



UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

Departamento de Ciências da Educação e do Património

Ana Marília Ferreira Canelas Silva

**“Senioridade Feminina e Incontinência Urinária:
Fisioterapia baseada num estudo de caso.”**

Mestrado em Gerontologia

Trabalho realizado sob a orientação do:
Professor Doutor Arthur Moreira da Silva Neto

Julho de 2014

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido e aos meus filhos, pelo carinho, pela paciência e por estarem sempre do meu lado.

Aos meus pais, por me ensinarem a valorizar a educação e por sempre acreditarem em mim.

Aos professores do *Mestrado em Gerontologia*, por nos proporcionarem um enriquecimento de saberes e crescimento pessoal.

Ao Professor Doutor Arthur Neto por me orientar neste trabalho e que, apesar da distância, se mostrou sempre disponível.

Ao serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de Braga, por possibilitar a concretização desta investigação.

Aos meus colegas fisioterapeutas, pela força e espírito de entreajuda.

À paciente que se disponibilizou a participar no estudo.

SENIORIDADE FEMININA E INCONTINÊNCIA URINÁRIA: FISIOTERAPIA BASEADA NUM ESTUDO DE CASO

RESUMO

O projeto de investigação: “Senioridade Feminina e Incontinência Urinária: Fisioterapia baseada num estudo de caso” teve por objetivo analisar e compreender o caso clínico, à luz da evidência científica acerca da incontinência urinária feminina na idade avançada, bem como, a abordagem da fisioterapia, numa perspetiva gerontológica.

Do ponto de vista dos objetivos o método de abordagem foi qualitativo, para desenvolver uma investigação descritiva pormenorizada, do tipo estudo de caso.

O caso estudado foi uma paciente de 79 anos, com incontinência urinária mista grave, seguida durante 2 anos pela Fisioterapia em Uroginecologia, do serviço de Medicina Física e Reabilitação, do Hospital de Braga.

Esta investigação acerca da problemática da incontinência urinária permitiu-nos compreender e analisar de forma reflexiva a abordagem da mulher sénior com IU, pela Fisioterapia, mediante os pressupostos da gerontologia.

Com base no estudo de caso apresentado verificou-se os benefícios da intervenção implementada, na redução efetiva das perdas urinária, no aumento do tempo entre micções e controlo da urgência, associadas à melhoria da perceção da contração específica e dos vários parâmetros de força dos músculos do pavimento pélvico, bem como, nos resultados alcançados nas várias escalas de qualidade de vida e autoeficácia aplicadas. Verificou-se ainda a relevância das entrevistas terapêuticas, que foram permitindo uma interação salutogénica e uma individualização da intervenção.

Em conformidade com a bibliografia consultada, sustentou-se a necessidade da prática baseada na evidência e da divulgação da intervenção da Fisioterapia, tendo esta que ser cada vez mais holística e individualizada, particularmente no âmbito da incontinência da mulher sénior.

Palavras-chave: Envelhecimento Feminino; Fisioterapia; Incontinência Urinária; Qualidade de Vida; Gerontologia.

FEMININE SENIORITY AND URINARY INCONTINENCE: PHYSIOTHERAPY EVIDENCE BASED PRACTICE IN A CASE STUDY

ABSTRACT

This research project with the theme: “Feminine seniority and urinary incontinence: physiotherapy evidence based practice in a case study”, has the goal of analyzing and understanding through scientific based evidence the appropriate interventions in urogynaecological physiotherapy in the elderly with urinary incontinence.

When considering the goals, a qualitative research approach was used, to develop a case study.

The case study was done on a 79 year old patient with severe mixed urinary incontinence, which was treated for two years by physiotherapists from the Rehabilitation Center in Braga Hospital.

This research deals with the focus of this issue in the ageing population: “*Feminine seniority and urinary incontinence* “, and allows us to understand and analyze in a reflective way about the practice in physiotherapy (assessment and treatment) in a senior woman with urinary incontinence.

Based on the study presented study, there is confirmation of the effectiveness of the intervention, mainly in the perception of the specific contraction and in the reinforcement of the pelvic floor muscles. The research indicated positive results in both the quality of life and the self-efficacy scales. The therapeutic interviews confirmed their relevance, since they play an important role in promoting salutary interactions and a more individual intervention.

According to the bibliography consulted, an evidence based practice, is a need to guide physiotherapists in their intervention, and the promotion of this intervention is necessary.

This practice should always be done in a holistic and individualized manner, particularly in the senior population with urinary incontinence.

Key- words: Female Ageing; Physiotherapy; Urinary Incontinence; Quality of Life, Gerontology.

SUMÁRIO

DECLARAÇÃO	2
AGRADECIMENTOS	3
RESUMO.....	4
ABSTRACT.....	5
SIGLAS E ABREVIATURAS	9
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	10
ÍNDICE DE TABELAS	11
ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES.....	12
INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1:.....	16
ESTUDO DE CASO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA NUMA MULHER SÊNIOR NA INVESTIGAÇÃO A DESENVOLVER.....	16
1.1 - Apresentação do estudo de caso.....	17
CAPÍTULO 2:.....	43
ABORDAGEM DA FISIOTERAPIA EM UROGINECOLOGIA	43
2.1 - Avaliação da Fisioterapia na Incontinência Urinária	43
2.1.1 – Entrevista terapêutica	43
2.1.2 - Ficha de avaliação fisioterapêutica	46
2.1.2.1 – Exame Subjetivo	46
2.1.2.2 – Exame Objetivo.....	47
2.1.2.3 – Avaliação postural.....	47
2.1.2.4 – Observação perineal e exame vaginal	47
2.1.3 – Testes complementares e escalas	49
2.1.3.1 - <i>Stress test</i> :.....	49
2.1.3.2 – <i>Pad test</i>	49
2.1.3.3 – Diário Miccional	50
2.1.3.4 – <i>International Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Form</i>	50
2.1.3.5 – Escala Ditrovie	50

2.1.3.6 - Escala de Autoeficácia de Broome para Exercícios da Musculatura do Pavimento Pélvico	51
2.2 - Intervenção da Fisioterapia na Incontinência Urinária.....	51
2.2.1 - Entrevista terapêutica.....	54
2.2.2 - Componente prática	54
CAPÍTULO 3:.....	62
A GERONTOLOGIA NUMA PERSPETIVA MULTIDISCIPLINAR	62
3.1 - Problemática da Incontinência Urinária na mulher sénior	64
3.2 - Impacto da Incontinência Urinária na vida da mulher sénior.....	67
3.3 - Prevalência da Incontinência Urinária	70
3.4 - Perspetiva gerontológica da Fisioterapia na Incontinência Urinária da mulher sénior	71
3.5 - Fisioterapia na geração grisalha	82
CAPITULO 4:.....	87
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	87
CAPITULO 5:.....	96
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
BIBLIOGRAFIA.....	100
ANEXOS	110
ANEXO 1: Aprovação do estudo pela Comissão Executiva e Comissão de Ética do Hospital de Braga.....	111
ANEXO 2: <i>International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)</i>	112
ANEXO 3: Folheto informativo da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, Grupo de Interesse de Fisioterapia na Saúde da Mulher (2008) facultado à paciente	113
ANEXO 4: Escala Ditrovie e respetiva autorização para a sua utilização	121
ANEXO5: Escala de <i>Broome</i> e respetiva autorização para utilização da mesma	124
APÊNDICES.....	127
APÊNDICE 1 : Consentimento informado.....	127

APÊNDICE 2 : Ficha de avaliação fisioterapeutica.....	129
APÊNDICE 3: Diário miccional.....	131

SIGLAS E ABREVIATURAS

AF – Atividade Física

AVD's – Atividades da vida diária

EE – Electroestimulação

EM – Entrevista Motivacional

EVA – Escala Visual Análoga

FT – Fisioterapeuta

FTUG – Fisioterapia em Uroginecologia

HB – Hospital de Braga

ICIQ-SF – *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form*

IMC – Índice de Massa Corporal

IU – Incontinência Urinária

Kg – Quilograma

MFR – Medicina Física e Reabilitação

MPP – Músculos do pavimento pélvico

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCE – Perceção da Contração Específica

PERFECT – *Power/ Endurance/ Repetitions/ Fast - Every, Contractions, Timed*

PP – Pavimento Pélvico

QV – Qualidade de vida

TMPP – Treino específico dos músculos do pavimento pélvico

WCPT – *World Confederation for Physical Therapy*

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Resultados do questionário <i>International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form</i> (ICIQ-SF), nas 4 avaliações efetuadas (junho de 2012; outubro de 2013; novembro de 2013 e junho de 2014, respetivamente)	34
Gráfico 2 - Pontuação global da escala Ditrovie (24 itens), nas 4 avaliações efetuadas (outubro de 2013; novembro de 2013, fevereiro de 2014 e junho de 2014, respetivamente).	35
Gráfico 3 - Pontuação da dimensão Atividade da escala Ditrovie (24 itens), nas 4 avaliações efetuadas (outubro de 2013; novembro de 2013, fevereiro de 2014 e junho de 2014, respetivamente).	36
Gráfico 4 - Pontuação da dimensão Imagem da escala Ditrovie (24 itens), nas 4 avaliações efetuadas (outubro de 2013; novembro de 2013, fevereiro de 2014 e junho de 2014, respetivamente).	36
Gráfico 5 - Pontuação da dimensão Repercussão Emocional da escala de Ditrovie (24 itens), nas 4 avaliações efetuadas (outubro de 2013; novembro de 2013, fevereiro de 2014 e junho de 2014, respetivamente).	37
Gráfico 6 - Pontuação da dimensão Sono da escala Ditrovie (24 itens), nas 4 avaliações efetuadas (outubro de 2013; novembro de 2013, fevereiro de 2014 e junho de 2014, respetivamente).	37
Gráfico 7 - Pontuação da dimensão Bem-estar da escala Ditrovie (24 itens), nas 4 avaliações efetuadas (outubro de 2013; novembro de 2013, fevereiro de 2014 e junho de 2014, respetivamente).	38
Gráfico 8 - Pontuação global da Escala de autoeficácia de Broome para exercícios da musculatura pélvica, nas 3 avaliações efetuadas (outubro de 2013; final de novembro de 2013 e junho de 2014, respetivamente).	41
Gráfico 9 - Pontuação da parte A e parte B da Escala de autoeficácia de Broome para exercícios da musculatura pélvica, nas 3 avaliações efetuadas (outubro de 2013; final de novembro de 2013 e junho de 2014, respetivamente).	42

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Apresentação das avaliações que foram efetuadas por ordem cronológica, para facilitar o acompanhamento da evolução do paciente.....	34
Tabela 2 – Registos da 2 ^a e 3 ^a Entrevistas Terapêuticas.	40
Tabela 3 - Interpretação dos resultados do <i>Pad Test</i> . (Henscher, U. 2007).....	49

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 - Gestão da Incontinência Urinaria em Homens e Mulheres Fragilizados / Idosos. (Associação Portuguesa de Urologia (2009) Disponível em: www.apurologia.pt/guidelines/)	66
---	----

INTRODUÇÃO

Os contornos da evolução da demografia mundial, colocam em destaque o acelerado envelhecimento populacional, no qual a mulher assume papel de relevância. A gerontologia não descora este facto e as preocupações com as consequências individuais e coletivas do avançar da idade da mulher têm dimensão globalizada e multidisciplinar.

Um dos problemas de saúde de elevada prevalência na mulher sénior é a Incontinência Urinária (IU). A perda involuntária de urina, constitui um problema psicossocial e higiénico para as idosas, com repercussões significativas em termos de: qualidade de vida, autoestima, depressão, função sexual, isolamento social e mesmo, abandono/institucionalização, assim como, indiretamente predispõe a quedas, alterações do sono e infeções. (Yip, S. K., & Cardozo, L. 2007; Dumoulin, C. & Hay-Smith, J. 2010)

O problema da IU nos idosos tem sido subestimado, não recebendo muitas vezes a adequada atenção, contudo os custos diretos e indiretos que acarreta fazem com que esta se torne uma preocupação crescente.

As modificações derivadas do processo de envelhecimento não são a causa fulcral da IU, no entanto, a plurimedicação e as patologias frequentes entre as pessoas idosas (infeção urinária, alterações do pavimento pélvico (PP), imobilidade, deterioração cognitiva...), vão favorecer o seu aparecimento (Palma, R., P. 2009).

Com o aumento da esperança de vida da população à escala mundial, haverá um número crescente de idosos e, conseqüentemente, o número de casos de IU pode vir a aumentar. A gerontologia e a geriatria pressupõem que o idoso tem que ser abordado como um todo e numa perspetiva cada vez mais multidisciplinar, daí a importância que também a fisioterapia se especialize cada vez mais nas problemáticas desta população (Veríssimo, M.T. 2012).

As abordagens clínicas da IU na mulher sénior são variadas e dependem de um diagnóstico criterioso. Neste contexto, a fisioterapia em uroginecologia (FTUG) tem-se revelado uma importante decisão terapêutica e uma boa estratégia de promoção da saúde e prevenção da IU ao longo da vida (Silva, A. M. 2012).

Considerando a natureza e complexidade do estudo IU na mulher sénior, a nossa opção de investigação tomou por base um estudo de caso, intitulado: “Senioridade

Feminina e Incontinência Urinária: Fisioterapia baseada num estudo de caso”, para um conhecimento detalhado da situação a estudar.

O caso estudado referiu-se a uma paciente de 79 anos, com IU mista grave seguida durante 2 anos, na FTUG do Serviço de Medicina Física e Reabilitação (MFR), do Hospital de Braga (HB).

O presente estudo enquadrou-se no paradigma qualitativo, uma vez que pretendemos enfatizar a descrição, a indução e o estudo das perceções pessoais relativamente ao objeto a investigar. As palavras-chave da investigação foram: Envelhecimento Feminino; Fisioterapia; Incontinência Urinária, Qualidade de Vida e Gerontologia.

Este trabalho resultou da inquietação despertada pela prática na FTUG e pelo confronto com as especificidades da IU na mulher sénior e os tabus subjacentes. Mais do que compreender os porquês, desejou-se saber como isto é percecionado pelo utente e a forma como isso se reflete em várias dimensões da sua vida. Assim, este teve por objetivo analisar e compreender o caso clínico abordado, à luz da evidência científica acerca da IU feminina na idade avançada, bem como, a abordagem da FTUG, numa perspetiva gerontológica.

O trabalho está dividido em 5 capítulos, o 1º refere-se à apresentação do caso clínico, o 2º a abordagem da FTUG na IU (avaliação e tratamento), o 3º refere-se à gerontologia multidisciplinar, à problemática da IU na mulher sénior e à perspetiva gerontológica da FTUG e da Fisioterapia no geral, o 4º a discussão dos resultados, que refletem de forma holística a temática que se propunha abordar e por fim, o 5º as considerações finais.

Com base no estudo de caso apresentado verificou-se benefícios da intervenção implementada, na redução das perdas de urina, no aumento do tempo entre micções e controlo da urgência urinária como se constatou no Diário Miccional, Índice de perda, *Pad test*, *Stress test* e pelo discurso da utente nas entrevistas terapêuticas associadas à melhoria da qualidade passando a ser correta e da perceção da contração específica (PCE) e dos vários parâmetros de força dos músculos do pavimento pélvico (MPP).

Nos resultados alcançados nas várias escalas de qualidade de vida e autoeficácia aplicadas constatou-se que o ICIQ-SF revelou a diminuição do incómodo

devido às perdas de urina; a Ditrovie demonstrou uma redução do impacto psicológico e funcional da IU no estado de saúde e qualidade de vida da paciente e a de Broome revelou o aumento da autoeficácia nos exercícios do PP.

O desmistificar de ideias erradas em torno da problemática da IU, a abertura ao diálogo por parte da paciente e a integração dos conhecimentos veiculados e das competências desenvolvidas durante as sessões, foram aspetos muito positivos em termos da vertente educativa desta intervenção.

No final das sessões de FTUG, verificou-se que os objetivos terapêuticos que haviam sido definidos foram alcançados, com a exceção do 7º, relativo à alteração dos fatores comportamentais, visto que, não se verificou melhorias em termos de perda de peso e de prática de atividade física (AF) regular.

A intervenção da FTUG que foi implementada neste caso clínico segue as orientações das *guidelines* internacionais para as disfunções do PP e particularmente na IU.

Em conformidade com a bibliografia consultada, sustentou-se a necessidade da prática baseada na evidência e da divulgação da intervenção da Fisioterapia, tendo esta que ser cada vez mais holística e individualizada, particularmente no âmbito da IU da mulher sénior.

CAPÍTULO 1:

ESTUDO DE CASO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA NUMA MULHER SÉNIOR NA INVESTIGAÇÃO A DESENVOLVER

A investigação intitulada: “Senioridade Feminina e Incontinência Urinária: Fisioterapia baseada num estudo de caso”, com a aprovação da Comissão de Ética do Hospital de Braga (anexo 1) seguiu a linha de investigação do mestrado Gerontologia e Qualidade de Vida: Saúde e Cuidados Gerontológicos.

Quanto à metodologia do estudo, do ponto de vista dos objetivos, o método de abordagem foi qualitativo, para a análise aprofundada do fenómeno a investigar, em que se irá desenvolver um estudo descritivo do tipo estudo de caso.

Os dados recolhidos foram essencialmente sob a forma de palavras, para analisar a singularidade da situação e a riqueza dos resultados, em diferentes momentos e num contexto muito particular. A recolha baseou-se num processo interrogativo, houve a preocupação com os significados atribuídos aos fenómenos e o investigador esteve atento à perspetiva da utente, questionando-a sucessivamente para perceber como ela experiencia, vivencia, interpreta, estrutura aquela situação, aquela forma de viver e aquela forma de aprender (Bogdan, R., & Biklen, S. 1994).

Merriam (1988 cit. in Carmo, H. & Ferreira, M.M. 1998), definiu um estudo de caso como particular (porque se focaliza numa determinada situação, acontecimento, programa ou fenómeno), descritivo (porque o produto final é uma descrição “rica” do fenómeno que está a ser estudado), heurístico (porque conduz à compreensão do fenómeno que está a ser estudado), indutivo (porque a maioria destes estudos tem como base o raciocínio indutivo) e holístico (porque tem em conta a realidade na sua globalidade). É dada uma maior importância aos processos do que aos produtos, à compreensão e à interpretação.

Cientificamente, o termo estudo de caso resulta numa ambiguidade, mas tem aplicações tão diversas em áreas como a saúde, a educação, a economia, e em numerosas disciplinas do saber como é o caso da fisioterapia, medicina, enfermagem, psicologia, sociologia, antropologia, história, direito, economia ou a educação. Um

estudo de caso pode incidir sobre uma unidade ou sobre uma multiplicidade de elementos, eventos, fenómenos, processos ou momentos (Mariano, C. 2001).

Este trabalho resultou da inquietação despertada pela prática na FTUG e pelo confronto com as especificidades da IU na mulher sénior e os tabus subjacentes. Mais do que compreender os porquês, desejou-se saber como isto é percecionado pelo utente e a forma como isso se reflete em várias dimensões da sua vida.

Pretendeu-se mediante o estudo das particularidades do caso clínico em estudo, a sua compreensão no contexto específico, não se pretendendo generalizações, contudo este pode servir de auxílio para a compreensão de outros casos semelhantes.

Esta investigação qualitativa teve por base a descrição e interpretação da abordagem da idosa com IU pela FTUG, associada à consulta de MFR, do HB.

1.1 - Apresentação do estudo de caso

O caso em estudo foi um paciente do sexo feminino, nascida em 1935, atualmente com 79 anos de idade, casada, de raça caucasiana, com 84 kg e 1,57 metros de altura, obesa com um Índice de Massa Corporal de 34,1, cozinheira reformada.

O acompanhamento durante 2 anos da situação clínica de IU deste estudo de caso, na Fisioterapia do serviço de MFR do HB, iniciou-se em junho de 2012, durante o processo de reabilitação do joelho esquerdo, devido a uma queda. A paciente tinha prótese total em ambos os joelhos, devido às alterações degenerativas bilaterais, com queixas prolongadas e múltiplas quedas que sofreu nos últimos 10 anos.

A paciente apresentou-se no tratamento deambulando lentamente com duas canadianas, com uma marcha claudicante, em pequenos passos e revelando insegurança. Verificou-se edema consistente e organizado em ambos os joelhos, contudo o esquerdo apresentava hematoma difuso e rigidez, com limitações na amplitude disponível, e dor severa. Com ligeira limitação das amplitudes de movimento ao nível das ancas devido a dor.

Como antecedentes pessoais houve a considerar: fibrilação auricular, cataratas, hérnia inguinal, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus, bronquite

crónica, bem como, patologia osteoarticular, tendo prótese total do joelho (PTJ) bilateralmente e deformidades/queixas relacionadas fraturas antigas em ambos os punhos. A medicação habitual incluía: Varfine, Lasix, Atacand, Lanoxin, Metformina, Sinvastatina, Carvedilol e Lorenin.

A paciente era bem-disposta, extrovertida, muito colaborante e com discurso adequado, contudo a sua expressão facial era de sofrimento e dor. A paciente referia como principal problema a dor no joelho esquerdo para levantar e iniciar a marcha e a dificuldade em subir/descer escadas.

Após duas semanas de tratamento, a paciente referiu: *“Já consigo mexer melhor o joelho e durmo um pouco melhor!”*. Verificou-se que houve redução do edema, aumento da amplitude articular disponível e melhoria do quadro algico. Quanto à funcionalidade referia ser mais fácil o sentar/levantar da cadeira, bem como a deambulação com uma canadiana. Permaneciam as dificuldades ao descer escadas.

Nesta altura, acentuou-se a preocupação com o risco de queda e procedeu-se a esclarecimentos e sensibilização para múltiplos riscos, procedimentos de prevenção de quedas e promoção de segurança da pessoa idosa no domicílio. Além disso, apelou-se à necessidade de tentar reduzir o peso, visto que se encontrava com 78Kg de peso e um IMC de 31,6, considerada obesidade.

Durante as sessões de Fisioterapia iniciadas em junho de 2012, verificou-se que a paciente tinha que interromper a sessão de tratamento, para ir à casa de banho. Face à relação terapêutica estabelecida com a fisioterapeuta (FT) que a seguia e atual autora do presente trabalho de investigação, a paciente foi objetivamente questionada acerca de queixas de IU. Assim, referiu o facto de ter que se deslocar várias vezes e apressadamente à casa de banho, devido a IU, tendo acrescentado: *“se não, é uma miséria, começo a perder até esvaziar por completo, (..) não seguro nada, as urinas soltam-se sem eu conseguir controlar nada”*. Esta refere ainda: *“Ando nesta triste situação desde 2008... sem saber porquê... e parece-me que cada vez é pior!”*.

Na perspetiva da paciente não lhe parecia ser possível solucionar a IU, visto que o próprio médico de família que a acompanha há muitos anos, sempre desvalorizou este problema, respondendo-lhe várias vezes: *“já não tem 18 anos”*, *“os anos passam, e as peças deixam de funcionar tão bem!”* e só depois de se queixar

várias vezes, prescreveu uma medicação, que não levou a melhorias do seu quadro clínico. Assim, a paciente referiu: *“É muito triste ser velho e não podermos ir contra a natureza (...) chegar ao ponto de nem segurar as urinas e de sentirmos o nojo das outras pessoas que dão conta disto”*. O mito de que a IU faz parte do envelhecimento, servia de justificação para a paciente viver naturalmente com este problema, tendo já desistido de se queixar e de procurar mais ajudas para tentar solucioná-lo.

Na 2ª conversa informal que tivemos acerca da IU, em junho de 2012, para perceber o quanto as perdas de urina a incomodavam aplicou-se o questionário *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)* (anexo 2) referente às últimas 4 semanas, como recomenda a Associação Portuguesa de Urologia. Assim, obteve-se uma pontuação de 17, sabendo-se que esta varia entre 0 e 21, o que revelou a gravidade da sua incontinência.

Neste contexto, foi informada que a FTUG, deve ser uma opção a ponderar na IU, tendo sido resumidamente explicado a importância da reeducação dos músculos do pavimento pélvico (MPP) para promover a continência. Nos dias seguintes a paciente passou a fazer muitas perguntas acerca desse meio terapêutico, referindo que *“perguntei a uma vizinha que até anda muito pelos hospitais, e ela diz que nunca ouviu falar destes tratamentos à bexiga (...) até a minha filha que trabalha numa clínica, nunca falou disto”*.

A paciente foi incentivada pela FT a voltar a apresentar as suas queixas urinárias na próxima consulta médica, com vista ao encaminhamento diferenciado para uma consulta de especialidade, no HB. Assim, foi feito o pedido médico para a especialidade de Urologia, justificado por: *“Incontinência urinária mista, agravada continuamente desde há um ano e com queixas de perdas diárias”*.

Em julho de 2012, ocorreu a primeira consulta daquela especialidade, realizando depois os exames complementares de diagnóstico que lhe foram prescritos (análises ao sangue e à urina e ecografia pélvica).

Nas consultas de Ortopedia seguintes, verificou-se estar melhor, contudo permanecem as dificuldades na marcha.

Em dezembro de 2012, na consulta de Urologia estabeleceu-se como diagnóstico: *“Incontinência grave mista com forte predomínio de imperiosidade”*. A

paciente usava 3 fraldas/dia e referia episódios de disúria. Negava hematúria e apresentava perdas objetiváveis com a tosse. Foi prescrito: *Fosfomicina* e *Spasmoplex*. Nesta consulta foi efetuado o pedido de colaboração da especialidade de MFR: “*Doente de 77 anos com várias comorbilidades e que apresenta incontinência urinária mista; agradeço avaliação e eventual orientação para exercícios de reforço do pavimento pélvico.*”.

Em junho de 2013, teve nova consulta de Urologia em que se verificou: “*Doente mantém IU severa com predomínio de imperiosidade, também se constata as dificuldades de locomoção e caiu recentemente. Não tomou Spasmoplex por ter intolerância gastrointestinal.*” Sem evidência de infecção nas recentes análises à urina e sem alterações na Ecografia. Foi-lhe prescrito: Ditropan, 5 mg (2 vezes ao dia).

Nesse mesmo mês, na consulta da especialidade de MFR, apurou-se o diagnóstico de IU mista, com episódios frequentes de IU de urgência. Foram verificados: “*sinais de atrofia da mucosa vulvar, sem prolapsos, Stress teste positivo, Teste muscular perineal grau 1, Reflexo clitoriano positivo e sem alteração da sensibilidade*” e foi prescrito à paciente FTUG.

Em agosto de 2013 o urologista, verificou ligeira melhoria dos sintomas com “Ditropan” crónico, contudo ainda não havia começado a Fisioterapia. Nessa altura a paciente referia que já estava a tentar fazer diariamente: “*as contrações que a Dr.^a fisiatra falou (...) mas não é fácil, fico até cansada porque aperto tanto que até fico sem ar (...)*”.

Os tratamentos de FTUG, iniciaram-se em 11 de outubro de 2013, com uma frequência de 3 sessões semanais por conveniência organizacional (às 2^a, 4^a e 6^a feiras), com duração média de 50 minutos por sessão.

Na 8^a sessão a paciente referiu: “*Adoro vir fazer estes tratamentos, primeiro porque já estou a ficar melhor e porque ao falar com as senhoras que estão lá fora à espera para entrar (...) fico ainda com mais coragem.*”

No final do mês de novembro de 2013, teve nova consulta de MFR, verificando-se a franca melhoria dos sinais e sintomas referenciados pela paciente em termos urinários, após 17 sessões de fisioterapia: “*Sem urgência. Sem frequência (...)*”

Stress teste negativo, Teste muscular perineal grau 3.”. Foi decidida a alta clínica desta especialidade, sendo feito o adequado aconselhamento.

No final desta consulta a paciente procurou-nos na Fisioterapia dizendo: *“Que grande alegria a Sr.^a Dr.^a me deu, eu sabia que estava muito melhor (...) mas agora acredito que não vou andar mais de fralda (...) Aos anos que eu já devia ter feito isto! Eu e as outras (...) escusava bem de ter sofrido tanto”*.

A constante motivação e o empenho que foi revelando, a faixa etária a que pertencia e a total disponibilidade que demonstrou para colaborar em estudos, justificam a escolha deste caso clínico para a presente investigação. Esta escolha aconteceu na 4ª sessão de tratamento, altura em que foi solicitado à paciente que desse o seu consentimento por escrito para participar neste estudo, depois de ter sido informada e esclarecida acerca do projeto de investigação que se pretendia realizar (Apêndice 1).

Seguidamente pormenorizou-se em que consistiu a abordagem da FTUG nesta paciente.

A 1ª sessão recaiu essencialmente sobre a avaliação fisioterapêutica. A paciente deslocou-se ao tratamento acompanhada pelo marido, deambulando com uma canadiana, aparentando a boa disposição habitual, com discurso adequado mas falando rapidamente e de forma ansiosa, revelando fadiga e algumas dificuldades respiratórias, contudo repetia várias vezes: *“Que bom que vou começar estes tratamentos (...) No dia que fui à consulta falei com uma senhora que disse que já só usava um penso pequenino (...) estou com fé que me vai fazer bem.”*

A paciente pesava 81 Kg e estava muito motivada para este tratamento e referia como principal problema: *“Tenho que andar sempre a correr para a casa de banho (...) nem a dormir a sesta estou sossegada”* e verificou-se que a utente relatava frequentemente perdas de urina, que quantificava com *“golfadas grandes”*, desencadeadas por estímulos como levantar pesos ligeiros, movimentos rápidos, tosse e espirro, tendo-se apurando um Índice de perda de 3,5 (não tendo sido avaliados 3 itens).

Apresentava uma importante componente de urgência, ainda mais evidente em contacto com estímulos como o colocar a chave na porta ou ouvir água a correr.

Referia também que: *“a descer as escadas (...) quando o pé bate com força no degrau de baixo, sinto que vai saindo alguma coisa (...) e aquele esforço de levantar do cadeirão mesmo quando o meu marido me ajuda.”*

A paciente referia, confirmando-se com o Diário Miccional, que tinha que se deslocar à casa de banho no máximo de *“uma hora e meia em hora e meia (...) não pode ser mais, e às vezes nem esse tempo aguento!”*, mesmo sem fatores desencadeantes e, geralmente, a vontade surgia subitamente. Durante a noite referia que se levantava duas vezes para urinar. Tinha que recorrer ao uso diário de 3 fraldas (modelo cueca) de grande poder de absorção.

Verificou-se que as queixas de perda de urina iniciaram, segundo a paciente, aproximadamente em 2008, tendo vindo a sofrer grande agravamento nos últimos 2 anos. Esta referiu também: *“não consigo andar depressa e se relaxar um bocado é uma desgraça (...) não dá tempo de chegar à sanita, e não me seguro (...) ao começar a sair, parece que tem que sair tudo”*. Efetivamente as dificuldades de locomoção e de mudança de posição sentar/levantar que se foram intensificando nos últimos anos, impediam-na muitas vezes o acesso à sanita em tempo útil, perdendo sempre alguma urina enquanto se deslocava até à casa de banho, mesmo quando esta estava perto do local em que se encontrava.

Neste contexto, referia ainda: *“é num minuto (...) parece que nunca chego a estar seca”*, mas se depois de se aperceber da vontade de urinar demorar mais de 2 minutos até aceder à sanita, as perdas eram muito grandes, sendo muitas vezes um esvaziamento quase total da bexiga.

