde da população adscrita a uma UBS e a ter a possibilidade de acompanhá-la mais proximamente.²⁴ A lógica da responsabilização estimula o desenvolvimento de novas relações entre profissionais e usuários ao propiciar o estabelecimento de vínculos e a possibilidade de um acompanhamento continuado.²⁴ Esse monitoramento longitudinal potencializa o desenvolvimento de ações promocionais, preventivas e de tratamento, com orientações domiciliares e atividades coletivas, nas diversas especialidades da profissão.²⁴ Após avaliação criteriosa, o fisioterapeuta pode orientar e prescrever exercícios para os pacientes realizarem em casa (orientações domiciliares) ou criar grupos de intervenção com pacientes que apresentem a mesma condição de saúde (atividades coletivas).²⁵ Entretanto, o tratamento fisioterápico para mulheres com IU não é usualmente realizado na Atenção Básica, sendo que a maioria das mulheres diagnosticadas com IU recebe apenas tratamento medicamentoso ou é referenciada para o nível secundário de atenção à saúde, fato que gera extensas listas de espera nos serviços especializados e grande demora na resolubilidade dos casos.²⁶

Porém, ainda não existem informações na literatura científica da área sobre como o tratamento fisioterapêutico de mulheres com IU poderia ser oferecido na Atenção Básica. A intervenção fisioterapêutica para mulheres com IU nesse nível de atenção à saúde poderia diminuir o número de encaminhamentos para o nível secundário e, conseqüentemente, os custos ao SUS e às próprias pacientes, podendo inclusive potencializar a adesão das mulheres ao tratamento, reduzindo o tempo de espera das usuárias que realmente necessitarem de uma consulta especializada. Além disso, não existem dados sobre a ocorrência de IU em mulheres da área de abrangência de UBS. As informações geradas por este estudo poderão orientar gestores e fisioterapeutas sobre a necessidade e efetividade da abordagem fisioterapêutica a mulheres com IU na Atenção Básica.

1.1 Objetivos

1.1.1 Geral

Investigar a efetividade de duas estratégias de assistência fisioterapêutica a mulheres com IU na Atenção Básica.

1.1.2 Específicos

- Identificar a ocorrência de IU em mulheres usuárias de Unidade Básica de Saúde;
- Descrever o perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com IU usuárias de Unidade Básica de Saúde;
- Investigar a efetividade da intervenção fisioterapêutica domiciliar para reduzir os sintomas e melhorar a qualidade de vida de mulheres com IU atendidas no nível básico de atenção à saúde;
- Investigar a efetividade da intervenção fisioterapêutica em grupo associado à intervenção domiciliar para reduzir os sintomas e melhorar a qualidade de vida de mulheres com IU atendidas no nível básico de atenção à saúde.

2 MATERIAIS E MÉTODO

2.1 Desenho do estudo

Foi realizado um estudo longitudinal a fim de identificar a ocorrência, a gravidade e o impacto da IU na qualidade de vida de mulheres usuárias de unidade básica de atenção à saúde e investigar a efetividade de duas estratégias de intervenção fisioterapêutica para mulheres com IU na Atenção Básica: intervenção domiciliar (T1) e em grupo associado à domiciliar (T2). As duas opções de tratamento foram delineadas de forma a oferecer tratamentos potencialmente efetivos e que garantissem a adesão das usuárias. Para tal, as usuárias escolheram a opção que mais se adequasse aos interesses delas. As avaliações das participantes foram feitas em quatro momentos: na admissão (início), na metade do protocolo de intervenção (6 semanas), na alta (alta) e no *follow-up* de um mês após o término do tratamento (1 mês) por fisioterapeuta com 4 anos de experiência na área da Saúde da Mulher. As variáveis dependentes medidas em cada avaliação foram: quantidade de perda urinária, frequência de perda urinária e impacto da IU na qualidade de vida. A intervenção foi conduzida por uma segunda fisioterapeuta também experiente na área da Saúde da Mulher e treinada no protocolo de intervenção. Todos os procedimentos foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sob o parecer ETIC 026/10 (ANEXOS A e B).

2.2 Amostra

A amostra foi selecionada por conveniência e constituída por mulheres usuárias de duas UBS do município de Belo Horizonte, em diferentes faixas etárias e com queixa de IU.

O estudo foi programado para ser desenvolvido durante 15 meses, de julho de 2010 a outubro de 2011. Nesse período, todas as usuárias de duas UBS identificadas com IU foram convidadas a participar deste estudo e ingressaram após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A). Além desse documento, as mulheres foram informadas sobre os procedimentos, a estimativa do tempo de permanência no estudo, seus direitos, assim como a ausência de riscos e os benefícios para a participação no mesmo.

As participantes que, durante a avaliação inicial, relataram sintomas de infecção urinária, apresentaram alterações neurológicas ou incapacidade de entender os exercícios, que eram gestantes ou que, no exame físico, não apresentaram capacidade de contração dos músculos do assoalho pélvico (MAP) – “sem contração”, “inconclusivo” ou “movimento do assoalho pélvico para fora”²⁷, foram excluídas do estudo. Estas últimas não participaram do estudo devido à incapacidade de realização dos exercícios propostos na intervenção, uma vez que não puderam contrair corretamente os MAP. Todas as mulheres excluídas foram encaminhadas para a ginecologista da UBS.

2.3 Local

O estudo foi realizado nos Centros de Saúde São Gabriel e São Marcos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, ambos situados no Distrito Sanitário Nordeste. Todas as participantes faziam parte da área de abrangência dessas duas UBS.

As participantes foram avaliadas individualmente, em consultório reservado, e a intervenção em grupo foi realizada no ginásio da Fisioterapia de cada UBS.

2.4 Instrumentação

– *Pad test*-24 horas: utilizado para medida da quantidade de perda urinária. É um método para detectar e quantificar a perda de urina e se baseia no peso ganho do absorvente durante o período de teste, sob condições padronizadas.²⁸ Diferentes padronizações do *Pad test* foram desenvolvidas, podendo ser divididas em quatro grupos de acordo com a sua duração: menor que 1 hora, 1 hora, 24 horas e 48 horas.²⁸ O *Pad test*-24 horas, realizado em casa, é mais representativo da gravidade da incontinência no dia-a-dia, mais confiável e, por isso, vem se tornando mais utilizado na clínica e em pesquisas.²⁹ Esse instrumento apresenta forte confiabilidade, medida pelo coeficiente de correlação intraclasse, com valor igual a 0,78.³⁰ As participantes foram orientadas a usar absorventes, durante 24 horas, no dia imediatamente anterior ao da segunda consulta, trocando-os de acordo com sua necessidade. As participantes deveriam guardar todos os absorventes usados em um saco plástico fechado, armazená-lo em geladeira para evitar evaporação e levar para pesagem na segunda consulta de avaliação, junto com um absorvente limpo para descontar o seu peso.

– Diário Miccional de 24 horas (APÊNDICE B): utilizado como medida da frequência de perda de urina neste estudo. É um registro, feito pela própria participante, do horário em que urinou, o volume urinado, episódios de urgência e de incontinência e o volume de líquido ingerido durante um dia normal de atividades.³¹ A duração ótima desses registros é de 24 horas e inclui a primeira micção de um dia até a primeira micção do dia seguinte.³¹ Além da frequência de perda urinária, outros dados do Diário Miccional – frequência miccional em 24 horas, horário em que urinou, volume urinado em 24 horas, volume de líquido ingerido em 24 horas e episódios de urgência – foram registrados com finalidade de fornecimento de informações ao fisioterapeuta para elaboração do treinamento vesical de cada participante. Diários Miccionais de 24 horas apresentam boa reprodutibilidade e confiabilidade.³¹ Neste estudo, as participantes foram orientadas a realizar o Diário Miccional no mesmo dia em que realizaram o *Pad test*-24 horas.

– *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF)* (ANEXO C): utilizado para identificar as participantes com queixa de IU e para avaliar o impacto da IU na qualidade de vida das mesmas por meio de entrevista assistida. Trata-se de um questionário de qualidade de vida simples, composto por quatro questões que avaliam a frequência de perdas urinárias, a quantidade de urina perdida, o impacto da IU na vida diária e as situações de perda urinária, no entanto apenas as três primeiras questões são pontuadas.³² O escore total varia de 0 a 21 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, maior a gravidade e o impacto da IU na qualidade de vida.³² As participantes que obtiveram um escore total maior ou igual a 1 ponto foram consideradas com queixa de IU. O ICIQ-SF foi traduzido e validado para mulheres brasileiras com queixa de IU³² e é recomendado pela ICS para o uso em pesquisas e na prática clínica por apresentar satisfatória confiabilidade, validade e responsividade.³¹ Apresenta alta reprodutibilidade, com valor de correlação de *Pearson* igual a 0,89.³²

– Observação visual da contração dos MAP: utilizada para identificação das participantes que apresentavam capacidade de contração dos MAP. A inspeção dos MAP foi realizada por meio da observação por cima da roupa íntima, com a paciente em decúbito dorsal e com quadris e joelhos fletidos. A fisioterapeuta solicitava uma contração voluntária dos MAP, observava a capacidade de contração por cima da roupa íntima e a categorizava em: contração realizada corretamente, sem contração, inconclusivo, movimento do assoalho pélvico para fora e uso excessivo de músculos acessórios.²⁵ Essa escala apresenta boa reprodutibilidade.²⁷

Optou-se por realizar a avaliação dos MAP somente por inspeção sobre a roupa íntima, e não da forma tradicional, com toque bidigital e uso de instrumentos de mensuração das funções dos MAP, por se tratar de um estudo que investiga a efetividade de assistência fisioterapêutica a mulheres com IU no nível primário de atenção à saúde que não dispõem de recursos físicos e profissionais especializados. Esse protocolo foi desenvolvido com o objetivo de viabilizar a avaliação de mulheres com IU por qualquer fisioterapeuta que trabalhe no nível primário de atenção à

saúde, ou seja, que não tenha necessariamente formação de especialista em Saúde da Mulher.

– Escala Modificada de Oxford: é uma escala ordinal de 0 a 5 pontos que gradua dois aspectos da contração muscular dos MAP, a compressão e a elevação cranial do assoalho pélvico, sendo que quanto maior a pontuação melhor a capacidade de contração.³³ Esse instrumento foi utilizado pela médica ginecologista das UBS nas participantes que, durante exame físico, não apresentaram capacidade de contração dos MAP. A escala apresenta boa reprodutibilidade, com valor de Kappa igual a 0,69.³⁴ Esse dado não foi utilizado nas análises estatísticas desta pesquisa, porém foi importante para proceder aos encaminhamentos das mulheres excluídas por não contraírem corretamente os MAP.

– *Patient Global Impression of Improvement (PGI-I)*: utilizado para a identificação da satisfação da participante com o tratamento no momento da alta. Trata-se de uma escala de sete pontos que mensura a melhora e/ou mudança global observadas pela própria participante, sendo: 1 - muito melhor; 2 - melhor; 3 - pouco melhor; 4 - nada mudou; 5 - pouco pior; 6 - pior; 7 - muito pior.³⁵ Esse instrumento, recomendado pela ICS, apresenta propriedades psicométricas adequadas.³⁵

2.5 Procedimentos

As participantes com sintomas de IU foram identificadas por meio da aplicação do ICIQ-SF. As enfermeiras, auxiliares de enfermagem, agentes comunitárias de saúde e alunos do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da UFMG aplicaram o ICIQ-SF durante o acolhimento ou enquanto as usuárias esperavam por atendimento na UBS, garantindo a identificação dos casos de IU e o adequado encaminhamento para a Fisioterapia. Para isso, todos esses profissionais foram previamente informados sobre os sintomas de IU e sobre a importância e efetividade do tratamento fisioterapêutico, além de serem treinados para aplicação do ICIQ-SF por fisioterapeuta especialista em Fisioterapia em Saúde da Mulher, colaboradora

deste projeto.

Para as participantes com sintomas de IU identificadas no ICIQ-SF, foi marcada uma avaliação fisioterapêutica, por meio de convite por telefone ou via agente comunitária de saúde. A ficha de avaliação foi preenchida com os dados coletados e numerada de acordo com a sequência de entrada de cada participante no estudo de forma a garantir seu anonimato.

