

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE FISIOTERAPIA**

NATÁLIA DE SOUZA LOPES

**ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA INCONTINÊNCIA
URINÁRIA DE ESFORÇO EM MULHERES**

PATOS DE MINAS

2013

NATÁLIA DE SOUZA LOPES

**ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA INCONTINÊNCIA
URINÁRIA DE ESFORÇO EM MULHERES**

Artigo apresentado a Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de Graduação em Fisioterapia.

Orientadora: Ms. Ana Caroline Fernandes Marafon

Co orientadora: Ms. Marília Cavalheri Gorreri Matias

**PATOS DE MINAS
2013**

ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO EM MULHERES

Natália de Souza Lopes*

Ana Caroline Fernandes Marafon**

RESUMO

Sendo definida como o comprometimento nos mecanismos de armazenamento e esvaziamento da urina, a Incontinência Urinária (IU), trata-se de um problema de saúde pública encontrado em qualquer período da vida, em todas as faixas etárias, e mais popularmente no sexo feminino. O objetivo deste trabalho, foi informar sobre a definição, diagnóstico e tratamento da IU, dando ênfase na Incontinência Urinária de Esforço (IUE). O estudo adotou como tipo de pesquisa a revisão bibliográfica feita através do levantamento de dados já existentes. Concluiu-se com a revisão que a atuação fisioterapêutica no tratamento de mulheres com IUE, proporciona melhora e/ou cura do desconforto sintomático, além de ser um tratamento menos invasivo e pouco oneroso em relação aos outros tratamentos.

Palavras-chave: Incontinência Urinária. Reabilitação. Fisioterapia. Mulheres. Incontinência Urinária de Esforço.

ABSTRACT

Being defined as the impairment in the mechanisms of storage and emptying of urine, Urinary Incontinence (UI) is a public health problem that can be found in any period of life, in all age groups and more commonly in females. The aim of this study was to report the definition, diagnosis and treatment of UI, with emphasis on Stress Urinary Incontinence (SUI). The study adopted the kind of research, literature review

* Graduando em Fisioterapia pela Faculdade Patos de Minas (FPM). nslopes86@yahoo.com

**Graduada em Fisioterapia pela UNIT (Centro Universitário do Triângulo), Especialista em Saúde Pública e do Trabalhador pelo Instituto Passo 1, Mestre em Promoção da Saúde pela UNIFRAN e Fisioterapeuta e Docente da Faculdade Patos de Minas (FPM) . anacarolmarafon@hotmail.com

done by surveying existing data. Concluded with the review, that the physiotherapeutic treatment of women with SUI, provides improvement and/or cure of symptomatic discomfort, in addition to being less invasive treatment and inexpensive compared to other treatments.

Keywords: Urinary Incontinence. Rehabilitation. Physiotherapy. Women. Stress Urinary Incontinence.

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Sociedade Internacional de Continência - International Continence Society (ICS), a Incontinência Urinária (IU) é definida como a perda involuntária de urina pela uretra, que acarreta em um problema social ou higiênico. É uma enfermidade que exerce um impacto muito pequeno sobre a mortalidade, porém, causa profundas alterações psicossociais para o indivíduo (BARROSO, 2004).

Trata-se de um problema de saúde pública encontrado em qualquer período da vida e em todas as faixas etárias (FONSECA et al., 2004).

Os fatores de risco para o desenvolvimento da IU incluem: idade avançada, obesidade, partos vaginais, deficiência estrogênica, condições associadas a aumento de pressão intra-abdominal, menopausa, constipação, tabagismo, doenças do colágeno, neuropatias e histerectomia prévia (GUARISIA, 2001).

Embora a IU, no geral, represente a deficiência do controle miccional, suas causas e tratamentos podem diferir quanto à classificação da mesma, dividindo-se em três grandes grupos (Incontinência urinária de urgência, Incontinência urinária de esforço e Incontinência urinária mista) e duas IUs menos conhecidas (Incontinência urinária de transbordamento e Incontinência urinária transitória) (BEZERRA, 2006).