Apresentava hábitos alimentares que considera saudáveis, contudo esclarece: *“Não se esqueça que eu toda a vida fui cozinheira (...) ia petiscando sempre, mas não havia horas nem regras para nada! (...) o pior foi o calor do fogão nesta barriga.”* O excesso de peso atual dizia dever-se ao facto de ter muitas dificuldades para andar, ao fim de comer ir logo para o cadeirão e de gostar *“de mais do pão e do arrozinho”*. Ingeria cerca de 1 a 1,5 litros de água por dia, até porque, *“a boca seca-me muito, não sei se é da medicação (...) e tem mesmo que ser, tenho que beber...”*, afirmava a própria.

Do ponto de vista do sistema gastrointestinal apresentava uma frequência de dejeção de 1 vez diária, “*sem muito esforço*”.

Quanto à história ginecológica, a menstruação iniciou aos 11 anos, tendo tido um ciclo regular até aos 35 anos, altura em que: “*tive que tomar uma medicação para me secar o leite, quando estava a amamentar a minha filha mais nova (...) A partir dessa altura a menstruação nunca mais veio*”, estando na menopausa desde essa altura “*os médicos dizem-me que por isso é que eu tenho tido tantos problemas de ossos.*”

Quando questionada em relação a métodos de contraceção disse que nunca recorreu a nada para esse fim, “*Casei aos 24 e passado 3 meses já estava de bebé (...) ainda estava a amamentar, já tinha alcançado outro sem saber (...) é quando tem que ser é (...) as minhas duas primeiras filhas foram seguidas, a terceira gravidez só veio 7 anos depois (...) e a última gravidez foi aos 34 anos*”.

Relativamente à história obstétrica, relatou 6 gravidezes, 1 aborto na 4ª gravidez e 5 partos normais, sem dificuldades nem problemas obstétricos, tendo os 2 primeiros partos ocorrido em casa e os últimos no hospital, referindo ainda que: “*tinha anca parideira e boa dilatação e nunca fui rasgada nem levei um ponto (...)*”. O peso médio dos bebés era de aproximadamente 4 Kg.

Em relação à atividade sexual, a utente apresentava uma vida sexual ativa “*agora poucas vezes, mas quando se consegue vale sempre a pena*”, quantificando a sua satisfação em 6, numa escala de 0 a 10, não referindo sensação de desconforto durante o ato sexual, nunca tendo tido queixas de grandes perdas de urina associadas, mas desde que começou a sofrer de IU passou a “*ter medo e não estar tão bem*”.

Sabendo que tinha obtido 17 no questionário ICIQ-SF, realizado em 2012 voltou a ser aplicado este questionário em outubro de 2013, quando iniciou os tratamentos de FTUG e apurou-se o valor 14.

Na avaliação inicial, no exame objetivo, na avaliação postural observou-se que a utente mantém a posição de pé com uma base de sustentação alargada, apresentava uma postura cifótica com ombros anteriorizado, projeção anterior da cabeça, lordose cervical alta e hiperlordose lombar; o abdómen proeminente face ao elevado perímetro abdominal (1,31 metro), anteversão da pélvis sendo bem visível o edema

difuso de ambos os membros inferiores, edema consistente em ambos os joelhos, em particular no esquerdo.

Na abordagem da FTUG, teve que se efetuar um cuidado exame ginecológica em decúbito dorsal. Na observação do períneo este apresentava-se simétrico, sem corrimento, sem prolapsos nem sinais de episiotomia e com sinais de atrofia da mucosa vulvar e hipermobilidade do colo aquando do teste de provocação da tosse.

As sensibilidades nos dermatômos de L2-L3, S3, S4 e S5 não apresentavam alterações quando comparadas bilateralmente.

Foi verificada perda considerável de urina com provocação, no *Stress Test* no exame ginecológico em decúbito dorsal.

Na palpação vaginal verificou-se que não apresentava prolapsos, nem cicatrizes, contudo a hipotonia dos músculos perineais é bem evidente. Esta palpação era não dolorosa em todos os quadrantes, apresentando maior diminuição da tonicidade na palpação posterior.

Na primeira abordagem do exame, sendo pedido a contração seletiva dos MPP, a paciente não compreendia o que lhe estava a ser pedido e apresentava muita dificuldade na localização e na consciencialização da contração/relaxamento dos mesmos. Na nota introdutória da nossa intervenção, apresentando modelos anatómicos e o folheto informativo (Anexo 3) foi-lhe mostrada a localização anatómica destes músculos e referida a forma correta de fazer esta contração, contudo nas primeiras 5 sessões a paciente referia várias vezes: *“Isto não é nada fácil!”*

Em relação à força dos MPP estava graduada em 1+ na escala de Oxford modificada, verificando-se uma grande dificuldade da paciente em compreender a ação muscular pretendida, fazendo várias vezes contrações incorretas, com compensações ao nível de glúteos, adutores e abdominais e por vezes realizadas em esforço invertido. A perceção da contração específica (PCE) dos MPP, foi graduada como 3, numa escala de 0 a 10, sendo 10 o equivalente à melhor perceção da mesma. Todavia a paciente referia que desde que foi à consulta de MFR, estava mais atenta a todas estas sensações, mas referia: *“Não consigo fazer melhor!”*.

Na 2ª sessão da FTUG, a 14 de outubro, realizou-se o *Pad test* de curta duração cujo resultado foi perdas de 55 gramas (mesmo sem ter conseguido realizar o teste corretamente na parte da execução do saltitar), assim considerou-se uma IU grave (21 e 22). No final do teste esvaziou 130 ml. A paciente reforçou que as perdas ocorriam várias vezes ao longo do dia, desencadeadas pela “*pressa de chegar à casa de banho*” e em atividades como: “*pôr-me a pé, porque me custa muito*” e também a rir e tossir.

Na 3ª sessão de tratamento de FTUG, em 16/10/2010, após a sessão de esclarecimento e o ensino da contração dos MPP através de contactos manuais, para avaliar a confiança na contração dos MPP foi aplicada a Escala de autoeficácia de Broome para exercícios da musculatura pélvica, adaptada e validada para população portuguesa. Nessa avaliação, a utente apresentou uma pontuação global de 30, sabendo que na parte A, referente ao nível de confiança na capacidade de execução da atividade, obteve 36,4 e na parte B, referente ao nível de confiança na atividade, como medida preventiva da perda de urina, obteve 20, correspondendo a baixos níveis de confiança, uma vez que 0 (zero) significa que não se sente minimamente confiante e 100 significa que se sente muito confiante.

A reeducação perineal com contato manual intravaginal foi minimizando essa tendência e na 4ª sessão a contração foi avaliada como correta, ainda que com ligeiras compensações, a PCE dos MPP foi neste momento graduada em 5. Segundo o esquema PERFECT obteve-se 2+/4/4/3.

A paciente foi referindo inúmeras vezes que nunca lhe falaram que “*isto são músculos que se deviam apertar*”.

Relativamente à qualidade de vida, avaliada pela escala de Ditrovie (Anexo 4), esta apresentava-se comprometida devido à IU, pois a utente obteve 3,9 de pontuação global e nas dimensões: Atividade – 4,3; Imagem – 4; Repercussão emocional – 4,2; Sono – 3,7 e Bem-estar – 2,3.

Relativamente à entrevista terapêutica implementada nas sessões de tratamento da FTUG, teve uma dupla função, de avaliação e de modelação/tratamento. Assim, obtiveram-se algumas informações adicionais importantes, para a compreensão mais aprofundada da problemática inerente. As questões não foram todas colocadas no mesmo dia, visto que o tempo disponível da sessão e a organização do serviço não o

permitia. Contudo faz-se referência à 1ª entrevista, num intervalo temporal de 4 sessões.

Assim, as perguntas abertas desta entrevista foram: 1) - Qual o seu principal problema em termos urinários?; 2) - Quais as dificuldades que tem tido na sua vida devido à IU?; 3) - Quais as preocupações devido ao seu problema urinário?; 4) - De que forma a IU tem afetado a sua vida familiar?; 5) - De que forma a IU tem afetado a sua vida social?; 6) - A vivência da sua sexualidade tem relação com os problemas urinários?; 7) - Após a sessão de esclarecimento acerca do tipo de tratamento de fisioterapia que vai realizar: O que acha que deve mudar na forma de lidar com o problema da IU? 8) - O que a leva a pensar que a mudança é possível em termos do controle das perdas urinárias? 9) - Quais os prós e os contras do plano de fisioterapia para o tratamento da IU?

Apresentam-se os excertos mais relevantes das respostas obtidas 1ª entrevista em cada uma das questões.

Relativamente a: Qual o seu principal problema em termos urinários? A paciente referiu *“O meu principal problema é ter que andar sempre a correr para a casa de banho. (...) não ter muitas vezes tempo para chegar até à casa de banho. (...) Ando sempre com um nervoso em mim e até fico pior da falta de ar (...) Se me baixar, quando me rio ou se andar com tosse, é certo e sabido... é uma desgraça! Ando sempre com ardências e parece que ando cortada por baixo.”*

Na questão: Quais as dificuldades que tem tido na sua vida devido à IU? a resposta foi *“ (...) A tristeza que se apoderou de mim... vem muito daí. Bem sei que a vida vai mudando e os anos não perdoam, os ossos são fracos e também não me deixam andar, por isso é que já caí tantas vezes com as pressas de ir à casa de banho. Mas deixei-me de poder ir aos recados à rua, a vida de casa vai indo com muita dificuldade e tive que meter uma senhora para as limpezas... não sou eu que vou às compras (...) eu que era tão amiga de convívios e que me queria gozar de uns passeios, agora acabou tudo!! Já nem à missa vou. Até para ir às casas dos filhos, tenho que pensar bem, eles é que insistem (...) ”.*

Na 3ª pergunta: Quais as preocupações devido ao seu problema urinário? a paciente referiu *“A minha maior preocupação é tentar encobrir este problema...se as*

peessoas se apercebem vão ter nojo de nós. Por isso é que já há muito tempo que passei a andar sempre de calças pretas... Mas o meu medo maior é o receio das perdas aumentarem ainda mais e nem a fralda chegar (...) Tenho medo de ganhar algum mal ruim á conta de estar sempre com esta urina em contacto com o corpo...ainda por cima é uma urina forte e com cheiro, deve ser por causa da medicação toda que tomo (...)”.

Ao ser questionada: De que forma a IU tem afetado a sua vida familiar? respondeu *“As pessoas às vezes não nos entendem...da boca para fora parece que estas coisas são males menores, que não temos razão para andarmos mal e tristes. As minhas filhas passam a vida a dizer: quem dera a muita gente estar como a senhora, habituou-se a ser paparicada de mais (...) O meu marido é um santo e compreende bem os meus problemas, eu só de medicação... (...) ele ajuda-me muito de todas as maneiras, ele não tem mais que me faça! (...) as minhas filha por vezes pensam que sou eu que tenho mau feitio e não quero ir para a casa delas ao Domingo... ainda dizem que eu prejudico o pai e que ele me estraga de mimos. Até durante a refeição às vezes tenho que me levantar da mesa, mas custa-me muito a começar a andar e em casa delas é tudo ainda mais complicado.”*

Perguntando-lhe: De que forma a IU tem afetado a sua vida social? Referiu *“Deixei de gostar de sair de casa, (...) e eu que sempre fui tão faladeira (...) Cada vez saio menos, só mesmo se tiver que ser... tenho muito medo de passar vergonhas e ter que andar sempre com uma saca atrás para me mudar.”*

Relativamente a: A vivência da sua sexualidade tem relação com os problemas urinários? respondeu *“Este problema mexe muito connosco e nessa parte também... e não é pouco. Até a gente fica sem disposição para nada...Desde que me apareceu este problema, parece que tenho mais receio de ser tocada e fico mais nervosa, nem sei bem porquê...parece que nunca estou bem relaxada e por isso parece que tenho mais vontade de ir à casa de banho. Mas deitada nunca perdi (...) Mas para o que oiço por aí de mulheres da minha idade, não estou assim tão triste, eu ainda sou muito feliz com o meu homem (...) algumas dizem que deixaram-se disso na menopausa (...) Deus me livre, ia perder muita coisa boa. A vida é para viver, mas ainda mais o que vale a pena!”*

Quando questionada: Após a sessão de esclarecimento acerca do tipo de tratamento de fisioterapia que vai realizar: O que acha que deve mudar na forma de lidar com o problema da IU? Respondeu emocionada, *“Eu quero acreditar que isto ainda me pode ajudar... pelo que tenho ouvido de outras senhoras, ainda pode ser que hajam esperanças para mim! (...) Já percebi é que se estiver mais nervosa, ainda me vou descontrolar mais. Vou ter atenção o que como e ao que bebo. Havia mesmo de perder peso, não é? Mas a calma e pensar nisto tudo é importante (...) vamos ver!...”*

Na questão: O que a leva a pensar que a mudança é possível em termos do controle das perdas urinárias?, respondeu prontamente *“Se as outras conseguem, eu também tenho que conseguir! Já se sabe que a minha idade não ajuda, mas eu tenho um espírito muito jovem... e quero tanto que me vou esforçar por me lembrar destas coisas todas.”*

Ao ser questionada: Quais os prós e os contras do plano de fisioterapia para o tratamento da IU? retorquiu rapidamente: *“Isto se é para meu bem, só pode ser bom...é tudo a favor, até porque ainda bem que há quem nos dê ouvidos e se preocupe connosco, se não anda-se uma vida inteira a sofrer e calada (...) e as pessoas não nos compreendem. Do que aqui vejo, infelizmente isto não dá só a pessoas com mais idade...”. Quando a fisioterapeuta insiste em questionar acerca dos contras desta intervenção, apenas refere: *“depois de velha ter que andar nestes preparos! Com tudo à mostra... mas também agora, já está tudo visto, nem isso me importa... quero é ficar bem! (...) Vir tantas vezes ao hospital é uma despesa, mas até é bom, é da maneira que tenho mesmo que sair, até me apetece arranjar (...) assim falo com vocês, que são todas uma simpatia e com as pessoas que estão lá fora à espera. Até se passa melhor o dia.”**

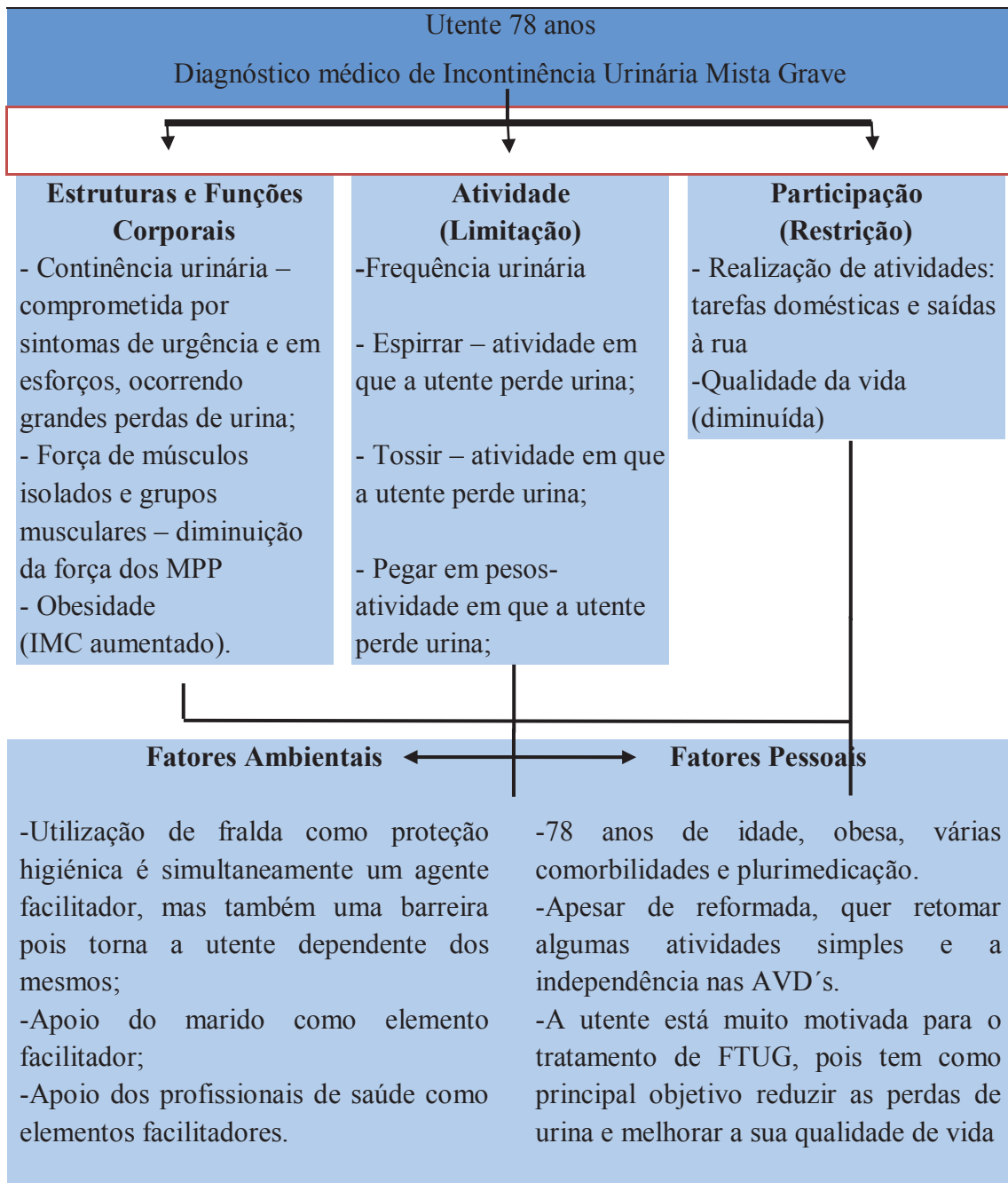
Durante esta entrevista terapêutica, a paciente fez uma reflexão acerca da problemática da IU e da interferência deste problema em várias dimensões da sua vida e o FT foi moderando e desmistificando os aspetos apontados, bem como, se criou uma interação que se revelou muito vantajosa em termos de empenho e responsabilização da paciente pelo próprio processo terapêutico.

A interação que se estabeleceu entre a FT e a paciente, numa ótica voluntária, emancipadora e terapêutica, tomaram por base os pilares da filosofia do

empowerment: a consciência cognitiva, a liberdade, a responsabilidade e a escolha.
(Alves, J. da S. 2012:134)

1.2 - Raciocínio clínico em fisioterapia

Os dados recolhidos foram interpretados como se apresenta no esquema abaixo representado.



O principal objetivo da utente era reduzir as perdas de urina e a frequência urinária, evitando tantas idas à casa de banho e mudas de fraldas. Assim, na avaliação da FTUG identificaram-se os principais problemas associados:

- Perdas de urina associadas a urgência urinária por incapacidade de aceder à sanita em tempo útil, por dificuldades funcionais e de locomoção;
 - Perdas de grande quantidade urina nas atividades tossir, espirrar, rir e pequenos esforços;
 - Diminuição de força da MPP;
 - Diminuição da PCE dos MPP;
 - Utilização permanente de proteção higiénica (modelo fralda);
 - Diminuição da qualidade de vida da utente;
 - Excesso de peso, comorbilidades e plurimedicação.

Com base nestes problemas, clarificou-se o diagnóstico para a FTUG: A utente tinha limitação nas suas AVD's e tarefas domésticas, devido a perdas urinárias por urgência e nas atividades: tossir, espirrar, pequenos esforços, associadas à diminuição da força dos MPP (1+ na escala de Oxford modificada) e da PCE dos MPP, estando dependente do uso de proteção higiénica.

Com os dados disponíveis, formulou-se o prognóstico em Fisioterapia: Com a intervenção da FTUG, espera-se no final das sessões de tratamento, que a utente reduza a frequência e a quantidade das perdas de urina, tanto nas situações de urgência urinária, como nas atividades (tossir, espirrar e pequenos esforços) através do aumento da força e da PCE dos MPP, assim como, evitar a utilizar proteção higiénica permanentemente.

O cumprimento deste prognóstico estava essencialmente dependente do empenho da utente no decorrer dos tratamentos, na realização dos exercícios para casa, bem como, cuidados comportamentais, alimentares e higiénicos.

Definiram-se assim os objetivos terapêuticos da intervenção da FTUG:

- Aumentar a força da MPP;
- Melhorar a PCE dos MPP;
- Controlar os sintomas de urgência urinária evitando perdas;

- Diminuir as perdas de urina ao tossir, espirrar e nos pequenos esforços;
- Reduzir a utilização de proteção higiénica;
- Melhorar a qualidade de vida da utente;
- Incentivar a utente para a alteração de fatores comportamentais, nomeadamente a perda de peso, prática regular de Atividade Física (AF) e retomar as saídas à rua.

A intervenção da FTUG teve por base a avaliação sistemática e o processo de resolução de problemas, assim foi-se procedendo a sucessivas reavaliações dos vários parâmetros que foram inicialmente considerados, para ir ajustando o processo terapêutico à situação clínica da paciente.

Assim, as técnicas de FTUG aplicadas consistiram em:

- Facilitação do relaxamento e reeducação postural associada ao controle respiratório;
- Ensino e consciencialização para a contração correta dos MPP através do contacto manual, do FT;
- Esclarecimento de dúvidas e educação para a saúde;
- TMPP baseado em contrações voluntárias repetidas de curta e longa duração, mediante as fibras musculares a trabalhar;
- Ensino da contração máxima dos MPP nas AVD's;
- Aplicação de electroestimulação (EE) e /ou biofeedback;
- Participação Classe de grupo para TMPP;
- Ensino e incentivo à continuidade do TMPP em casa;

estas técnicas serão apresentadas mais pormenorizadamente no capítulo 2.

A partir da 2ª semana de tratamento, a paciente já manifestava uma melhor compreensão da anatomofisiologia e do mecanismo da micção, tentando mesmo verbalizar esses conceitos com as outras pacientes. Esta diz que desde a sessão de esclarecimento se tem esforçado por aplicar os conceitos abordados e a contração dos MPP nas suas tarefas diárias.

Nas reavaliações por inspeção vaginal verificou-se que na 8ª sessão o PERFECT: 3/4/6/5 e uma PCE dos MPP de 7, conseguindo já uma ligeira elevação dos dedos do examinador, praticamente sem recurso a compensações.

Na 15ª sessão o PERFECT era 3/6/7/6 e uma PCE dos MPP de 8 e a pontuação global da escala Ditrovie era 2,9.

Na 18ª sessão voltou a ser aplicada a Escala de autoeficácia de Broome para exercícios da musculatura pélvica e a paciente obteve pontuação global de 73,9, obtendo 69,3 na parte A e 81,1 na parte B, revelando elevada autoeficácia.

Na sessão de 27 de novembro, penúltima sessão da série de 20 tratamentos, repetindo o *Pad test* (com as mesmas limitações referidas na 1ª avaliação) apuraram-se perdas de urina de 8 gramas, interpretadas como IU discreta e a paciente salienta que as perdas agora “*estão a acontecer raras vezes*”, sucedendo 2 a 3 vezes por semana. Nesta altura, obteve uma pontuação no ICIQ-SF de 6, revelando franca melhoria da sua qualidade de vida e do quadro clínico geral.

Na 20ª sessão, a contração dos MPP já era capaz de elevar a parede posterior da vagina contra uma resistência mínima e os valores foram 3+/7/8/7 e a PCE : 8. Nesta sessão o Index de perda foi 1,9 e a satisfação sexual 7. Nessa altura o paciente refere o uso de uma única cueca / fralda por dia.

Nesta altura, como foi decidida a alta clínica, a paciente não efetuou mais tratamentos de FTUG, contudo manteve o contacto com a FT no HB, pois estava motivada para continuar a participar no estudo que se estava a realizar.

Na tabela seguinte apresenta-se resumidamente as avaliações que foram sendo efetuadas por ordem cronológica, para facilitar o acompanhamento da evolução do paciente.

<i>Data / Sessão</i>	<i>Instrumento de avaliação</i>		<i>Resultado</i>	<i>Obseva-ções</i>
Junho 2012	ICIQ		17	
Outubro 2013/ 1ª sessão	ICIQ		14	
	Avaliação Postural			
	Entrevista terapêutica e sessão de esclarecimento			
	Índex de perda		3,5	
	Exame Ginecológico	Força(Oxford)	1+	

	inicial	PCE dos MPP	3	
2ª sessão	<i>Pad Test</i>		55g	IU grave
	Ditrovie		3,9	
3ª sessão	Escala de Broome	30	36,4	Parte A
			20	Parte B
	Entrevista terapêutica			
Diário Miccional				
4ª sessão	PERFECT		2+/4/4/3	
	PCE dos MPP		5/correta	
	Satisfação sexual		6	
8ª sessão	PERFECT		3/4/6/5	
	PCE dos MPP		7	
15ª sessão	PERFECT		3/6/7/6	
	PCE dos MPP		8	
	Ditrovie		2,9	
18ª sessão	Escala de Broome	73,9	69,3	Parte A
			81,1	Parte B
Entrevista terapêutica				
19ª sessão	<i>Pad Test</i>		8 g	IU discreta
	ICIQ-SF		6	
	Diário Miccional			
20ª sessão	PERFECT		3+/7/8/7	
	Satisfação sexual		7	
	Índex de perda		1,9	
Fevereiro 2014	Ditrovie		2,4	

Junho 2014	Escala de Broome	69,6	65	Parte A
			76,7	Parte B
	ICIQ-SF	4		
	Ditrovie	2,3		
	Satisfação sexual	6		
	Entrevista terapêutica			
	Índice de perda	2		

Tabela 1 - Apresentação das avaliações que foram efetuadas por ordem cronológica, para facilitar o acompanhamento da evolução do paciente.

Relativamente ao questionário ICIQ-SF, em 2012 tinha obtido uma pontuação de 17, em outubro de 2013, quando iniciou os tratamentos de FTUG, apurou-se 14, no final de dezembro desse ano, tendo terminado a série de 20 tratamentos de FTUG em 29/11/2013, obteve 6 e nesta avaliação em junho de 2014, obteve 4 de pontuação.

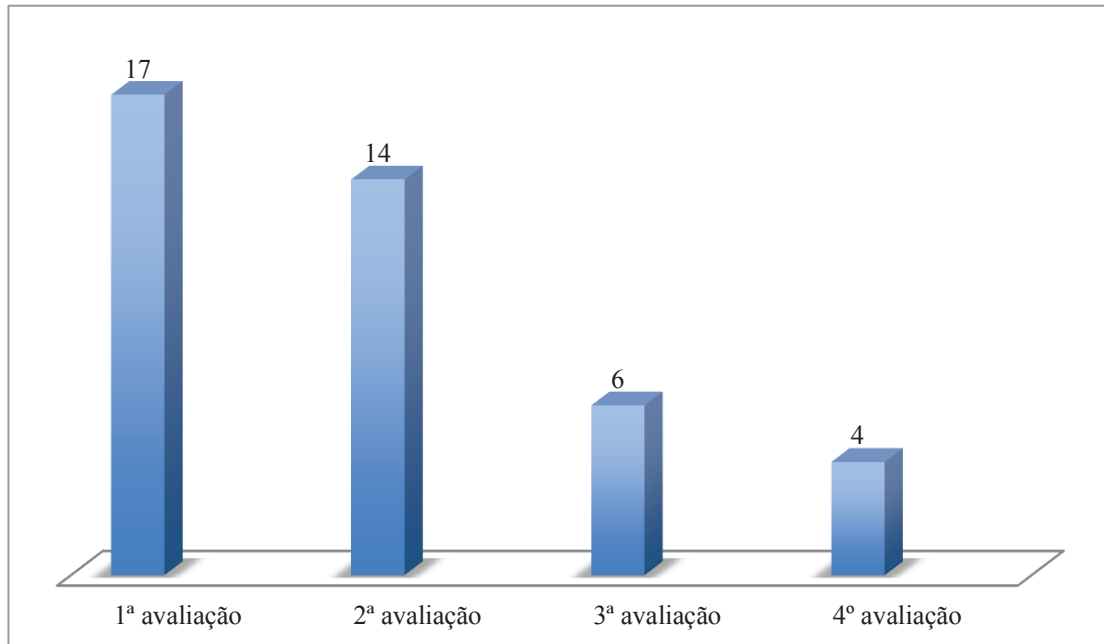


Gráfico 1 - Resultados do questionário *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF), nas 4 avaliações efetuadas (junho de 2012; outubro de 2013; novembro de 2013 e junho de 2014, respetivamente)

Em fevereiro de 2014, a paciente esteve no HB numa consulta e veio ao serviço de Fisioterapia, para um rápido preenchimento da 3ª escala de Ditrovie (2,4 de

pontuação global) e algumas breves questões, bem como, para lhe entregar um filme: Programa de Exercícios do Períneo fornecido pela empresa *Tena*, como reforço positivo pelo seu empenho. Assim, referiu estar muito feliz com os resultados obtidos, pois as perdas praticamente acabaram, *“já aguento mais de 2 horas sem ir à casa de banho, ou até mais (...) quando estou a sofrer para ir à sanita, começo a apertar e quando sai só são umas pingas, coisa pouca (...) mas se me der a tosse aí já perco mais um bocado”*. Quando questionada para a frequência das perdas afirma que ocorreram *“apenas uma a duas vezes por semana”*.

Aferiu-se assim, através da pontuação global da escala Ditrovie que a utente pontuava 3,9 na 1ª avaliação (quando iniciou os tratamentos de FTUG), 2,9 na 2ª avaliação (15ª sessão) e 2,4 e 2,3, nas 3ª e 4ª avaliações respetivamente (após 2 e 6 meses de ter terminado os tratamentos), numa escala de 0 a 5, sabendo que 5 corresponde ao pior estado de saúde, visto que o sistema de pontuação é apresentado numa escala de orientação negativa.

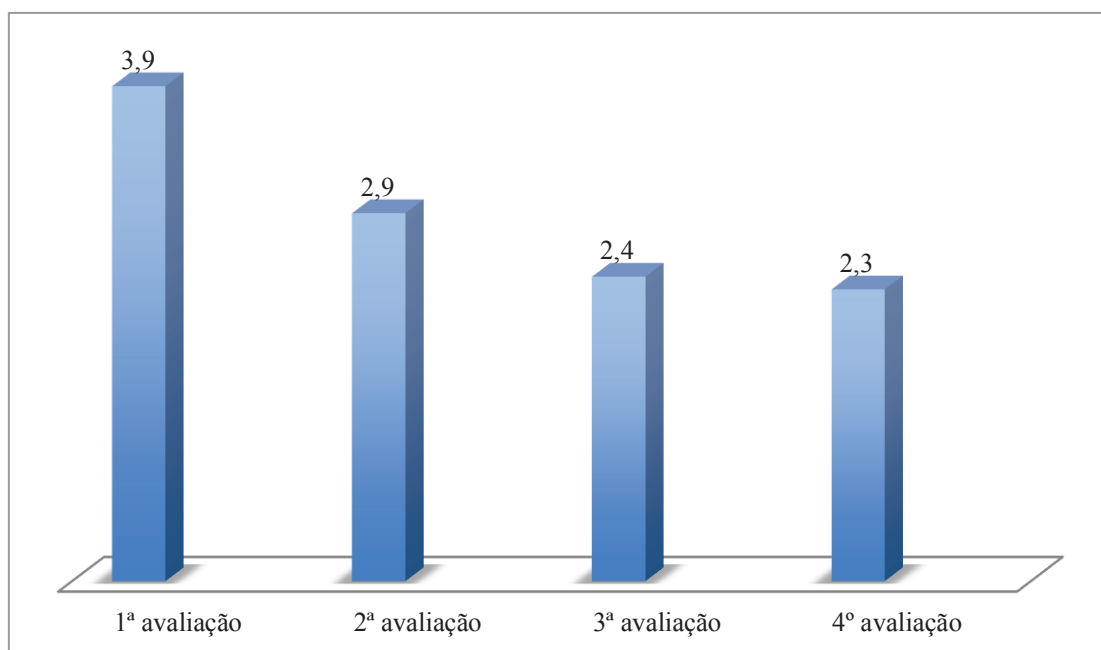


Gráfico 2 - Pontuação global da escala Ditrovie (24 itens), nas 4 avaliações efetuadas (outubro de 2013; novembro de 2013, fevereiro de 2014 e junho de 2014, respetivamente).