A avaliação fisioterapêutica aconteceu em duas consultas individuais e constou de anamnese (APÊNDICE C), para coleta dos dados sociodemográficos (idade, estado civil, escolaridade e ocupação) e clínicos (estado hormonal, cirurgias pélvicas prévias, número de gestações, partos normais e cesáreas), exame físico dos MAP, medida de gravidade da IU, por meio do *Pad test-24* horas e do Diário Miccional, e o impacto da IU na qualidade de vida, por meio do ICIQ-SF, registrado previamente. Foi registrada também a presença ou não de outras disfunções do assoalho pélvico como: incontinência anal, fecal ou a *flatus*. Na primeira consulta foi realizada a anamnese. Nessa mesma consulta, solicitou-se à participante a realização do *Pad test-24* horas: a paciente foi orientada a usar absorventes durante 24 horas e trazê-los, junto com um absorvente limpo para descontar o seu peso, para pesagem numa balança de precisão. E, finalmente, as participantes foram orientadas a realizar o Diário Miccional de 24 horas. Para tal foram entregues copos plásticos milimetrados, para mensurar a quantidade de urina eliminada e a de líquido ingerido durante as 24 horas.

Na segunda consulta, a participante foi informada sobre a anatomia e as funções dos MAP com o auxílio de figuras ilustrativas. Em seguida, realizou-se a inspeção do assoalho pélvico por meio da observação, com a participante deitada em decúbito dorsal, quadris e joelhos fletidos e parcialmente despida, mantendo a roupa íntima. A fisioterapeuta solicitava uma contração voluntária dos MAP, dando os comandos de contrair os MAP com intuito de simular a interrupção do jato urinário ou da perda de *flatus* e de contraí-los sentindo a elevação cranial da contração. Observava a

capacidade de contração por cima da roupa íntima e a categorizava em: contração realizada corretamente, sem contração, inconclusivo, movimento do assoalho pélvico para fora, uso excessivo de músculos acessórios.²⁷ Nesse momento, foi avaliado o tempo de sustentação da contração dos MAP.

Ao final da segunda consulta de avaliação, foram pesados os absorventes do *Pad test*-24 horas. Todas as participantes receberam uma cartilha de orientações (APÊNDICE D) sobre como realizar o TMAP em casa e orientações sobre o intervalo miccional e o volume de ingestão de líquidos adequados (treinamento vesical), baseados nos resultados do Diário Miccional.

As participantes sem capacidade de contração dos MAP definidas, durante o exame físico, como: “sem contração”, “inconclusivo” ou “movimento do assoalho pélvico para fora”, foram encaminhadas para o ginecologista da UBS. Esse profissional identificava, durante exame ginecológico com toque bidigital, a capacidade de contração dos MAP, mensurando-a por meio da escala de Oxford Modificada.³³ As participantes que apresentaram grau 0 na Escala Modificada de Oxford foram diretamente encaminhadas para o nível secundário de atenção à saúde e as que apresentaram grau 1 na Escala Modificada de Oxford foram tratadas na própria UBS, pelos acadêmicos do décimo período do Curso de Fisioterapia da UFMG, em sessões individuais, sob supervisão da fisioterapeuta especialista em Saúde da Mulher, colaboradora deste projeto. Os dados dessas mulheres não foram incluídos no presente estudo.

Foram oferecidas duas opções de tratamento para as participantes escolherem de acordo com a disponibilidade e o interesse delas: tratamento domiciliar (T1) e tratamento em grupo associado ao domiciliar (T2).

O protocolo domiciliar de TMAP foi composto por 10 contrações máximas dos MAP, com tempo de sustentação da contração definido individualmente, realizadas três vezes ao dia¹⁵ e 10 contrações rápidas submáximas, também realizadas três vezes ao dia, durante sete dias da semana. Todas as participantes que optaram pelo

tratamento domiciliar foram contactadas, por telefone, na terceira semana de intervenção e questionadas se estavam seguindo corretamente as orientações do treinamento vesical e realizando os exercícios para os MAP conforme orientado. Além disso, eram esclarecidas as possíveis dúvidas sobre o tratamento. Essas participantes compareciam na UBS apenas para as reavaliações.

As participantes que optaram pelo tratamento em grupo e domiciliar fizeram, além do protocolo domiciliar, sessões na própria UBS, uma vez por semana junto com outras participantes. As sessões tinham duração de aproximadamente 40 minutos e eram realizadas sob supervisão da fisioterapeuta especialista em Saúde da Mulher, colaboradora deste projeto. O protocolo da intervenção em grupo foi composto por: exercícios respiratórios (três séries de 10 repetições) em decúbito dorsal; exercícios de alongamento (duas séries de 30 segundos) dos músculos eretores espinhais, realizado em decúbito dorsal e abraçando os membros inferiores; isquiossurais em decúbito dorsal com o auxílio de uma faixa e adutores de quadril na posição sentada, com joelhos estendidos; exercícios de estabilização lombopélvica, como exercícios de ponte (três séries de 15 repetições) e ântero e retroversão pélvica em quatro apoios (três séries de 10 repetições); TMAP com realização de 10 contrações máximas dos MAP, enfatizadas por meio de comando verbal, sustentadas por seis segundos¹⁵ e 10 contrações rápidas submáximas dos MAP; exercício de contração dos MAP, na capacidade submáxima, por 40 segundos, com objetivo de ensiná-las a adiar o desejo de micção; e manobra de “*the knack*”,²⁷ em que a participante era instruída a contrair os MAP imediatamente antes a uma tosse provocada (10 repetições). O tempo de sustentação das contrações máximas do protocolo de exercícios do grupo foi padronizado. Segundo o protocolo de Bø, publicado em 1990, o tempo de sustentação da contração máxima deve variar entre três e 10 segundos.¹⁵ Dessa forma, optou-se por padronizá-lo em seis segundos, tempo médio dentro dessa faixa. Em cada sessão, os exercícios para os MAP foram feitos em uma posição diferente (deitada, sentada ou em pé), visando também ao treino funcional. Em todos os encontros foram reforçadas as orientações sobre o treinamento vesical e sobre a importância de se cumprir o protocolo domiciliar de

exercícios.

O protocolo do tratamento em grupo foi composto por um programa global de exercícios durante as sessões do grupo, intercalados com os exercícios para os MAP, para motivar as participantes, uma vez que a musculatura do assoalho pélvico tem a característica de se fadigar facilmente, sendo necessários intervalos de repouso entre esses exercícios para controle da fadiga muscular. Além disso, considerou-se que um programa envolvendo exercícios para outros grupos musculares seria mais motivador para as participantes, contribuindo para a adesão a esse protocolo.

Ambos os protocolos de tratamento, tiveram duração de 12 semanas. A adesão ao protocolo domiciliar foi anotada em um diário de frequência de realização dos exercícios (APÊNDICE E) e essa adesão foi verificada em cada consulta de reavaliação. Também foi documentada a frequência dos atendimentos na UBS para as participantes do grupo, bem como o número de mulheres que compareceram em cada encontro.

Foram realizadas três reavaliações das participantes: seis e doze semanas após o início do tratamento, e um mês após o seu término. As reavaliações constaram de anamnese (para avaliar os sintomas de IU) (APÊNDICE F), exame físico (para avaliar a capacidade de contração dos MAP e o tempo de sustentação da mesma), gravidade da IU (*Pad test*-24 horas e Diário Miccional) e impacto da IU na qualidade de vida (ICIQ-SF).

A Figura1 apresenta o organograma com os procedimentos descritos acima.

ORGANOGRAMA

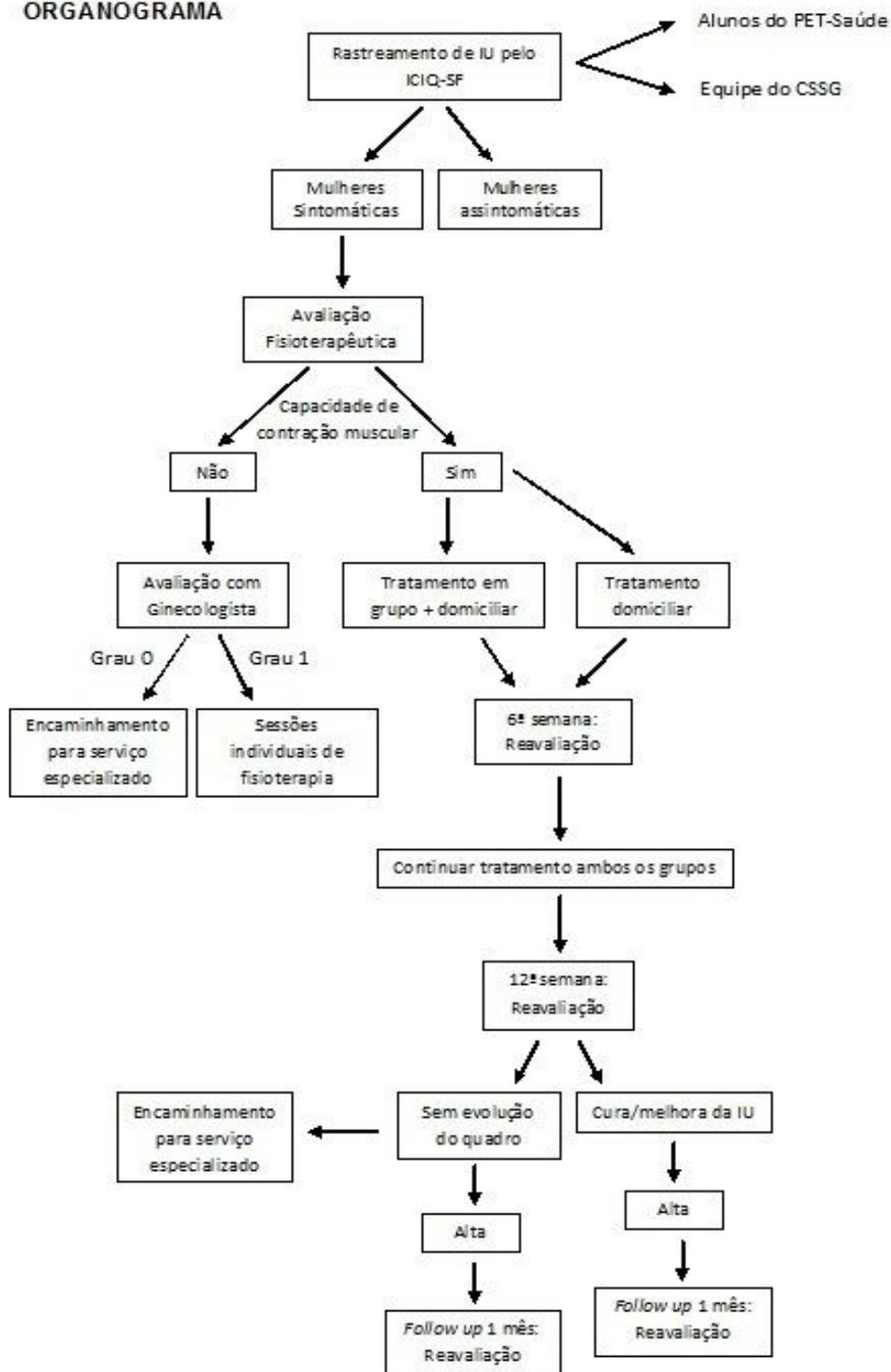


FIGURA 1: Organograma dos procedimentos.

As participantes receberam alta do tratamento fisioterapêutico na décima segunda semana de acordo com quatro critérios estabelecidos pelos pesquisadores, a saber: 1 - cura da IU (definida por quantidade de perda urinária inferior a 4g,³⁶ obtido pelo *Pad test*-24 horas, sem relato de perdas urinárias e boa satisfação com o tratamento avaliado por meio do PGI-I); 2 - melhora da IU (definida pela redução da quantidade de urina perdida, relato de perdas urinárias ocasionais e boa satisfação com o tratamento); 3 - resultado insatisfatório (caracterizada pela permanência dos sintomas de IU, avaliado por meio do *Pad test*-24 horas e/ou pelo relato da participante, e baixa satisfação com o tratamento); 4 - abandono (caracterizado pelo não comparecimento às sessões de tratamento em grupo e/ou às consultas de reavaliação). Foram registradas as taxas de alta por abandono, por cura e melhora da IU e por resultado insatisfatório.

As participantes que receberam alta devido a um resultado insatisfatório foram encaminhadas para o nível secundário de atenção à saúde.

Os dados obtidos das avaliações e reavaliações foram mantidos em sigilo e registrados em uma planilha do Excel – Microsoft/Windows 2007. Não houve mascaramento dos avaliadores.

2.6 Análise Estatística

A estatística descritiva, utilizando medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis intervalares e frequência para as variáveis categóricas, foi usada para identificar a ocorrência de IU e descrever a amostra em relação às características sociodemográficas, clínicas e com relação à gravidade (quantidade e frequência de perda urinária) e ao impacto da IU na qualidade de vida das participantes que apresentaram IU.