Relativamente às pontuações de cada dimensão da escala de Ditrovie (atividades da vida diária, repercussão emocional, auto imagem, sono e bem estar), relacionadas com as últimas quatro semanas, constatou-se uma considerável redução dos valores nos diferentes momentos de avaliações, mas particularmente na

Atividade, Imagem e Repercussão emocional, tal como se apresenta nas tabelas seguintes.

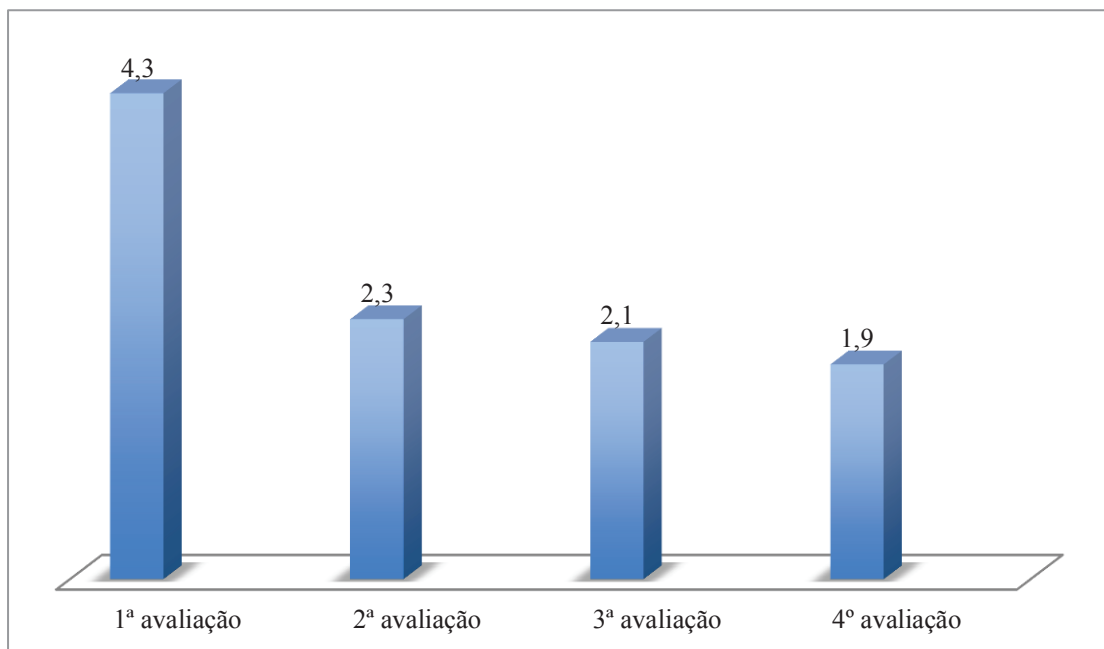


Gráfico 3 - Pontuação da dimensão Atividade da escala Ditrovie (24 itens), nas 4 avaliações efetuadas (outubro de 2013; novembro de 2013, fevereiro de 2014 e junho de 2014, respetivamente).

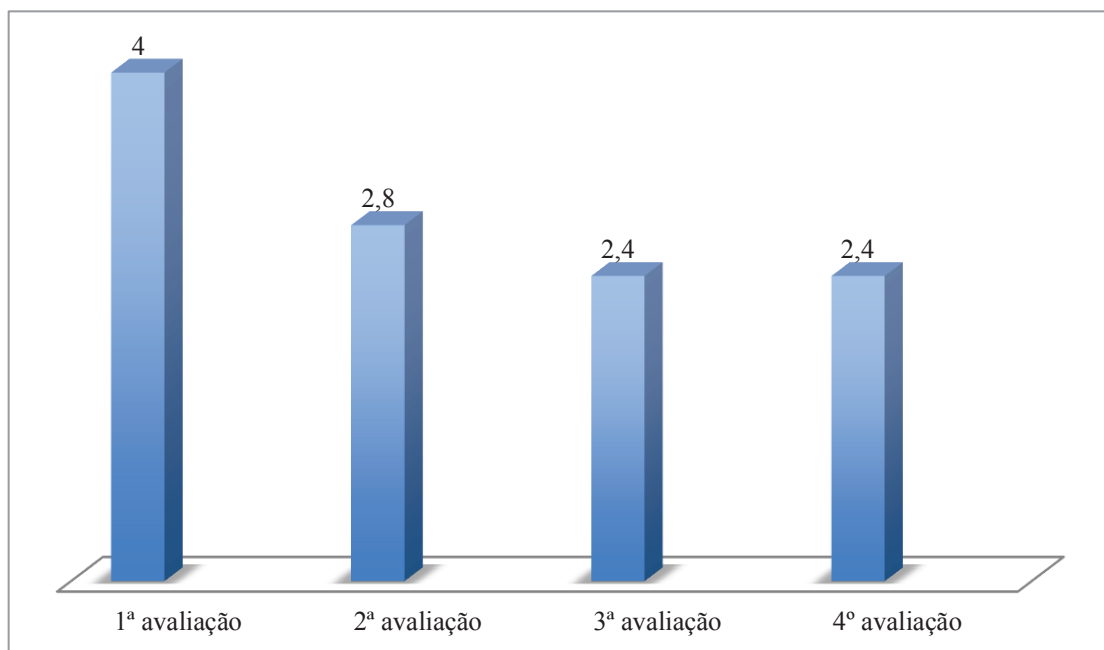


Gráfico 4 - Pontuação da dimensão Imagem da escala Ditrovie (24 itens), nas 4 avaliações efetuadas (outubro de 2013; novembro de 2013, fevereiro de 2014 e junho de 2014, respetivamente).

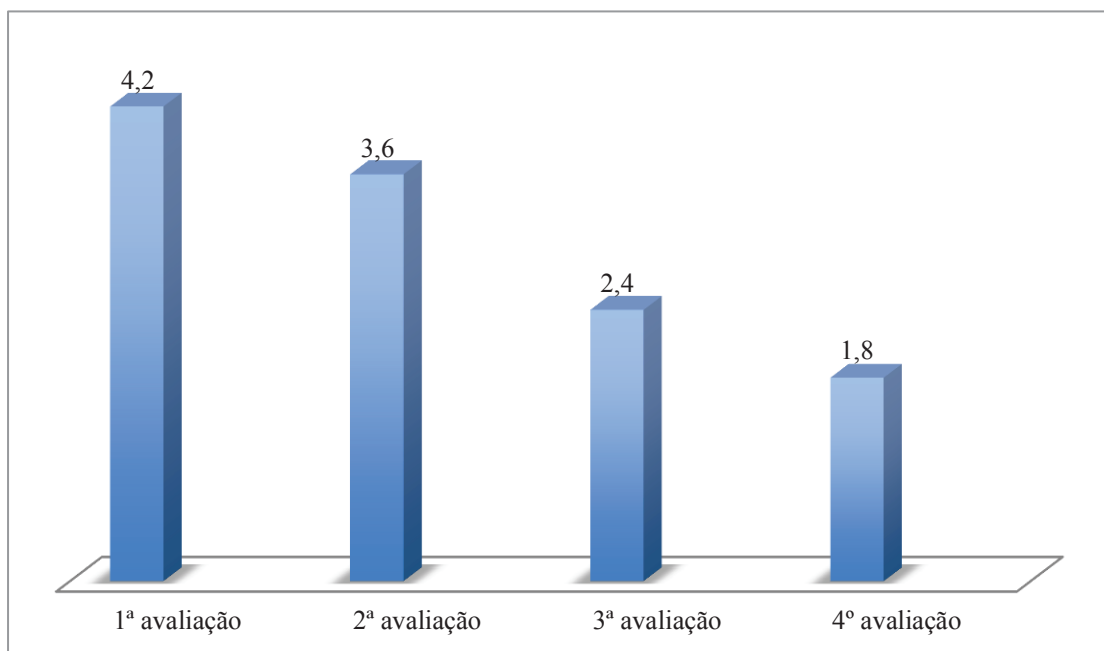


Gráfico 5 - Pontuação da dimensão Repercussão Emocional da escala de Ditrovie (24 itens), nas 4 avaliações efetuadas (outubro de 2013; novembro de 2013, fevereiro de 2014 e junho de 2014, respetivamente).

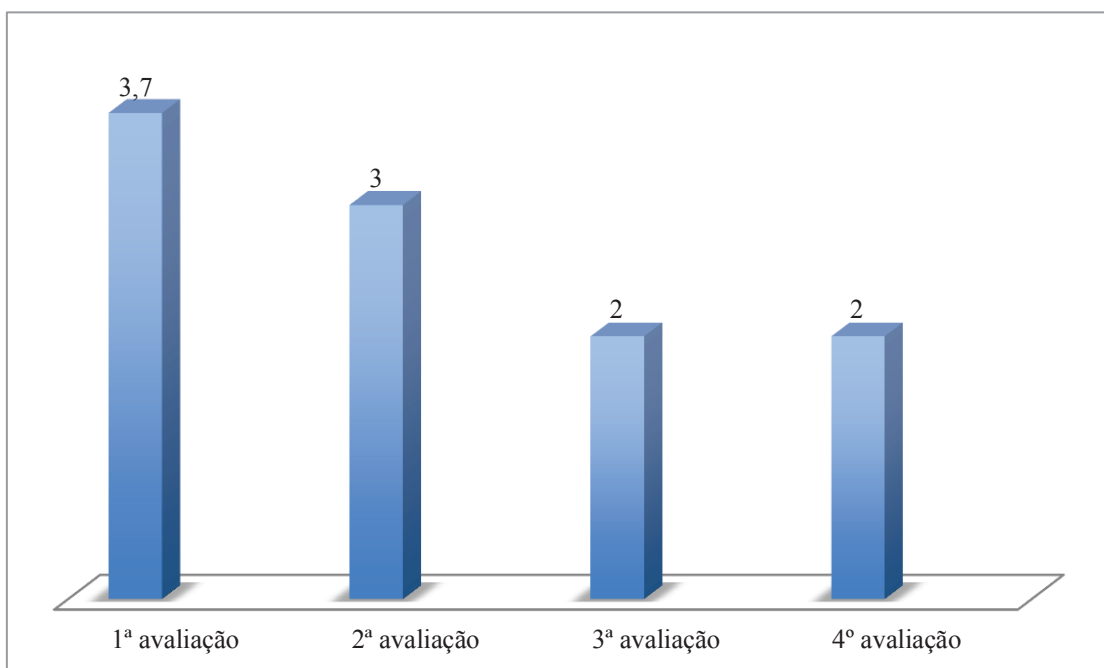


Gráfico 6 - Pontuação da dimensão Sono da escala Ditrovie (24 itens), nas 4 avaliações efetuadas (outubro de 2013; novembro de 2013, fevereiro de 2014 e junho de 2014, respetivamente).

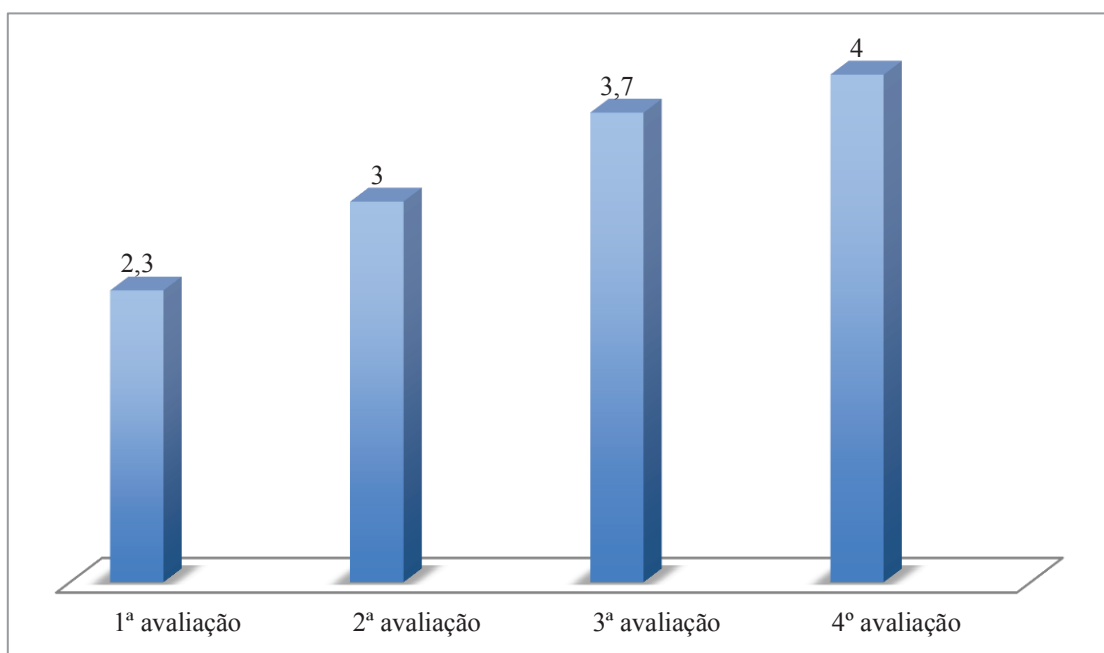


Gráfico 7 - Pontuação da dimensão Bem-estar da escala Ditrovie (24 itens), nas 4 avaliações efetuadas (outubro de 2013; novembro de 2013, fevereiro de 2014 e junho de 2014, respetivamente).

A entrevista motivacional voltou a realizar-se nas últimas 4 sessões da FTUG e a 3ª entrevista aconteceu em junho de 2014 (6 meses após ter terminado o tratamento de FTUG), apresentando-se na tabela seguinte os dados recolhidos.

Pergunta Entrevista terapêutica	<u>2ª Entrevista</u> (últimas 4 sessões da FTUG)	<u>3ª Entrevista</u> (junho 2014, após 6 meses da FTUG)
Qual o seu principal problema em termos urinários?	<i>“O meu problema agora não me mete tanto medo, mas a minha revolta é o tempo em que andei a sofrer. (...) Agora já consigo ir com mais calma à casa de banho. Se tossir e se estiver com vontade de urinar, não sei se me seguro... mas já não me molho, eu sei lá... menos de um terço em relação ao que era! Não há comparação.”</i>	<i>”Nesta altura o principal problema não é perder urina, porque agora já me seguro bem... só me incomoda uma comichão e umas ardidias que sinto... Não sei se é deste calor que veio de repente ou se é da minha cabeça ter andado sempre a pensar nestas partes, que agora ainda não se desligou (...)”</i>

<p>Quais as dificuldades que tem tido na sua vida devido à IU?</p>	<p><i>“As dificuldades foram tantas que agora a vida ficou mesmo doutra maneira... mas estou a acreditar que agora que estou melhor da incontinência, pelo menos posso ir com o meu marido até à rua ou então dar uma voltinha no hipermercado.(...) já não estou sempre a pensar na mesma coisa!”</i></p>	<p><i>“Agora as minhas dificuldades não são por causa da incontinência. As pernas pesadas e os joelhos e este cansaço e falta de ar, é que me atrapalham. (...) quero muito ir para a piscina, mas para a que quero ir não posso sem ter um papel do médico a dizer que estou mesmo sarada deste problema, porque da primeira vez que fui levava a cueca fralda vestida e foram fazer queixa de mim... eu só ando com aquilo para me sentir mais segura(...)”</i></p>
<p>Quais as preocupações devido ao seu problema urinário?</p>	<p><i>“A minha preocupação agora é mais ter medo de repente ter um azar sem dar conta... Tenho momentos que até parece que me esqueço deste problema (...) agora sinto-me melhor, às vezes vou à casa da banho ver a fralda e até nem quero acreditar...às vezes está mesmo sequinha, sequinha! Aos anos que eu não tinha este gosto de me sentir segura, de estar normal... mas se tiro a fralda fico muito nervosa e até parece que desaprendo tudo! Já nem aperto bem, parece que me dá logo vontade de ir à casa de banho...até me falta o ar!”</i></p>	<p><i>“(...) a minha preocupação é não voltar ao mesmo e por isso lembro-me muitas vezes de apertar como as meninas me ensinaram, se não posso perder tudo outra vez, Deus me livre! (...) A gente tem que trabalhar, isto é para nós!”</i></p>
<p>De que forma a IU tem afetado a sua vida familiar?</p>	<p><i>“Agora a incontinência não é a causa da vida familiar melhor ou pior, a verdade é que os filhos têm a vida deles e não se podem ocupar de nós, mas a mim mudou-me muito... claro, juntando os pauzinhos todos, eu tenho muitos problemas! ... e agora já não sou como era, nem nunca mais vou ser (...). O que vale é que o meu marido graças a Deus está bem bom e vai dando as nossas voltinhas.”</i></p>	<p><i>“Esse problema agora já não afeta nada a vida em família, dantes o meu medo era precisar das filhas, já se sabe que toda a gente tem nojo destas coisas (...)agora a vida é o que é... é o que pode ser!”</i></p>

<p>De que forma a IU tem afetado a sua vida social?</p>	<p><i>“Agora não ando tanto com estes medos, porque apertando como me ensinaram aqui na fisioterapia, consigo controlar até chegar à casa de banho mas mesmo assim... habituei-me a estar em casa e o tempo também não ajuda.”</i></p>	<p><i>“Como o tempo vai bom e os dias já são grandes, já tenho saído um bocadinho com o meu marido...agora o me incomoda é as pernas e os joelhos que estão muito inchados, já não é o problema da incontinência!”</i></p>
<p>A vivência da sua sexualidade tem relação com os problemas urinários?</p>	<p><i>“Agora não são os problemas urinários que me atrapalham... mas quando as perdas se agravaram, foi mudando muita coisa (...) mas as mudanças não são só por isso, a gente não se mexe como quer, há dores, falta de jeito... nem sei bem o quê.”</i></p>	<p><i>“Os problemas urinários mexem com tudo, e eu que o diga que sofri muito e caladinha! (...) mas graças a Deus não são a causa de uma vida sexual melhor ou pior neste momento. Nós é que não funcionamos como dantes...”</i></p>
<p>O que acha que deve mudar na forma de lidar com o problema da IU?</p>	<p><i>“Vou ter que me estar sempre a lembrar desta contração para evitar perder urina,(...) ainda tenho medo! eu estando calma vou conseguir apertar bem...Aliás tenho conseguido mais ou menos!...”</i></p>	<p><i>“Os exercícios para a bexiga haviam de ter sido toda a vida, os nossos médicos deviam dizer estas coisas... agora estou muito bem! (...) O que não tenho conseguido, é fechar a boca. Já voltei a engordar e tenho medo de me complicar outra vez. Agora quando tenho vontade, consigo conter-me e controlar eu as coisas. (...) Não vou estar sempre a justificar onde vou. (...) Vou tentar tomar a medicação bem certinho e havia de emagrecer...”</i></p>
<p>O que a leva a pensar que a mudança é possível em termos do controle das perdas urinárias?</p>	<p><i>“Comigo isto está a funcionar.(...)Vou ver se tenho mais calma...não me posso inervar tanto com isto, se não é muito pior... a verdade é que eu ando diferente e estou a ficar um bom bocado melhor!”</i></p>	<p><i>“Agora acredito mesmo que isto tem solução... e se eu tivesse vindo mais cedo, nunca chegaria aquela situação. Mas graças a Deus agora estou muito melhor, tenho rezado muito para não voltar para trás, ando tão feliz que nem calcula.(...) é só triste que haja tanta gente a sofrer e não saibam destas coisas.”</i></p>
<p>Quais os prós e os contras do plano FT na IU?</p>	<p><i>“Tudo está a nosso favor, porque isto é para o nosso bem!”</i></p>	<p><i>“ (...) o contra é vir tarde, pois já sofri muito por causa deste problema.”</i></p>

Tabela 2 – Registos da 2ª e 3ª Entrevistas Terapêuticas.

Na Escala de autoeficácia de Broome para exercícios da musculatura pélvica, em junho de 2014, obteve 69,6 de pontuação global, 65 na parte A e 76,7 na parte B. Assim, apurou-se uma elevada autoeficácia para o TMPP, na avaliação efetuada na 18ª sessão e nesta última (6 meses após ter terminado a FTUG), comparativamente à 1ª avaliação.

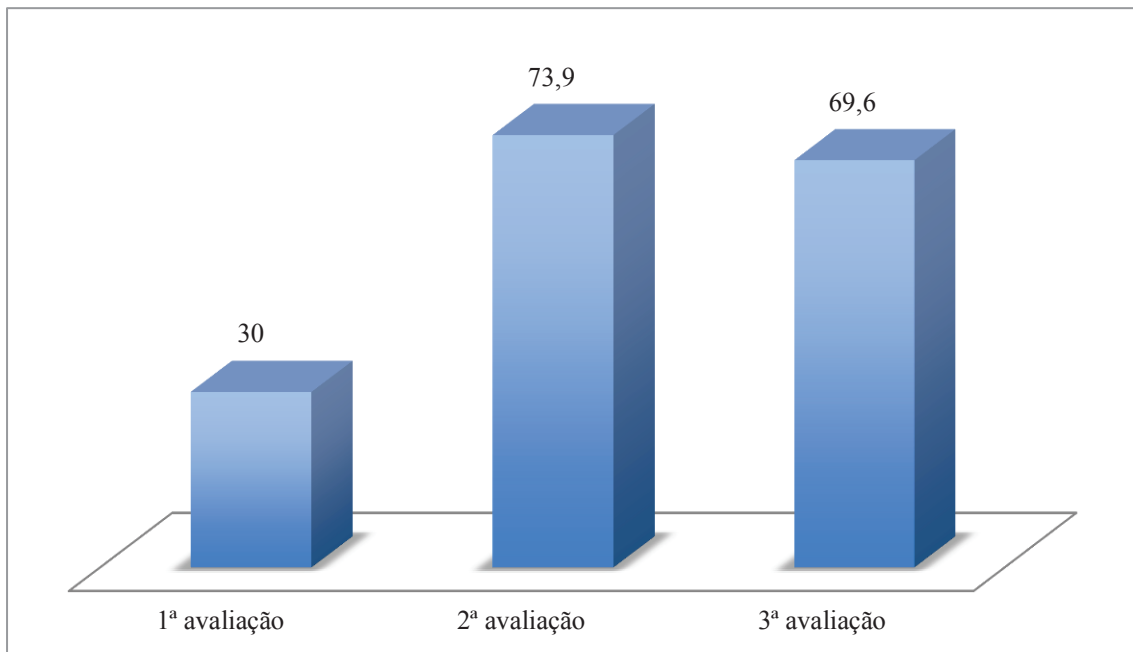


Gráfico 8 - Pontuação global da Escala de autoeficácia de Broome para exercícios da musculatura pélvica, nas 3 avaliações efetuadas (outubro de 2013; final de novembro de 2013 e junho de 2014, respetivamente).

O aumento das pontuações no sentido de se sentir muito confiante, na Escala de autoeficácia de Broome para exercícios da musculatura pélvica, nas duas últimas avaliações, foram particularmente significativos na parte B (ao nível de confiança na atividade, como medida preventiva da perda de urina).

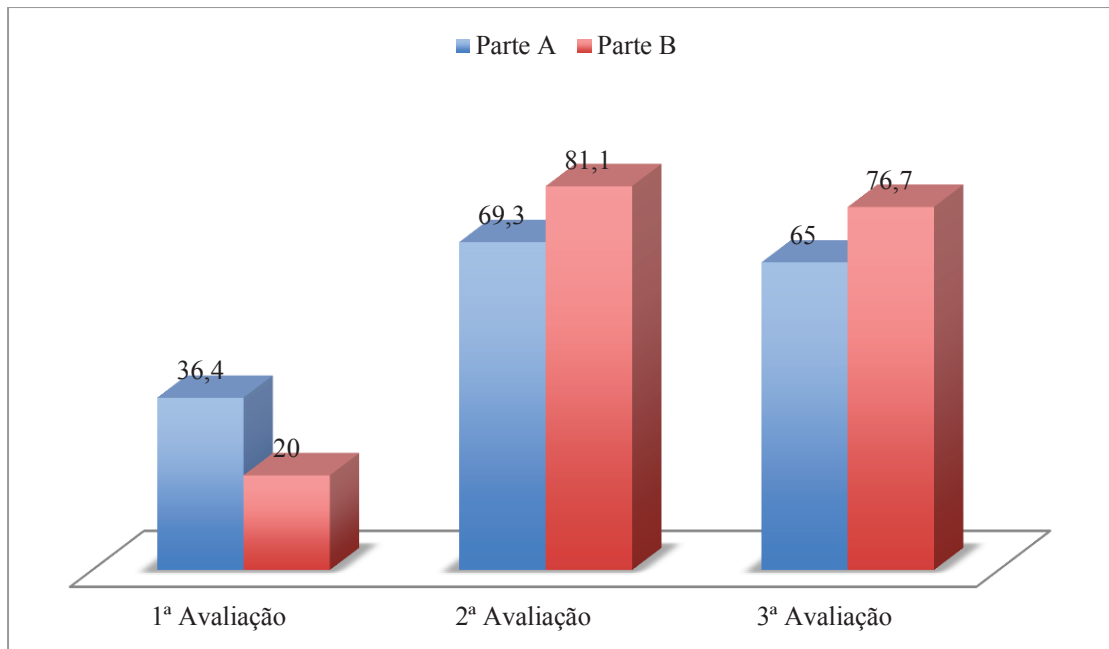


Gráfico 9 - Pontuação da parte A e parte B da Escala de autoeficácia de Broome para exercícios da musculatura pélvica, nas 3 avaliações efetuadas (outubro de 2013; final de novembro de 2013 e junho de 2014, respetivamente).

Nesta última avaliação em junho de 2014, além dos resultados já referidos nas escalas: ICIQ-SF; Ditrovie e Broome e na entrevista terapêutica apurou-se também que o Índice de perda era 2 e a satisfação sexual era 6.

CAPÍTULO 2:

ABORDAGEM DA FISIOTERAPIA EM UROGINECOLOGIA

2.1 - Avaliação da Fisioterapia na Incontinência Urinária

A descrição do estudo de caso apresentado revelou a avaliação e intervenção da FTUG que foi implementada e que passaremos agora à sua compreensão aprofundada, com base na bibliografia consultada.

A avaliação é o primeiro passo da intervenção em Fisioterapia. A *World Confederation for Physical Therapy* (WCPT) defende que esta avaliação deve incluir o exame do indivíduo com dano atual ou potencial, limitações funcionais, incapacidades, ou outras condições de saúde por anamnese, triagem, uso de testes e medições específicas, bem como, a avaliação dos resultados do exame através da análise e síntese do processo de raciocínio clínico (Bø, K., Bergmans, B., Morkved, S., & Van Kampen, M. 2007; Rodrigues, A. M. M. 2013).

O protocolo de avaliação seguido nesta pesquisa consistiu em:

- Entrevista Terapêutica;
- Ficha de avaliação fisioterapêutica,
- Escalas de avaliação

2.1.1 – Entrevista terapêutica

A Entrevista terapêutica adotada nesta investigação foi sendo oportunamente introduzida nas sessões de tratamento individual, tendo por base o conceito de entrevista motivacional.

Sabendo que a IU gera fragilidades e resistências na mulher sénior, devido à dimensão íntima que a reveste e ao peso cultural nesta faixa etária, é fundamental que na abordagem de FTUG se estabeleça uma relação terapêutica salutogénica, daí a grande importância da parte subjetiva da nossa avaliação/intervenção.

Nesta pesquisa, a avaliação subjetiva e a entrevista terapêutica foram sendo complementadas de forma informal na maioria das sessões de tratamento individual,

pois nas 3 sessões semanais com 50 minutos de duração, além da nossa intervenção prática e instrumental de colocação dos equipamentos de electroestimulação/biofeedback e dos contatos manuais, estabelece-se permanente diálogo com a paciente.

Os princípios básicos da entrevista motivacional (EM), segundo Saganha, (2011) são: “*No decorrer de uma EM, o clínico coloca cuidadosamente questões e estabelece um diálogo isento, resistindo a fornecer informação na sua qualidade de perito. Constrói assim as bases para uma atmosfera de apoio às dificuldades do processo, na qual o doente se possa sentir à vontade para explorar a sua realidade e conflitos. Por outro lado, manter o diálogo num tom positivo, motivador e não argumentativo, contribui para a crença de que a mudança é um desejo não do clínico mas do doente, reforçando o seu controlo sobre as mudanças a operar e evitando uma postura clínica autoritária. Através da partilha de informação e escuta activa, o clínico clarifica os objetivos do doente (onde quer chegar) e o seu estado actual (onde se encontra)*”.

Com base nos estudos de Flores e Sosa (2013) e de Saganha (2011), nesta pesquisa a entrevista terapêutica incluiu:

- *Perguntas abertas* pois facilitam o diálogo e permitem obter mais informações
Ex: “De que forma a IU tem afetado a sua vida?”
“A vivência da sua sexualidade tem relação com os problemas urinários?”
- *Escuta reflexiva* para conseguirmos deduzir o que a paciente realmente quer dizer.
- *Provocação de frases auto motivadoras* para facilitar expressar de afirmações de mudança e otimismo, após o reconhecimento do problema e das dificuldades inerentes.
 - Reconhecimento do problema
Ex: “Qual o seu principal problema em termos urinários? Ou “Quais as dificuldades que tem tido na sua vida devido à IU?”
 - Preocupações
Ex: “Quais as preocupações devido ao seu problema urinário?”
 - Intenção de mudança

Ex: “O que acha que deve mudar na forma de lidar com o problema da IU?”

- Otimismo

Ex: “O que a leva a pensar tal mudança é possível?”

- *Balanço* para avaliar os identificar os custos e benefícios da tentativa de mudança.

Ex: “Quais os prós e os contras do plano de fisioterapia que lhe estamos a apresentar?”

Para Flores e Sosa (2013) estas EM associaram-se a intervenções cognitivo-comportamentais em grupo, contudo nesta pesquisa, tanto nas sessões individuais como nas de grupo, foi-se inserindo:

- Psicoeducação: dar informação acerca dos sintomas, complicações, fatores de risco, comportamentos inadequados, sobre o tratamento proposto na FTUG, etc.
- Modelação/ adaptação: adquirindo de novas condutas: cuidados higiénicos, alimentares, integração do relaxamento para controlo da urgência urinária e da contração dos MPP previamente aos esforços; bem como, o compromisso de realização dos exercícios em casa, responsabilização da utente pelo seu processo de reabilitação e pela adesão ao tratamento.
- Autocontrolo: estar alerta para as sensações perineais de uma forma consciente e para a PCE dos MPP, para que no futuro reaja eficazmente e de forma mais automática, aos fatores desencadeantes de perda de urina.
- Reestruturação cognitiva: identificando pensamentos disfuncionais relacionados com o sofrimento provocado pela IU e ajudando-a a encontrar perspetivas adaptativa mais positivas.

A intervenção do FT deve ser de aproximação cuidadosa e ter por base a empatia, aceitando e legitimando os sentimentos da utente, procurando ouvi-la e entendê-la. Este teve que a encorajar para as mudanças necessárias e para a adesão ao tratamento, fornecendo-lhe informações relevantes e promovendo a sua autoeficácia com objetivos realistas.

Por vezes temos que lidar com recaídas e/ou com estagnação da evolução clínica da utente, o papel do FT nesses casos foi dar apoio e encorajar esforços e

reajustando os objetivos.

O FT aconselhou o doente de forma personalizada, com base nas suas características individuais e contextuais. A informação deve ser fornecida de forma doseada e acessível, verificando a compreensão da utente.

2.1.2 - Ficha de avaliação fisioterapêutica

A ficha de avaliação fisioterapêutica (apêndice 2) foi concebida seguindo as recomendações das *guidelines* (NCCWCH, 2006).

2.1.2.1 – Exame Subjetivo

Nesta primeira parte é onde se recolheu a informação acerca da utente (residência, estado civil, idade...) relativa à história e dados clínicos (Diagnóstico médico, 1ª consulta MFR, início da FTUG, bem como, as perguntas objetivas:“-Há quanto tempo sofre de IU?; -Há quanto tempo procurou ajuda médica devido à IU”; - Quais os tratamentos que já fez devido à IU?”...). Nesta parte incluiu-se também algumas das questões da entrevista terapêutica para perceber a principal queixa/objetivo da utente e dados importantes relacionados com: fatores de risco (idade, profissão, hobbies, peso, altura, índice de massa corporal,...), antecedentes pessoais, frequência das perdas, uso de penso e número de mudas, avaliação das perdas em diferentes atividades físicas, através do Índice de perda (Carmo, H.; Pereira, C. e Robalo, L. 2006), outros estímulos desencadeantes da perda de urina, quantidade da perda, caracterização da micção, bebidas ingeridas funcionamento do sistema gastrointestinal, história ginecológica e obstétrica, satisfação sexual e presença de dor lombar, pélvica e/ou na relação sexual, quantificadas por uma escala visual análoga, graduada de 0 a 10.

O Exame Subjetivo permitiu-nos desde logo, iniciar a formulação de algumas hipóteses.

2.1.2.2 – Exame Objetivo

A segunda parte da ficha referente ao Exame Objetivo, incluiu a parte do exame físico e testes específicos, para obter dados que clarificam o diagnóstico e prognóstico, objetivos e plano de tratamento.

2.1.2.3 – Avaliação postural

A avaliação postural foi essencial, uma vez que a continência depende da harmonia cinético-funcional das estruturas musculares, ligamentares e fasciais que envolvem o contorno pélvico (Chiarapa, T., Cacho, D., & Alves, A. 2007 cit. In Rodrigues, A. 2013).

Muitas das disfunções do pavimento pélvico podem ter origem em alterações músculo-esqueléticas que promovem desequilíbrios e desalinhamentos das articulações sacro-ilíacas, da sínfise púbica e sacrococcígea (Walker, C. 2006).

O relaxamento abdominal poderá resultar numa pressão mais anterior, dirigindo as forças intra-abdominais para a fenda vulvar, e não para a região posterior anococcígea (Chiarapa, T., Cacho, D., & Alves, A. 2007).

2.1.2.4 – Observação perineal e exame vaginal

A avaliação da utente fez-se em decúbito dorsal, membros inferiores em abdução, com flexão dos joelhos e pés apoiados na marquês, devendo ser realizada em local apropriado, garantindo a sua privacidade e conforto (Schröder *et al.*, 2009).

Esta inspeção incidiu sobre a vulva, o aspeto da pele, a coloração, as alterações do trofismo, a presença de corrimento, se o meato uretral se encontrava encerrado, presença de prolapsos, fistulas, cicatrizes, etc.

A palpação vaginal fez-se por toque bidigital e permite inspecionar a superfície do PP, vagina e uretra. Permitiu avaliar se existem alterações na posição da bexiga, útero e ampola rectal, assim como a dor e alterações na sensibilidade (Berghmans *et al.*, 2003).

A observação e palpação permitiu-nos avaliar também a capacidade e a qualidade da contração e relaxamento dos MPP, que na ficha de avaliação

fisioterapêutica se designou como Percepção da Contração Específica (PCE), numa escala de 0 a 10 (correspondendo o valor 10 à melhor percepção) e definindo-a também em: Correta/ Incorreta/ Esforço invertido/ Inconclusiva. Podendo avaliar a duração e número de contrações repetidas dos MPP, a simetria, a coordenação, a presença de cicatrizes e aderências, e ainda a contração reflexa durante a tosse (Henscher, U. 2007).

Em relação à sexualidade da mulher, sabe-se que será tanto mais satisfatória se os MPP tiverem tônus normal e força, pois permitem uma maior qualidade de sensações vaginais. (Chiarapa, T., Cacho, D., & Alves, A. 2007). Neste momento introduz-se a questão da entrevista terapêutica: “A vivência da sua sexualidade tem relação com os problemas urinários?”

Neste exame quantifica-se a força muscular através da Escala de Oxford modificada com itens entre 0 (sem contração) e 5 (contração muscular forte contra resistência vigorosa e com elevação), que é amplamente usada na prática clínica e na investigação. (Price, N., Dawood, R., & Jackson, S. R. 2010)

Fez-se também a avaliação pelo esquema PERFECT (*Power/ Endurance/ Repetitions/ Fast - Every, Contractions, Timed*) para obter informação adicional, pois além da força muscular (*Power*), segundo a Escala de Oxford modificada, permite obter a duração da contração máxima voluntária (até 10 segundos) - *Endurance*, o número de contrações que consegue realizar (até 10) - *Repetitions*, e o número de contrações rápidas (até 10) - *Fast* (Laycock, J. & Jerwod, D. 2001; Bø, K., Bergmans, B., Morkved, S., & Van Kampen, M. 2007). Esta avaliação funcional mais detalhada dos MPP possibilitou o planeamento de um programa de exercício mais específico.

Tanto a avaliação simples da força muscular pela Escala de Oxford como pelo esquema PERFECT serviu ao FT de base comparativa nas reavaliações. Para avaliar e comparar a força muscular dos MPP, devemos utilizar sempre o mesmo protocolo nos vários momentos de avaliação (ANAES, 2000).

2.1.3 – Testes complementares e escalas

2.1.3.1 - *Stress test*:

Este teste permitiu verificar objetivamente a perda de urina durante o esforço (tosse). Geralmente realiza-se em decúbito dorsal, a utente deve estar com a bexiga cheia e pede-se que provoque a tosse, observando-se o seu efeito sobre a uretra, se mantém ou não encerramento, de modo a detetar alteração secundária no esfíncter, assim como a existência de perdas (Berghmans *et al.*, 2003; Schröder *et al.*, 2009).

2.1.3.2 – *Pad test*

O *Pad-test* mediu objetivamente as perdas de urina. Nesta investigação usou-se a versão de curta duração, assim, solicitou-se esvaziamento prévio da bexiga, pesagem do penso seco e seguidamente a utente ingere um litro de água de água em 30 minutos. Depois pediu-se à utente para saltar com os pés juntos durante 30 segundos, saltar abrindo e fechando as pernas 30 segundos e, por fim, tossir 3 vezes. No final, foi pesado o penso e medida a quantidade de urina eliminada após o teste (ANAES, 2000).

De acordo com a *International Continence Society* a interpretação dos resultados baseados na pesagem do penso foi feita mediante a tabela 3, daí os resultados que foram apresentados no estudo de caso:

Peso do penso	Interpretação
< 2 gr	Não há IU
2 a 10 gr	IU discreta (grau 1)
10 a 50 gr	IU de gravidade moderada (grau 2)
50 a 100 gr	IU grave (grau 3)
> 100g	IU extremamente grave (grau 4)

Tabela 3 - Interpretação dos resultados do *Pad Test*. (Henschel, U. 2007)

2.1.3.3 – Diário Miccional

O Diário Miccional é uma forma de registo diário do comportamento miccional e permitiu acompanhar a evolução do tratamento, facilitando a consciencialização comportamental (Chiapara *et al.*, 2007). Este deve incluir parâmetros como: hora da micção, o volume de urina, o número de perdas urinárias, o motivo das perdas, a quantidade e o tipo de líquido ingerido. Este deve ser realizado entre três a quatro dias e abranger as atividades vida diárias habituais no trabalho e no lazer. (ANAES, 2000; NCCWCH, 2006). Nesta investigação adotou-se uma versão simplificada do Diário Miccional (Apêndice 3), para o mais fácil preenchimento.

2.1.3.4 – International Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Form

Este instrumento apresenta-se no Anexo 2 e é um questionário simples, breve e autoadministrável, permite avaliar rapidamente o impacto da IU na qualidade de vida, quantificar e qualificar a perda urinária. É recomendado pela Associação Portuguesa de Urologia o uso do ICIQ-SF validado na investigação da IU. (Rodrigues, A. 2013).

2.1.3.5 – Escala Ditrovie

É uma escala de avaliação de “Problemas urinários e qualidade de vida”, que “permite medir o impacto psicológico e funcional da incontinência urinária no estado de saúde e qualidade de vida das mulheres e medir o impacto dos cuidados de saúde realizados por problemas urinários”(Pacheco, C. 2003). Esta pode ter 2 versões, uma constituída por 10 outra por 24 questões, incluindo cinco dimensões (atividades da vida diária, repercussão emocional, auto imagem, sono e bem estar), relacionadas com as últimas quatro semanas e está validada para a população portuguesa por (Anexo 4). O sistema de pontuação é apresentado numa escala de orientação negativa, de 1 a 5, sendo 1 o melhor estado de saúde e o 5 o pior estado de saúde. Nesta investigação optou-se pela versão de 24.

2.1.3.6 - Escala de Autoeficácia de Broome para Exercícios da Musculatura do Pavimento Pélvico

Esta escala de autopreenchimento “*avalia a crença do indivíduo face à sua própria performance e aos resultados obtidos com o TMPP, como forma de tratamento e de prevenção de perdas de urina*” (Branquinho, N., Marques, A., & Robalo, L. 2007:4).

Os 23 itens que compõem a escala descrevem diferentes situações relacionadas com a perda de urina e estando divididos em duas partes: parte A (14 itens referentes ao nível de confiança que sentem ao realizar aquela atividade sem que ocorram perdas de urina) e a parte B (9 itens, referentes ao nível de confiança que sentem que ao realizar aquela atividade previnem as perdas de urina).

A escala usada nas duas partes varia de 0 (nada confiante) a 100 (muito confiante), refletindo esta pontuação o nível de confiança dos utentes. Quando o score é superior a 66 os utentes têm uma elevada autoeficácia; scores entre 33 e 66 significam autoeficácia moderada e scores abaixo de 33 são indicadores de baixa autoeficácia. Finalmente é obtido um score final destas duas partes sendo que, quanto maior o valor obtido, maior o nível de autoeficácia dos utentes (Branquinho, N., Marques, A., & Robalo, L. 2007:4).

2.2 - Intervenção da Fisioterapia na Incontinência Urinária

Das opções terapêuticas da IU, o tratamento FTUG deve ser considerado o tratamento de 1ª linha em todas as mulheres com IU de *stress*, urgência ou mista (Coelho, M., & Vilaça, M. 2009; Price, N., Dawood, R., & Jackson, S. R. 2010; Glisoi, S., & Girelli, P. 2011; DuBeau, C. E. 2013) por ser minimamente invasivo. As *guidelines* NCCWCH (2006) defendem a FTUG com duração mínima de 3 meses.

O tratamento cirúrgico é a opção indicada quando o grau de IU é suficientemente incómodo para o utente, tendo as suas causas sido devidamente avaliadas e os tratamentos conservadores foram todos considerados. (Corcos *et al.*, 2006) Este tratamento não é isento de riscos, enquanto que o tratamento conservador está associado a um mínimo de resultados adversos. (Rodrigues, M. 2013)

Outras abordagens terapêuticas da IU são relatadas na literatura como a estimulação do nervo sacral, a estimulação do nervo tibial, a estimulação intravesical e a magnetoterapia (DuBeau, C. E. 2013). A FTUG além do objetivo de tratamento da IU, teve uma importante função educativa e de promoção da saúde, sendo particularmente importante para hipertrofiar os MPP, evitar contracturas e melhorar recrutamento muscular, bem como, a coordenação reflexa durante o esforço, a transmissão de pressões na uretra e dar suporte estrutural da bacia, através da elevação permanente do elevador do ânus. (Bø, K, 2004)

Os estudos demonstram a necessidade do TMPP ter acompanhamento efetivo de um FT especializado nesta área, quer nos exercícios terapêuticos e reeducação endovaginal, quer na aplicação da electroestimulação, estimulação magnética e/ou *biofeedback* perineal. (Mørkved, S., Bø, K., & Fjørtoft, T. 2002; Oliveira, K. Rodrigues, A., & Paula, A. 2007; Landefeld *et al.*, 2008)

O TMPP baseiou-se em contrações voluntárias repetidas que aumentam a força e a resistência musculares, bem como, a sustentação da região perineal, permitindo uma contração eficaz previamente aos momentos de aumento da pressão intra-abdominal (*knack*), reforçando o mecanismo de continência. (Bø, K. 2004; Keyock, K. L., & Newman, D. K. 2011).

Esta intervenção influencia favoravelmente a promoção da autoestima da mulher incontinente, tendo um papel fulcral na reabilitação funcional, cognitiva, emocional e psicossocial. (Viana, R., Viana, S., & Festas, C. 2005).

A FTUG na prevenção/tratamento da IU incentiva as mulheres para mudanças de hábitos alimentares, higiênicos e miccionais, melhora a sua percepção de esquema corporal e da postura, incentiva a prática de AF regular com TMPP. Esta abordagem de baixo custo, não é invasiva, não tem efeitos secundários e não impede futuras ações ou abordagens terapêuticas. (Oliveira, K., Rodrigues, A., & Paula, A. 2007)

A FTUG é um tratamento delicado, exigindo tempo e persistência para se alcançarem bons resultados. Esta requer participação ativa e sistemática da paciente e grande responsabilização pelo seu processo terapêutico, como tal o FT deve ter em conta estratégias motivacionais, de promoção de autoeficácia e adesão ao tratamento. As técnicas de meditação podem também ser benéficas no sentido da consciência corporal e da inteligência emocional. (Alves, N. D., Silva, R., Cardoso, A. P., &

Oliveira, L. V. 2007; Branquinho, N., Marques, A., & Robalo, L. 2007; Baker, J., Costa, D., Nygaard, I. 2012).

Por vezes há informações erradas sobre TMPP que o FT tem que desmistificar, tais como instruções para interromper regularmente o jato de urina durante a micção ou fazer exercícios exaustivamente até ao máximo possível. Estas abordagens são não-fisiológicas e provavelmente não resultam (Rodrigues, A. 2013; DuBeau, C. E. 2014.). Alguns conselhos importantes são: evitar bebidas alcoólicas e carbonatadas (com ou sem cafeína), bem como, o café ou chá e outros grupos de alimentos, ainda mal estudados na IU, como citrinos, tomates, picantes, adoçante, chocolate, xarope de milho, açúcar ou mel (DuBeau, C. E. 2013).

O plano de intervenção da FTUG das utentes neste estudo teve por base as orientações definidas pelas *guidelines* e a prescrição médica (geralmente definindo séries de 20 sessões individuais, com a frequência de 2 a 3 sessões semanais).

Em conformidade com a avaliação individual e com o diagnóstico, introduziu-se a entrevista terapêutica e a componente prática da FTUG

2.2.1 - Entrevista terapêutica

Esta teve uma dupla função: avaliação sistemática e terapêutica motivacional. No diálogo aberto que foi gerado pela relação terapêutica estabelecida, veiculou-se a informação relevante adequada à condição clínica específica da utente, desde aspetos de anatomofisiologia do PP, sensibilização para os fatores de risco da IU, formas de prevenção/tratamento. Por vezes, associou-se a apresentação do folhetos informativo.

Num estudo com mulheres com IU mostrou que, quem dispunha de mais informação ou de mais capacidade para lidar com a informação, apresentava melhor ajustamento ao problema (Ribeiro, J. P., & Raimundo, A. 2005).

Ao longo do tratamento na FTUG foi-se fornecendo informação, estratégias de coping eficazes e de resolução de problemas através da mudança hábitos alimentares, higiénicos e miccionais; incentivo de hábitos de vida saudáveis, AF e TMPP regularmente; promoção da imagem corporal, do bem-estar e autoestima adaptativa, limitando e/ou prevenindo perturbações psicossociais. (Silva, A.M. 2012)

2.2.2 - Componente prática

A abordagem terapêutica da utente, com base no diagnóstico médico, nas *guidelines* e na avaliação fisioterapêutica, baseou-se na:

- Facilitação do relaxamento e reeducação postural associada ao controle respiratório, promovendo consciencialização corporal e a atenção particular para as sensações abdominopélvicas e bácia da bacia.
- Ensino e consciencialização para a contração correta dos MPP através do contacto manual, do FT;
- TMPP baseado em contrações voluntárias repetidas de curta e longa duração, mediante as fibras musculares a trabalhar. As fibras do tipo II são treinadas através de contrações intensas e de curta duração (um ou dois segundos), enquanto as do tipo I, são treinadas com contrações submáximas mais duradouras (5 e 15 segundos) (Bø, K., Talseth, T., & Holme, I. 1990 *cit in* Ferreira, M., & Santos, P. 2009). Os MPP são músculos estabilizadores e devem ter a capacidade de reagir e contrair de forma independente, sem compensações. As contrações dos MPP deve associar-se à expiração, e o FT

não deve permitir a manobra de Valsalva nestes exercícios (Carrière, B., & Feldt, C. M. 2006).

- Ensino da contração máxima dos MPP nas atividades da vida diária, previamente a qualquer situação que implique um aumento da pressão intra-abdominal (tosse, esforço, ...), conhecida por manobra de *Knack*, em que se pressiona a uretra contra a sínfise púbica, impedindo perdas de urina. (Robert *et al.*, 2006; Dumoulin, C. & Hay-Smith, J. 2010).
- Aplicação de Electroestimulação (EE) utilizando de correntes bifásicas retangulares para promover a contração dos MPP. Esta visa melhorar o encerramento uretral, pelo restabelecimento da ativação reflexa dos MPP, contração sincronizada dos MPP, estando indicada em paciente com baixos níveis de força na Escala de Oxford modificada e que de outra forma não seriam capazes de reeducar os seus músculos pélvicos. (Turkan A., 2005 *cit in* Demiturk, F. *et al.*, 2008).

Uma das desvantagens da utilização da EE é a ocorrência de infecções vaginais ou do trato urinário, embora ocorram essencialmente na EE endovaginal por higienização inadequada da sonda e não devido à corrente elétrica.

No equipamento disponível no HB, a EE pode ser utilizada isoladamente ou num programa misto com ciclos intercalados de EE e biofeedback.

- Aplicação do Biofeedback enquanto um recurso instrumental, por eletromiografia, manometria ou outros, para objetivar a contração por meio visual, auditivo ou táctil. Este pode ser aplicado em exercícios em diversas posições, ajudando a utente a tomar consciência da contração dos MPP e conseguir um recrutamento muscular mais correto, aumentando a motivação e a adesão ao tratamento. (Herderschee, R., Hay-Smith, E. J., Herbison, G. P., Roovers, J. P., & Heineman, M. J. 2011). No caso em estudo recorreu-se ao biofeedback por eletromiografia (com eléctrodos de superfície), estando o fisioterapeuta a acompanhar o tratamento para eventuais correções e incentivo verbal.

- Participação Classe de grupo para TMPP em que se incluem exercícios globais e específicos de coordenação motora, correção postural, respiração, alongamento associados ao trabalho muscular específico dos MPP realizados em várias posições: decúbito dorsal e ventral, “gatas”, sentado, posição de pé. (Laycock *et al.*, 2001; Bø, *et al.*, 1999, 2007) No HB esta classes de grupo tem uma duração de 45 minutos.

O tratamento de grupo foi uma oportunidade para reforçar as informações dadas nas sessões individuais, levantar questões, conhecer outros utentes com o mesmo problema e estabelecer laços de entreajuda e motivação. (Berghmans, L. C. *et al.*, 2003; Bø, K., Bergmans, B., Morkved, S., & Van Kampen, M. 2007)

No caso das mulheres séniores estas sessões constituíram também uma oportunidade de relacionamento intergeracional, visto que estas são frequentadas essencialmente por pacientes mais jovens e as fisioterapeutas da FTUG do HB são também jovens adultas. Esta intergeracionalidade além dos benefícios já mencionados na literatura gerontológica, tiveram a vantagem de desmistificar a IU como problema do avançar da idade. (Azeredo, Z. 2011; Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. 2006)

- Incentivo à continuidade do TMPP em casa ou no trabalho é fundamental para os resultados da FTUG. As utentes são envolvidas e responsabilizadas pelo seu processo reabilitação, sendo-lhes pedido que três vezes ao dia, façam 8 a 12 contrações máximas, associadas a atividades da vida diária e sempre que realizem esforços (Bø, K., Bergmans, B., Morkved, S., & Van Kampen, M. 2007; NCCWCH, 2006; Price, N., Dawood, R., & Jackson, S. R. 2010)

Em suma, a intervenção inicial da FTUG deve ser individual e baseada na avaliação sistemática, recorrendo aos recursos terapêuticos adequados à situação clínica da paciente, até que a contração voluntária dos MPP seja eficaz. Alcançada essa competência e com a concordância da paciente e do médico responsável, pode passar para a Classe de TMPP em Grupo, associada aos exercícios em casa.

O TMPP foi e é a grande base do tratamento de FTUG e tem enormes benefícios em termos de controlo dos esfíncteres e melhoria no desempenho sexual, devido ao aumento de força, resistência e principalmente de coordenação motora, pois a

irrigação sanguínea é estimulada, bem como a sensibilidade e proprioceptividade, os efeitos degenerativos locais do envelhecimento sobre a pele, a mucosa e a musculatura perineal são mais reduzidos.

O TMPP, fundamenta-se em manobras de pompoarismo, antiga técnica indiana de ginástica sexual, Exercícios de Kegel, treino com cones vaginais... Esses exercícios proporcionam hipertrofia muscular dos MPP, um contacto maior com o próprio corpo, melhorando a percepção corporal e melhorando diretamente o controle dos esfíncteres e o desempenho sexual da mulher.

É importante que a mulher interiorize, e que “passe a palavra”, que através TMPP pode-se evitar contraturas, manter a tonicidade e a coordenação muscular do períneo, tão importantes para a plenitude da sua intimidade, em qualquer idade, pode também, minimizar/tratar a IU, mas essencialmente preveni-la. (Mørkved, S., Bø, K., & Fjørtoft, T. 2002; Oliveira, K., Rodrigues, A., & Paula, A. 2007)

O TMPP baseia-se em contrações seletivas dos MPP, devendo ser fortes e repetitivas, sob supervisão inicial de um fisioterapeuta que avalia a ausência ou não de contração dos músculos abdominais, quadris e glúteos, procedendo às correções necessárias, para que a mulher adquira a competência da contração eficaz.

A reeducação postural e o controlo respiratório torna-se essencial no ajuste perineal, uma vez que uma boa postura, com a pélvis equilibrada, contribuirá para a manutenção de um posicionamento correto das vísceras abdominais e um perfeito funcionamento dos órgãos de sustentação, favorecendo, assim, a adequada transmissão das pressões intra-abdominais.

O TMPP tem benefícios amplamente divulgados na IU de esforço, mas é também importante nas outras manifestações de perdas urinárias. Os sintomas de urgência urinária podem ser minimizados associando o TMPP a técnicas de relaxamento. A paciente é instruída a ficar parada ou sentar-se quando a sensação de urgência ocorre. Deve concentrar-se, respirar profunda e lentamente, contraindo os MPP e tentando visualizar esse impulso como uma “onda” (DuBeau, C. E. 2013). Só quando controlar essa sensação é que se desloca para casa de banho. A paciente precisa de autoconfiança para prosseguir e alcançar maiores espaços e tempo entre as idas à casa de banho.

Na nossa prática clínica e no presente estudo, ao longo das entrevistas terapêuticas a pacientes séniores estas reportam os problemas urinários essencialmente

à menopausa, referindo-se geralmente como: “*Fase negra da vida; até dormir acompanhada é um sacrifício, tudo aparece à gente, não traz nada de bom...*”.

O aumento notável da expectativa de vida leva a que um terço da vida da mulher ocorra na pós-menopausa e esta arrasta consigo inúmeras consequências físicas, psíquicas, emocionais, sociais... que afetam sobejamente a intimidade da mulher.

Esta fase da vida da mulher está carregada de tabus e preconceitos que têm que ser desmistificados. Tem que se desmontar o mito de que a virilidade e o prazer estão voltados para a juventude e defende-se que os fatores fisiológicos, psicológicos e socioculturais da pós-menopausa, implicam o reajuste do estilo de vida, da relação com o corpo, com as emoções e com sexualidade nesta fase da vida.

No estudo de Lorenzi *et al.* (2006), a escolaridade contribuiu para uma maior compreensão das mudanças corporais da menopausa, reduzindo os níveis de ansiedade e estimulando o autocuidado e a sexualidade mostrou-se um aspeto importante para a qualidade de vida dessas mulheres.

A menopausa refere-se à total cessação de ciclos menstruais durante pelo menos um ano consecutivo devido à diminuição da função dos ovários, com redução da produção de estrogénios, que culminam cerca dos 48 e 50 anos de idade, podendo variar para mais cedo ou para mais tarde. (Nunes, B. 2008; Azeredo, Z. 2011).

Esta fase é caracterizada por manifestações decorrentes de disfunções endócrinas, que desencadeiam alterações ginecológicas/urogenitais e não-ginecológicas (sintomas vasomotores, psíquicos e sexuais, alterações atróficas da pele e ainda, distúrbios do metabolismo cardiovascular e ósseo).

Muitas mulheres passam esta fase de forma assintomática ou com sintomas inexpressivos, entendendo-o como o início de uma nova etapa, ou seja, a de amadurecimento existencial com maior segurança e confiança; outras, porém, vivenciam-no de forma negativa e exacerbada, principalmente as que perderam seu papel social e não redefiniram seus objetivos existenciais (Leite, A., & Fernandes, J.L. 2009).

A maioria das idosas atendidas na FTUG do HB, ao contrário do caso clínico desta investigação, parecem evitar e estar desinteressadas pela atividade sexual, mesmo sem disfunção diagnosticada, facto que não é facilitador da nossa intervenção em FTUG, porque parece limitá-las ainda mais em termos de sensações perineais. Esta perspetiva de multidesvalorização da mulher permite chegar ao que se considera ser a existência de uma menofobia social.

O hipoestrogenismo, decorrente da pós-menopausa, leva à secura vaginal aumentada, altera a tonicidade e o trofismo dos MPP, levando a atrofia da mucosa uretral produzindo uma menor resistência ao fluxo, podendo ocorrer IU e disfunções sexuais. A diminuição da lubrificação, das dimensões e da capacidade expansiva da vagina, pode levar a dispareunia e traumatismos (Azeredo, Z. 2011; Shifren, L. J. 2012).

Mulheres na pós-menopausa são mais propensas a relatar baixo desejo ou excitação sexuais, contudo a maior deterioração da função sexual pode ser associado com a menopausa pós-cirúrgica não natural. Na menopausa natural, os níveis de estrogénio são baixos, mas a produção ovárica de andrógenos é mantido. Num estudo com mulheres submetidas a histerectomia, as que tiveram a ooforectomia bilateral relataram satisfação sexual diminuiu significativamente no pós-operatório, apesar do tratamento de estrogénio, em comparação com mulheres que tiveram seus ovários preservados (Shifren, L. J. 2012).

O efeito da idade na função sexual em mulheres é controverso, e a autora faz referência a vários estudos:

- Num estudo da sexualidade, em mulheres com idade entre 57 a 85 anos, a saúde física foi mais fortemente associado a problemas sexuais do que à idade.
- Noutro verificou que apesar de todos os problemas sexuais terem aumentado com o avanço da idade, a prevalência de um problema sexual associada com sofrimento foi maior em mulheres com idade entre 45 a 64 anos (15 por cento), menor em mulheres 65 anos ou mais (9 por cento) e intermedio na idade entre 18 a 44 anos (11 por cento)
- Na investigação que envolveu 1.500 mulheres, com idade entre 57 a 85 anos, a atividade sexual diminuiu com a idade, embora 40 por cento das mulheres com idade entre 65 a 74 anos e 17 por cento das pessoas com mais de 75 anos relatou a atividade. Cerca de metade das mulheres estudadas relatou um problema sexual, embora a relação entre sexualidade e angústia pessoal não foi avaliado.

E também refere:

- O efeito do diabetes sobre a sexualidade feminina é incerto. Um estudo descobriu reduzida sensação genital em mulheres com diabetes, contudo,

outros comparando a disfunção sexual em mulheres com diabetes versus sem, produzem resultados inconsistentes.

- A hipertensão pode ser um risco para a disfunção sexual, mas não é claro se isto está relacionado com a própria hipertensão ou é um efeito adverso de medicamentos anti-hipertensivos.
- As medicações anti-psicóticas estão associadas com a disfunção sexual pois inibem a dopamina, a qual pode servir como um neuro modulador central da função sexual.
- A disfunção sexual foi relatada por 26 a 47 por cento das mulheres com IU. Entre as mulheres com IU, 11 a 45 % tiveram episódio de perda durante a relação sexual, normalmente durante a penetração ou orgasmo. A IU foi uma significativa correlação de angustiantes problemas sexuais no estudo. Os prolapsos genitais também estão associados a questões sexuais femininos. Em mulheres com prolapso e IU, a taxa de queixas sexuais parece ser maior do que com qualquer uma das condições sozinho.

A intimidade e em especial, a sexualidade na terceira idade é um alvo de muitos mitos e tabus que a sociedade tem levantado, em especial na mulher com IU, para que mesmo sem intenção, reprima os verdadeiros desejos nos idosos.

Todos nós ficamos com a lembrança das pessoas com que convivemos, em especial nas relações de intimidade. As emoções dos idosos não envelhecem, eles necessitam de carinho, atenção, relações sexuais e outras formas que lhe causam prazer. Por isso é preciso quebrar esses tabus dentro de cada um individualmente, desde os jovens, aos adultos e aos idosos.

“Neste período as emoções se renovam; tudo é novo, o beijo, o prazer, o orgasmo, não existe o fogo louco da paixão de quando jovem, porém, existe uma nova concepção de dar e receber prazer” e além disso, “Todos nascem como sujeitos sexuados e desfrutam do sexo/sexualidade de maneira diferente de acordo com cada etapa da vida, mas infelizmente a sociedade como um todo, e as pessoas de modo individual, tendem a pensar que o sexo/sexualidade pertence ao mundo dos jovens, relegam os indivíduos da terceira idade ao amor platônico ou a abstinência sexual”. (Santos, R., Nascimento, C., Biscoli, M., & Labadessa, V. 2010).

Salienta-se o facto dos problemas sexuais do parceiro (por exemplo a disfunção erétil) terem uma enorme importância na experiência sexual da mulher e nos tabus em que se baseiam, especialmente as mulheres mais velhas.

As privações sexuais nas situações de IU em casais da terceira idade deve-se muitas vezes à falta de informação e conhecimento do próprio corpo, sendo importante que a mulher reconheça, dialogue com o parceiro e lide com serenidade com as mudanças que vão ocorrendo.

CAPÍTULO 3:

A GERONTOLOGIA NUMA PERSPETIVA MULTIDISCIPLINAR

A importância dos idosos e da idosa, em particular, nas perspetivas do futuro da Humanidade sustentam-se na demografia. O envelhecimento na Europa é uma inegável realidade, prevendo-se que entre 2008 e 2060 haja, dependendo do país, um aumento de 5 a 15 anos na média das idades (Azeredo, Z., 2011).

Segundo a referida médica portuguesa, que há muito tem investigado sobre o envelhecimento, em 2060, a Esperança Média de Vida ao Nascer para a mulher será, em 68% dos países da União Europeia, superior aos 85 anos. Em Portugal, a Esperança Média de Vida aos 65 anos para a mulher passará de 19,9% anos em 2008, para 34,5 anos em 2060. O grupo dos 85 ou mais anos representava em 2001, em Portugal, 1,4% da população total, mas em 2021 atingirá os 4%, com o predomínio das mulheres.