Para verificar se os grupos eram semelhantes no início do estudo e para verificar se as participantes que o abandonaram eram diferentes das participantes

acompanhadas (perdas diferenciadas), foi utilizado o qui-quadrado de *Pearson*, teste de *Fisher* ou teste *t-Student*.

A Análise de Variâncias (ANOVA) para Medidas Repetidas com dois fatores (medidas em dois períodos de tempo) foi aplicada para comparar as participantes na admissão (início), após seis (6 semanas) e doze semanas do início do tratamento (alta) e no *follow up* de um mês após a intervenção (1 mês), em relação à quantidade de urina perdida, à frequência e ao impacto da IU na qualidade de vida. Esse mesmo modelo foi utilizado ainda para fazer uma comparação entre os grupos (T1 e T2) nos mesmos tempos referidos acima.

Esse modelo fornece uma ANOVA quando a mesma medida é feita em vários momentos no mesmo indivíduo e permite testar a hipótese nula sobre os efeitos intrassujeitos. Também permite que sejam observados os efeitos intersujeitos de outros fatores que poderiam interferir no evento analisado.

Foi considerado o nível de 5% de significância. Quando detectadas diferenças significativas intrassujeitos, foram feitos testes de comparações múltiplas com correção de Bonferroni.

O pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* for Windows versão 17.0 foi utilizado para realizar as análises estatísticas.

3 ARTIGO

Assistência fisioterapêutica a mulheres com incontinência urinária na atenção básica

RESUMO

Contextualização: A incontinência urinária feminina é um problema de saúde pública e o tratamento de mulheres com essa condição, na Atenção Básica, constitui uma medida necessária para melhorar a qualidade de vida dessa população.

Objetivos: Identificar a ocorrência, a gravidade e o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres usuárias de Unidade Básica de Saúde e investigar a efetividade de duas estratégias de assistência fisioterapêutica, na Atenção Básica.

Métodos: Estudo longitudinal envolvendo mulheres com incontinência urinária. Foram-lhes oferecidas duas opções de tratamento para escolherem de acordo com a disponibilidade e o interesse delas: tratamento domiciliar (T1) e tratamento em grupo mais domiciliar (T2). Os desfechos avaliados foram: quantidade de urina perdida; frequência de perda urinária; e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida. Esses desfechos foram medidos em quatro momentos: na admissão (início), na metade do protocolo de intervenção (6 semanas), na alta (alta) e no *follow-up* de um mês após a alta (1 mês). **Resultados:** A ocorrência de incontinência urinária, das 365 que responderam ao ICIQ-SF, foi de 64,38% e 60 mulheres completaram o estudo, 30 no T1 e 30 no T2. Houve uma redução significativa da quantidade de urina perdida ($p=0,004$), da frequência de perda urinária ($p=0,015$) e do impacto da incontinência urinária na qualidade de vida ($p<0,001$), em ambos os grupos. Não foi encontrada diferença estatística ao se comparar todos os desfechos entre os dois grupos nas quatro avaliações. **Conclusões:** Os dois tipos de assistência fisioterapêutica parecem ser efetivos para o tratamento dessas mulheres na Atenção Básica.

Palavras-chave: Incontinência Urinária, Fisioterapia, Atenção Básica.

INTRODUÇÃO

As mulheres representam 51,03% da população brasileira e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS).^{1,2} A saúde da mulher é uma prioridade do governo federal, fato que levou o Ministério da Saúde a elaborar, em 2004, o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”. Esse documento reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis.² De acordo com as diretrizes dessa política, o SUS deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção e as necessidades de saúde da população feminina, o controle de doenças mais prevalentes e a garantia do direito à saúde.²

A incontinência urinária (IU), definida pela *International Continence Society* (ICS) como a perda involuntária de urina,³ é uma condição de saúde crônica que pode comprometer diferentes domínios da funcionalidade da mulher.^{4,5} A IU acarreta altos custos para o sistema de saúde, fato comprovado por estudos que apontam que os Estados Unidos gastam 32 bilhões de dólares com o tratamento de IU anualmente⁶ e, no Brasil, de acordo com o relatório de procedimentos hospitalares do SUS – DATASUS, foram gastos em torno de 2,30 milhões de reais com tratamento cirúrgico da IU em 2011, sem considerar os investimentos com exames diagnósticos, medicamentos, fisioterapia ou custos às próprias pacientes.⁷ Além disso, a IU é altamente prevalente, acometendo 30 a 60% da população feminina⁸, e causa um grande número de afastamentos do trabalho⁹. Devido à grande morbidade associada aos custos elevados, à alta prevalência e ao número de afastamentos do trabalho, considera-se a IU um problema de saúde pública.⁸ Dentro dessa perspectiva, o tratamento de mulheres com IU constitui uma medida necessária, visando a melhora da qualidade de vida (QV) da população feminina.

Há uma variedade de opções terapêuticas para a IU, incluindo-se medicamentos, cirurgias e intervenções conservadoras como a fisioterapia. Dentre os recursos fisioterapêuticos, o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) possui

nível A de evidência, comprovada por inúmeros estudos¹⁰⁻¹⁵ e é preconizado pela ICS como o tratamento conservador de primeira escolha para mulheres com IU.¹⁰ Além da eficácia comprovada, a fisioterapia é indicada como uma das principais alternativas para as mulheres com IU, principalmente na Atenção Básica, devido ao menor custo financeiro, ao baixo risco de efeitos colaterais e por não prejudicar tratamentos subsequentes.¹⁰ No entanto, ainda não se sabe qual tipo de tratamento fisioterapêutico é efetivo para tal população uma vez que os resultados até então apresentados se referem a tratamentos ambulatoriais.

A inserção do fisioterapeuta na Atenção Básica se deu efetivamente em 2008,¹⁶ decisão que potencializou o desenvolvimento de ações promocionais, preventivas e de tratamento, com orientações domiciliares e atividades coletivas.¹⁷ Entretanto, o tratamento fisioterapêutico para mulheres com IU não é usualmente realizado na Atenção Básica, sendo que a maioria das mulheres diagnosticadas com IU recebe apenas tratamento medicamentoso ou é referenciada para o nível secundário de atenção à saúde, fato que gera extensas listas de espera nos serviços especializados e grande demora na resolubilidade dos casos.

A intervenção fisioterapêutica para mulheres com IU na Atenção Básica poderia diminuir o número de encaminhamentos para o nível secundário e, conseqüentemente, os custos ao SUS e às próprias pacientes, podendo inclusive potencializar a adesão das mulheres ao tratamento. Porém, ainda não existem informações na literatura científica sobre como esse tratamento poderia ser oferecido na Atenção Básica bem como sobre sua eficácia.

Dessa forma, os objetivos deste estudo foram identificar a ocorrência, a gravidade e o impacto da IU na QV de mulheres usuárias de UBS e investigar a efetividade de duas estratégias de assistência fisioterapêutica: uma domiciliar e outra em grupo e domiciliar, para mulheres com IU na Atenção Básica.

MATERIAIS E MÉTODOS

Desenho do estudo

Conduziu-se um estudo longitudinal em duas UBS de Belo Horizonte. Todos os procedimentos foram aprovados pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e da Universidade Federal de Minas Gerais (parecer ETIC 026/10). Foram oferecidas duas opções de tratamento para as participantes escolherem de acordo com a disponibilidade e o interesse delas: tratamento domiciliar (T1) ou tratamento em grupo e domiciliar (T2). Os desfechos foram medidos em quatro momentos: na admissão (início); após seis semanas do início da intervenção (6 semanas); na alta do tratamento (alta) e um mês após a alta (1 mês), por fisioterapeuta experiente na área da Saúde da Mulher. A intervenção foi conduzida por uma segunda fisioterapeuta especializada em Saúde da Mulher e treinada no protocolo de intervenção.

Participantes

Participaram do estudo usuárias de duas UBS do município de Belo Horizonte, em diferentes faixas etárias e com queixa de IU. O estudo foi realizado no período de julho de 2010 a outubro de 2011. Nesse período, todas as usuárias identificadas com IU foram convidadas a participar deste estudo e nele ingressaram após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídas as participantes que, durante a avaliação inicial, relataram sintomas de infecção urinária, apresentavam alterações neurológicas e/ou incapacidade de entender os exercícios, que eram gestantes ou, que no exame físico, não apresentaram capacidade de contração dos músculos do assoalho pélvico (MAP). Estas últimas foram identificadas como “sem contração”, “inconclusivo” ou “movimento do assoalho pélvico para fora”, durante a observação dos MAP.¹⁸

Procedimentos

As participantes identificadas com IU foram inicialmente submetidas a uma avaliação individual para coleta dos dados sociodemográficos, clínicos e do impacto da IU na QV. Elas receberam orientações para realização dos testes *Pad test*-24 horas e

Diário Miccional e foi efetuado o processo de educação e de conscientização quanto à anatomia e às funções dos MAP por meio de figuras ilustrativas. Em seguida, realizou-se a inspeção do assoalho pélvico por observação. Ao final da avaliação, as participantes receberam uma cartilha de orientações sobre como realizar o TMAP e as orientações sobre o treinamento vesical e escolheram o tipo de tratamento que gostariam de realizar, domiciliar ou em grupo e domiciliar. Essa opção foi oferecida às participantes visando simular a rotina de atendimento em UBS.

O protocolo domiciliar (T1) de TMAP foi composto por 10 contrações máximas dos MAP, com tempo de sustentação da contração definido de acordo com a capacidade de cada mulher, realizadas três vezes ao dia;¹² e 10 contrações rápidas, também realizadas três vezes ao dia, durante sete dias da semana. Todas as participantes que optaram pelo tratamento domiciliar foram contactadas, por telefone, na terceira semana de intervenção e questionadas sobre possíveis dúvidas do tratamento.

As participantes que optaram pelo tratamento em grupo mais domiciliar (T2) fizeram, além do protocolo domiciliar, sessões semanais na própria UBS, com duração de 40 minutos. O protocolo da intervenção em grupo foi composto por: exercícios respiratórios, de alongamento e de estabilização lombopélvica; TMAP com 10 contrações máximas dos MAP, enfatizadas por meio de comando verbal, sustentadas por seis segundos¹² e 10 contrações rápidas dos MAP; exercício de contração dos MAP na capacidade submáxima por 40 segundos, com objetivo de ensiná-las a adiar o desejo miccional; e manobra de “*the knack*”,¹⁸ em que a participante era instruída a contrair os MAP imediatamente antes a uma tosse provocada. Em cada sessão, os exercícios para os MAP foram feitos em uma posição diferente, visando ao treino funcional.

Os protocolos de tratamentos tiveram duração de 12 semanas. Foram realizadas três reavaliações, na UBS, das participantes do estudo: seis e 12 semanas após o início do tratamento e um mês após o término.

As participantes receberam alta do tratamento fisioterapêutico na décima segunda

semana de acordo com quatro critérios estabelecidos pelos pesquisadores, a saber: 1 - cura da IU (definida por quantidade de perda urinária inferior a 4g,¹⁹ obtido pelo *Pad test-24* horas, sem relato de perdas urinárias e boa satisfação com o tratamento avaliado por meio do PGI-I²⁰); 2 - melhora da IU (definida pela redução da quantidade de urina perdida, relato de perdas urinárias ocasionais e boa satisfação com o tratamento); 3 - resultado insatisfatório (caracterizada pela permanência dos sintomas de IU, avaliado por meio do *Pad test-24* horas e/ou pelo relato da participante, e baixa satisfação com o tratamento); 4 - abandono (caracterizado pelo não comparecimento às sessões de tratamento em grupo e/ou às consultas de reavaliação).

Desfechos

Para investigar a quantidade de urina perdida, utilizou-se o *Pad test-24* horas²¹ e, para investigar a frequência de perda urinária, o Diário Miccional de 24 horas,²¹ preenchido pela própria participante. O *Pad test-24* horas e o Diário Miccional são instrumentos que medem a gravidade da IU, sendo ambos confiáveis e com boa reprodutibilidade.^{21,22} O impacto da IU na QV foi medido por meio do *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form* (ICIQ-SF). Esse questionário também foi utilizado para identificar as participantes com queixa de IU. O ICIQ-SF é um questionário de qualidade de vida traduzido e validado para mulheres brasileiras com queixa de IU²³ e apresenta satisfatória confiabilidade.²¹ A satisfação da participante foi avaliada por meio do *Patient Global Impression of Improvement* (PGI-I), instrumento que apresenta propriedades psicométricas adequadas.²⁰

Análise dos dados

Estatística descritiva foi usada para identificar a ocorrência de mulheres com IU e descrever a amostra em relação às características sociodemográficas e clínicas, à gravidade (quantidade e frequência de perda urinária) e o impacto da IU na QV. Para verificar se os grupos eram semelhantes no início do estudo e se as participantes que tiveram perda de acompanhamento eram diferentes das participantes acompanhadas, utilizou-se o qui-quadrado de *Pearson*, teste de *Fisher*

ou teste *t-Student*. ANOVA foi aplicada para comparar as participantes na admissão (início), seis semanas após o início do tratamento (6 semanas), na alta (alta) e um mês após o término da intervenção (1 mês), em relação aos desfechos avaliados bem como para fazer a comparação entre os grupos. Todas as análises foram realizadas com nível de significância igual a 0,05 e processadas pelo pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* for Windows versão 17.0.