Dias & Rodrigues (2012) consideram o envelhecimento demográfico, nos dias de hoje, como um ponto crucial nas discussões académicas e políticas, tanto pela importância do processo como pela abrangência multidimensional de suas repercussões.

O aumento da longevidade da mulher acarreta aumento de patologias e de condições incapacitantes, que comprometem sobejamente a sua autonomia, como é o caso da IU que vai ser abordada ao longo deste trabalho. Num país em que a geriatria não existe como especialidade assumida na área da medicina, cabe à área gerontológica ir dando o seu contributo aos prestadores cuidados nesta peculiar população. (Veríssimo, M. T. 2012)

A produção científica abarca cada vez mais a multidimensionalidade do idoso, na sua individual complexidade o que implica a multidisciplinaridade da sua abordagem, dentro das ciências da saúde, ciências sociais e económicas, engenharia, política... A fisioterapia encaixa-se nesta multidisciplinaridade nos cuidados prestados a idosos, mas na problemática da IU, as especificidades da mulher sénior merecem ser mais esmiuçadas e é o que se propõe neste trabalho.

Para Azeredo (2011), o envelhecimento normal implica alterações biológicas, psicológicas e sociais que são inevitáveis (embora adiáveis) e que são consequência da passagem do tempo, o envelhecimento patológico é resultado de doenças ou acidentes que precipitam o envelhecimento normal.

A mesma autora complementa que para além da genética, a atividade física, hábitos salutogêneos e a inexistência de comportamentos aditivos são alguns dos fatores que contribuem para aumentar a longevidade, manter a autonomia e facilitar processos adaptativos face a acontecimentos perturbadores.

O envelhecimento individual não é uniforme, está intimamente ligado aos estilos de vida e à capacidade de adaptação às adversidades que se lhe vão deparando ao longo da vida, que se prevê cada vez mais longa.

3.1 - Problemática da Incontinência Urinária na mulher sénior

A *International Continence Society* refere-se à continência urinária como a capacidade normal do indivíduo para acumular e eliminar urina com controlo consciente sobre o tempo e o lugar para urinar, sendo que a IU é qualquer perda involuntária de urina (Abrams P., *et al.*, 2002; DuBeau, C. E. 2013).

A IU não é normal em nenhuma fase da vida e nem faz parte do envelhecimento, contudo é mais prevalente nas mulheres seniores porque os fatores predisponentes são mais comuns nesta faixa etária. (Moura, F. da S. 2008; Abreu, N. de S. 2006)

Os três tipos principais de IU são: de *stress*, de urgência ou mista.

A IU de *stress* ou de esforço refere-se a perdas involuntárias de urina quando a pressão intravesical excede a pressão uretral máxima por pressão intra-abdominal e ausência da contração do músculo detrusor. Ocorre quando se realizam exercícios, durante espirros, riso...

A IU de urgência está associada ao forte desejo de urinar e ocorre essencialmente em pessoas idosas. As pacientes relatam como fatores desencadeantes a água corrente, lavar as mãos e até mesmo a visão da garagem ou meter a chave na porta.

A IU mista associa os sinais e sintomas dos dois tipos de IU anteriores.

Esta situação pode transitória ou persistente, sendo que a transitória pode ser causada por um estado confusional, infeções, inflamações do trato urinário, devido a medicamentos, fatores psicológicos como: raiva, hostilidade e depressão. (Freitas, V. E., & Py, L. 2006).

Podemos ainda considerar a IU funcional: acontece quando a capacidade de urinar de forma independente é alterada por problemas não urinários (por exemplo: fratura, sequela de AVC ou Doença de Alzheimer) que impossibilitam a pessoa de utilizar de forma eficaz e em tempo útil o sanitário. (Centro de Medicina do Idoso, 2009). E ainda, a IU relacionada com medicamentos como: Anticolinérgicos, antidepressivos, agonista alfa-adrenérgico, antagonista alfa-adrenérgico, analgésicos narcóticos, sedativos hipnóticos, anti psicóticos ou diuréticos. (Freitas, V. E., & Py, L. 2006).

Sabe-se que a IU de *stress* é mais frequente nas mulheres mais jovens, sendo a IU de urgência e mista, mais frequentes nas mulheres mais idosas e estão relacionadas com níveis inferiores de qualidade de vida, quando comparadas com a das mulheres que tem IU de *stress*. (Hunskaar, S. *et al.*, 2000; Lopes, M. H. & Higa, R. 2006; Dedicação, A. C., Haddad, M., Saldanha, M. E., & Driusso, P. 2009).

A IU tem repercussões significativas em termos de: qualidade de vida, autoestima, depressão, função sexual, isolamento social e mesmo, abandono/institucionalização, assim como, indiretamente predispor a quedas, alterações do sono e infeções. (Yip, S. K., & Cardozo, L. 2007; Tamanini, J. T., Dambros, M., D'Ancona, C. A., Palma, P. C., & Neto, N. R. 2003)

A presença de disfunção cognitiva, especialmente em pessoas mais velhas e mais frágeis, é associada com um aumento de 1,5 a 3,5 vezes no risco de IU (DuBeau, C. E. 2013).

A mulher raramente fala sobre o seu problema da IU por constrangimento e por acreditar não ter cura (Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2008; Guarisi, T., & Pinto-Neto, A. M. 2001; Lopes, M. H., & Higa, R. 2006).

A IU caracteriza-se pela perda do controle vesical, acompanhada por sintomas e sinais relacionados ao armazenamento, à micção ou à pós-micção, culminando com episódios imprevisíveis e inevitáveis de perda urinária. (Abreu, N. de S. 2006) Esta deve ser sempre procurada, investigada, diagnosticada e tratada, o mais brevemente possível, a fim de manter/melhorar a qualidade de vida e limitar os danos que acarreta, evitando que se torne mais frequente e que aumente de volume. (Jacob, M.; Silva, A. 2004)

A IU não deve subestimada pelos profissionais de saúde, pois os sintomas de perda de urina podem anunciar uma doença grave subjacente (DuBeau, C. E. 2014). O diagnóstico preciso é importante para a decisão clínica e intervenção adequada, como se verifica na ilustração 1. Esta pode requerer apenas orientações e mudanças de hábitos, medicação e/ou FTUG para a reeducação perineal, ou então procedimentos cirúrgicos específicos. (Reis, R. B., *et al.*, 2003)

O tratamento farmacológico é amplamente utilizado na IU de urgência e mista se a terapia comportamental por si só for vencida. Há menos agentes disponíveis para a IU de esforço (DuBeau, C. E. 2013).

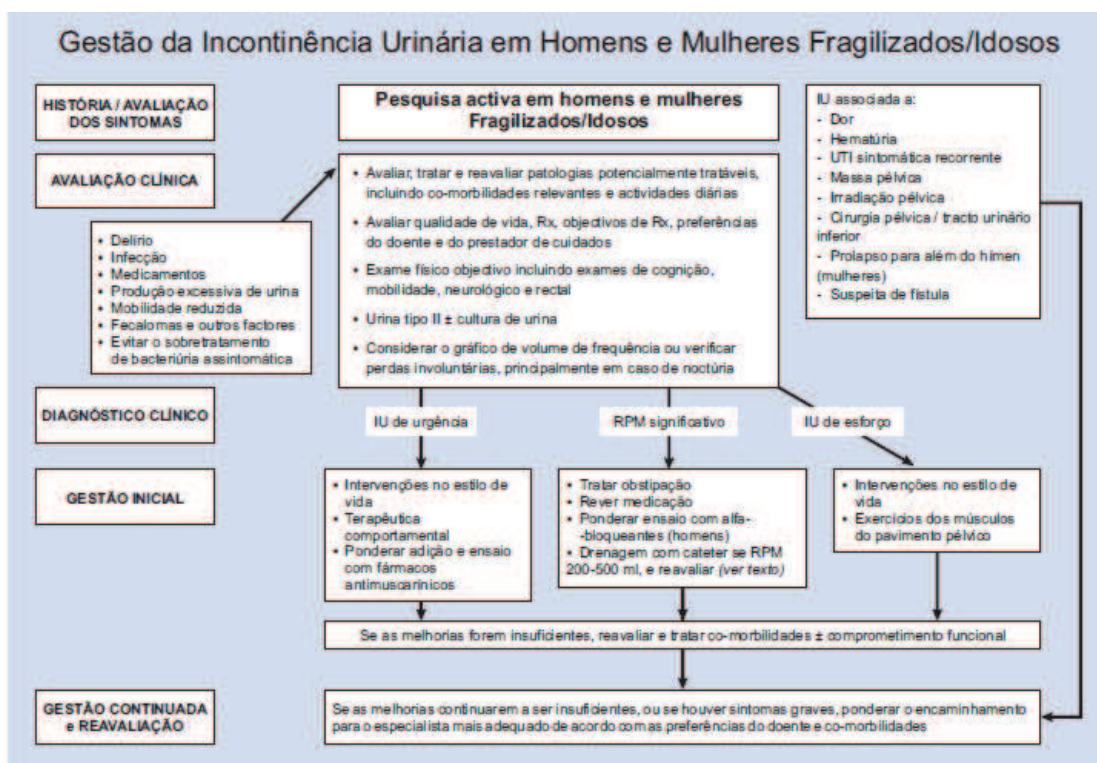


Ilustração 1 - Gestão da Incontinência Urinária em Homens e Mulheres Fragilizados / Idosos. (Associação Portuguesa de Urologia (2009) Disponível em: www.apurologia.pt/guidelines/)

As causas IU na mulher sénior são diversas, mas pode ocorrer principalmente por redução da contratilidade e da capacidade vesical, instabilidade do detrusor, declínio da habilidade para retardar a micção e aumento do volume residual. Para o seu desenvolvimento contribuem: a raça caucasiana, o número de partos vaginais, o défice de estrogénios, obesidade, diabetes, uretrites, obstipação e outras condições associadas a aumento da pressão abdominal, neuropatias, antecedentes de histerectomia, certos medicamentos, o tabagismo, restrição da mobilidade, dificuldades na marcha e distúrbios psíquicos. (Coelho, M., & Vilaça, M. 2009; Danforth, K. N. *et al.*, 2006)

Na mulher idosa é comum ocorrer a redução da pressão máxima de fechamento uretral devido a atrofia dos tecidos que revestem e envolvem a uretra, a bexiga e a vagina, sendo agravadas com as alterações hormonais da menopausa. A redução da elasticidade e da capacidade de armazenamento da bexiga, a tendência a poliúria noturna, doenças concomitantes e efeitos colaterais de medicamentos, favorecem o aparecimento da IU bem como, a capacidade para reconhecer a necessidade de urinar e a motivação para combater a imobilidade, uma vez que muitas doenças crónicas

podem interferir com a mobilidade, destreza manual e lucidez. (Abreu, N. de S. 2006; Lazari, I., Lojudice, D., Marota, A. 2009).

A IU na mulher sénior é uma condição de múltiplas causas, que deve ser investigada, com paciência e ponderação, através do histórico da função vesical, exame físico, exames complementares e por vezes, com o apoio dos familiares e cuidadores.

O diagnóstico médico tem por base uma exaustiva avaliação (história, exame físico, cultura de urina, por vezes testes urodinâmicos, entre outros que permitirão ao clínico decidir ou não o encaminhamento para a FTUG. Os teste urodinâmicos são úteis quando o diagnóstico de disfunção do trato urinário inferior é claro, quando os dados objetivos não se correlacionam com sintomas subjetivos, quando um paciente não melhora com o tratamento e quando o tratamento cirúrgico é planeado (Flesh, G. 2012).

A comunicação social, aliada aos profissionais de saúde, amigos, família e cuidadores poderão ter um papel preponderante junto da idosa com IU, em termos motivacionais, na prevenção de complicações, deteção dos sinais clínicos, apoio psicológico e reforço positivo, ajuda e orientação para a procura de tratamento adequado e evitando condutas inadequadas (Silva, A. M. 2012).

3.2 - Impacto da Incontinência Urinária na vida da mulher sénior

A IU é um dos maiores problemas de saúde que afeta a população idosa, predispondo a infeções perineais e genitais, macerações e ruturas de pele, formação de úlceras de pressão, quedas, interferência no sono e além disso, pode também provocar isolamento, ansiedade, depressão, regressão e disfunção sexual.

Os custos com idosos quase duplicaram na última década. Os custos relacionados com a IU nos EUA foram quase 20 bilhões de dólares em 2000 (56% de custos consequência (por exemplo, institucionalização) e perda de produtividade, 32% em custos de tratamento, 9% em cuidados de rotina, e 3% em custos de diagnóstico). Estes custos estimados não incluem os custos intangíveis, como efeitos na qualidade de vida (DuBeau, C. E. 2013).

Em termos sociais, a IU pode ser hiper ou hipovalorizada dependendo do seu impacto na vida da mulher, do tipo de perda de urina, da cultura e do estilo de vida. A mulher tem de lidar constantemente com o receio e o constrangimento das perdas involuntárias de urina, o desconforto de roupas húmidas, o uso constante de fraldas e/ou pensos absorventes e o cheiro desagradável de urina. (Baracho, E. 2007). Além disso, nesta fase também há maior prevalência de incontinência fecal e prolapso uterinos (Botlero, R., Bell, R. J., Urquhart, D. M., & Davis, S. R. 2011; Bohle, B., *et al.*, 2011).

Na prática clínica da FTUG as idosas incontinentes exprimem-se frequentemente em relação a esse problema como: vergonha, constrangimento, ansiedade, medo, nervosismo, falta de concentração, depressão, *stress* emocional... fatores estes, responsáveis por um impacto negativo no seu desempenho físico e psicossocial. *“Seu efeito psicossocial pode ser mais devastador do que as conseqüências sobre a saúde, com múltiplos e abrangentes efeitos que influenciam as atividades diárias, a interação social e a autopercepção do estado de saúde”*. (Lopes, M. H., & Higa, R. 2006)

A IU em idosos é um dos cinco principais motivos para a sua institucionalização, bem como, a imobilidade, o comprometimento cognitivo, quedas e as sequelas de acidente vascular cerebral. (Guedes, F., & Sebben, V. 2006).

A restrição social causada pela IU verifica-se no impedimento de sair de casa, ir a festas, fazer viagens longas, ir à igreja, participar em atividades físicas (caminhar, correr, dançar...), só saindo de casa se houver a facilidade em utilizar o WC, sentindo medo e/ou vergonha de perder urina em público, ficarem molhadas e cheirar a urina.

A mulher com IU geralmente refere também perturbações na atividade sexual como: sentir dor, não sentir prazer ou evitar a relação sexual, sentir vontade de urinar ou necessitar interromper a relação sexual para urinar. (Serenko, A., Morrison, B., & Suresky, J. 2010). Ora esta situação, é ainda mais evidente nas mulheres mais idosas, devido ao conservadorismo e moral sexual.

Assim, o problema da incontinência tem um enorme impacto negativo na vida da mulher sénior: baixa autoestima, interferência na vida sexual, restrição de contacto social, tarefas domésticas e ocupacionais e ainda, sobrecarga económica, devido a

gastos com pensos absorventes, eventual necessidade de cuidador e recurso a cuidados de saúde. (Silva, A.M. 2012)

As estratégias que as mulheres geralmente adotam para minimizar o problema são: limitar a ingestão de líquidos, evitar o chá e o café, levar roupas extras para trocar sempre que saem de casa, usar pensos absorventes, usar desodorizantes para minimizar o odor de urina e esvaziar a bexiga em intervalos programados. Contudo, a restrição prolongada de líquidos para reduzir os episódios de perda, pode causar complicações como a infeção urinária, o refluxo e problemas ao nível do rim, bem como, o uso continuado de pensos absorventes pode originar alergias e irritabilidade cutânea (Lopes, M. H., & Higa, R. 2006; Bradway, C., & Cacchione, P. 2010).

A IU é uma condição limitante para os que dela sofrem, tem carácter progressivo e as taxas de remissão diminuem com o avançar dos anos, daí a necessidade terapêutica o mais precoce possível (Abreu, N. de S. 2006).

“A qualidade de vida da pessoa que envelhece é afetada pelas perdas e carências que a atingem, mas o efeito perturbador desses eventos depende essencialmente do significado que lhes atribui”. (Barreto, J. 2005). Assim, a perceção individual do problema da IU é influenciada por crenças, história de vida, realização pessoal, contexto sociocultural e familiar, recursos económicos e diferenças pessoais. Uma pequena perda urinária pode representar, por exemplo, importante fardo para uma incontinente, enquanto para outra um volume de perda maior tem pouca relevância (Abreu, N. de S. 2006).

A continência depende tanto fisiologia da micção intacta como da capacidade funcional de aceder à casa de banho por si mesmo, depende da acessibilidade das instalações sanitárias, a motivação para manter seco, mobilidade suficiente e destreza manual e capacidade cognitiva de reconhecer e reagir adequadamente a sensação de enchimento da bexiga. A presença de IU em idosos reflete muitas vezes deficiências multidimensionais e múltiplas (DuBeau, C. E. 2013). Daí que as intervenções para serem eficazes têm que abranger várias dimensões.

3.3 - Prevalência da Incontinência Urinária

Mundialmente, estima-se que 200 milhões de pessoas sofram de IU (Keyock, K. L., & Newman, D. K. 2011). Em Portugal, pensa-se que haja mais de 600.000 pessoas afetadas por esta condição (Lopes, T., Vale, P. M., Gomes, M. J., Silva, C., & Monteiro, P. 2007).

Num estudo da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (2008), em Portugal Continental, aferiu-se a prevalência de IU de 21,4% nas mulheres e 7,6% nos homens, sendo mais elevadas nas mulheres de 60 a 79 anos (26,0%) e nos homens com mais de 79 anos (21,6%).

“Embora a IU possa surgir numa mulher adulta, ou mesmo jovem, estatisticamente, é na fase mais avançada da vida que uma em cada cinco mulheres, sofre ou vem a sofrer desse distúrbio.” Jacob, M. (2004) As estimativas de prevalência da IU variam consideravelmente de estudo para estudo, apresentando-se valores que oscilam entre 18% e 42% nas mulheres (Irwin, D. E., *et al.*, 2006; Hunskar, S., Lose, G., Sykes, D., & Voss, S. 2004).

O acelerado crescimento da população idosa, particularmente do segmento com idade superior a 80 anos, leva a que a prevalência de fragilidade, além da IU, seja 20,0 a 26,0% maior, quando comparada com a faixa etária de 65 anos ou mais. Sabe-se que em idosos institucionalizados esta condição é superior devido ao perfil de maior vulnerabilidade (Silva, V.A., & D’Elboux, M. 2012).

A IU é mais prevalente entre os idosos porque os fatores predisponentes são mais comuns nesta faixa etária (redução da capacidade e da elasticidade da bexiga, a redução da velocidade do jacto miccional e o aumento do número de contrações vesicais involuntárias) (Abreu, N. de S. 2006).

Muitos dos casos de IU não são diagnosticados por falta de procura de tratamento pelos que dela sofrem e pela insuficiente preparação dos profissionais de saúde na sua abordagem, diagnóstico, encaminhamento diferencial e tratamento. Observa-se uma grande diferença entre a prevalência de IU auto declarada e a existência de diagnóstico médico dessa condição, pois mesmo quando objetivamente questionadas sobre este assunto, muitas vezes procuram omitir o problema e ficam

constrangidas a relatá-lo aos profissionais de saúde, sofrendo em silêncio. (Lopes, M. H.; Higa, R., 2006; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2008). Os pacientes com mais de 65 anos de idade devem ser rotineiramente questionados sobre seus hábitos de micção (DuBeau, C. E. 2013).

3.4 - Perspetiva gerontológica da Fisioterapia na Incontinência

Urinária da mulher sénior

A base da intervenção da FTUG apresentada nesta investigação, envolve múltiplos procedimentos educacionais e uma forte componente prática centrada na prática de atividade física (AF) global e específica dos MPP. Sendo a população alvo feminina e sénior, a AF revela-se segundo inúmeros estudos, como salutar e fundamental em qualquer intervenção geriátrica.

Tendo 2012 sido o Ano europeu do envelhecimento ativo da solidariedade entre gerações, faz todo o sentido salientar a importante contribuição que a fisioterapia pode dar à população sénior nesse sentido. A Associação Portuguesa de Fisioterapeutas - Grupo de interesse em Envelhecimento, tem como objetivos desenvolver ações de formação, investigação e divulgação ligadas à área do Envelhecimento enquanto processo de desenvolvimento e ativo do curso da vida. O grupo contribui como modelo de referência em Fisioterapia, através da partilha de conhecimentos e experiências envolvendo todas as estruturas profissionais com interesses específicos na área do Envelhecimento e População Idosa.

A fisioterapia ocupa-se do fomento da saúde, da prevenção de problemas, potenciação de capacidades residuais, do tratamento específico das sequelas que, a nível orgânico e funcional, originam muitos processos patológicos dos idosos. (Serrano, G. 2004) Assim, tem como objetivo a promoção, manutenção e recuperação da saúde específica do idoso, auxiliando na prevenção às quedas, melhora da força muscular, equilíbrio, propriocepção e coordenação motora, manutenção da autonomia e independência funcional do idoso, prevenção e controle de doenças, contribuindo assim para o envelhecimento saudável e bem sucedido.

Neste trabalho, quando referimos AF global será o tipo de atividade que envolve movimentos de vários segmentos corporais de forma simultânea e coordenada, quando referimos AF específica iremos centrar-nos em pequenos movimentos/exercícios específicos e envolvendo certos músculos de forma isolada. A AF global refere-se às atividades em que algumas pacientes já então inseridas na sua comunidade, geralmente em sessões de grupo como é exemplo as sessões de Hidroginástica, Pilates, Tai-chi, ioga, etc., ou eventualmente sessões individualizadas de Pilates, por exemplo. A AF específica em FTUG refere-se ao treino dos MPP (TMPP) individualmente e às classes terapêuticas para o TMPP, em grupo, que estão implementados no serviço de MFR do Hospital de Braga.

O TMPP toma por base os princípios neurofisiológicos do exercício, com as adaptações agudas e crónicas, associadas aos princípios biológicos do treino e às suas especificidades individuais, sendo o paciente envolvido no seu processo de reabilitação de uma forma ativa e responsável, para ser possível e eficaz a sistematização do referido treino.

No mestrado em gerontologia, na abordagem da temática *Qualidade de Vida e Envelhecimento*, foram analisados inúmeros artigos científicos tendo-se realçado alguma falta de consistência dos benefícios “*anti aging*” apontados à prática de AF, à luz das teorias biológicas do envelhecimento.

Nesta investigação revela-se de interesse clarificar aqueles benefícios, visto que, a FTUG se baseia numa abordagem holística e individualizada da mulher sénior, numa perspetiva biopsicossocial. Neste subcapítulo, pretende-se assim refletir acerca da prática de AF, global ou específica, com base em algumas teorias no âmbito da problemática do envelhecimento.

Analisando a literatura gerontológica referente à AF e à fisioterapia, realçou-se a sua importância para o envelhecimento bem sucedido: qualidade de vida, satisfação e bem-estar.

O aumento da esperança média de vida e os avanços científicos na área da saúde permitem que as pessoas vivam mais tempo e melhor, neste sentido a Fisioterapia, aliada às ciências médicas, tem vindo a dar o seu contributo. Na área da FTUG no tratamento da IU, essa intervenção tem vindo a expandir mundialmente, avaliando

pela crescente produção científica, divulgação dos meios de comunicação social e pela abertura da opinião pública para a desmistificação de tabus relacionados com a dimensão íntima da mulher. No Hospital de Braga, a FTUG, tem acompanhado essa tendência com o alargamento do horário de funcionamento, diversificação da intervenção, investimento em tecnologia e formação contínua dos colaboradores.

A IU associada ao avançar da idade, ainda que de maior prevalência em relação à população em geral, não é generalizada. A entrada na velhice depende de vários aspetos que ultrapassam limiares da mera cronologia. (Farinatti, P. 2002) Para Baltes & Smith (2004), o processo de desenvolvimento é dinâmico e contextualista, sendo contínuo, multidimensional e multidireccional e com influências genético-biológicas e socioculturais.

O envelhecimento bem sucedido baseia-se em seleção de metas, otimização dos meios para as atingir e a busca de compensações se necessário. (Neri, A. L. 2006) Assim, com o avançar da idade, há que fazer o melhor possível com os recursos disponíveis, tendo que se implementar políticas de cuidados de saúde primários e de educação social no sentido da manutenção de certas atividades, de sentimentos de satisfação com essas mesmas atividades e com a vida em geral.

“A idade não é uma fatalidade nem uma doença. Todos conhecemos jovens velhos e velhos jovens...a idade cronológica não corresponde à idade biológica.” (Rueff, D. & Nahon, M. 2004). Azeredo (2010) realça três fatores essenciais a uma velhice bem sucedida: saúde; manutenção de um elevado nível de funcionamento cognitivo e físico e manutenção da participação social, mesmo após a reforma.

O não aceitar as *“dores articulares, as tensões musculares, as vertigens, as insónias, as rugas, as securas cutâneas ou vaginais, as impotências mentais ou sexuais como absolutas e irreversíveis fatalidades; não renunciar a movimentar-se, a praticar uma atividade física moderada, a trabalhar por prazer, pode ajudar o indivíduo a envelhecer melhor (...) Estes não procuram prolongar a juventude, mas antes conhecer uma idade nova: nem juventude nem velhice, idade da experiência de vida, da saúde preservada e por vezes recuperada”*. (Rueff, D. & Nahon, M. 2004)

A IU é sem dúvida um problema social e higiênico, que afeta frequentemente a mulher sénior provocando sentimentos de vergonha e isolamento social que têm um grande impacto na sua qualidade de vida (Dumoulin, C. & Hay-Smith, J. 2010).

A QV é passível de ser melhorada, sendo: “ *A percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.*”(Azeredo, Z. 2010) A QV é afetada pelas perdas e carências que a atingem, mas o efeito perturbador desses eventos depende essencialmente do significado que lhes atribui. (Barreto, J. 2005) Assim, o modo como cada ser humano envelhece, não depende apenas da dimensão biológica, é influenciado por crenças, história de vida, realização pessoal, contexto sociocultural e familiar, recursos económicos, diferenças pessoais.

Vários autores defendem a prática AF como estratégias para prevenir o processo de envelhecimento, retardando algumas das disfunções comuns na idade avançada e promovendo o bem-estar e qualidade de vida. (Farinatti, P. 2002; Almeida, A. R. 2010) Também o TMPP enquanto AF específica, propicia inúmeros benefícios à mulher sénior no âmbito da sua intimidade.

O aumento notável da expectativa de vida leva a que um terço da vida da mulher ocorra na pós-menopausa. Este marco na vida da mulher está carregado de tabus e preconceitos que têm que ser desmistificados. O avanço na idade vai arrastando consigo inúmeras consequências físicas, psíquicas, emocionais, sociais... que afetam sobejamente a intimidade da mulher, contudo é possível contornar eficazmente essas adversidades, reajustando as múltiplas dimensões da pessoa.

Ao longo do tempo várias têm sido a teorias desenvolvidas para clarificar o enigmático processo de Envelhecimento.

Todos os seres vivos envelhecem e experimentam alterações consideráveis desde o nascimento até à morte, contudo essas alterações surgem de forma individualizada, em ritmos e amplitudes diferenciadas. Este processo é lento e insidioso, mas o temor da senescência e em particular da morte é o impulsionador da busca das fórmulas de prolongamento da vida e do elixir da juventude. (Fonte, I. B. 2002).

Tendo por base estes pressupostos, a ciência tem vindo a propor diversas teorias para tentar clarificar as causas e as estratégias para enfrentar este complexo processo, embora nenhuma tenha sido comprovada e validada na íntegra. Serão aqui abordadas algumas delas mas na realidade elas complementam-se entre si em diferentes aspetos.

No estudo de Farinatti (2002) apresenta-se várias correntes teóricas em que, “o papel do exercício como estratégia de prevenção do envelhecimento parece, no mínimo, incerto.”

As **teorias biológicas** do envelhecimento baseiam-se na degeneração da função e estrutura dos sistemas orgânicos e das células. Nesta teoria está alicerçado o carácter inevitável e fatalista da senescência, contudo a ciência/medicina *anti-aging* investindo no aumento da longevidade e da qualidade de vida revela-se o grande desafio do nosso século.

As alterações anatomofuncionais dos sistemas músculo-esquelético afetam diretamente o trato urinário e há múltiplos fatores relacionados com o envelhecimento contribuem para o aparecimento/agravamento das disfunções miccionais no idoso. Os estudos no âmbito da FTUG indicam que há benefícios efetivos no TMPP em termos dos comportamentos miccionais adequados e na promoção da continência (Driusso, P., & Chiarello, B. 2007).

As **teorias estocásticas** trabalham com a hipótese de que o envelhecimento dependeria do acúmulo de agressões ambientais que atingem um nível incompatível com a manutenção das funções orgânicas e da vida. (Farinatti, P. 2002)

O nosso organismo está permanentemente submetido a agressões: radiações, infecções, traumatismos... respondendo-lhes com mecanismos de reparação determinados no ADN. Contudo, nestes mecanismos podem surgir pequenos erros, que por acumulação acabam por provocar a morte celular. (Rueff, D. & Nahon, M. 2004)

No âmbito desta teoria e relativamente à IU na mulher sénior esta é geralmente multifatorial, contribuindo para o seu desenvolvimento “agressões” que acabarão por prejudicar o mecanismo de continência, como por exemplo o número de partos vaginais e suas eventuais complicações, obesidade, obstipação e outras condições associadas a aumento da pressão abdominal (Fenner, D. E. & Hsu, Y. 2010).

A **teoria do wear and tear** é a precursora do conceito de falhas na reparação. Metaforicamente, o corpo humano aparece identificado mediante a noção de obsolescência progressiva, em que o organismo tenderia a apresentar falhas à medida que seu tempo de utilização aumenta. O idoso responde mais lentamente e menos eficazmente às alterações ambientais, devido a uma deterioração dos mecanismos fisiológicos, tornando-se mais vulnerável. (Farinatti, P. 2002)

Na **teoria com base genética**, o processo do envelhecimento seria um *continuum* do nascimento até a morte, geneticamente programado.

Eventos como a puberdade, a menarca, a menopausa e a senescência, seriam regulados por “relógios biológicos” celulares e o declínio funcional das células e sistemas dependeria da ação de genes específicos. A puberdade parece respeitar um padrão mais ou menos constante em todos os indivíduos, o mesmo não acontece com o envelhecimento (Farinatti, P. 2002).

Em relação à IU na mulher sénior verifica-se uma elevada incidência, contudo tal situação não é generalizada, nem segue um padrão sintomático linear daí a necessidade de uma avaliação clínica exaustiva e pormenorizada, da situação atual e do histórico retrospectivo.

O envelhecimento celular tem início quando começam a ocorrer erros em processos como a transcrição e transporte de material genético, ou mutações somáticas. Segundo aquele autor, esses erros trariam consequências negativas à renovação celular. Assim, dificilmente a AF poderia influenciar uma função celular geneticamente programada.

Contudo, a **teoria ecológica** pressupõe que o processo de envelhecimento, resulta da interação entre um determinado património genético e o ambiente a que se encontra exposto (Sequeira, C. 2010).

Na **teoria com base no desequilíbrio gradual** a diminuição do potencial imunológico torna todas as estruturas do corpo mais vulneráveis a enfermidades de todos os tipos.

Um importante pilar de regulação é o eixo hipotalâmico-pituitário que influencia funções hormonais, como: hormonas de crescimento, tiroideias, adrenais,

sexuais e de glicocorticoides, responsáveis pelas taxas metabólicas, síntese proteica e mineralização óssea, entre outras funções. Este eixo é apontado como regulador da velocidade do envelhecimento devido a carências hormonais. A administração terapêutica de doses suplementares dessas hormonas tende a reverter essa situação. (Farinatti, P. 2002; Rueff, D. & Nahon, M. 2004).

O processo de envelhecimento estaria assim, relacionado com o desequilíbrio progressivo da regulação hormonal, produzindo outros desequilíbrios metabólicos e fisiológicos, desencadeando uma cascata de distúrbios que caracterizam o envelhecimento. (Farinatti, P. 2002)

A **teoria dos danos de origem química**, refere o mesmo autor, pressupõe que a estrutura da célula pode ser danificada por várias agressões (vírus, radicais livres, traumatismos, radiações ou temperatura...), estas vão-se acumulando no tempo, diminuindo a capacidade de correção das lesões e o sistema orgânico afetado tem sua função prejudicada. Estes declínios funcionais, aconteceriam durante toda a vida.

Em relação à IU na mulher idosa é comum ocorrer a redução da pressão máxima de fechamento uretral devido a atrofia dos tecidos que revestem e envolvem a uretra, a bexiga e a vagina, sendo agravadas com as alterações hormonais da menopausa, infeções, uretrites, neuropatias, doenças concomitantes e efeitos colaterais de medicamentos. (Danforth, K. N. *et al.*, 2006; Fenner, D. E., & Hsu, Y. 2010).

Do metabolismo oxidativo advém os radicais livres, substâncias tóxicas que acabam por danificar as células e causar o envelhecimento, pois provocam alterações e disfunções que se acumulam, até o ponto em que a própria célula morre. Com a idade, isso tende a acontecer num número cada vez maior de células. (Farinatti, P. 2002)

Tem-se vindo a defender que as diversas espécies envelhecem a um ritmo diferente segundo a produção e a resposta por parte das células aos radicais livres. Contudo, vários estudos recentes põem em causa a preponderância do stress oxidativo como explicação do envelhecimento a nível molecular. (Pérez *et al.*, 2009; Doonan, *et al.*, 2008)

O exercício agudo eleva as taxas metabólicas e aumenta a produção de radicais livres, contudo, tal é compensado pelos seus efeitos crónicos, aumentando a atividade

enzimática que trava a oxidação celular. A escolha da intensidade adequada é fundamental, sendo o exercício físico de intensidade moderada um potente agente antioxidante. (Sampaio, R. C. & Moraes, C. 2010; Farinatti, P. 2002) Também em relação à FTUG, estes pressupostos se aplicam ao TMPP.

A **teoria com base na restrição calórica** teria impacto sobre a taxa metabólica basal, influenciando as defesas antioxidantes ou a renovação celular, como proteção contra o envelhecimento. Considerando a redução das taxas metabólicas de repouso como premissa fundamental, tem que se reconhecer que as influências da AF no envelhecimento celular permanecem obscuras. (Farinatti, P. 2002)

A prática regular de AF é firmemente defendida como prevenção do envelhecimento. Contudo, com base nestas teorias biológicas mais específicas, não há evidências claras para relacionar o treino de AF, global ou específica, com a degenerescência das células. Assim a contribuição da AF, bem como do TMPP, no processo de envelhecimento, residirá mais nos aspetos funcional e epidemiológico (manutenção da autonomia e prevenção de doenças), do que na ação direta sobre os mecanismos biológicos da senescência. (Farinatti, P. 2002)

Vários estudos revelam que a prática de AF promove acréscimos de autoestima, satisfação e qualidade de vida, centrando-se na abordagem do idoso na dimensão da pessoa como um todo, no seu contexto sociocultural e face às suas expectativas de vida...muito para além da mera biologia. *“Não há envelhecimento em si, mas sim envelhecimento de um indivíduo singular pois cada um envelhece de uma forma particular mediante o seu inato e o seu adquirido.”* (Rueff, D. & Nahon, M. 2004)

Tradicionalmente, procurou-se entender o envelhecimento como forma de encontrar sua superação. Nas últimas décadas a preocupação passou a ser o entendimento da realidade dos idosos. Assim, passou-se de uma abordagem centrada nos aspetos individuais e biológicos da velhice, para uma perspectiva holística do idoso e globalizada em termos de coletivo social. (Fonte, I. B. 2002)

As pessoas idosas vão-se deparando com perdas ou sucessivas privações, criando fragilidades psicoafectivas e sentimentos de intensa vulnerabilidade. Neste sentido, as **teorias psicológicas** descrevem diferentes maneiras de envelhecer relacionando com a inteligência, memória, personalidade, motivação, habilidades,

pois segundo Constança Paúl (1991)¹, tudo isto, quando exercitado, contribui para a preservação da capacidade funcional e bem-estar dos idosos.

Em qualquer intervenção geriátrica na área da saúde, a empatia e o encorajamento de forma personalizada e contextual são fundamentais para a relação e evolução terapêutica.

Dentro das **teorias sociológicas** refere-se que, de uma forma natural, os idosos acabam por diminuir os seus relacionamentos e apertar o círculo de contactos sociais, constatando-se que por vezes a velhice acaba por conduzir a pessoa ao isolamento.

Em termos psicossociais, a IU tem grande impacto negativo na vida da mulher pois esta tem de lidar constantemente com o receio e o constrangimento das perdas involuntárias de urina, o desconforto de roupas húmidas, o uso constante de fraldas e/ou pensos absorventes e o cheiro desagradável de urina. Além disso, nesta fase também há maior prevalência de incontinência fecal e prolapsos uterinos. (Baracho, E. 2007; Bohle, B., *et al.*, 2011; Botlero, R., Bell, R. J., Urquhart, D. M., & Davis, S. R. 2011).

A IU em idosos é um dos cinco principais motivos para a sua institucionalização, bem como, a imobilidade, o comprometimento cognitivo, quedas e as sequelas de acidente vascular cerebral (Guedes, F., & Sebben, V. 2006).

A falta de papel social por abandono da atividade produtiva conduz o idoso à perda de autoestima e a grande disponibilidade de tempo acarreta a necessidade de se adaptar a novos papéis.

Do estudo *Kansas City Study* formularam-se duas teorias distintas, a da atividade e a do “*desengajamento*”. (Doll, J., Gomes, Â., Hollerweger, L., Pecoits, R., & Almeida, S. 2007). Por atividade entende-se qualquer ação regular que possui uma rotina física ou pessoal instituída. (Doll, J., Gomes, Â., Hollerweger, L., Pecoits, R., Almeida, S. 2007). Estas trazem, geralmente, maior satisfação à vida das pessoas adultas maduras e idosas, tornando-as mais ativas. A **teoria da atividade** teve influência nos comportamentos dos idosos e no surgimento de movimentos sociais, centros de lazer e da educação não-formal para adultos maduros e idosos.

¹ cit in: < <http://pt.shvoong.com/social-sciences/1684958-teorias-envelhecimento/> > Consultado em: Novembro de 2010

Esta teoria foi impulsionadora do conceito de velhice ativa e produtiva, mediante o trabalho remunerado ou voluntário, deixando de ser sinónimo de exclusão e incapacidade para assumir um conceito de total inserção social. (Fonte, I. B. 2002) Esse conceito requer condições mínimas de saúde física, mental e social, sendo a AF um importante precursor do envelhecimento ativo e saudável, permitindo a preservação da independência e autonomia dos idosos. (Porto, M. C. & Junior, A. F. 2010)

Por outro lado, desenvolveu-se a **teoria do *desengajamento*** em que, “*O desengajamento é considerado funcional tanto para o indivíduo como para a sociedade, uma vez que, com o afastamento do idoso do mundo produtivo, possibilita à sociedade abrir espaço para os mais jovens e mais eficientes e, assim, manter a estabilidade social, enquanto dá ao idoso tempo para se preparar para o desengajamento total: a morte.*” (Doll, J., Gomes, Â., Hollerweger, L., Pecoits, R., & Almeida, S. 2007)

Este afastamento é um processo natural e espontâneo, reforçando a ideia de que à medida que o indivíduo vai envelhecendo as interações sociais vão diminuindo e, por isso, é inevitável. Conforme a teoria, para se manter o equilíbrio da sociedade, todo o sistema precisa promover o desengajamento dos idosos (Azeredo, Z. 2011). Esta teoria, dá ainda mais suporte à restrição dos contatos sociais que se verifica nas mulheres com IU, exacerbada pela patologia e pelas consequências psicológicas.

A **teoria da modernização** toma por base que num mundo em constante mudança e inovação, o idoso está conotado como ultrapassado. Esta reflete a imagem do idoso que perdeu totalmente a função de transmissor de conhecimentos, devido à transmissão dos “conhecimentos na forma escrita ou digital, e com a profissionalização da educação (professores)” (Doll, J., Gomes, Â., Hollerweger, L., Pecoits, R., & Almeida, S. 2007), aliada à constante inovação científica e do saber.

As **teorias do desenvolvimento** reforçam a elevada relação entre o funcionamento sensorial e o funcionamento cognitivo, os fatores biológicos podem também ser bons preditores do funcionamento intelectual. (Sequeira, C. 2010)

A gerontocracia de outrora, baseada em “valores como respeito à hierarquia, piedade filial e da importância de uma linhagem de sangue (Doll, J., Gomes, Â.,

Hollerweger, L., Pecoits, R., & Almeida, S. 2007), com o processo de modernização decaiu fortemente. Esta queda é tanto maior se o idoso se sentir em posição desvantajosa em relação ao autodomínio do seu corpo, como acontece com incontinência urinária.

“Envelhecer é inexorável. Todos os seres vivos nascem, envelhecem e morrem. Este determinismo está geneticamente programado e constitui o envelhecimento primário.” (Clara, J. G. 2008) O envelhecimento secundário, resulta da influência do ambiente, dos nossos comportamentos, estilos de vida, doenças infecciosas e outras, que comprometem um envelhecimento com qualidade.

Neste sentido a educação desempenha um papel de primordial importância. Para Barreto (2005), a cultura rasga os horizontes do plano biológico e assim sendo, poderemos investir neste valioso meio de transmissão de conhecimentos e competências, na sensibilização da população para as problemáticas do envelhecimento em geral e também para problemas específicos como é o caso da IU, implementando programas educacionais de prevenção e promoção da saúde.

3.5 - Fisioterapia na geração grisalha

Na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento reforçou-se o conceito de envelhecimento ativo: “*processo pelo qual se otimizam as oportunidades de bem estar físico, social e mental durante toda a vida com o objectivo de ampliar a expectativa de vida saudável, a produtividade e a qualidade de vida na velhice.*” (ONU, 2002 cit. in Azeredo, Z. 2011)

Assim, pretende-se aumentar a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida de quem está envelhecido e de quem está a envelhecer.

O conceito de QV na velhice está muitas vezes associado a questões de dependência- autonomia. Na área da saúde este conceito foi sendo introduzido aquando da mudança do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial (Azeredo, Z. 2011)

O mesmo autor refere que em Portugal, em 2005 (Azeredo, Z. 2011), foi realizado o estudo INDID (Independência em idosos) a nível nacional, baseado na avaliação multidimensional de idosos de ambos os sexos, com seguimento médico em regime ambulatorio. Nesse estudo a mulher revelou-se associada a maior isolamento social, depressão e dependência nos autocuidados devido a IU.

Noutro estudo português de 2009 (Pereira, Roncon & Carvalho cit in Azeredo, Z. 2011) revela que as mulheres têm pior QV nos diferentes domínios e maiores índices de depressão e ansiedade.

Em prol da QV e do envelhecimento bem sucedido, os profissionais desta área têm que trabalhar em conjunto e estar inseridos em equipas cada vez mais diferenciadas e multidisciplinares, no sentido de preservar a autonomia do idoso, prevenir a sua dependência de terceiros e incapacidades funcionais, revigorar a motivação e a satisfação com a vida, promovendo o convívio social e familiar satisfatórios.

A saúde vai-se construindo e conservando ao longo da vida num *continuum* que se espera não patológico, mas que é diferencial e irreversível (Azeredo, Z. 2011).

Bem envelhecer tem que ser uma decisão prioritária na atualidade.

Face aumento exponencial da população sénior, aumenta a necessidade de profissionais especializados nesta área, para um atendimento adequado e eficaz, com base nos pressupostos da gerontologia. A intervenção terapêutica impessoal e não especializada poderá contribuir para o aumento da fragilização, vulnerabilidade e isolamento da pessoa idosa (Carvalho, E. M. R.; Garcês, J. R.; Meneses, R. L.; & Silva, E. C. F. 2010; Sequeira, C. 2010).

Torna-se necessário um trabalho multidisciplinar mais humanizado, baseado na relação de respeito, amizade e compreensão entre profissional da saúde e o idoso. Aquele autor afirma que apenas conhecendo melhor as necessidades, dúvidas e medos que norteiam a população idosa, será possível estabelecer metas realistas e tratamento eficazes.

A fisioterapia gerontológica visa a promoção da saúde, a prevenção de problemas, potenciação de capacidades residuais, o tratamento das sequelas que, a nível orgânico e funcional, originam muitos processos patológicos dos idosos, bem como, a reabilitação e, indiretamente a reinserção social. (Serrano, G. 2004)

Os indivíduos que são fisicamente ativos apresentam melhor estado de saúde em geral, menores gastos de saúde e menos limitações de mobilidade do que seus colegas sedentários. (Morey, M. C. 2014).

A dependência física do idoso tem grande impacto para si e para a sua família, lançando novos desafios para ambos, o que poderá culminar na institucionalização. A família tem que ser bem orientada pelo FT quanto à manutenção e recuperação da saúde do idoso em situação de limitação e/ou dependência (Carvalho, E. M. R., Garcês, J. R.; Meneses, R. L.; & Silva, E. C. F.2010).

É da competência do FT o estudo do movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas suas alterações patológicas, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, com o objetivo de preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade do órgão, sistema ou função.

Face às repercussões psicossociais e à elevada prevalência de IU na mulher sénior, a FTUG revela-se de primordial importância na prevenção e como tratamento dessa condição. Tal como já foi dito, o incentivo à prática regular de AF global e específica é uma das nossas diretivas de intervenção na FTUG, uma vez que a sendo

a IU uma condição multifatorial, os benefícios associados a essa prática ajudarão a minimizar alguns dos fatores de risco.

A participação regular em programas de AF para grupos de idosos, permite à mulher sénior preservar a funcionalidade, minimizar o declínio funcional e reduzir o risco de quedas. (Hatch, J. & Lusardi, M. 2010) Estes programas devem ser desenhados de forma a maximizar a oportunidade de os participantes melhorarem a sua capacidade funcional, força, mobilidade, resistência, aumentarem a sua vitalidade, reduzirem o stress, promoverem o relaxamento, a boa disposição e a felicidade e, de criarem novas amizades, visando a sua adesão e a continuidade da prática. (Almeida, A. R. 2010) Assim, melhoram a qualidade de vida e bem-estar, facilitando o relacionamento social e combatendo a solidão. (Filgueiras, M. C., Menezes, J. N. R., Apolônio, M. D. F., & Borges, R. T. 2009).

Os benefícios associados à prática de AF em idosos, são sistematizados por Almeida (2010), em cinco categorias:

- *“Benefícios fisiológicos, relacionados com a melhoria do funcionamento dos vários sistemas do organismo, da aptidão física e do desempenho motor e da redução dos factores de risco de doenças coronárias.*
- *Benefícios psicológicos, relacionados com a melhoria do bem-estar psicológico, da saúde mental, do estado de humor e com o alívio de sintomas depressivos.*
- *Benefícios sociais, relacionados com a valorização individual, interacção e integração social, manutenção de papéis e de redes sociais.*
- *Benefícios ao nível da saúde e qualidade de vida, relacionados com a promoção de uma vida saudável, com autonomia e independência funcional.*
- *Outros, relacionados com o aumento do nível de actividade, dinamismo, predisposição e energia.”*

Vários estudos revelam que a prática de exercícios físicos e mentais, individuais e em grupo é importante para um envelhecimento saudável, podendo prevenir, minimizar e/ou reverter muitos problemas do envelhecimento (Banhato, E. F., Scoralick, N. N., Guedes, D. V., Atalaia-Silva, K. C., & Mota, M. M. 2009). Os idosos com moderado a bom desempenho físico, apresentaram melhores níveis de

satisfação na saúde percebida e de bem-estar subjetivo. (Sposito, *et. al.*, 2010) Nas idosas com IU esta situação é facilitadora, promissora de melhor prognóstico e de adesão ao tratamento, visto que o TMPP é algo muito específico, que requer concentração mental e boa consciencialização corporal.

Quanto ao desempenho cognitivo de idosos ativos, evidenciou-se uma relação estatisticamente significativa entre atividade, escolaridade e cognição. (Banhato, *et.al.*, 2009). É de realçar que as políticas de consciencialização devem ser desenvolvidas numa linguagem que alcance e sensibilize as camadas menos escolarizadas. (Banhato, E. F., Scoralick, N. N., Guedes, D. V., Atalaia-Silva, K. C., & Mota, M. M. 2009).

Em relação à AF, vários autores (Banhato, E. F., Scoralick, N. N., Guedes, D. V., Atalaia-Silva, K. C., & Mota, M. M. 2009; Filgueiras, M. C., Menezes, J. N. R., Apolônio, M. D. F., & Borges, R. T. 2009; Sequeira, C. 2010; Azeredo, Z. 2011) referem ser um agente neuroprotetor contra desordens degenerativas do sistema nervoso central, melhora a quantidade e qualidade do sono, aumenta a autoestima e do bem-estar, melhora o humor, a ansiedade, a depressão e a resistência a doenças, além de evitar e/ou diminuir o *stress*, promovendo maior qualidade de vida, independência funcional e crescimento pessoal.

A AF representa uma atividade de lazer para idosos, atuando na carga, descarga e renovação de energias; na revitalização e desbloqueio dos pensamentos monótonos e rotineiros. (Navarro, F. M., Rabelo, J. F., Faria, S. T., Lopes, M. C. L., & Marcon, S. S. 2008).

As idosas seguidas na FTUG referem a importância do acompanhamento do fisioterapeuta tanto no tratamento individual como em grupo, pelo estímulo e orientação para a realização correta dos exercícios e, também, pelo apoio emocional para lidar com este problema. Esses relatos ressaltam a importância de uma abordagem humanizada e empática por parte dos fisioterapeutas que trabalham com a população sénior e a valorização destas atitudes pelos idosos.

Vários são os estudos que se vão desenvolvendo com idosos...

A “*Fisioterapia Comunitária aplicada na melhor idade*” (Moraes, N. B., Freitas, C. M., Aguiar, I. B., & Pereira, E. R. 2010) tendo como objetivo garantir a

qualidade de vida, através da redução do quadro álgico, facilitou o retorno das atividades funcionais e cognitivas, contribuindo para melhores condições de vida dos idosos institucionalizados.

No estudo de Porto e Junior (2010) baseado na atividade cinético-funcional acompanhada por música, os idosos foram submetidos a exercícios específicos para a prevenção de quedas. Os resultados foram a melhoria da amplitude articular, da coordenação motora, da marcha, do padrão respiratório, da atenção, bem como, dos contactos sociais e da autoestima.

No estudo de Macedo, Gazzola e Najas (2008) a fisioterapia teve um importante papel na reabilitação dos pacientes com a Síndrome da Fragilidade, auxiliando o alívio dos sintomas, a promoção da independência e qualidade de vida.

Programas de AF em grupo como estes, além de proporcionarem os benefícios apresentados, têm certamente uma ação ainda que indireta no controle miccional em sentido lato. Estes promovem uma grande interação com o fisioterapeuta e podem ser uma oportunidade de despiste de eventuais situações que necessitem de acompanhamento específico e diferenciado como é o caso da IU. O problema da IU é amplamente subdiagnosticado, sendo necessário desmistificá-lo como uma fatalidade do avançar da idade.

CAPITULO 4:

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O acompanhamento da situação clínica de IU deste estudo de caso, teve a duração de 2 anos, tendo-se iniciado durante um tratamento de fisioterapia por um problema ortopédico, no serviço de MFR do HB, em junho de 2012. A situação de IU foi detetada pelo FT, que procedeu à sensibilização da paciente para esta problemática, prestando alguns esclarecimentos. Isto proporcionou-se porque a FTUG existe no HB e é uma das áreas de especialização da FT que a acompanhava e só foi possível pela aproximação e relação terapêutica de empatia que foi estabelecida com esta paciente.

O aconselhamento inicial baseou-se nas recomendações dos estudos referenciados neste trabalho de investigação: a FTUG deve ser considerado como tratamento de 1ª linha em todas as mulheres com IU de *stress*, urgência ou mista (Coelho, M., & Vilaça, M. 2009; Price, N., Dawood, R., & Jackson, S. R. 2010; Glisoi, S., & Girelli, P. 2011; DuBeau, C. E. 2013) por ser minimamente invasivo. Contudo a paciente diz desconhecer esta intervenção e refere que o seu médico também nunca a referenciou.

Vários autores, como Baracho, E. (2007) e Lopes, M.H. & Higa, R. (2006) referenciam o impacto negativo da IU na vida das pacientes, e neste caso clínico este está bem evidente nos resultados obtidos na 1ª avaliação, em que o diagnóstico foi de IU grave, como se verificou mediante:

- O ICIQ-SF, em 2012 e quando iniciou a FTUG em 2013, apurou valores elevados e preocupantes em termos de máximo incómodo devido à perdas de urina, visto que, 21 é o limite máximo da escala e os valores obtidos foram 17 e 14 respetivamente.
- A escala de Ditrovie revelou um importante impacto psicológico e funcional da IU no estado de saúde e QV da paciente, com 3,9 de pontuação global, sabendo que 5 corresponde ao pior estado de saúde. Nas dimensões

específicas apresentava também valores elevados em especial, na Atividade (4,3), Imagem (4) e Repercussão emocional (4,2).

- O Índice de Perda foi significativo (3,5), estando próximo do valor máximo em termos de perdas que é 5.
- O discurso da paciente foi revelador: “ (...) *andar sempre a correr para a casa de banho (...) é uma desgraça! (...) A tristeza que se apoderou de mim... vem muito daí. Bem sei que a vida vai mudando e os anos não perdoam (...) já caí tantas vezes com as pressas de ir à casa de banho (...) deixei-me de poder ir aos recados à rua (...) não vou às compras (...) eu que era tão amiga de convívios (...) acabou tudo! (...) tenho muito medo de passar vergonhas!*”

As estratégias da paciente para tentar minimizar a IU, além de evitar as saídas à rua, foram: “*andar sempre de fralda (...) tentar encobrir este problema (...) andar sempre de calças pretas (...) levo uma saca atrás para me mudar.*”

A tentativa e a possibilidade de encaminhamento para a consulta de especialidade no HB, partindo do dever ético de beneficência por parte dos profissionais de saúde, foi de grande valor para a melhoria da QV e bem estar da paciente: “*estou a ficar um bom bocado melhor! (...) ando tão feliz que nem calcula. (...) é só triste que haja tanta gente a sofrer e não saibam destas coisas.*”

As *guidelines* NCCWCH (2006) defendem a FTUG com duração mínima de 3 meses, contudo neste estudo de caso o acompanhamento efetivo do FT, durou sensivelmente 2 meses, visto que, face à disponibilidade e organização do serviço os 20 tratamentos ocorreram maioritariamente em sessões trissemanais. Na avaliação inicial e face ao diagnóstico de IU grave e o prognóstico estabelecido, não era previsível alcançar os objetivos neste espaço temporal. A complexidade organizacional e gestão da lista de espera deste sector, ditaram que os objetivos alcançados correspondessem a alta clínica. O potencial e motivação da paciente, talvez permitisse maximizar os ganhos de performance dos MPP, com a continuidade do acompanhamento especializado da FTUG.

Vários autores defendem a importância do preenchimento do Diário Miccional, de três a quatro dias e abranger as atividades vida diárias habituais (ANAES, 2000; NCCWCH, 2006) para a compreensão da ingestão de líquidos, horas da micção, perdas urinárias e seu motivo. Contudo, neste estudo de caso, tal aconteceu apenas durante dois dias na avaliação inicial e um dia na última, visto que, a paciente não teve grande receptividade a este tipo de registro. Neste contexto, as melhorias em termos de redução de perdas e aumento do tempo entre as micções, foram constatadas neste diário e nas afirmações das últimas sessões: *“já aguento mais de 2 horas sem ir à casa de banho, ou até mais.”* e quanto a perdas: *“apenas uma a duas vezes por semana”*.

Para Azeredo (2011), a água assume grande importância na roda dos alimentos do idoso e recomenda-se a ingestão de 1,5 a 2 litros por dia. No caso apresentado, mediante o diário miccional, verifica-se a ingestão de uma quantidade de líquidos (chá e água) adequada.

As queixas de perda urinária, geralmente exacerbam-se na posição ortostática devido à ação da gravidade sobre o PP (Laycock, J. 1994 *cit in* Rett, M., Simões, J., Herrmann, V., Marques, A., & Morais, S. 2005), havendo uma concordância com os parâmetros assinalados no Índice de Perda e fatores desencadeantes neste caso clínico.

Segundo Walker (2006) muitas das disfunções do PP podem ter origem em alterações músculo-esqueléticas que promovem desequilíbrios e desalinhamentos das articulações sacroilíacas, da sínfise púbica e sacrococcígea e para Chiarapa *et al.* (2007) o relaxamento abdominal poderá resultar numa pressão mais anterior, dirigindo as forças intra-abdominais para a fenda vulvar, e não para a região posterior anococcígea, assim a avaliação postural revelou-se importante na compreensão da situação clínica da paciente.

Os benefícios da FTUG, referidos por Bø (2004) no sentido de hipertrofiar os MPP, melhorar recrutamento muscular e a coordenação reflexa durante o esforço, foram bem evidentes na abordagem terapêutica deste caso clínico. Assim, tal como

afirma a paciente, sabe-se que no final da FTUG, comparativamente à avaliação inicial, os resultados foram positivos na IU:

- A força dos MPP, tanto na escala de Oxford modificada, como segundo o PERFECT aumentou de 1+ na 1ª sessão para 3+ e a PCE daqueles músculos, melhorou de 3/incorrecta para 8/correta.
- O *Pad test* demonstra a diminuição de perda de urina de 55 gramas para 8 gramas e o Índice de perda reduziu (de 3,5 para 1,9), resultado que se manteve 6 meses após o término da FTUG.
- O ICIQ-SF revela a diminuição do incómodo da IU (de 14 para 6) e 6 meses depois, para 4.
- A escala de Ditrovie demonstra a redução do impacto psicológico e funcional da IU na QV da paciente, de 3,9 para 2,3 (meio ano após a FTUG).

A FTUG além do objetivo de tratamento da IU, tem uma importante função educativa e de promoção da saúde, assim face ao estabelecimento das entrevistas terapêuticas nesta abordagem holística da paciente houve a oportunidade de aconselhamento específico e personalizado acerca da prevenção e/ou tratamento, dos fatores de risco presentes (comorbilidades e plurimedicação, obesidade e elevado perímetro abdominal, diabetes...), de hábitos alimentares, higiênicos e miccionais, bem como, melhorar a sua percepção de esquema corporal e da postura, incentivando a prática de AF regular com TMPP.

Neste caso, o incentivo à AF não resultou em alterações relevantes ao longo destes 2 anos, contudo recuperou as saídas à rua como se verificou nas entrevistas terapêuticas, o que já é considerado um passo importante em termos de autonomia. Todavia, 6 meses após ter terminado a FTUG, a paciente refere que quer muito ir para a hidroterapia numa piscina pública, revelando que não esqueceu o aconselhamento e reconhecendo a relação dos benefícios da prática regular de AF em relação à sua funcionalidade e na preservação do controle miccional que alcançou com os tratamentos.

Tal como se clarifica no capítulo: Problemática da IU na mulher sénior, que esta condição não é normal em nenhuma fase da vida, contudo é mais prevalente neste grupo, porque os fatores predisponentes são mais comuns nesta faixa etária, o FT foi tendo um importante papel a desmistificar ideias pré concebidas erradas. É exemplo disso, a paciente conformar-se com a IU com a justificação de ser normal face ao envelhecimento por acreditar não ter cura, como se verificou nas entrevistas iniciais. Ao longo da FTUG o discurso da paciente foi-se modificando em relação à IU, em especial, com os contactos intergeracionais proporcionados na sala de espera, nos tratamentos e na Classe de Grupo para TMPP.

Tal como defendem Berghmans *et al.*,(2003) e Bø *et al.*, (2007) as Classes de Grupo para TMPP, no HB, abarcam exercícios globais e específicos de coordenação motora, correção postural, respiração, alongamento associados ao TMPP realizados em várias posições. A participação desta paciente numa única sessão de grupo, deveu-se a questões de aptidão, disponibilidade e avaliação de prioridades, da própria e do serviço. Todavia, permitiu reforçar as informações já transmitidas, conhecer a realidade de outras utentes com este problema e englobar o aspeto intergeracional, desmistificando a IU, como problema do avançar da idade.

O diagnóstico e a avaliação desta paciente é concordante com o referido na literatura: A IU de urgência e mista são mais frequentes nas mulheres mais idosas e estão relacionadas com níveis inferiores de qualidade de vida, quando comparadas com a das mulheres que tem IU de *stress*. (Hunskaar, S. *et al.*, 2000; Lopes, M. H. & Higa, R. 2006; Dedicção, A. C., Haddad, M., Saldanha, M. E. S., & Driusso, P. 2008).

Os estudos referem que as causas IU na mulher sénior são diversas, fazendo referência ao número de partos vaginais, ao défice de estrogénios, obesidade, diabetes, obstipação, bem como, restrição da mobilidade e dificuldades na marcha, que são fatores de risco presentes nesta paciente. Neste estudo de caso, verificou-se o insucesso da FTUG na sensibilização do paciente para a necessidade da redução de perímetro abdominal e de peso, visto que a obesidade e as alterações posturais são factores que predispõe a IU. (Schröder *et al.*, 2010; Landefeld *et al.*, 2008; ANAES, 2000)

Segundo um estudo realizado por Wing *et al.*, 2010 a perda de 5 a 10% do peso corporal é suficiente para produzir benefícios na IU, devendo por isso a perda de peso ser considerada como tratamento inicial em utentes obesas com IU.

No estudo de Lorenzi *et al.*, (2006), a sexualidade mostrou-se um aspeto importante para a qualidade de vida das idosas. A mulher com IU geralmente refere também perturbações na atividade sexual como: sentir dor, não sentir prazer ou evitar a relação sexual, sentir vontade de urinar ou necessitar interromper a relação sexual para urinar. (Serenko, A., Morrison, B., & Suresky, J. 2010). Todavia, esta paciente apenas refere um certo constrangimento e relativamente à vivência da sua sexualidade referiu: “*ainda sou muito feliz com o meu homem (...) algumas dizem que deixaram-se disso na menopausa(...) Deus me livre, ia perder muita coisa boa. A vida é para viver, mas ainda mais o que vale a pena!*”, o que vai ao encontro da perspetiva de vários autores que consideram: “*desfrutam do sexo/sexualidade de maneira diferente de acordo com cada etapa da vida*”. (Santos, R. A., Nascimento, C. P., Biscoli, M. R., & Labadessa, V. M. 2010:4).

Os estudos referem a necessidade do TMPP em situações de IU ter acompanhamento efetivo de um FT especializado FTUG, nos exercícios terapêuticos e reeducação endovaginal e na aplicação da electroestimulação/ *biofeedback* perineal (Mørkved, S., Bø, K., Fjørtoft, T. 2002; Oliveira, K., Rodrigues, A., & Paula, A. 2007; Landefeld *et al.*, 2008), tal como aconteceu nos tratamentos efetuados no HB.