RESULTADOS

Durante o estudo, um total de 365 mulheres respondeu ao ICIQ-SF, sendo que 235 (64,38%) apresentaram queixas de IU. Entre as mulheres com sintomas de IU, 60 não puderam ser contactadas, 61 recusaram participar, seis foram excluídas, 30 não haviam completado o protocolo de treinamento e 18 abandonaram o estudo. Sessenta participantes concluíram a pesquisa e seus dados foram utilizados nas análises estatísticas. A Figura 1 apresenta o fluxo detalhado da seleção da amostra durante o estudo.

Na comparação inicial entre os grupos, não houve diferença em nenhuma das variáveis analisadas ($p > 0,05$). Com relação ao tipo de IU, a maioria das mulheres (70%) apresentava IU mista, 13 (21,7%) IU de esforço e cinco (8,3%) apresentavam IU de urgência. As médias de idade dos dois grupos foram de 55 anos e um pouco mais da metade apresentava o primeiro grau incompleto. Os grupos também foram semelhantes com relação ao número de gestações (4), partos normais (3) e partos cesáreas (0,5). As médias do *Pad test*-24 horas das participantes do T1 e do T2 foram de 13,7g (DP=23,7) e 16,3g (DP=35,1), respectivamente, sem diferença significativa apesar de o T2 apresentar quantidade de urina perdida um pouco maior. Os dois grupos eram semelhantes ainda com relação ao escore total do ICIQ-SF (12,2) e à frequência de perda urinária (2 episódios diários). A tabela 1 apresenta, detalhadamente, a caracterização das participantes.

Na comparação entre as participantes que concluíram o estudo e as perdas, a única variável em que apresentou diferença significativa ($p = 0,028$) foi a ocupação, já que metade das participantes que abandonaram o estudo trabalhavam fora de casa. Não

houve diferença entre as participantes acompanhadas neste estudo e as perdas no que se refere à opção de tratamento ($p=0,213$).

Com relação à quantidade de urina perdida das 60 participantes que concluíram o estudo, houve uma diminuição das médias dos valores do *Pad test*-24 horas do início para as demais avaliações, mas essas diferenças não foram significativas ($p=0,352$) (Tabela 2). Uma segunda análise foi realizada com os dados do *Pad test*-24 horas sem duas participantes, que apresentaram quantidade de urina perdida muito alta, sendo consideradas *outliers*. Esses resultados mostraram que houve uma redução significativa da quantidade de urina perdida no decorrer do tempo com diminuição gradativa das médias ao longo do período estudado, passando de uma média de 10,8g de urina perdida no início do tratamento para 5,3g ao final do estudo ($p=0,004$) (Tabela 2). A redução da quantidade de urina perdida em 24 horas foi significativa quando comparados os dados do início do estudo com os das outras três avaliações ($p=0,01$; $p=0,001$; $p=0,007$) (Tabela 3). Não foi encontrada diferença significativa entre os dois grupos nesse desfecho, nas quatro avaliações ($p=0,773$) (Figura 2).

Houve uma redução significativa na frequência de perda urinária em 24 horas com diminuição gradativa das médias, passando de duas vezes em 24 horas, no início do estudo, para 0,8 ao seu final ($p=0,003$) (Tabela 2). A redução da frequência de perda urinária em 24 horas foi significativa quando se compara o início com as outras três avaliações ($p=0,053$; $p=0,007$; $p=0,003$); e ainda entre a avaliação de 6 semanas com a de um mês após a alta ($p=0,015$) (Tabela 3). Não foi encontrada diferença na frequência de perda urinária entre os dois tipos de tratamento, nas quatro avaliações ($p=0,741$) (Figura 2).

Observou-se uma redução significativa do impacto da IU na QV, avaliado pelo escore total do ICIQ-SF, com diminuição gradativa, de 12,2 (DP=4,5) no início para 5,6 (DP=6,9) um mês após a alta ($p<0,001$) (Tabela 2). A Tabela 3 demonstra que a redução dos escores totais foi significativa na comparação entre todos os tempos ($p<0,001$), exceto na comparação entre alta e um mês após a alta ($p=0,245$). Não

houve diferenças na QV entre as duas opções de tratamento, nas quatro avaliações temporais ($p=0,849$) (Figura 2).

Com relação à satisfação da participante, avaliada ao final do tratamento, os seguintes resultados foram encontrados: 28 (36,4%) participantes relataram estar muito melhores, 15 (19,5%) estar melhores, 14 (18,2%) estar pouco melhores e três (3,9%) informaram que nada mudou após o tratamento. Das 60 participantes acompanhadas, 33,3% receberam alta por cura da IU, 43,3% por melhora da IU e 23,3% receberam alta por resultado insatisfatório.

DISCUSSÃO

Este estudo objetivou identificar a ocorrência de IU entre mulheres da área de abrangência de duas UBS de Belo Horizonte e investigar a efetividade de duas opções fisioterapêuticas para essas mulheres. A ocorrência de IU encontrada aponta que a prevalência de IU nessa população pode ser maior do que a descrita na literatura. Isso porque o problema pode ser subrelatado, pois as mulheres relutam em mencioná-lo aos profissionais de saúde, tanto pelo constrangimento quanto pelo desconhecimento das possibilidades terapêuticas.²⁴ Segundo Grosse e Sengler, ao menos 70% das mulheres que sofrem diferentes problemas miccionais, jamais falaram sobre eles com um médico.²⁵ A ocorrência mais alta de IU na amostra investigada pode ter sido decorrente do fato de elas vislumbrarem o tratamento uma vez que eram informadas sobre a possibilidade do mesmo ao serem questionadas sobre a ocorrência de IU.

Por outro lado, 33% das mulheres identificadas com IU não se interessaram pelo tratamento ou o abandonaram. A falta de um programa educacional direcionado para a importância de se conhecer sobre a IU, suas consequências e prognóstico, os fatores de risco e as opções terapêuticas, pode ter levado algumas mulheres a optarem por não realizar o tratamento. Além disso, metade das participantes que abandonou o estudo trabalhava fora de casa e, apesar de ter escolhido a opção terapêutica de acordo com sua disponibilidade, não foi possível comparecer às consultas e/ou sessões de grupo, o que indica que, no presente estudo, a adesão ao

tratamento foi influenciada pela ocupação da participante. O horário de funcionamento das UBS²⁶ e os horários das coletas de dados podem ter contribuído para esse fato. Portanto, estratégias para aumentar a adesão nessa população devem ser cuidadosamente elaboradas.

O nível de escolaridade mais baixo observado na amostra investigada, similar a outros estudos envolvendo a população brasileira,²⁷⁻³⁰ indica que os profissionais do serviço devem estar atentos ao abordar a paciente, tendo em vista que parte do tratamento fisioterapêutico para IU depende de uma boa compreensão das orientações transmitidas. As demais características sociodemográficas e clínicas também foram similares a outros estudos que envolveram mulheres brasileiras.²⁷⁻³⁰ A literatura cita a IU de esforço como o tipo mais prevalente de IU, seguido pela IU mista e pela IU de urgência.⁸ Os resultados deste estudo revelam que a maioria das participantes apresentava IU mista. A forma como foi feito o diagnóstico da amostra investigada pode ter contribuído para tal resultado, uma vez que esse diagnóstico foi feito por meio de investigação clínica e na maioria dos estudos ele é feito por meio de investigação urodinâmica.

Os resultados deste estudo mostraram que as duas opções de tratamento, domiciliar e em grupo associada à domiciliar, reduziram a quantidade de urina perdida em 24 horas, a frequência de perda urinária em 24 horas e o impacto da IU na QV, em mulheres com essa condição de saúde. Esses resultados corroboram os resultados de outros estudos^{15,31-33} e evidenciam a possibilidade de se desenvolver o tratamento da U na Atenção Básica. Felicíssimo *et al.* (2010) mostraram que houve uma redução na quantidade de urina perdida e uma melhora na QV, após oito semanas de TMAP. Nesse estudo, havia dois grupos de tratamento: um em que as participantes realizavam, além de um protocolo domiciliar de TMAP, exercícios dos MAP, supervisionados por fisioterapeuta e outro, sem supervisão, em que elas realizavam apenas o protocolo domiciliar de TMAP. Não houve diferença significativa entre os dois grupos em nenhum dos desfechos investigados.³² Segundo revisão sistemática de Hay-Smith, o TMAP é efetivo para reduzir a quantidade de urina perdida e os episódios de perda urinária, além de melhorar a

QV de mulheres com IU.¹⁵ O TMAP melhora a força dessa musculatura e, conseqüentemente, os sintomas de IU.^{12,31-35} No presente estudo, o TMAP oferecido na Atenção Básica parece ter melhorado as funções dos MAP, mostrando-se efetivo em reduzir a quantidade de urina perdida e a frequência de perda urinária e, conseqüentemente, melhorando a QV em mulheres da área de abrangência das UBS. Ademais, elas começaram a ter uma melhora significativa nos desfechos investigados a partir de seis semanas do início do tratamento o que demonstra a efetividade das duas opções de tratamentos realizados em um tempo relativamente curto, podendo ser um fator facilitador para a adesão ao tratamento fisioterapêutico na UBS.

Trabalhos com pequenos grupos já vêm sendo descritos na literatura e são um recurso fundamental nas práticas de saúde desenvolvidas na Atenção Básica, pois permitem organizar melhor os processos de trabalho e também ampliar a capacidade assistencial, sem perda de qualidade.³⁶ Entre os grupos normalmente realizados nas UBS estão os de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes. O estudo de Silva *et al.* (2006) mostrou que a formação desses grupos em UBS foi efetiva para reduzir o número de pessoas com hipertensão leve a moderada e a glicemia de pacientes diabéticos.³⁷ Seus resultados demonstram que a criação de grupos pode: melhorar a adesão do paciente ao tratamento; ampliar a consciência sobre a sua patologia; e estimular a percepção da responsabilidade sobre o tratamento.³⁷ Isso nos permite inferir que o tratamento fisioterapêutico para mulheres com IU oferecido na Atenção Básica, além de ser um tratamento efetivo, pode ter todas as vantagens acima citadas já comprovadas por estudos em outras áreas da saúde. Ademais, a possibilidade de poderem escolher se querem realizar o tratamento em casa apenas ou participarem de um grupo de intervenção na própria UBS pode ser um fator para aumentar a adesão a esse tipo de tratamento. Além disso, a possibilidade de o realizarem próximo a suas residências pode também contribuir para aumentar essa adesão e esses fatores devem ser investigados em futuros estudos.

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte propôs, em 2011, um novo protocolo para a abordagem da IU cujo objetivo foi agilizar o tratamento de mulheres com IU e orientar o fluxo para maior resolubilidade dos casos.³⁸ Antes desse protocolo, as usuárias diagnosticadas com IU eram referenciadas para o nível secundário de atenção à saúde ou recebiam tratamento medicamentoso dentro da própria UBS. Segundo esse documento, há cerca de 1600 usuárias, em Belo Horizonte, esperando por uma consulta especializada de uroginecologia.³⁸ A grande demanda reprimida e a baixa oferta para realização destas consultas geram extensa lista de espera e grande demora na resolubilidade dos casos.³⁸ De acordo com o novo protocolo, todas as mulheres diagnosticadas com IU devem, primeiro, realizar o tratamento de fisioterapia e apenas serem encaminhadas para o nível secundário se não houver resultado satisfatório com esse tipo de intervenção.³⁸ Nesse sentido, os resultados deste estudo indicam que a oferta de tratamento conservador para mulheres com IU nas UBS é efetivo e ajudaria a cumprir o referido protocolo, uma vez que a maior parte das mulheres (76,3%) obteve cura ou melhora da IU e 23,3% delas foram encaminhada para nível secundário de atenção à saúde.