Bø (2004) e Keyock & Newman (2011) são alguns dos autores que defendem a necessidade de alcançar uma contração eficaz previamente aos momentos de aumento da pressão intra-abdominal (*knack*), reforçando o mecanismo de continência em situações de esforço. Na FTUG implementada neste caso clínico esta contração foi muito trabalhada, estando subjacente ao alcançar de alguns dos objetivos propostos: a) Controlar os sintomas de urgência urinária evitando perdas; b) Diminuir as perdas de urina ao tossir, espirrar e nos pequenos esforços; c) Reduzir a utilização de proteção higiénica. Estes objetivos propostos foram alcançados com sucesso.

Todo TMPP da FTUG foi baseado em contrações voluntárias repetidas de curta e longa duração, mediante as fibras musculares a trabalhar, conforme a literatura consultada.

A redução das perdas de urina nas AVD's da paciente estudada (Índex de perda) e a melhoria da qualidade de vida, no final da FTUG, parece ter um papel importante na reabilitação funcional, cognitiva, emocional e psicossocial, como defende Viana & Viana & Festas (2005).

Vários autores referem que a FTUG requer participação ativa e sistemática da paciente e grande responsabilização pelo seu processo terapêutico. (Alves, N. D., Silva, R., Cardoso, A. P., & Oliveira, L. V. F. 2007; Branquinho, N., Marques, A., & Robalo, L. 2007) No presente estudo tal verificou-se desde o primeiro momento, talvez pela personalidade da paciente e pela importância que esta atribui à redução das perdas urinárias.

As afirmações da paciente: *"Vou ter que me estar sempre a lembrar desta contração (...) eu estando calma vou conseguir apertar bem...Aliás tenho conseguido mais ou menos!..."* revelam o sentido de responsabilidade e compromisso, facilitando a sua autoeficácia e empenho nos exercícios propostos. A escala de Broome, mostra o aumento do nível de confiança da paciente ao realizar o TMPP, de 30 para 73,9 no início e no final da FTUG.

Tanto os resultados da Parte B da escala de Broome (aumento de 61,1 pontos relativamente à crença de os resultados do TMPP, como forma de tratamento e prevenção de perdas de urina), como a entrevista terapêutica (por ex.: *"Os exercícios para a bexiga haviam de ter sido toda a vida, os nossos médicos deviam dizer estas coisas (...) é só triste que haja tanta gente a sofrer e não saibam destas coisas."*) revelam a importância dos esclarecimentos fornecidos pelo FT, tanto nos conhecimentos veiculados e compreensão da problemática, como na adesão e motivação para o tratamento e continuidade da prática do TMPP em casa.

Salienta-se ainda o facto de a paciente abordar esta temática com outras pessoas, chegando a mostrar e explicar o folheto que lhe havíamos fornecido (tanto com pacientes que estavam na sala de espera, como com a vizinha, com as filhas...) revelando menos constrangimento e mais abertura para dialogar sobre o problema da IU, que durante muito tempo se esforçou por tentar encobrir. Esta atitude da paciente é reforçada positivamente nas sessões de FTUG no sentido da entreajuda como: *"Passa a palavra!"*, para que haja a partilha de informação e experiências que podem ser benéficas para o outro. Esta sensibilização reflete um pouco do projeto educativo

da Família Humana e da Fraternidade Universal (Dias, J. 2009) mas também, as formas de relacionamento interpessoal em termos de: “*retenção do saber para manter e garantir o poder, ou manutenção do ministério (...), ajuda coma finalidade de melhor controlar (...), valorização do individuo como ser humano pleno.*” (Alves, J. da S. & Neto, A. M. da S. 2012:139)

A elevada autoeficácia para os exercícios da musculatura pélvica na escala de Broome, na avaliação efetuada na 18ª sessão e na última avaliação (6 meses após ter terminado a FTUG), comparativamente à 1ª avaliação, revela os resultados positivos desta intervenção e do empenho na continuidade da prática dos exercícios em casa.

O FT nesta abordagem, tal como defende Branquinho e Marques e Robalo (2007) teve sempre em conta estratégias motivacionais, de promoção de autoeficácia e adesão ao tratamento, mediante as oportunidades e a dinâmica do serviço.

No capítulo: “A gerontologia numa perspetiva multidisciplinar” defende-se que o envelhecimento normal implica alterações biológicas, psicológicas e sociais que são inevitáveis, embora adiáveis tendo em conta os estilos de vida, tal como se incutiu nos esclarecimentos fornecidos à paciente em termos de entrevista terapêutica e terapia comportamental, no âmbito da IU.

“*A fisioterapia ocupa-se do fomento da saúde, da prevenção de problemas, potenciação de capacidades residuais, do tratamento específico das sequelas que, a nível orgânico e funcional, originam muitos processos patológicos dos idosos*” (Serrano, G. P. 2004:110) Assim, na FTUG sensibilizou-se a paciente para o que refere Fontaine (2000, cit in Azeredo, Z. 2010) realça três fatores essenciais a uma velhice bem sucedida: saúde; manutenção de um elevado nível de funcionamento cognitivo e físico e manutenção da participação social, mesmo após a reforma.

Para consolidar a terapia comportamental da FTUG, referiu-se que vários autores defendem a prática AF como estratégias para prevenir o processo de envelhecimento, retardando algumas das disfunções comuns na idade avançada e promovendo o bem-estar e qualidade de vida (Farinatti, P. 2002: 129; Almeida, A. R. 2010:XIII) e foi-se apelando à continuidade, do ano 2012, como Ano europeu do envelhecimento ativo da solidariedade entre gerações.

No tratamento ortopédico inicial, pela preocupação com o risco de queda procedeu-se a esclarecimentos e sensibilização para múltiplos riscos, procedimentos de prevenção de quedas e promoção de segurança da pessoa idosa no domicílio, realçando o dever educacional dos profissionais de saúde.

Nesta pesquisa verifica-se que qualquer abordagem terapêutica dirigida à população sénior, deve basear-se num trabalho multidisciplinar e humanizado.

CAPITULO 5:

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hoje em dia a população idosa aparece como uma faixa etária cada vez mais significativa da nossa população e merece ser valorizada, compreendida e respeitada.

A velhice não é uma doença, mas sim a prova de que houve saúde para a atingir. Proporcionar aos idosos uma intervenção multidisciplinar especializada e adequada, mediante uma abordagem holística e individualizada, é um desafio para todos os profissionais de geriatria. A fisioterapia não se tem alheado desses pressupostos, pois o aumento da longevidade tem que ser acompanhado de forma sustentável.

As intervenções fisioterapêuticas, sejam individuais ou em grupo, no sentido da prática regular de AF global ou específica, como é o caso do TMPP, permitem “abrandar” as alterações decorrentes do envelhecimento patológico, em termos da recuperação/manutenção da função e estão fortemente enraizados nas teorias psicológicas e sociológicas do envelhecimento e nas teorias biológicas globais. O funcionamento orgânico é um todo complexo e indissociável, não havendo evidências claras para relacionar a prática de AF com a degenerescência das células de forma isolada.

O TMPP na mulher sénior não pode ser dissociado da manutenção de bons níveis de funcionalidade e autonomia, devendo ser complementado se necessário com programas de prática de AF global para aumentar a amplitude de movimento, melhorar o desempenho nas AVD, melhorar a velocidade da marcha, melhorar o equilíbrio, reduzir a ocorrência de quedas e facilitar o bem-estar geral, em suma, melhorar a qualidade de vida. (Macedo, C., Gazzola, J. M., & Najas, M. 2008; Sequeira, C. 2010)

O papel da fisioterapia é promover a saúde e qualidade de vida, prevenir complicações funcionais e patológicas, tratar eventuais problemas e disfunções, reabilitar o idoso com deficiências instaladas no sentido da independência e facilitar a reinserção social. Não esquecendo as vulnerabilidades específicas da população idosa, a abordagem tem que ser humanizada, educacional e a relação interpessoal tem que ser empática e baseada no respeito, amizade e compreensão.

Assim, consideramos que a fisioterapia incentivando a AF fomenta benefícios ao nível físico, psíquico e social dos idosos, dando suporte ao seu bem-estar emocional e permitindo-lhes redescobrir novas e melhores formas de estar na vida, de uma forma tão autónoma e independente quanto possível.

O projeto de investigação: “*Senioridade Feminina e Incontinência Urinária: Fisioterapia baseada em estudo de casos.*” tendo em vista uma reflexão aprofundada da evidência científica acerca da incontinência urinária feminina na idade avançada, partiu do estudo de um caso seguido na FTUG, no serviço de MFR, do HB.

Este estudo de caso baseou-se na análise intensiva do amplo leque de informação recolhida de forma flexível, para o seu conhecimento e caracterização detalhada. A revisão bibliográfica permitiu a compreensão do caso apresentado, da abordagem da FTUG na IU e uma reflexão gerontológica baseada nas teorias do envelhecimento em relação à intervenção apresentada.

Com este estudo de caso, consideramos que quer a abordagem da Fisioterapia (Avaliação e Tratamento), quer os resultados obtidos neste caso, vão de encontro ao que é preconizado pelas *guidelines*.

O estudo de caso apresentado permitiu verificar os benefícios da intervenção implementada, na redução efetiva das perdas urinária, no aumento do tempo entre micções e controlo da urgência, associadas à melhoria da PCE e dos vários parâmetros de força dos músculos do pavimento pélvico, bem como, nos resultados alcançados nas várias escalas de qualidade de vida e autoeficácia aplicadas. Verificou-se ainda a relevância das entrevistas terapêuticas, que foram permitindo uma interação salutogénica e uma individualização da intervenção.

Quanto aos objetivos terapêuticos e prognóstico verificou-se que foram realisticamente estabelecidos, tendo sido favorecidos pela colaboração e envolvimento da paciente. Os objetivos que haviam sido definidos foram alcançados, com a exceção do 7º, relativo à alteração dos fatores comportamentais, visto que, não se verificou melhorias em termos de perda de peso e de prática de atividade física (AF) regular.

O mito de que a IU faz parte do envelhecimento, inicialmente servia de justificação para a paciente viver este sofrimento de forma natural. Atualmente o

desmistificar das ideias erradas em torno da IU, a abertura ao diálogo por parte da paciente, a integração dos conhecimentos veiculados e das competências desenvolvidas durante as sessões, foram aspetos muito positivos em termos da vertente educativa da FTUG.

Face à revisão bibliográfica, sustentou-se a necessidade da prática baseada na evidência e da divulgação da intervenção da Fisioterapia, tendo esta que ser cada vez mais holística e individualizada, particularmente no âmbito da IU da mulher sénior.

Uma das limitações deste tipo de estudo é o fato de estar circunscrito a esta realidade específica contudo, tal como havíamos referido, este visa aprofundar as particularidades do caso clínico apresentado e da sua compreensão no contexto específico, não se pretendeu generalizações, todavia este pode servir de auxílio para a compreensão de outros casos semelhantes.

Das opções terapêuticas da IU, a FTUG deve ser considerado o tratamento de 1ª linha em todas as mulheres com esta condição, mas exige grande empenho e motivação da idosa, dos que a rodeiam e da equipa multidisciplinar de saúde.

A FTUG e a oportunidade de abordagens de várias especialidades da intervenção hospitalar, revelam-se vantajosas para a mulher sénior, pois facilita a mudança de comportamentos de risco e hábitos de vida, a prática de AF regular e particularmente, o TMPP, na tentativa de promover e manter a continência da mulher e aprimorar a sua intimidade.

A falta de conhecimentos, aliada a algum fatalismo e tabus que acompanham a IU encobrem o silencioso sofrimento da mulher que acaba por procurar ajuda tardia para este problema, levando a que os profissionais e os próprios idosos acabem por a desvalorizar.

Da reflexão baseada nas teorias do envelhecimento, apresentada nesta investigação ressalta que *“Envelhecer é inexorável. Todos os seres vivos nascem, envelhecem e morrem. Este determinismo está geneticamente programado e constitui o envelhecimento primário.”* (Clara, J. G. 2008) O envelhecimento secundário, resulta da influência do ambiente e dos estilos de vida e, neste sentido, a cultura e a educação para a saúde são primordiais, pois rasgam os horizontes do plano biológico.

Os profissionais de saúde e as entidades governamentais devem investir mais neste valioso meio de transmissão de conhecimentos e competências, na sensibilização da população para a problemática do envelhecimento e das consequências indiretas que este arrasta, sendo IU um exemplo. Valorize-se a intervenção primária e o envolvimento holístico da mulher sénior no alcançar do seu objetivo *major* manter ou melhorar o seu: bem-estar, autoconfiança, autonomia e independência...em suma, uma boa qualidade de vida (Silva, A. M. 2012).

A evidência científica revela que a FTUG, abarcando a prática de AF, global e específica, é importante na abordagem terapêutica da IU, mas também na sua prevenção e no aprimorar da intimidade feminina durante toda a vida.

BIBLIOGRAFIA

- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., . . . Wein, A. (2002). The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics*, 21, 167-178. doi:10.1002/nau10052
- Abreu, N. d. (2006). Qualidade de vida na perspectiva de idosas submetidas à fisioterapia para incontinência urinária. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. (2000). *Bilans et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologique*. From <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/incontinrecos.pdf>
- Almeida, A. R. (2010). *Prática desportiva, bem-estar subjectivo e auto-percepções físicas em idosos*. Porto.: Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.
- Alves, J. d. (2012). Aspectos da Decisão. In J. d. Alves, & A. M. Neto, *Decisão Percursos e Contextos* (pp. 125 - 137). euedito.
- Alves, J. d., & Neto, A. M. (2012). Aspectos do poder. In J. d. Alves, & A. M. Neto, *Decisão Percursos e Contextos* (pp. 139 - 150). euedito.
- Alves, N. D., Silva, R., Cardoso, A. P., & Oliveira, L. V. (2007). Reeducação uroginecológica no pós-operatório: normalização das funções viscerais de prevenção das complicações. *XI encontro latino americano de iniciação científica e VII encontro latino americano de pós-graduação*. Universidade do Vale do Paraíba.
- Azeredo, Z. (2010). VII Congresso Nacional de Gerontologia. Porto.
- Azeredo, Z. (2011). *O idoso como um todo...* Viseu: Psicosoma.
- Baker, J., Costa, D., & Nygaard, I. (2012). Mindfulness-based stress reduction for treatment of urinary urge incontinence: a pilot study. *Female pelvic medicine & reconstructive surgery*, 18(1), 46-49.
- Baltes, P., & Smith, J. (2004). Lifespan Psychology: From Developmental Contextualism to Developmental Biocultural Co-constructivism. *Research in Human Development*, Vol. 1, Iss. 3, 123-44.
- Banhato, E. F., Scoralick, N. N., Guedes, D. V., Atalaia-Silva, K. C., & Mota, M. M. (2009). Atividade física, cognição e envelhecimento: estudo de uma comunidade urbana. *Psicologia: Teoria e Prática.*, pp. 76-84.

- Baracho, E. (2007). *Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara.
- Barreto, J. (2005). *Sociologia*. 15. Porto: Universidade do Porto.
- Berghmans, L. C., Bernards, A. T., Bluysen, A. M., Gruppings-Morel, M. H., Hendriks, H. J., de Jong-van Ierland, M. J., & Raadgers, M. C. (2003). Clinical practice guidelines for the physical therapy in patients with stress urinary incontinence. *Royal Dutch Society for Physical Therapy (KNGF)*, 2, pp. 1-33.
- Bernstein, I. T. (1997). The pelvic floor muscles: muscle thickness in healthy and urinary-incontinent women measured by perineal ultrasonography with reference to the effect of pelvic floor training. *Neurourology Urodynamics*, 16 (4), 237-275.
- Bø, K. (2004). Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work? *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 15 (2), 76-84. doi:10.1007/s00192-004-1125-0
- Bø, K., Bergmans, B., Morkved, S., & Van Kampen, M. (2007). *Evidence based physical therapy for the pelvic floor: Bridging science and clinical practice*. Edinburgh: Harrison.
- Bø, K., Talseth, T., & Holme, I. (1999). Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *British Medical Journal*, 318 (7182), pp. 487-493.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação. Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Coleção Ciências da Educação.
- Bohle, B., Belvis, F., Vial, M., Maestre, Y., Pera, M., Castillo, M., . . . Pares, D. (2011). Menopause and obstetric history as risk factors for fecal incontinence in women. *Diseases of the colon and rectum*, 54 (8), 975-981. doi:10.1097/DCR.0b013e31821c404a
- Borello-France, D., Downey, P., Zyczynski, H., & Rause, C. (2008). Continence and quality-of-life outcomes 6 months following an intensive pelvic-floor muscle exercise program for female stress urinary incontinence: a randomized trial comparing low- and high-frequency maintenance exercise. *Physical Therapy*, 88 (12), pp. 1545–1553. doi:10.2522/ptj.20070257

- Botlero, R., Bell, R. J., Urquhart, D. M., & Davis, S. R. (2011). Prevalence of fecal incontinence and its relationship with urinary incontinence in women living in the community. *The journal of the North American Menopause Society*, 18 (6), 685-686.
- Bradway, C., & Cacchione, P. (2010). Teaching strategies for assessing and managing urinary incontinence in older adults. *Journal of gerontological nursing*, 36 (7), 18-26.
- Branquinho, N., Marques, A., & Robalo, L. (2007). Contributo para a adaptação e validação do instrumento de medida “escala de auto-eficácia de Broome para exercícios da musculatura do pavimento pélvico”. *EssFisiOnline*, 3 (4), pp. 3-13. From <http://www.ifisionline.ips.pt/media/essfisionline/vol3n4.pdf>
- Carmo, H., & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da Investigação: Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carmo, H., Pereira, C., & Robalo, L. (2007). *Adaptação para a população portuguesa de dois instrumentos de avaliação em incontinência urinária de esforço – o Social Activity Index (Índice de Actividade Social) e Leakage Index (Índice de Perdas de Urina)*. Setúbal: rojecto de Investigação. Saúde da Mulher.
- Carrière, B., & Feldt, C. M. (2006). *The pelvic floor*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Carvalho, E. M., Garcês, J. R., Menezes, R. L., & Silva, E. C. (2010). O olhar e o sentir do idoso no pós-queda. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*.
- Chiarapa, T., Cacho, D., & Alves, A. (2007). *Incontinência urinária feminina: Assistência fisioterapêutica e multidisciplinar*. São Paulo: Livraria Médica Paulista.
- Clara, J. G. (2008). *Saber Viver ao Entardecer...sugestões para envelhecer com qualidade*. Pfizer Editora.
- Coelho, M., & Vilaça, M. (2009). Reabilitação da incontinência urinária. *Acta Urológica*, 26 (1), 27-32.
- Corcos, J., Gajevvski, J., Heritz, D., Patrick, A., Reid, I., Schick, E., & Stathers, L. (2006). Canadian urological association guidelines on urinary incontinence. *The Canadian Journal of Urology*, 13 (3), pp. 3127-3138.
- Danforth, K. N., Townsend, M. K., Lifford, K., Curhan, G. C., Resnick, N. M., & Grodstein, F. (2006). Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *American journal of obstetrics and gynecology*, 194 (2), 339-345. doi:10.1016/j.ajog.2005.07.051

- Dedicação, A. C., Haddad, M., Saldanha, M. E., & Driusso, P. (2009). Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 3 (2). doi:10.1590/S1413-35552009005000014
- Demiturk, F., Akbayrak, T., Karakaya, I., Yuksel, I., Kirdi, N., Demiturk, F., . . . Besak, S. (2008, Maio 31). Interferential current versus biofeedback results in urinary stress incontinence. *Swiss Med WKLY*, 138 (21-22), pp. 317-321. doi:2008/21/smw-12038
- Dias, J. (2009). *Educação. O Caminho da Nova Humanidade: das Coisas às Pessoas e aos Valores*. Porto: Papiro editor.
- Doll, J., Gomes, Â., Hollerweger, L., Pecoits, R., & Almeida, S. (2007). Atividade, Desengajamento, Modernização: teorias sociológicas clássicas sobre o envelhecimento. Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*, 12 , 7-33.
- Doonan, R., Mcelwee, J. J., Matthijssens, F., Walker, G. A., Hounthoofd, K., Back, P., . . . Gems, D. (2008). Against the oxidative damage theory of aging: superoxide dismutases protect against oxidative stress but have little or no effect on life span in *Caenorhabditis elegans*. *PubMed*, 3226-3241.
- Driusso, P. C. (2007). *DECISÃO - Percursos e Contextos*. JSAMED, Medicina e Formação, Lda.
- Driusso, P., & Chiarello, B. (2007). *Fisioterapia gerontológica: manuais de fisioterapia*. São Paulo: Manole.
- DuBeau, C. E. (2013). Epidemiology, risk factors, and pathogenesis of urinary incontinence. *UpToDate*.
- DuBeau, C. E. (2014). Treatment and prevention of urinary incontinence in women.
- Dumoulin, C., & Hay-Smith, J. (2010). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *UpToDate*.
- Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. (2008). Prevalência e tratamento de incontinência urinária na população portuguesa não institucionalizada. *Serviço de Higiene e Epidemiologia*. Porto.
- Farinatti, P. (2002). Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 129-138.
- Fenner, D. E., & Hsu, Y. (2010). Pathophysiology of the pelvic floor: basic physiology, effects of ageing, and menopausal changes. *Pelvic Floor Disorders*, 1, 25-32.

- Ferreira, M., & Santos, P. (2009). Princípios da fisiologia do exercício no treino dos músculos do pavimento pélvico. *Acta Urológica*, 26 (3), pp. 31-38.
- Filgueiras, M. C., Menezes, J. N., Apolônio, M. D., & Borges, R. T. (2009). Atuação Fisioterapêutica na promoção da saúde na terceira idade: percepções do idoso. *Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento*, 14, 237-247.
- Flesh, G. (2012). *Urodynamic evaluation of women with incontinence*. Retrieved from Uptodate: Disponível: <http://www.uptodate.com/index>
- Flores, R., & Sosa, J. (2013). Efectos de la entrevista motivacional en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Psicología y Salud*, 23 (2), 183-193.
- Fonte, I. B. (2002). Diretrizes internacionais para o envelhecimento e suas conseqüências no conceito de velhice. *XII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais*. Minas Gerais.
- Freitas, V. E., & Py, L. (2006). Tratado de geriatria e gerontologia. In C. A. Maciel, *Incontinência urinária* (pp. 723-732). Rio de Janeiro: Guanabara.
- Glisoi, S., & Girelli, P. (2011). Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. *Revista brasileira clinica mdica*, 9 (6), 408-413.
- Guarisi, T., & Pinto-Neto, A. M. (2001). Procura de serviço médico por mulheres com incontinência urinária. *Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia*, 23 (7), 439-443. doi:10.1590/S0100-72032001000700005
- Guedes, F., & Sebben, V. (2006). Incontinência urinária no idoso: abordagem fisioterapêutica. *Revista brasileira de ciências do envelhecimento humano*, 107.
- Hatch, J., & Lusardi, M. (2010). *Impact of participation in a wellness program on functional status and falls among aging adults in an assisted living setting*. Retrieved from PubMed.
- Hay-Smith, E. J., & Dumoulin, C. (2006). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.CD005654
- Hay-Smith, J., Mørkved, S., & Herbison, G. P. (2007). Physical therapies for prevention of urinary and faecal incontinence in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4, CD003191. doi:10.1002/14651858.CD003191.pub2
- Henscher, U. (2007). *Fisioterapia em Ginecologia*. Livraria Editora Santos: São Paulo.

- Herderschee, R., Hay-Smith, E. J., Herbison, G. P., Roovers, J. P., & Heineman, M. J. (2011). Feedback or biofeedback to augment pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *The Cochrane database of systematic reviews*, 7, CD009252. doi:10.1002/14651858.CD009252
- Huebner, M., Riegel, K., Hinnnghofen, H., Wallwiener, D., Tunn, R., & Reisenauer, C. (2011). Pelvic floor muscle training for stress urinary incontinence: a randomized, controlled trial comparing different conservative therapies. *Physiother. Res. Int. John Wiley*, 16 (3), pp. 133-140. doi:doi: 10.1002/pri.489
- Hunnskaar, S., Arnold, E. P., Diokno, A., Herzog, A. R., Hjälmås, K., & Lapitan, M. C. (2000). Epidemiology and natural history of urinary incontinence. *Internacional urogynecology journal and floor dysfunction*, 11, 301-319.
- Hunnskaar, S., Lose, G., Sykes, D., & Voss, S. (2004). The prevalence of urinary incontinence in women in four european countries. *British journal of urology international*, 93(3), 324-330.
- Irwin, D. E., Milsom, I., Hunnskaar, S., Reilly, K., Kopp, Z., Herschorn, S., . . . Abrams, P. (2006). Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. *European urology*, 50 (6), 1306-1314. doi:10.1016/j.eururo.2006.09.019
- Jacob, M. (2004). *Geriatrics em comprimidos para todas as idades*. Rio de Janeiro: José Olympio.
- Keyock, K. L., & Newman, D. K. (2011). Understanding stress urinary incontinence. *The nurse practitioner*, 36 (10), 24-36; quiz 36-7. doi:10.1097/01.NPR.0000405281.55881.7a
- Landefeld, C. S., Bowers, B. J., Feld, A. D., Hartmann, K. E., Hoffman, E., Ingber, M. J., . . . Trock, B. J. (2008). National Institutes of Health state-of-the-science conference statement: prevention of fecal and urinary incontinence in adults. *Annals of internal medicine*, 148 (6), 449-458.
- Laycock, J., & Jerwod, D. (2001). Pelvic floor muscle assessment: the PERFECT scheme. *Physiotherapy*, 87(82), pp. 631-642.
- Laycock, J., Standley, A., Crothers, E., Naylor, D., Frank, M., Garside, S., . . . Pearson, A. (2001). *Clinical Guidelines for the Physiotherapy Management of Females aged 16 – 65 with Stress Urinary Incontinence*. London. Londres: Chartered Society of Physiotherapy.

- Lazari, I., Lojudice, D., & Marota, A. (2009). Avaliação da qualidade de vida de idosos com incontinência urinária: idosas institucionalizadas em uma instituição de longa permanência. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, 12 (1), 109.
- Leite, A., & Fernandes, J. (2009). Atuação fisioterapêutica na manifestações climatéricas decorrentes do hipoestrogenismo. *Revista inspirar*, 1 (3).
- Lopes, M. H., & Higa, R. (2006). Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Revista da escola de enfermagem*, 40 (1), 36.
- Lopes, T., Vale, P. M., Gomes, M. J., Silva, C., & Monteiro, P. (2007). *Dossier de saúde: dia da incontinência urinária*. Retrieved from Associação portuguesa de incontinência urinária: <http://www.apurologia.pt/pdfs/dossiersaude.pdf>
- Lorenzi, D., Baracat, E., Saciloto, B., & Padilha, J. (2006). Fatores associados à qualidade de vida após menopausa. *Revista da associação médica brasileira*, 52(5).
- Macedo, C., Gazzola, J. M., & Najas, M. (2008). Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, 33, pp. 177-84.
- Mariano, C. (2001). *Case Study: The Method*. In Munhall, P.L. (Eds), *Nursing Research. A qualitative perspective*. p. 359 a 383. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Moraes, N. B., Freitas, C. M., Aguiar, I. B., & Pereira, E. R. (2010). *Fisioterapia comunitária: promovendo a saúde na melhor idade*. Ciência & Consciência.
- Morey, M. C. (2014). *Physical activity and exercise in older adults*. Retrieved from UpToDate.
- Mørkved, S., Bø, K., & Fjørtoft, T. (2002). Effect of adding biofeedback to pelvic floor muscle training to treat urodynamics stress incontinence. *Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia*, 4 (100), 730-739.
- Moura, F. d. (2008). *Electroestimulação no tratamento da incontinência urinária de esforço feminina*. Retrieved from FisioWeb: http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/eletro/eletroestimulacao_tratamento_flavia/eletroestimulacao_tratamento_flavia.htm
- Nascimento, C. B. (2010). *Sexualidade na Terceira Idade: Pense um Pouco no Próprio Preconceito*. Revista Olhar Científico.
- National Collaborating Centre for Women's. (2006). *Urinary incontinence: the management of urinary incontinence in women*. Londres: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

- Navarro, F. M., Rabelo, J. F., Faria, S. T., Lopes, M. C., & Marcon, S. S. (2008). *Percepção de idosos sobre a prática e a importância da atividade física em suas vidas*. Porto Alegre: Revista Gaúcha de Enfermagem.
- NCCWCH, H. N. (2006). *Urinary incontinence: the management of urinary incontinence in women*. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG).
- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à psicologia do desenvolvimento e do envelhecimento. *Temas em psicologia*, 17-34.
- Nunes, B. (2008). *Envelhecer com saúde - guia para melhorar a sua saúde física e psíquica*. Lisboa: Lidel.
- Oliveira, K., Rodrigues, A., & Paula, A. (2007). Técnicas fisioterapêuticas no tratamento e prevenção da incontinência urinária de esforço na mulher. *Revista eletrônica f@pciência*, 1 (1), 46.
- Pacheco, C. C. (2003). Adaptação e validação cultural e linguística da Escala Ditrovie: Monografia. Coimbra: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra.
- Paiva, C. F., & Silva, L. R. (2010). Contributo para a adaptação e validação do instrumento de medida: "questionário de avaliação da qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária (CONTILIFE) para a população portuguesa feminina. *ifisionline*, 1 (1), 7-17.
- Palma, R. P. (2009). *Urofisioterapia - aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico*. São Paulo: Personal Link Comunicações.
- Péres, V. I., Bokov, A., Van Remmen, H., Mele, J., Ran, Q., . . . Richardson, A. (2009). *Is the oxidative stress theory of aging dead?*. *Biochimica et biophysica Acta*.
- Piassarolli, V. P., Hardy, E., Andrade, N. F., Ferreira, N. O., & Osis, M. J. (2010). Pelvic floor muscle training in female sexual dysfunction. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 32 (5).
- Porto, M. C., & Junior, A. F. (2010). *Atividade física e fisioterapia promoção da saúde e qualidade de vida do idoso*. (Vol. nº1). Campus Niterói: Revista de Trabalhos Acadêmicos - XII Jornada Científica.
- Price, N., Dawood, R., & Jackson, S. R. (2010). Pelvic floor exercise for urinary incontinence: a systematic literature review. *Maturitas*, 67 (4), 309-315. doi:10.1016/j.maturitas.2010.08.004

- Reis, R. B., Cologna, A. J., Martins, A. C., Paschoalin, E. L., Tucci Jr, S., & Suaid, H. J. (2003). Incontinência urinária no idoso. *Acta cirurgica brasileira*, 18 (5), 47-51. doi:10.1590/S0102-86502003001200018
- Rett, M., Simões, J., Herrmann, V., Marques, A., & Morais, S. (2005). Is there any difference between female pelvic floor muscle contractility in different positions? *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 27(1), 20-23.
- Ribeiro, J. P., & Raimundo, A. (2005). Estudo de adaptação do Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual (QSRS) em mulheres com incontinência urinária. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 191-202.
- Robert, M., Ross, S., Farrel, S. A., Easton, W. A., Epp, A., Girouard, L., . . . Wilkie, D. H. (2006). Conservative management of urinary incontinence. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*, 28 (12), 1113-1125.
- Rodrigues, & A. (2013). *Estágio Clínico em Saúde da Mulher. Relatório Sobre Disfunções do Pavimento Pélvico*. Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.
- Rueff, D., & Nahon, M. (2004). *A Bíblia Antienvhecimento*. Mem Martins: Edições Cetop.
- Saganha, J. (2011). Empathy and burnout in private practice physical therapists: dissertação mestrado em comunicação clínica. Porto: Universidade do Porto.
- Sampaio, R. C., & Moraes, C. (2010). *Estresse oxidativo e envelhecimento: papel do exercício físico*. (Vol. 16 (2)). Rio Claro: Motriz.
- Santos, R., Nascimento, C., Biscoli, M., & Labadessa, V. (2010). Sexualidade na terceira idade: pense um pouco no próprio preconceito. *Revista olhar científico – faculdades associadas de ariquemes*, 1 (2), 4.
- Schröder, A., Abrams, P., Andersson, K.-E., Artibani, W., Chapple, C.R., . . . Thuroff, J. (2009). *Orientações sobre incontinência urinária*. From Associação Portuguesa de Urologia: <http://www.apurologia.pt/guidelines/Incont-Urinary.pdf>
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Serenko, A., Morrison, B., & Suresky, J. (2010). Urinary incontinence and sexual function in pre-menopausal women. *International journal of urological nursing*, 4 (2), 80-86. doi:10.1111/j.1749-771X.2010.01098.x
- Serrano, G. (2004). *Cómo intervenir en personas mayores?* Madrid: Dykinson.
- Shifren, L. J. (2012). *Sexual dysfunction in women: Epidemiology, risk factors, and evaluation*. Sandy J Falk.

- Silva, A. M. (2012). Fisioterapia Uroginecológica na Incontinência Urinária da Mulher Sênior: uma Decisão em Prol da Qualidade de Vida. In J. d. Alves, & A. M. Neto, *Decisão Percursos e Contextos* (pp. 363 - 370). euedito.
- Silva, V. A., & D'elboux, M. (2012). Fatores associados à incontinência urinária em idosos com critérios de fragilidade. vol.21(2), (pp. 338-347) . *Texto contexto - enfermagem [online]*, 21 (2), 338-347. doi:10.1590/S0104-07072012000200011
- Sousa, L. F., & M. (2006). *Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice*. Porto. 2ª edição: Ambar.
- Stake, R. (1994). *Case Studies* . In N. Denzin & Y Lincoln (Eds), *handbook qualitative research*. p. 236-248. London: Sage Publication.
- Stewart, E. (2010). Treating urinary incontinence in older women. *British journal of community nursing*, 15 (11), 526-532.
- Tamanini, J. T., Dambros, M., D'Ancona, C. A., Palma, P. C., & Neto, N. R. (2004). Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF). *Revista de saúde pública*, 38(3), 438-344. doi:10.1590/S0034-89102004000300015
- Verissimo, M. T. (2012). Decisão em Geriatria. In J. d. Alves, & A. M. Neto, *Decisão Percursos e Contextos* (pp. 429 - 433). euedito.
- Viana, R., Viana, S., & Festas, C. (2005). A Influência da fisioterapia: reeducação uroginecológica na promoção de auto-estima em mulheres com incontinência urinária. *Revista portuguesa de psicossomática*, 7(1,2), 141.
- Walker, C. (2006). *Fisioterapia en Obstetricia y Uroginecología*. Barcelona: Elsevier.
- Wing, R. R., Creasman, J. M., West, D. S., Richter, H. E., Myers, D., Burgio, K. L., . . . Subak, L. L. (2010). Improving urinary incontinence in overweight and obese women through modest weight loss. *Obstetrics and gynecology*, 116 (2 Pt 1), 284-292. doi:10.1097/AOG.0b013e3181e8fb60
- Yip, S. K., & Cardozo, L. (2007). Psychological morbidity and female urinary incontinence: best practice & research. *Clinical obstetrics & gynaecology*, 21 (2), 321-329.

ANEXOS

ANEXO 1: Aprovação do estudo pela Comissão Executiva e Comissão de Ética do Hospital de Braga

Parecer: "Senioridade Feminina e Incontinência Urinária: Estudo de casos"

2 mensagens

Sandra Silva <Sandra.Silva@hospitaldebraga.pt>
Para: Ana Silva <anacanelas.silva@gmail.com>

8 de Outubro de 2012 às 15:47

Exma. Sra. Ana Mária Silva

Incumbê-me a Comissão Executiva e a Comissão de Ética deste Hospital de a informar acerca que o estudo mencionado em epígrafe foi autorizado.

Com os melhores cumprimentos,



Sandra Silva

Secretariado de Administração

Hospital de Braga – Escala Braga, Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A.

Sete Fontes - S. Victor

4710-243 Braga

Tel: 253 027 204 Fax: 253 027 999

sandra.silva@hospitaldebraga.com.pt

www.hospitaldebraga.com.pt

Esta mensagem de correio eletrónico e quaisquer dos seus anexos são confidenciais e constituem informação privilegiada do emissor e do(s) destinatário(s). Se tiver por engano recebido este e-mail por favor apague o mesmo e informe de imediato o emissor via e-mail ou pelo endereço, telefone ou fax acima indicados. Obrigado.

This e-mail message and any attachments are only for the use of the intended recipient and any contained information is privileged and confidential. If you received this e-mail message in error, please delete it and notify the sender immediately. Thank you.

 Antes de imprimir, pense na sua responsabilidade e compromisso com o AMBIENTE. Consider environment before printing.

**ANEXO 3: Folheto informativo da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas,
Grupo de Interesse de Fisioterapia na Saúde da Mulher (2008) facultado à
paciente**

Para si que é Mulher...

**MANTENHA FORTES
OS SEUS MÚSCULOS
DO PAVIMENTO PÉLVICO**



Esta informação é preciosa e poderá ajudá-la a compreender como pode melhorar a sua qualidade de vida. O treino dos músculos do pavimento pélvico é essencial ao longo de toda a vida da mulher.



Associação Portuguesa de Fisioterapeutas
Grupo de Interesse de Fisioterapia na Saúde da Mulher

Onde se localizam os músculos do pavimento pélvico?

Os músculos do pavimento pélvico (MPP) formam um diafragma muscular que suporta o útero, a bexiga e os intestinos.

Tanto a uretra, como a vagina e o ânus atravessam os músculos do pavimento pélvico.

Estes músculos ajudam:

- a controlar a bexiga e os intestinos
- na função sexual



Manter estes músculos em forma é vital para o seu bem estar

Porque se devem treinar os músculos do pavimento pélvico?

O treino dos MPP pode ajudar em várias condições da saúde da mulher.

Na incontinência e na urgência urinária:



O treino dos MPP pode ajudar a mulher que perde urina:

- Quando tosse ou espirra
- Durante uma actividade física intensa
- Em situações onde existe uma necessidade urgente em urinar

Na gravidez:

O treino dos MPP ajuda a lidar com o aumento do peso da mãe e do bebé em crescimento. Ter uns músculos em forma antes do bebé nascer irá facilitar a sua recuperação depois do parto.



No pós-parto:

O início precoce do treino dos MPP após o nascimento é importante para a sua recuperação (mesmo no caso de cesariana) pois os músculos perdem força e ficam rebaixados.



Na menopausa e 3ª idade:

As alterações hormonais da menopausa, afectam muitas vezes o controlo da bexiga e dos próprios MPP. O treino regular dos MPP minimiza as consequências do enfraquecimento muscular.



O que pode levar ao enfraquecimento dos MPP?

Os músculos do pavimento pélvico podem enfraquecer se:

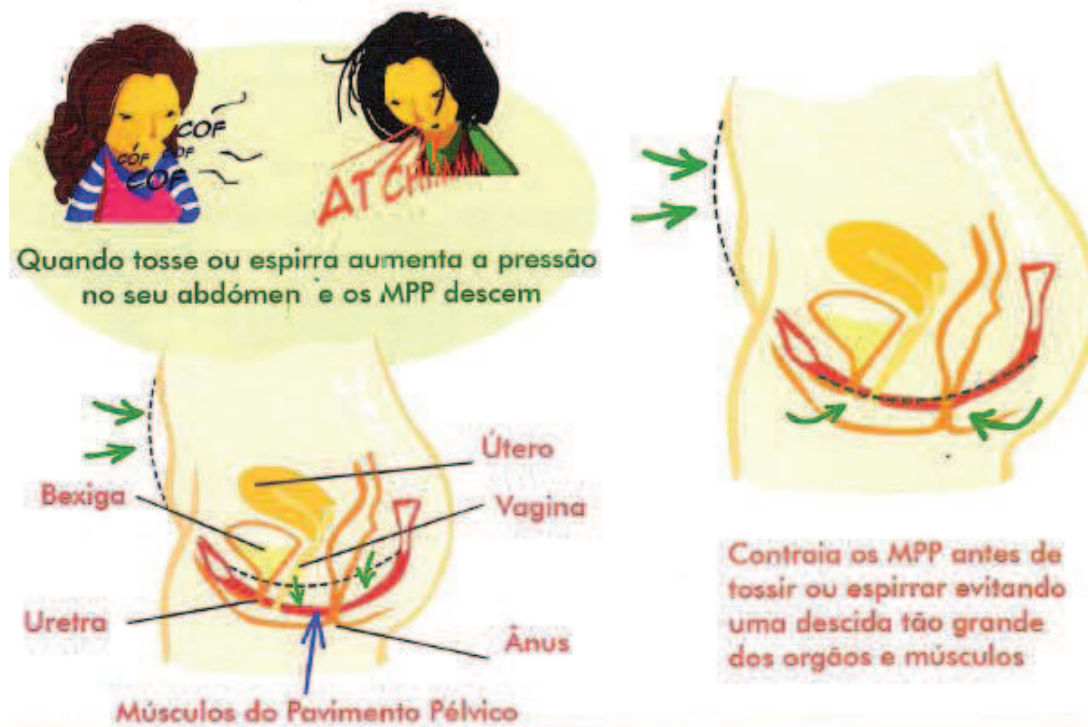
- Não os mantiver ativos
- Sofrer de prisão de ventre
- For obesa
- Habitualmente tiver de levantar pesos
- Tiver tosse frequentemente (ex: tosse de fumadora, bronquite ou asma)

Se estiver grávida e após o parto.

Se estiver a entrar na menopausa ou na 3ª idade.

Como posso pôr os Músculos do Pavimento Pélvico a funcionar?

Antes de tossir, espirrar ou fazer um esforço contraia os seus MPP.



A primeira etapa no processo de treino consiste: na tomada de consciência dos músculos, onde se localizam e como funcionam. Para isso deve:

1. Sentar-se ou deitar-se, afastando ligeiramente as pernas, não contrair os músculos das nádegas, pernas ou barriga;
2. "Apertar" os músculos à volta do ânus, como faz, quando quer evitar a saída de gases. De seguida relaxe esses músculos, respire fundo e volte a contrair. Aperte e solte várias vezes até ter a certeza que sente os músculos certos;
3. "Apertar" os MPP, como se fossem sugados para cima.

E se não conseguir perceber como se apertam e puxam para cima os MPP?

Nesse caso procure a ajuda do seu fisioterapeuta ou do seu médico. Eles poderão ensiná-la a contrair estes músculos da forma correcta.

Qual o tipo de treino que devo seguir para fortalecer os MPP?

Depois de já saber contrair os MPP, então:

- Contraia simultaneamente os músculos situados em torno do ânus e da vagina. Não se esqueça: tem de "apertar" e "puxar para cima";
- Sinta o movimento para cima "sugar" em direcção ao umbigo. De cada vez que contrai os MPP deve sentir que estes também "se elevam";

• Aguentar a contracção o mais que puder. Tente contar até 8 mantendo os músculos contraídos no seu máximo. Depois, deixe de contrair. Quando relaxa deve sentir os músculos descer;

• Repita o exercício 3 a 4 vezes, assegurando um tempo de contracção de 8 segundos e faça intervalos curtos entre cada repetição. Se não aguentar 8 segundos faça o máximo que conseguir;

• Tente fazer este programa dia-sim, dia-não, 3 a 4 vezes ao longo do dia.



Lembre-se que enquanto está a fazer o treino deve:

- Continuar a respirar normalmente;
- Não apertar as nádegas;
- Manter as pernas relaxadas;

É melhor poucas contracções bem feitas, do que muitas mal feitas.

Se tem dúvidas sobre a forma como está a contrair os seus MPP, ou se ao fim de aproximadamente 3 meses de treino não sentir melhoria nos seus sintomas, procure ajuda junto do seu médico ou fisioterapeuta.

Como vou lembrar-me de fazer o treino?

Tendo aprendido a contrair os MPP, é importante que nunca mais se esqueça deles. Esta é uma actividade, que terá de passar a fazer parte da sua vida. Para isso, encontre uma rotina que a ajude a lembrar-se de contrair os músculos.

Pode utilizar como lembrete: quando acaba de urinar, quando se deita, quando bebe algo ou, por exemplo, sempre que pára num semáforo.



Há outros cuidados que podem ajudar à "boa forma" dos músculos do pavimento pélvico, tais como:

- Antes de tossir, espirrar ou levantar pesos, não se esquecer de contrair os músculos;
- Pedir ajuda sempre que tiver de levantar pesos grandes;
- Beber água (1,5 L), comer fruta e vegetais diariamente;
- Evitar fazer muita força cada vez que evacuar. Encontre na sua dieta algo que ajude as fezes a tornarem-se mais moles;
- Mantenha o peso dentro dos limites para a sua idade e altura.

Procure ajuda...

Este panfleto foi elaborado para si
Estamos ao seu dispor, podemos ajudá-la
Poderá encontrar-nos em:



Com o apoio de:



Tel: 808 201 274

@ apfisio@apfisio.pt ; gifsm@apfisio.pt

 www.apfisio.pt/gifsm/publico.htm

Edição: Associação Portuguesa de Fisioterapeutas
Grupo de Interesse de Fisioterapia na Saúde da Mulher

Rua João Villaret nº 285 A – Urbanização Terplana 2785-679 Parede
Telefone: 214524156 Fax: 214528922

Ano: 2008 Autoria: Fátima Sancho (Fisioterapeuta)
Ilustração e Design: www.ritacorreira.com - ritacorreira@gmail.com

ANEXO 4: Escala Ditrovie e respetiva autorização para a sua utilização

ESCALA DITROVIE - Problemas urinários e qualidade de vida

ACTIVIDADES					
Durante as últimas quatro semanas, os seus problemas urinários incomodaram-na:					
	Nada	Um pouco	Moderada	Bastante	Imenso
1 quando estava fora de casa?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2 quando estava a apanhar os transportes públicos?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3 quando ia de carro, a conduzir ou não?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4 a fazer compras?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5 a transportar qualquer coisa pesada?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Durante as últimas quatro semanas, os seus problemas urinários incomodaram-no/a: (marque o quadrado da sua escolha, um por linha)					
	Nada	Um pouco	Moderada	Bastante	Imenso
6 quando estava à espera, numa fila (saídas administrativas, autocarro,...)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7 a fazer desporto (andar a pé, dançar, ginástica)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Durante as últimas quatro semanas,					
	Nada	Um pouco	Moderada	Bastante	Imenso
8 teve que interromper frequentemente o seu trabalho ou as suas actividades quotidianas?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

IMAGEM DE SI PRÓPRIA					
Durante as últimas quatro semanas, por causa dos seus problemas urinários: (marque o quadrado da sua escolha, um por linha)					
	Nada	Um pouco	Moderada	Bastante	Imenso
9 sentiu-se ansiosa com a ideia de ter relações sexuais?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Durante as últimas quatro semanas, por causa dos seus problemas urinários, com que frequência: (marque o quadrado da sua escolha, um por linha)					
	Nunca	Raramente	De vez em quando	Frequentemente	Sempre
10 se sentiu menos feminina?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
11 se sentiu menos sedutora?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
12 teve uma sensação de vergonha, de degradação?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
13 teve medo de "cheirar mal"?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

REPERCUSSÃO EMOCIONAL					
Durante as últimas quatro semanas, por causa dos seus problemas urinários, com que frequência: (marque o quadrado da sua escolha, um por linha)					
	Nunca	Raramente	De vez em quando	Frequentemente	Sempre
14 se sentiu sem coragem	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
15 se sentiu ansiosa?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
16 perdeu a paciência?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
17 o medo de ter problemas urinários a preocupou?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
18 tem medo de sair de casa?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

SONO					
(marque o quadrado da sua escolha, um por linha)					
Durante as últimas quatro semanas, por causa dos seus problemas urinários:					
	Nunca	Raramente	De vez em quando	Frequentemente	Sempre
19 foi obrigada a levantar-se várias vezes antes de adormecer?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
20 foi obrigada a levantar-se várias vezes a meio da noite?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
21 depois de ter acordado, teve dificuldade para adormecer?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

BEM ESTAR					
Durante as últimas quatro semanas, por causa dos seus problemas urinários, com que frequência:					
	Nunca	Raramente	De vez em quando	Frequentemente	Sempre
22 se sentiu bem na sua pele	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

23. Sente-se actualmente satisfeita com a sua vida em geral apesar dos seus problemas urinários?
(Faça um círculo à volta da resposta que escolheu)

1	2	3	4	5
Nada satisfeita				Muito satisfeita

24. Tendo em conta os seus problemas urinários, como avalia actualmente a sua Qualidade de Vida?
(Faça um círculo à volta da resposta que escolheu)

1	2	3	4	5
Má				Excelente



Centro de Estudos
e Investigação em Saúde
da Universidade de Coimbra



rimas@fe.uc.pt
ceisuc@fe.uc.pt

Coimbra, 16 de Julho de 2014

Ex.ma Senhora,

Em resposta ao pedido que me formalizou é com todo o prazer que envio a versão portuguesa do instrumento de medição EDT-24 (*Echelle Ditrovie 24 Items*) para aplicar no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar. Este instrumento permite (i) medir o impacto psicológico e funcional da incontinência urinária no estado de saúde e qualidade de vida das mulheres e (ii) medir o impacto dos cuidados de saúde realizados por problemas urinários.

Mais informação sobre as características desta medida poderá encontrar em

http://www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS/Lista/Instrumentos/EDT_24

ANEXO5: Escala de *Broome* e respetiva autorização para utilização da mesma

Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal

Escala de Auto-Eficácia de Broome para os Exercícios da Musculatura Pélvica

Instruções
Este questionário contém duas partes que descrevem diferentes situações relacionadas com a perda involuntária de urina (incontinência). Após cada frase na Parte A, indique o seu nível de confiança relativamente à sua capacidade de execução da actividade. Na Parte B, indique o seu nível de confiança na actividade como medida preventiva da perda involuntária de urina.

Exemplos
Por favor, leia cada frase e pense na situação proposta. Coloque um círculo no número da escala situada na parte lateral da página, que melhor indique o seu nível de confiança na realização de cada uma das seguintes actividades.

Na escala, o zero (0) significa que não se sente minimamente confiante na sua capacidade de executar a actividade, o 100 significa que se sente muito confiante na sua capacidade de executar a actividade (100% de hipóteses de conseguir executar o que lhe é pedido).

Exemplo (Parte A)
Para cada frase, por favor, indique o seu nível de confiança na realização das contracções dos músculos pélvicos para prevenir perda involuntária de urina.

Vamos supor que se sente 80% confiante na sua capacidade de executar as contracções dos músculos pélvicos. Deste modo, a sua resposta seria 80, pelo que deveria colocar um círculo no número 80.

Qual o seu nível de confiança na sua capacidade de contrair os seus músculos pélvicos 15 vezes como foi ensinado (a)?

Nível de confiança
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Seleccione o número da escala que melhor indique o seu nível de confiança

Que nível de confiança sente na sua capacidade de:	Nível de confiança
1. Contrair os seus músculos pélvicos?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
2. Contrair os seus músculos pélvicos três vezes por dia?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
3. Contrair os seus músculos pélvicos quando está deitado(a)?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
4. Contrair os seus músculos pélvicos quando está de pé?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
5. Contrair os seus músculos pélvicos quando está sentado(a)?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
6. Contrair os seus músculos pélvicos sem contrair os seus músculos abdominais?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
7. Contrair os seus músculos pélvicos enquanto lava frutas e vegetais em água corrente?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
8. Contrair os seus músculos pélvicos quando carrega um saco de compras de supermercado?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
9. Contrair os seus músculos pélvicos quando está de pé a lavar os dentes no lavatório?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
10. Contrair os seus músculos pélvicos rapidamente?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
11. Contrair os seus músculos pélvicos quando está triste?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
12. Contrair os seus músculos pélvicos enquanto toma duche, após um dia cansativo e muito ocupado?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
13. Contrair os seus músculos pélvicos quando está cansado(a)?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
14. Contrair os seus músculos pélvicos quando acorda de noite com uma forte vontade de urinar?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Adaptado e validado para a população portuguesa por Ana Marques, Nélia Branquinho, Lina Robalo
Área Disciplinar de Fisioterapia (2006).

Original: BROOME, Barbara. - Development and Testing of a Scale to measure Self- Efficacy for pelvic Muscle Exercises in Women with Urinary Incontinence. *Urologic Nursing*, Vol. 19, n.º 4. (1999), 258-268.

Exemplos

Por favor, leia cada frase e pense na situação proposta. Coloque um círculo no número da escala situada na parte lateral da página, que melhor indique o seu nível de confiança na actividade como sendo medida preventiva da perda involuntária de urina.

Na escala, o zero (0) significa que não se sente minimamente confiante nas actividades como prevenção de perdas involuntárias de urina, o 100 significa que se sente muito confiante na actividade como prevenção de perdas involuntárias de urina.

Exemplo 1 (Parte B)

Parte B: Leia cada frase e pense na situação. Assuma que tem contracções muito eficazes dos músculos pélvicos quando responder a cada questão.

Vamos supor que está 50% confiante em como consegue prevenir perdas involuntárias de urina. Neste caso, a sua resposta seria 50, pelo que deveria colocar um círculo no número 50.

Qual o seu nível de confiança para as contracções dos músculos pélvicos como prevenção de perdas involuntárias de urina?

Nível de confiança

0 10 20 30 40 (50) 60 70 80 90 100

O zero (0) significa que não se sente confiante nas contracções dos músculos pélvicos como prevenção de perdas involuntárias de urina, o cem (100) significa que se sente muito confiante nas contracções dos músculos pélvicos na prevenção de perdas involuntárias de urina

Qual o seu nível de confiança nas contracções dos músculos pélvicos como prevenção de perdas involuntárias de urina:	Nível de confiança
1. Quando sente uma vontade muito forte de urinar?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
2. Quando espirra?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
3. Quando ri?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
4. Enquanto espera 2 minutos para entrar numa casa de banho?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
5. Enquanto espera 5 minutos para entrar numa casa de banho?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
6. Quando acorda de noite com uma vontade muito forte de urinar?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
7. Quando levanta sacos pesados?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
8. Quando tosse?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
9. Enquanto lava frutas e vegetais?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Nome: _____

Data: _____

Adaptado e Validado para a População Portuguesa por: Ana Marques; Nélia Branquinho; Lina Robalo
Área Disciplinar de Fisioterapia (2006).

Original: BROOME, Barbara. - Development and Testing of a Scale to measure Self-Efficacy for pelvic Muscle Exercises in Women with Urinary Incontinence. Urologic Nursing, Vol. 19, n.º 4, (1999), 258-268.

Ex.mo Sr.s Investigadores

Ana Marília F. Canelas Silva, portadora do Cartão de Cidadão nº 10841201, aluna do Mestrado em Gerontologia da Universidade Portucalense, no Porto, com vista à elaboração da sua Dissertação de Mestrado "Senioridade Feminina e Incontinência Urinária: Baseada em estudo de caso.", vem por este meio solicitar a V. Ex.ª a autorização para a utilização da escala: "Escala de Broome" para a recolha de dados.

A participação neste estudo será voluntária, após cuidadoso esclarecimento acerca da investigação e preenchimento do formulário de consentimento informado.

O autor está disponível para qualquer esclarecimento através do telefone: 915304896 ou por mail: anacanelas.silva@gmail.com.

Certa que este assunto merecerá o interesse de V. Ex.ª, agradeço desde já a atenção dispensada.

Pede deferimento.

Braga, 6 de Março de 2014

Ana Marília F. Canelas Silva



Ana Silva <anacanelas.silva@gmail.com>

pedido autorização da escala de BROOME

Lina Robalo <lina.robalo@ess.ips.pt>

26 de Março de 2014 às 16:10

Para Ana Silva <anacanelas.silva@gmail.com>

Cc: nelia_branquinho@hotmail.com, ana_marq@sapo.pt, lrobalo@ess.ips.pt, **ana_marq@sapo.pt, ***lrobalo@ess.ips.pt

Boa tarde Ana

autorização concedida e votos de um bom trabalho

Com os meus melhores cumprimentos

Lina Robalo

Professora adjunta do departamento de Fisioterapia da ESS|IPS

No dia 26/03/2014, às 12:13, Ana Silva <anacanelas.silva@gmail.com> escreveu:

<[broome.docx](#)>

APÊNDICES

APÊNDICE 1 : Consentimento informado

Assunto: Participação no projeto de investigação: "Senioridade Feminina e Incontinência Urinária: Baseada em estudo de casos."

Ex.^{ma} Senhora:

Ana Marília Canelas Silva, Fisioterapeuta e aluna do Mestrado em Gerontologia, na Universidade Portucalense, vem deste modo convidá-la a participar num projeto de Investigação "*Senioridade Feminina e Incontinência Urinária: Baseada em estudo de casos.*"

Este Projeto baseia-se na avaliação individual de pacientes tratados na área de Uro-ginecologia do serviço Medicina Física e Reabilitação do Hospital de Braga mediante uma Ficha de Avaliação, Escala de DITROVIE - Problemas urinários e qualidade de vida e entrevista orientada para os estereótipos em relação à sexualidade, menopausa e incontinência urinária.

Se pretender clarificar algum aspecto ou se precisar de mais informações, por favor contacte-me através do telefone: 915304896 ou por mail: anacanelas.silva@gmail.com

A sua participação no projeto é voluntária, não havendo quaisquer implicações se optar por não participar. Os dados recolhidos serão utilizados para fins académicos e científicos e a sua participação não envolve qualquer risco ou desvantagem.

Para que os dados fornecidos por si possam ser utilizados nesta investigação, é necessário que preencha o formulário de consentimento informado, em anexo. Deste modo, está a declarar que percebeu a envolvimento do projeto e que pretende, livremente, participar no mesmo.

Agradecendo antecipadamente a atenção de V. Ex.^a, com os melhores cumprimentos.

25 de Agosto de 2012

O responsável pelo Projeto

Declaração de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: *"Senioridade Feminina e Incontinência Urinária: Baseada em estudo de casos."*

Investigador: Ana Marília Canelas Silva

Por favor leia e assinale com uma cruz (X) os quadrados seguintes.

1. Eu confirmo que percebi a informação que me foi dada e tive a oportunidade de questionar e de me esclarecer.

2. Eu percebo que a minha participação é voluntária e que sou livre de desistir, em qualquer altura, sem dar nenhuma explicação.

3. Eu compreendo que os dados recolhidos durante a investigação são confidenciais e que só o investigador tem acesso a eles. Portanto, dou autorização para que este tenha acesso a esses dados.

4. Eu compreendo que os resultados do estudo podem ser publicados em Revistas Científicas e usados noutras investigações, sem que haja qualquer quebra de confidencialidade. Portanto, autorizo a utilização dos dados para esses fins.

5. Eu concordo então em participar no estudo.

Nome do participante

Data

Assinatura

Nome do testemunha

Data

Assinatura

Nome do Investigador(a)

Data

Assinatura

APÊNDICE 2 : Ficha de avaliação fisioterapêutica

Data da avaliação:		Codificação:	
Idade:	Estado civil:	Residência:	
Profissão:	Hobbies:	AF:	
Peso atual:	Altura:	ÍMC:	Notas:

Diagnóstico:			
TTT anterior:		Consulta MFR ___ / ___ / ___ FTUG ___ / ___ / ___ a ___ / ___ / ___	
Início da IU:		Quando procurou ajuda?	
Principal queixa:			
Objectivo da utente:			
Antecedentes pessoais:	Obesidade:	Alergias:	Tensão Arterial:
Diabetes:	D. Neurológicas:	Enurese infância:	
Problemas: - Cardíacos		-Respiratórios:	Outros:
Antecedentes familiares:			

Perda de Urina durante as diferentes atividades físicas:

Actividade	Nunca (1)	Raramente(2)	Por vezes(3)	Frequente(4)	Sempre(5)
Espirrar					
Tossir					
Rir					
Passar de deitado/sentado					
Passar de sentado/Pê					
Andar em terreno plano					
Subir rampas					
Descer rampas					
Saltar com as pernas juntas					
Saltar abrir e fechar as pernas					
Correr					
Pegar em pesos					
Movimentos rápidos/súbitos					
TOTAL=	(index de perda)				

Outros estímulos desencadeantes da perda de urina: Descer escadas _____ Meter a chave na porta _____

Relações Sexuais _____ Água _____ Frio _____ Outras: _____

Frequência das perdas: _____ x dia _____ x noite _____ x semana Usa pensos? _____ N° de mudas/dia: _____

Quantidades de perdas / em que situação:

Gotas _____ Gofadas _____ Esvaziamento Completo _____

Caraterização da micção:

Fácil	Lenta	Dolorosa	Com Esforço	Ardor	Sensação residual	Impercoetível
-------	-------	----------	-------------	-------	-------------------	---------------

Bebidas ingeridas (tipo/quantidade):

Café		Refrigerante		Bebidas alcoólicas	
Chá		Sumo		Água	

Sistema Gastro-intestinal: Soltos ____ Normal ____ Obstipado ____ Frequência de Dejeções: ____ x dia

História Ginecológica

Início da Menstruação:	Ciclo:	Contraceção:
Menopausa:	Dispareunia:	Cirurgias anteriores:

História Obstétrica

Ano	Tipo de parto	Episiotomia	Peso Criança

Satisfação sexual: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NOTAS: _____

Dor	EVA	Início	O que alivia?	O que agrava?
Pélvica				
Lombar				
Relação sexual/Exame Vaginal				

Avaliação postural:

Observação perineal: Introito vaginal _____ Corrimento _____ Cicatriz: _____

Efeito tosse _____ Prolapso: _____ Outros: _____

Palpação Vaginal: _____

PCE dos MPP: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Correta / Incorreta / Esforço Invertido / Inconclusiva

Força dos MPP (escala de Oxford): _____ PERFECT: _____ Notas: _____

Sensibilidades: _____

Stress Test: _____ **Perda de urina sem provocação:** _____

Pad-test: -resultado: _____ -Sensação de perda de urina: _____ Urina após o teste: _____

Resultados das Escalas: ICIQ-SF ____ BROOME (global) ____ (Parte A) ____ (Parte B) ____

DITROVIE: Global ____ (Atividade) ____ (Imagem) ____ (R.Emocional) ____ (Sono) ____ (Bem Estar) ____

Entrevista Terapêutica:
--

Objetivos da FTUG:

APÊNDICE 3: Diário miccional

DIÁRIO MICCIONAL

Nome: _____ DATA: ____/____/____

Para legendar o quadro:

Tipo de Bebida: água, refrigerante, chá...

Frequência: nº de vezes

Quantidade: Gotas / Golfada / Esvaziamento

Acorda:	BEBIDAS		MICÇÕES		DEJEÇÕES		PERDAS ACIDENTAIS (quantidade)		SENTIU NECESSIDADE URGENTE DE URINAR?	O QUE ESTAVA A FAZER?
	horas	Tipo	copos	Freq.	Quant.	Freq.	Quant	Urinária		
M A N H Ã										
Almoço: _____ horas										
T A R D E										
Jantar: _____ horas										
N O I T E										
Dormir: _____ horas										
S O N O										

- Hoje usou proteção higiénica? Não _____ Sim _____ Quantos? _____

Penso diário _____ Penso grande _____ Cueca absorvente _____ Outros _____