As seguintes limitações do presente estudo precisam ser levadas em consideração. Apenas duas UBS foram incluídas e, portanto, os resultados podem, não necessariamente, ser generalizados para uma população maior. Foi realizado um estudo longitudinal e não experimental devido às características da população estudada e por se tratar de um estudo que levou em consideração a investigação sobre a viabilidade de se realizar uma intervenção fisioterapêutica, com eficácia já comprovada, na Atenção Básica. O tempo total de acompanhamento do estudo foi de quatro meses. Porém, as participantes foram acompanhadas por apenas um mês após o término da intervenção, de modo que o efeito a longo prazo do tratamento é desconhecido.

Os dois tipos de assistência são efetivos para o tratamento de mulheres com IU na Atenção Básica, resultado que orienta gestores e fisioterapeutas sobre as possibilidades de abordagem fisioterapêutica para essa população e sobre a forma de implantação dessa assistência, no nível básico de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo Demográfico 2010 e Contagem Populacional. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. 2009/2010. Accessed September 01, 2011. Available in: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse/sinopsetab_br_asil_pdf.shtm.
2. Brasil. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes - 2011. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Accessed September 01, 2011. Available in: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf.
3. Haylen BT, Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, Monga A, Petri E, Rizk DE, Sand PK, Schaer GN. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2010;21(5):5-26.
4. Levy R, Muller N. Urinary incontinence: economic burden and new choices in pharmaceutical treatment. *Adv Ther.* 2006;23(4):556-73.
5. Avery K, Donovan J, Peters TJ, Shaw C, Gotoh M, Abrams P. ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2004;23(4):322-30.
6. Staskin D, Kelleher C, Bosch R, Coyne K, Cotterill N, Emmanuel A, Yoshida M, Kopp Z. Patient-Reported Outcome Assessment. In: Abrams, P. *et al.* Incontinence: 4th International Consultation on Incontinence. 4^a ed. Paris: Health Publication; 2009. p. 363-412.
7. DATASUS. Procedimentos hospitalares do SUS – por local de internação – Brasil – Acumulado de janeiro de 2011 a dezembro de 2011. Accessed February 27, 2012. Available in: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>.
8. Milsom I, Altman D, Lapitan MC, Nelson R, Sillén U, Thom D. Epidemiology of urinary (IU) and faecal (FI) and pelvic organ prolapse (POP). In: Abrams, P. *et al.* Incontinence: 4th International Consultation on Incontinence. 4^a ed. Paris: health publication; 2009. p. 35-112.

-
9. Brasil. Ministério da Previdência Social. Saúde e Segurança Ocupacional. Accessed February 14, 2012. Available in: <http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=39>.
10. Hay Smith J, Berghmans B, Burgio K, Dumoulin C, Hagen S, Moore K, Nygaard I. Adult Conservative Management. In: Abrams, P. *et al.* Incontinence: 4th International Consultation on Incontinence. 4^a ed. Paris: Health Publication; 2009. p. 1025-1120.
11. Imamura M, Abrams P, Bain C, Buckley B, Cardozo L, Cody J, Cook J, Eustice S, Glazener C, Grant A, Hay-Smith J, Hislop J, Jenkinson D, Kilonzo M, Nabi G, N'Dow J, Pickard R, Ternent L, Wallace S, Wardle J, Zhu S, Vale L. Systematic review and economic modelling of the effectiveness and cost-effectiveness of non-surgical treatments for women with stress urinary incontinence. *Health Technol Assess.* 2010; 14(40):1-118.
12. Bø K, Hagen RH, Kvarstein B, Jørgensen J, Larsen S. Pelvic floor muscle exercise for the treatment of female stress urinary incontinence: III effects of two different degrees of pelvic floor muscle exercises. *Neurourol Urodyn.* 1990;(9):489-502.
13. Bø K, Talseth T, Holme I. Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *BMJ.* 1999;318:487-93.
14. Yoon HS, Song HH, Ro YJ. A comparison of effectiveness of bladder training and pelvic muscle exercise on female urinary incontinence. *Int J Nurs Stud.* 2003;40:45-50.
15. Dumoulin C, Hay Smith J. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or in active control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(1):CD005654.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio À Saúde da Família – NASF. Accessed September 27, 2011. Available in: <http://www.saude.gov.br/dab. 2008>.
17. Junior JPB. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Cienc Saúde Coletiva.* 2010;15(1):1627-1636.
18. Bø, K. Sherburn M, Vodušek DB, Belal M, Abrams P, Dumoulin C, Morin M, Dietz HP, DeLancey JOL, Ashton-Miller JA, Bump RC. Measurement of pelvic floor muscle function and strength and pelvic organ prolapse. In: BO, K. *et al.* Evidence-Based Physical Therapy for the pelvic floor: bridging science and clinical practice. 1^a ed. Elsevier. 2007;45-112.

19. Figueiredo EM, Gontijo R, Vaz CT, Baracho E, Fonseca AMRM, Monteiro MVC, Silva Filho AL. The results of a 24-h pad test in Brazilian women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2012;23.
20. Srikrishna S. Validation of the patient global impression of improvement for urogenital prolapse. In: Annual International Urogynecological Association Meeting, 32, 2007, Cancun, México. *Abstracts...* Cancun: Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2007;18(1):251p.
21. Staskin D, Kelleher C, Avery K, Bosch R, Cotterill N, Coyne K, Emmanuel A, Yoshida M, Kopp Z. Initial assessment of urinary and fecal incontinence in adult male and female patients. In: Abrams P, *et al.* Incontinence: 4th International Consultation on Incontinence. 4^a ed. Paris: Health Publication. 2009; p. 331-362.
22. Tubaro A, Artibani W, Bartram C, Delancey J, Khullar V, Vierhout M, De Gennaro M, Kluivers K. Imaging and other investigations. In: Abrams P, *et al.* Incontinence: 4th International Consultation on Incontinence. 4^a ed. Paris: Health Publication. 2009; p. 541-630.
23. Tamanini JTN, Dambros M, D'Ancona CAL, Palma PCR, Netto NR. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form" (ICIQ-SF). *Rev Saúde Pública.* 2004;38(3):438-44.
24. Wagner TH, Subak LL. Talking about incontinence: the first step toward prevention and treatment. *JAMA.* 2010;303(21):2184-5.
25. Grosse D, Sengler J. Fréquence de l'incontinence urinaire dans une population de femmes jeunes, nullipares, nulligestes. In: Saleme M. Incontinência urinária: Um problema social de saúde pública. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Escola de Serviço Social. Rio de Janeiro, 2006. 242p.
26. Azevedo CN, Medeiros JC. Uso de antidepressivos e ansiolíticos em uma população atendida pela equipe do programa saúde da família. *Rev Facul São Camilo-MG.* 2008;2(2):28-36.
27. 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.* 2008;12(2):136-42.
28. Silva APM, Santos VLGG. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. *Rev Esc Enferm.* 2005;39(1):36-45.

-
29. Blanes L, Pinto RDET, Santos VL. Urinary incontinence. Knowledge and attitudes in São Paulo. *Braz J Urol*. 2001;27:281-8.
30. Guarisi T, Neto AMP, Osis MJ, Pedro AO, Paiva LHC, Faúndes A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(5):428-35.
31. Sriboonreung T, Wongtra-ngan S, Eungpinichpong W, Laopaiboon M. Effectiveness of pelvic floor muscle training in incontinent women at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital: a randomized controlled trial. *J Med Assoc Thai*. 2011;94(1):1-7.
32. Felicíssimo MF, Carneiro MM, Saleme CS, Pinto RZ, Fonseca AMRM, Silva-Filho AL. Intensive supervised versus unsupervised pelvic floor muscle training for the treatment of stress urinary incontinence: a randomized comparative trial. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2010;21(7):835-40.
33. Hay Smith EJ, Bø K, Berghmans B, Hendriks HJ, Bie RA, Waalwijk V, Doorn ES. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(3):CD001407.
34. Freeman RM. The role of pelvic floor muscle training in urinary incontinence. *Br J Obstet Gynaecol*. 2004;111:37-40.
35. Bø K. Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2004;24(15):76-84.
36. Chazan LF. Grupos Homogêneos Interdisciplinares. In: Mello Filho J. *et al*. Grupo e Corpo - Psicoterapia de Grupo com pacientes somáticos. Porto Alegre: Artes Médicas. 2000; p.163- 71.
37. Silva TR, Feldmam C, Lima MHA, Nobre MRC, Domingues RCL. Controle de diabetes *Mellitus* e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. *Saúde Soc*. 2006;15(3):180-189.
38. Belo Horizonte. Abordagem da incontinência urinária e avaliação endometrial Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Gerência de Assistência. 2010. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde.

Figuras

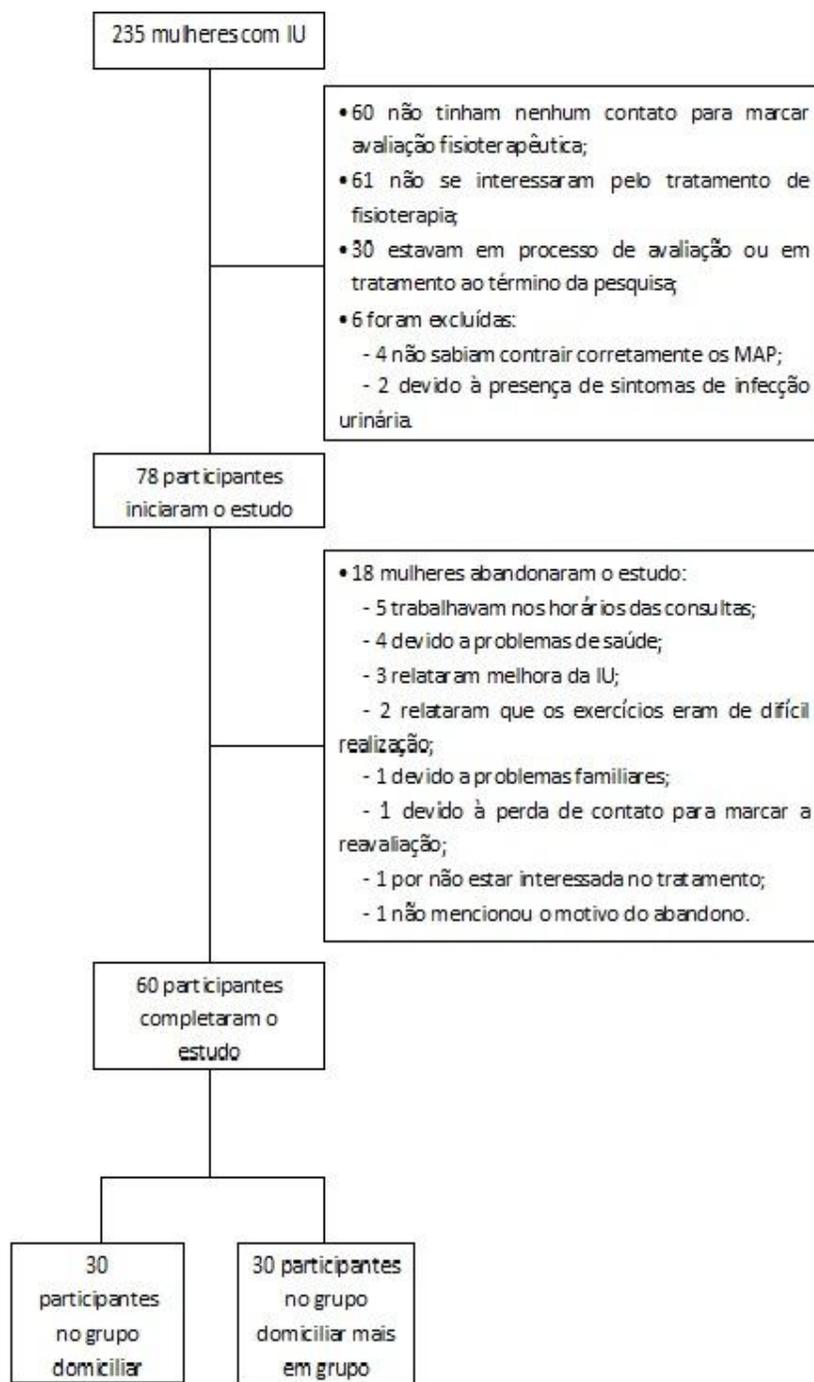


FIGURA 1: Diagrama de fluxo das participantes no estudo. Belo Horizonte, 2012.

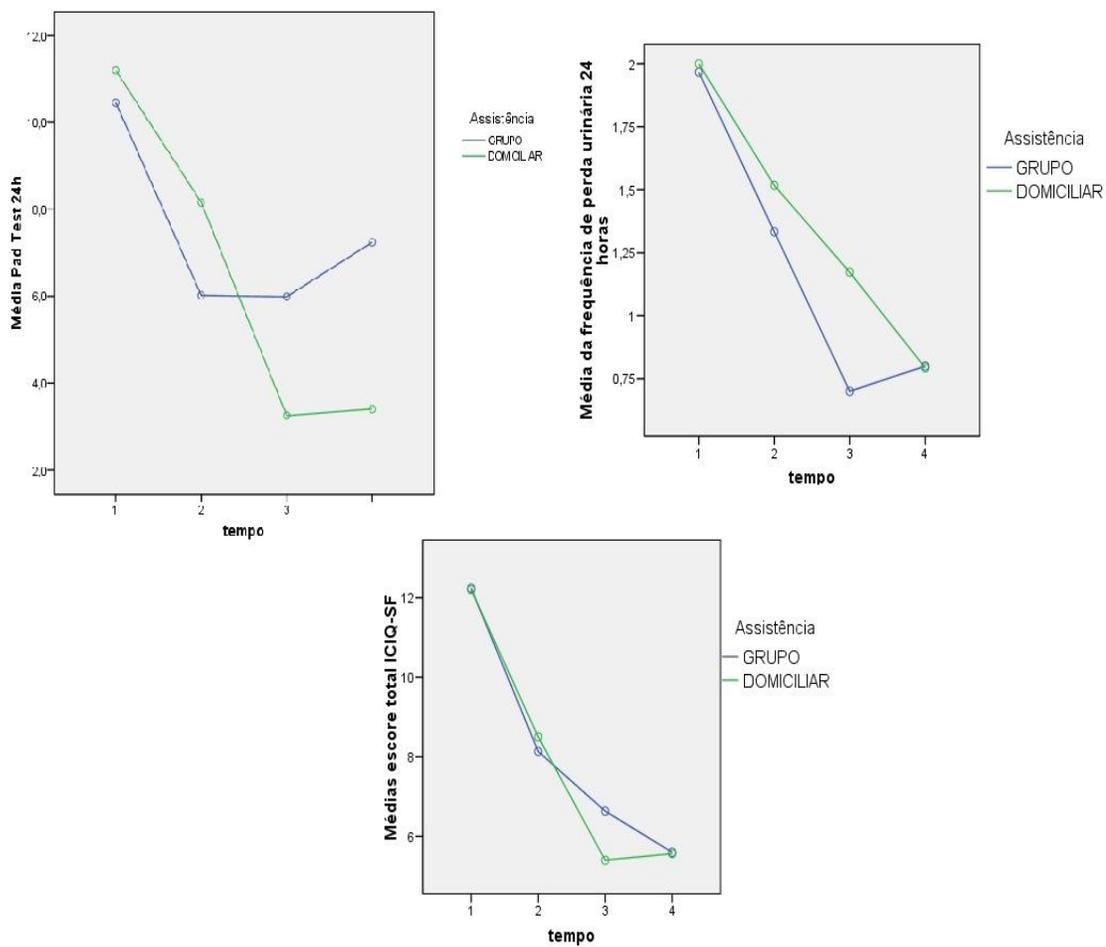


FIGURA 2: Médias do *Pad Test*-24h (N=58), da frequência de perda urinária em 24 horas (N=60) e do escore total do ICIQ-SF (N=60) nas quatro fases do estudo por tipo de assistência. Belo Horizonte, 2012.

Tabelas

TABELA 1: Caracterização da amostra (N=60). Belo Horizonte, 2012.

	Domiciliar – T1 (n=30)	Grupo e Domiciliar – T2 (n=30)	Valor-p
Idade, média (DP)	55,2 (9,6)	55,6 (12,2)	0,888***
Estado civil, n (%)			0,930*
Solteira	2 (6,7)	1 (3,3)	
Casada	16 (53,3)	14 (46,7)	
União estável	1 (3,3)	1 (3,3)	
Divorciada	6 (20,0)	7 (23,3)	
Viúva	5 (16,7)	7 (23,3)	
Escolaridade, n (%)			0,795**
Até 1º grau incompleto	16 (53,3)	17 (56,7)	
1º grau completo ou mais	14 (46,7)	13 (43,3)	
Ocupação, n (%)			0,105*
Aposentada	10 (33,3)	8 (26,7)	
Dona de casa	15 (50,0)	9 (30,0)	
Trabalha fora	5 (16,7)	11 (36,7)	
Desempregada	0 (0)	2 (6,7)	
Status hormonal, n (%)			0,288*
Pré-menopausa	9 (30,0)	8 (26,7)	
Menopausa	1 (3,3)	5 (16,7)	
Pós-menopausa	20 (66,7)	17 (56,7)	
Terapia de reposição hormonal, n (%)			0,488*
Sim	1 (4,8)	0 (0)	
Não	20 (95,2)	22 (100,0)	
História obstétrica, média (DP)			
Gestações	3,8 (2,6)	3,9 (2,6)	0,845***
Partos normais	2,9 (1,9)	3,1 (2,8)	0,749***
Partos cesáreos	0,4 (0,8)	0,6 (0,9)	0,432***
Abortos	0,5 (1,8)	0,3 (0,5)	0,510***
Sistema digestivo, n (%)			
Constipação			0,559**
Sim	7 (23,3)	9 (30,0)	
Não	23 (76,7)	21 (70,0)	
Incontinência Fecal			0,152**
Sim	6 (20,0)	11 (36,7)	
Não	24 (80,0)	19 (63,3)	
Incontinência para gases			0,426**

Vaz, C.T.	Artigo		
Sim	13 (43,3)	10 (33,3)	
Não	17 (56,7)	20 (66,7)	
Pad test-24horas, média (DP)	13,7 (23,7)	16,3 (35,1)	0,726***
Frequência de perda urinária, média (DP)	2 (2,3)	2 (2,6)	0,741***
ICIQ-SF, média (DP)	12,2 (4,9)	12,2 (4,1)	0,849***

*Teste exato de Fisher **Teste Qui-quadrado de *Pearson* ***Teste *t-Student*

TABELA 2: Comparação longitudinal dos desfechos medidos nas quatro avaliações. Belo Horizonte, 2012.

Desfecho	N	Início	6 sem	Alta	1 mês	Valor-p
<i>Pad test-24horas (gr) – média (DP)</i>	60	15,0 (29,8)	11,0 (26,9)	11,4 (39,1)	10,7 (35,1)	0,352*
<i>Pad test-24horas (gr) – média (DP)</i>	58	10,8 (17,3)	7,0 (14,5)	4,6 (11,1)	5,3 (12,0)	0,004*
Frequência de perda urinária – média (DP)	60	2,0 (2,4)	1,4 (2,5)	0,9 (2,3)	0,8 (2,2)	0,003*
ICIQ-SF – média (DP)	60	12,2 (4,5)	8,3 (5,5)	6,0 (6,1)	5,6 (6,9)	<0,001*

*Valor-p Teste F

TABELA 3: Comparações múltiplas das medidas do *Pad Test-24h*, da frequência de perda urinária em 24 horas e do escore total do ICIQ-SF ao longo do tempo. Belo Horizonte, 2012.

		<i>Pad test-24 horas</i>				
		Média das diferenças	Erro-padrão	Valor-p	IC 95%	
					Lim. Inf	Lim. Sup.
Início	Reavaliação	3,7	1,4	0,010	0,9	6,5
	Alta	6,2	1,8	0,001	2,5	9,9
	1 mês	5,5	2,0	0,007	1,5	9,5
6 semanas	Início	-3,7	1,4	0,010	-6,5	-0,9
	Alta	2,5	1,5	0,100	-0,5	5,4
	1 mês	1,8	1,7	0,293	-1,6	5,1
Alta	Início	-6,2	1,8	0,001	-9,9	-2,5
	Reavaliação	-2,5	1,5	0,100	-5,4	0,5
	1 mês	-0,7	0,6	0,220	-1,8	0,4
1 mês	Início	-5,5	2,0	0,007	-9,5	-1,5
	Reavaliação	-1,8	1,7	0,293	-5,1	1,6
	Alta	0,7	0,6	0,220	-0,4	1,8
		Frequência de perda urinária em 24 horas				
		Média das diferenças	Erro-padrão	Valor-p	IC 95%	
					Lim. Inf	Lim. Sup.
Início	Reavaliação	0,6	0,3	0,053	0,0	1,1
	Alta	1,0	0,4	0,007	0,3	1,8
	1 mês	1,2	0,4	0,003	0,4	1,9
6 semanas	Início	-0,6	0,3	0,053	-1,1	0,0
	Alta	0,5	0,3	0,065	0,0	1,0
	1 mês	0,6	0,3	0,015	0,1	1,1
Alta	Início	-1,0	0,4	0,007	-1,8	-0,3
	Reavaliação	-0,5	0,3	0,065	-1,0	0,0
	1 mês	0,1	0,1	0,167	-0,1	0,3
1 mês	Início	-1,2	0,4	0,003	-1,9	-0,4
	Reavaliação	-0,6	0,3	0,015	-1,1	-0,1
	Alta	-0,1	0,1	0,167	-0,3	0,1
		Escore total do ICIQ-SF				
		Média das diferenças	Erro-padrão	Valor-p	IC 95%	
					Lim. Inf	Lim. Sup.
Início	Reavaliação	3,9	0,6	<0,001	2,7	5,1
	Alta	6,2	0,7	<0,001	4,8	7,6
	1 mês	6,6	0,7	<0,001	5,2	8,1
6 semanas	Início	-3,9	0,6	<0,001	-5,1	-2,7
	Alta	2,3	0,6	0,001	1,0	3,6
	1 mês	2,7	0,7	<0,001	1,4	4,1

Vaz, C.T.

Artigo

Alta	Início	-6,2	0,7	<0,001	-7,6	-4,8
	Reavaliação	-2,3	0,6	0,001	-3,6	-1,0
	1 mês	0,4	0,4	0,245	-0,3	1,2
1 mês	Início	-6,6	0,7	<0,001	-8,1	-5,2
	Reavaliação	-2,7	0,7	<0,001	-4,1	-1,4
	Alta	-0,4	0,4	0,245	-1,2	0,3

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo identificou a ocorrência de IU entre mulheres da área de abrangência de duas UBS de Belo Horizonte e investigou a efetividade de duas opções fisioterapêuticas para essas mulheres. A ocorrência de IU encontrada (64,38%) aponta que a prevalência de IU nessa população foi maior do que a descrita na literatura e uma possível explicação pode ser devido ao problema ser subrelatado em estudos anteriores, uma vez que as mulheres mostram-se relutantes em mencioná-lo aos profissionais de saúde, tanto pelo constrangimento quanto pelo desconhecimento das possibilidades terapêuticas. A amostra investigada no presente estudo pode estar mais motivada para relatar a IU por estar interessada em receber o tratamento.

Os resultados deste estudo mostraram que os dois tipos de tratamento, domiciliar (T1) e em grupo associada à domiciliar (T2), reduziram a quantidade de urina perdida em 24 horas, a frequência de perda urinária em 24 horas e o impacto da IU na qualidade de vida, em mulheres com essa condição de saúde. Esses resultados corroboram com os resultados de outros estudos e evidenciam a possibilidade de se desenvolver esses dois tipos de assistência, para o tratamento de mulheres com IU, na rede básica de atenção à saúde. O TMAP oferecido nesse nível de atenção à saúde parece ter melhorado as funções dos MAP, mostrando-se efetivo em reduzir os sintomas de IU e, conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida em mulheres da área de abrangência das duas UBS, independente da opção terapêutica. Ademais, elas começaram a ter uma melhora significativa em todos os desfechos analisados a partir de seis semanas do início do tratamento o que demonstra a efetividade das duas opções de tratamentos realizados em um tempo relativamente curto.

Trabalhos com pequenos grupos, na Atenção Básica, já vêm sendo descritos na literatura. Eles permitem organizar melhor os processos de trabalho e ampliam a capacidade assistencial, sem perda de qualidade. Isso nos permite inferir que o

tratamento fisioterapêutico para mulheres com IU oferecido na Atenção Básica, além de ser efetivo, pode se beneficiar de todas as vantagens acima citadas. Ademais a possibilidade de o realizarem próximo às suas residências e de poderem escolher se querem realizar o tratamento em casa ou ainda participarem de um grupo de intervenção na própria UBS podem ser fatores que aumentem a adesão a esse tipo de tratamento e devem ser investigados em futuros estudos.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, todas as usuárias diagnosticadas com IU devem receber, primeiramente, o tratamento de fisioterapia. Antes essas mulheres recebiam apenas tratamento medicamentoso na própria UBS ou eram referenciadas para o nível secundário de atenção à saúde, fato que gera extensas listas de espera nos serviços especializados e grande demora na resolução dos casos. Os resultados deste estudo indicam que a oferta de tratamento fisioterapêutico para mulheres com IU nas UBS é efetiva e poderá diminuir o número de encaminhamentos para o nível secundário e, conseqüentemente, os custos ao SUS e às próprias pacientes, orientando gestores e fisioterapeutas sobre a necessidade e as possibilidades de abordagem fisioterapêutica para essa população específica.

Vale destacar que este projeto teve uma boa aceitação por parte dos profissionais de saúde, das usuárias das duas UBS e das pesquisadoras envolvidas. Houve uma preocupação muito grande, principalmente dos profissionais de saúde, de que essa assistência continuasse mesmo depois do fim da coleta de dados, uma vez que os resultados foram muito positivos. A oportunidade de se trabalhar em uma equipe multidisciplinar, na Atenção Básica, melhora os encaminhamentos das mulheres com IU para a fisioterapia, melhora a assistência a essas mulheres e, conseqüentemente, a resolubilidade dos casos.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse/sinopsetab_brasil_pdf.shtm. Acesso em 27 set. 2011.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
3. HAYLEN, B.T. *et al.* An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. **Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct**, v. 21, n. 5, p. 5-26, 2010.
4. ABRAMS, P. *et al.* The Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function: Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. **Neurourol Urodyn**, v. 21, p. 166-178, 2002.
5. AVERY, K. *et al.* ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. **Neurourol Urodyn**, v. 23, n. 4, p. 322-30, 2004.
6. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**, v. 41, n. 10, p. 1403-9, 1995.
7. LEVY, R.; MULLER, N. Urinary Incontinence: economic burden and new choices in pharmaceutical treatment. **Adv Ther**, v. 23, n. 4, p. 556-73, 2006.
8. IMAMURA, M. *et al.* Systematic review and economic modelling of the effectiveness and cost-effectiveness of non-surgical treatments for women with stress urinary incontinence. **Health Technol Assess**, v. 14, n. 40, p. 1-118, 2010.
9. DATASUS. Procedimentos hospitalares do SUS – por local de internação – Brasil – Acumulado de janeiro de 2011 a dezembro de 2011. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>. Acesso em 27 fev. 2012.
10. BRASIL. Ministério da Previdência Social. Saúde e Segurança Ocupacional. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=39>. Acesso em 14 fev. 2012.

11. MILSOM, I. *et al.* Epidemiology of Urinary (IU) and Faecal (FI) and Pelvic Organ Prolapse (POP). In: Abrams, P. *et al.* **Incontinence: 4th International Consultation on Incontinence**. 4.ed. Paris: Health Publication, p. 35-112, 2009.
12. WAGNER, T.H.; SUBAK, L.L. Talking about incontinence: the first step toward prevention and treatment. **JAMA**, v. 303, n. 21, p. 2184-5, 2010.
13. GROSSE, D. ; SENGLER, J. Fréquence de l'incontinence urinaire dans une population de femmes jeunes, nullipares, nulligestes. In: SALEME, M. **Incontinência urinária: Um problema social de saúde pública**. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Escola de Serviço Social. Rio de Janeiro, 2006. 242p.
14. HAY SMITH, J. *et al.* Adult Conservative Management. In: Abrams, P. *et al.* **Incontinence: 4th International Consultation on Incontinence**. 4.ed. Paris: Health Publication, p. 1025-1120, 2009.
15. BO, K. *et al.* Pelvic floor muscle exercise for the treatment of female stress urinary incontinence: III effects of two different degrees of pelvic floor muscle exercises. **Neurourol Urodyn**, v. 9, p. 489-502, 1990.
16. BO, K. *et al.* Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. **BMJ**, v. 318, p. 487-93, 1999.
17. YOON, S. *et al.* A comparison of effectiveness of bladder training and pelvic muscle exercise on female urinary incontinence. **Int J Nurs Stud**, v. 40, p. 45-50, 2003.
18. DUMOULIN, C.; HAY-SMITH, J. *et al.* Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. **Cochrane Database of Syst Rev**. (1):CD005654, 2010.
19. FELICÍSSIMO M.F. *et al.* Intensive supervised versus unsupervised pelvic floor muscle training for the treatment of stress urinary incontinence: a randomized comparative trial. **Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.**, v. 21, n. 7, p. 835-40, 2010.
20. KONSTANTINIDOU E. *et al.* Short-term efficacy of group pelvic floor training under intensive supervision versus unsupervised home training for female urinary stress incontinence: a randomized pilot study. **Neurourol Urodyn**, v. 26, n. 4, p. 486–491, 2007.

-
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: Garantindo Saúde nos Municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio À Saúde da Família – NASF. Disponível em <http://www.saude.gov.br/dab>. 2008. Acesso em 27 set. 2011.
24. JUNIOR, J.P.B. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Cien Saúde Coletiva**, v. 15 (Supl. 1): p.1627-1636, 2010.
25. FREITAS, M. **A Atenção Básica como Campo de Atuação da Fisioterapia no Brasil**: as Diretrizes Curriculares resignificando a prática profissional. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – área de concentração em Política, Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006. 138p.
26. BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Gerência de Assistência. Abordagem da incontinência urinária e avaliação endometrial. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2011.
27. BO, K. *et al.* Measurement of pelvic floor muscle function and strength and pelvic organ prolapse. In: BO, K. *et al.* **Evidence-Based Physical Therapy for the pelvic floor: bridging science and clinical practice**. 1.ed. Elsevier, p. 45-112, 2007.
28. TUBARO, A. *et al.* Imaging and other investigations. In: Abrams, P. *et al.* **Incontinence: 4th International Consultation on Incontinence**. 4.ed. Paris: Health Publication, p. 541-630, 2009.
29. KARANTANIS, E. *et al.* The 24-Hour Pad Test in Continent Women and Men: Normal Values and Cyclical Alterations. **Int J Obst Gynaecol**, v. 110, p. 567-571, 2003.
30. GROUTZ A. *et al.* Noninvasive outcome measures of urinary incontinence and lower urinary tract symptoms: a multicenter study of micturition diary and pad tests. **J Urology**, v. 164, n.3, p. 698-701, 2000.

-
31. STASKIN, D. *et al.* Initial assessment of urinary and fecal incontinence in adult male and female patients. In: Abrams, P. *et al.* **Incontinence: 4th International Consultation on Incontinence**. 4.ed. Paris: Health Publication, p. 331-362, 2009.
32. TAMANINI, J.T.N. *et al.* Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form” (ICIQ-SF). **Rev Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 438-44, 2004.
33. LAYCOCK, J. Clinical evaluation of the pelvic floor. In: Schussler, B. *et al.* **Pelvic floor re-education**. Springer-Verlag, p. 42-48, 1994.
34. FRAWLEY, H.C. *et al.* Reliability of pelvic floor muscle strength assessment using different test positions and tools. **Neurourol Urodyn**, v. 25, n. 3, p. 236-42, 2006.
35. SRIKRISHNA, S. *et al.* Validation of the patient global impression of improvement for urogenital prolapse. In: **Annual International Urogynecological Association Meeting**, 32, 2007, Cancun, México. *Abstracts...* Cancun: International Urogynecology Journal, v. 18, spl. 1, 2007. 251p.
36. FIGUEIREDO, E.M. *et al.* The results of a 24-h pad test in Brazilian women. **Int Urogynecol J**, v. 23, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisadoras: Camila Teixeira Vaz.

Orientadora: Elyonara Mello de Figueiredo.

TÍTULO DO PROJETO: Implantação da Assistência a Mulheres com incontinência Urinária na Atenção Primária.

Você está sendo convidada a participar de um estudo sobre a implantação da assistência a mulheres que apresentam perda de urina na atenção primária. Esse tratamento envolve a realização de exercícios para a musculatura do períneo, que auxilia na contenção da urina.

PROCEDIMENTOS: Você responderá a um questionário e se apresentar sintomas de perda urinária será submetida a uma avaliação fisioterapêutica, constando de uma entrevista e de avaliação da musculatura do períneo. Para isso, será realizada a observação da capacidade ou não de contração desta musculatura. Você deverá também realizar o teste do absorvente em 24 horas, que consiste no uso de absorventes durante 24 horas e ainda realizar o diário miccional, que consiste em fazer anotações da sua rotina de ida ao banheiro, quantidade de líquido ingerido e frequência de perda de urina durante 24 horas. Após estes exames, você poderá escolher em participar do grupo de tratamento ou realizar os exercícios em casa, diariamente. Para o grupo de tratamento, você terá que comparecer uma vez por semana, durante 50 minutos para a realização de exercícios para os músculos do períneo, alongamentos, exercícios respiratórios e receberá orientações quanto a hábitos urinários adequados. Você fará no máximo 12 sessões de tratamento. Você será submetida a uma ou duas reavaliações, semelhantes à avaliação inicial, dependendo da sua evolução. Receberá alta se obtiver cura/melhora das perdas urinárias ou será encaminhada para um serviço especializado caso não haja melhora das perdas. A fim de assegurar seu anonimato, você receberá um número de identificação no início do estudo, e seu nome não será revelado em nenhuma situação. Os resultados do estudo serão divulgados e poderão ser apresentados em eventos e revistas científicas, sem, no entanto, divulgar o seu nome.

RISCOS: Você terá o risco apenas de constrangimento por participar deste projeto.

BENEFÍCIOS: Os resultados do estudo ajudarão a esclarecer se é ou não viável a prestação de assistência a mulheres com problemas semelhantes aos seus, na atenção básica.

PAGAMENTO: Você não receberá nenhuma forma de pagamento. Custos de transporte para o local da coleta de dados e seu retorno deverão ser arcados por você. Os absorventes utilizados para realização do teste do absorvente, bem como os copos plásticos serão fornecidos pela pesquisadora.

RECUSA OU ABANDONO: A sua participação é voluntária, e você tem o direito de se recusar a participar por qualquer razão e em qualquer momento do estudo. Mesmo se você não quiser participar deste estudo, o tratamento no CSSG/SMSBH será garantido para você.

Depois de ler as informações acima, se for da sua vontade participar deste estudo, por favor, preencha o consentimento abaixo.

CONSENTIMENTO:

Declaro que li e entendi a informação contida acima. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e eu recebi uma cópia deste formulário de consentimento.

Eu, _____ concordo em participar deste estudo.

Local e data

Assinatura do Participante

Local e data

Assinatura do Pesquisador

Telefones para contato:

Responsáveis pelo Estudo:

- Camila Teixeira Vaz (tel.: 3375-6265/9701-5146), aluna do curso de pós-graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).
- Elyonara Mello de Figueiredo (tel.: 3499-4783/8852-3795), ScD, professora Adjunta do Departamento de Fisioterapia da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional – UFMG.
- Comitê de Ética em Pesquisa – Prefeitura de Belo Horizonte. Avenida Afonso Pena, 2336 - 9º andar, Bairro Funcionários - Belo Horizonte - MG CEP: 30130-007 Tel: (31) 3277-5309 Fax (31) 3277-7768.
- Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG. Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005 - Pampulha - Belo Horizonte-MG. CEP 31270-901. Tel.: (31) 3409-4592.

INSTRUÇÕES PARA PREENCHER O DIÁRIO MICCIONAL

O diário que você está recebendo é muito importante para o seu tratamento, pois, através dele, saberemos como sua bexiga está funcionando.

- Você deverá anotar, na primeira coluna, todos os horários que urinou durante 24 horas. Então, comece a anotar desde a hora que acordar de um dia (1ª vez que urinar) até a hora em que acordar do outro dia (1ª vez que urinar), INCLUSIVE À NOITE.
- Todas as vezes que urinar, leve um pote para o banheiro e urine dentro dele. Depois transfira a urina do pote para o copo de plástico milimetrado que você está recebendo. Veja quantas mL de urina você urinou e anote na segunda coluna.
- Todas as vezes que tiver um desejo insuportável de urinar, marque um X na terceira coluna: (Urgência).
- Todas as vezes que perder urina sem querer, marque um X na coluna 4 (Perda urinária) e escreva o motivo da perda de urina na coluna 5 ao lado: (Motivo de perda).
- Você também deverá medir a quantidade de líquido que tomar durante 24 horas, ou seja, desde a primeira vez que tomar alguma coisa em um dia até a primeira vez que tomar alguma coisa no outro dia, INCLUSIVE À NOITE, até completar um dia. Para medir a quantidade de líquido, primeiro coloque o que você vai beber no copo ou na xícara que você tem costume. Depois passe o líquido para o outro copo de plástico milimetrado que você está recebendo para medir a quantidade que você vai beber. Anote a quantidade na coluna (Volume de líquido que bebeu – mL) e o (Tipo de líquido - café, suco de laranja, água ...) na coluna 7, ao lado: (Tipo de líquido que bebeu).

PRIMEIRA COLUNA	SEGUNDA COLUNA	TERCEIRA COLUNA	COLUNA 4	COLUNA 5	COLUNA 6	COLUNA 7
Horário que urinou	Volume que urinou (ml)	Urgência (x)	Perda urinária (x)	Motivo da perda	Volume de líquido que bebeu (ml)	Tipo de líquido que bebeu

APÊNDICE C**AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA – UROGINECOLOGIA**

Data Avaliação: ___ / ___ / ____ Avaliador: _____

Dados Pessoais	
Nome:	Equipe:
Telefones:	ACS: Prontuário:
Endereço:	
Data de nascimento:	Idade:
Estado Civil: () solteira () casada () união estável () divorciada () viúva	
Escolaridade: () analfabeto ou sabe escrever o nome; () 1º G incompleto; () 1º G completo; () 2º G incompleto; () 2º G completo; () 3º G incompleto; () 3º G completo	
Ocupação:	
Queixa Principal:	
Diagnóstico Clínico: () IUE () IUU () IUM	

História Progressa
Início dos sintomas: _____
Tratamentos prévios (medicamentos, fisioterapia): () não () sim: Qual? Por quanto tempo? _____
Cirurgias pélvicas prévias: () não () sim
Qual(is)? _____ Data/Ano de realização: _____
G ___ PN ___ PC ___ A ___ Aumento de peso nos últimos anos () sim () não
() Pré-Menopausa () Menopausa () Pós-menopausa TRH: () sim () não

Alterações Sistêmicas
Funções Miccionais:
- Sintomas de infecção (desconforto para urinar, dor, urina fétida): () sim () não
- Infecções urinárias recorrentes: () sim () não
- Urgência: () sim () não Urge-incontinência: () sim () não
- Incontinência de esforço: () não
() sim : () tosse; () espirro; () riso; () correr; () pular;
() ativ.sexual; () carregar peso; () andar
() mudança de decúbito; () outros: _____
- Perda acontece em: () gotas () jato () completa
- Frequência de perda: () todos os dias e/ou noites; () 1 ou várias vezes/sem; () 1 ou várias x/mês; () <1x/mês; () nunca
- Uso de protetores: () não () sim; Qual? _____ Número/dia: _____
- Hábitos miccionais e dietéticos:
Ingestão de cafeína: () não () sim: _____
Noctúria: () sim: _____ vezes/ noite () não
Enurese (IU durante o sono): () sim () não
Ingestão hídrica em 24h: _____
Ingere líquido antes de dormir? () não () sim
Frequência miccional diurna: _____

Sugestão de Conduta:

- Encaminhamento para ginecologia
- Sessões individuais para melhora da capacidade de contração dos MAP
- Encaminhamento para grupo de incontinência urinária
- Orientações para realizar exercícios e treino vesical em casa

Objetivo principal: melhora da capacidade de contração muscular

reeducação dos hábitos miccionais

Obs: Explicar procedimentos relativos ao teste do absorvente e diário miccional

Resultado do teste do absorvente: _____ g . Uso de _____ absorventes.

Anexar diário miccional e ICIQ-SF com data.

Data de início das sessões de tratamento/grupo: ____ / __ / ____

APÊNDICE D

Nome do paciente: _____

Terapeuta: _____ Data: ____/____/____

Treinamento da bexiga

1. Ir ao banheiro no intervalo de _____. Se der vontade antes, contrair o períneo até a vontade passar.
2. Cuidados com alimentação: Coma fibras, evite frutas e sucos muito ácidos. Tome 1,5 a 2 litros de líquido por dia, evitando bebida que contenha cafeína, como café, coca-cola, chá preto, chá verde e chá mate. Não beber líquido 3h antes de dormir.
3. Antes de dormir, colocar as pernas para cima por no mínimo 40min e ir ao banheiro logo depois para urinar.

Exercícios – Realizar 3 vezes ao dia, todos os dias da semana:

1. Apertar o períneo o mais forte possível por _____s e descansar _____s, como aprendido. Repetir 10 vezes.



2. Apertar e soltar o períneo 10 vezes, bem concentrada.



3. Cuidado para não usar a barriga, bumbum e pernas durante os exercícios!

Lembre-se: sua participação é fundamental para o bom resultado do tratamento!

Próxima consulta: ____/____/____ às ____ horas.

APÊNDICE F**REAVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA**

Data Reavaliação: ___ / ___ / ____ **Avaliador:** _____

Número de sessões realizadas: _____

<p>Nome da paciente: _____</p> <p>Funções Miccionais:</p> <p>- Sintomas de infecção (desconforto para urinar, dor, urina fétida): () sim () não</p> <p>- Urgência: () sim () não Urge-incontinência: () sim () não</p> <p>- Incontinência de esforço: () não () sim :</p> <p>() tosse; () espirro; () riso; () correr; () pular; () ativ.sexual; () carregar peso;</p> <p>() andar; () mudança de decúbito; () outros: _____</p> <p>- Perda acontece em: () gotas () jato () completa</p> <p>- Frequência de perda: () todos os dias e/ou noites; () 1 ou várias vezes/sem; () 1 ou várias x/mês; () <1x/mês; () nunca</p> <p>- Uso de protetores: () não () sim; Qual? _____ Número/dia: _____</p> <p>- Hábitos miccionais e dietéticos:</p> <p style="padding-left: 40px;">Ingestão de cafeína: () não () sim: _____</p> <p style="padding-left: 40px;">Noctúria: () sim: _____ vezes/ noite () não</p> <p style="padding-left: 40px;">Enurese (IU durante o sono): () sim () não</p> <p style="padding-left: 40px;">Ingestão hídrica em 24h: _____</p> <p style="padding-left: 40px;">Ingere líquido antes de dormir? () não () sim</p> <p style="padding-left: 40px;">Frequência miccional diurna: _____</p> <p>Funções Sexuais e Defecatórias:</p>
<p>Impacto da condição de saúde nas atividades e participação e estratégias de enfrentamento:</p>
<p>Exame Físico</p>
<p>Tempo de sustentação da contração:</p> <p>Uso excessivo de musculatura acessória: () não () sim : _____</p>
<p>Sugestão de Conduta:</p> <p>() Alta (Perda urinária < 4g e frequência de perda =0 nas 2 últimas semanas)</p> <p>() Continuar no grupo ou continuar fazendo exercícios em casa</p> <p>() 12ª sessão em diante: encaminhamento para serviço especializado.</p> <p>Justificativa: _____</p>

	AVALIAÇÃO (___ / ___ / ___)	REAVALIAÇÃO 6 SESSÕES (___ / ___ / ___)	REAVALIAÇÃO 12 SESSÕES (___ / ___ / ___)	REAVALIAÇÃO APÓS 1 MÊS (___ / ___ / ___)
PAD TEST 24H				
ICIQ				
FREQUÊNCIA DE PERDA URINÁRIA				
INCAPACIDADE				

PGI-I (Apenas na alta e após 1 mês)						
Muito Melhor	Melhor	Pouco Melhor	Nada Mudou	Pouco Pior	Pior	Muito Pior

Percepção Subjetiva de Melhora (0-10): _____

ANEXOS

ANEXO A

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Parecer: 0026.0.410.410-10A

Pesquisadora responsável: Elyonara Mello de Figueiredo

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CEP/SMSA/BH aprovou em 15 de julho de 2010, o projeto de pesquisa intitulado “IMPLANTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA A MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA”, bem como seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final deste, se em prazo inferior a um ano.



Celeste de Souza Rodrigues

Coordenadora do CEP/SMSA/BH

Celeste de Souza Rodrigues - BM 37316-1
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - SMSA/BH

ANEXO B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 0026.0.410.203-10

Interessado(a): Profa. Elyonara Mello de Figueiredo
Departamento de Fisioterapia
EEFFTO - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 29 de setembro de 2010, o projeto de pesquisa intitulado "**Implantação de assistência a mulheres com incontinência urinária na Atenção Primária**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO C

ICIQ-SF																							
Nome do Paciente: _____ Data de Hoje: ____/____/____																							
Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.																							
1. Data de Nascimento: ____/____/____ (Dia / Mês / Ano) 2. Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>																							
3. Com que frequência voce perde urina? (assinale uma resposta) <table style="margin-left: auto; margin-right: 0; border: none;"> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Nunca</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Uma vez por semana ou menos</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Duas ou três vezes por semana</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Uma vez ao dia</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Diversas vezes ao dia</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 10px;">O tempo todo</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> </table>		Nunca	<input type="checkbox"/>	0	Uma vez por semana ou menos	<input type="checkbox"/>	1	Duas ou três vezes por semana	<input type="checkbox"/>	2	Uma vez ao dia	<input type="checkbox"/>	3	Diversas vezes ao dia	<input type="checkbox"/>	4	O tempo todo	<input type="checkbox"/>	5				
Nunca	<input type="checkbox"/>	0																					
Uma vez por semana ou menos	<input type="checkbox"/>	1																					
Duas ou três vezes por semana	<input type="checkbox"/>	2																					
Uma vez ao dia	<input type="checkbox"/>	3																					
Diversas vezes ao dia	<input type="checkbox"/>	4																					
O tempo todo	<input type="checkbox"/>	5																					
4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde (assinale uma resposta) <table style="margin-left: auto; margin-right: 0; border: none;"> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Nenhuma</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Uma pequena quantidade</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Uma moderada quantidade</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Uma grande quantidade</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">6</td> </tr> </table>		Nenhuma	<input type="checkbox"/>	0	Uma pequena quantidade	<input type="checkbox"/>	2	Uma moderada quantidade	<input type="checkbox"/>	4	Uma grande quantidade	<input type="checkbox"/>	6										
Nenhuma	<input type="checkbox"/>	0																					
Uma pequena quantidade	<input type="checkbox"/>	2																					
Uma moderada quantidade	<input type="checkbox"/>	4																					
Uma grande quantidade	<input type="checkbox"/>	6																					
5. Em geral quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito) <table style="margin-left: auto; margin-right: 0; border: none;"> <tr> <td style="padding-right: 5px;">0</td> <td style="padding-right: 5px;">1</td> <td style="padding-right: 5px;">2</td> <td style="padding-right: 5px;">3</td> <td style="padding-right: 5px;">4</td> <td style="padding-right: 5px;">5</td> <td style="padding-right: 5px;">6</td> <td style="padding-right: 5px;">7</td> <td style="padding-right: 5px;">8</td> <td style="padding-right: 5px;">9</td> <td style="padding-right: 5px;">10</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 5px;">Não interfere</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="padding-right: 5px;">Interfere muito</td> </tr> </table>		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Não interfere										Interfere muito
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10													
Não interfere										Interfere muito													
ICIQ Escore: soma dos resultados 3 + 4 + 5 = _____																							
6. Quando você perde urina? (Por favor assinale todas as alternativas que se aplicam a você) <table style="margin-left: auto; margin-right: 0; border: none;"> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Nunca</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Perco antes de chegar ao banheiro</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Perco quando tusso ou espiro</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Perco quando estou dormindo</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Perco quando estou fazendo atividades físicas</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Perco sem razão óbvia</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Perco o tempo todo</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Nunca	<input type="checkbox"/>	Perco antes de chegar ao banheiro	<input type="checkbox"/>	Perco quando tusso ou espiro	<input type="checkbox"/>	Perco quando estou dormindo	<input type="checkbox"/>	Perco quando estou fazendo atividades físicas	<input type="checkbox"/>	Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo	<input type="checkbox"/>	Perco sem razão óbvia	<input type="checkbox"/>	Perco o tempo todo	<input type="checkbox"/>						
Nunca	<input type="checkbox"/>																						
Perco antes de chegar ao banheiro	<input type="checkbox"/>																						
Perco quando tusso ou espiro	<input type="checkbox"/>																						
Perco quando estou dormindo	<input type="checkbox"/>																						
Perco quando estou fazendo atividades físicas	<input type="checkbox"/>																						
Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo	<input type="checkbox"/>																						
Perco sem razão óbvia	<input type="checkbox"/>																						
Perco o tempo todo	<input type="checkbox"/>																						