Incontinência Urinária de Urgência (IUU): é a perda involuntária de urina, via uretral, que ocorre juntamente a um desejo incontrolável de urinar, sendo acompanhado de contratura do detrusor (BARACHO, 2002).

Incontinência Urinária Mista (IUM): é caracterizada pela prevalência dos sintomas tanto de incontinência urinária de esforço quanto de incontinência urinária de urgência (BARACHO, 2002).

Incontinência Urinária de Transbordamento: é provocada por um distúrbio neurológico que pode ser associado à diabetes, ao alcoolismo e a deficiência de vitamina B12 e a drogas anticolinérgicas que afetam a contratilidade vesical (RUBINSTEIN, 2001).

Incontinência Urinária Transitória: causada por alguma situação reversível, como infecção urinária ou constipação intestinal, e se instala de maneira aguda (RUBINSTEIN, 2001).

E, a abordada neste trabalho a Incontinência Urinária de Esforço (IUE): que é caracterizada pela perda involuntária da urina resultante de qualquer atividade que leve a um aumento da pressão intra-abdominal excedendo a pressão de fechamento uretral (FREITAS, 2006). Na IUE ocorre perda de urina aos esforços, por exemplo, ao tossir, espirrar, pular, deambular, mudar de decúbito e rir intensamente (GUARDA, 2007).

Os sintomas da IU são diversos, e é necessária uma investigação clínica completa para se estabelecer o diagnóstico (FELDNER et al., 2002).

Com o diagnóstico estabelecido, o tratamento da IU pode ser cirúrgico ou conservador. O tratamento cirúrgico envolve procedimentos invasivos que podem ocasionar complicações, são de alto custo e podem ser contraindicados em alguns casos ou, às vezes, rejeitados pelas próprias pacientes (GUARDA et al., 2007). Dentre as possibilidades para o tratamento conservador da IU, estão o tratamento medicamentoso e a Fisioterapia (ARRUDA et al., 2007).

A fisioterapia proporciona à mulher com IU a melhora e/ou a cura do grande desconforto sintomático. Entretanto, seu sucesso depende da motivação, assiduidade, perseverança, empenho da equipe multiprofissional envolvida e principalmente da paciente (HERRMANN et al., 2003).

Os melhores resultados do tratamento fisioterapêutico da IU são obtidos nos casos com comprometimento leve ou moderado. Para isso, é necessária a escolha adequada de diferentes técnicas, como a cinesioterapia da musculatura do assoalho pélvico (MAP), eletroestimulação vaginal, uso de cones vaginais e o biofeedback (ABREU et al., 2007).

Este estudo pretende demonstrar a importância da atuação da fisioterapia no tratamento de mulheres com IUE, que tem sido recomendada como forma de abordagem inicial conservadora. Podendo ser utilizada de forma individual ou em combinação com a cirurgia na forma de terapia auxiliar.

O objetivo geral deste estudo é informar sobre a definição, diagnóstico e tratamento da IU. Os objetivos específicos são verificar a importância da fisioterapia no tratamento da IUE e conhecer os métodos e práticas utilizados no tratamento.

Justifica-se o presente estudo, pelo grande número de mulheres que são acometidas pela incontinência urinária de esforço, muitas das quais não sabem que este problema pode ser tratado através de técnicas simples. Atualmente ainda muitas mulheres com IUE não procuram seus médicos, por desconhecerem a patologia, achar que não existe tratamento ou associar a IUE com o envelhecimento normal. A Fisioterapia se mostra uma opção eficaz de tratamento para estas pacientes, podendo adiar ou até mesmo evitar a necessidade de uma cirurgia, ou o uso de fármacos contínuos, e desta forma regularizar a continência urinária fisiológica.

Metodologicamente, este estudo adotou o tipo de pesquisa, revisão bibliográfica feita através do levantamento de dados coletados na literatura já existente, por meio da seleção de livros e periódicos no período entre 2000 e 2013, disponíveis em banco de dados da biblioteca da Faculdade Patos de Minas- FPM, Scielo, BVS, Google Acadêmico e Bireme. Serão também utilizadas outras fontes disponíveis como as monografias, revistas, teses e dissertações que abordam sobre o estudo, tratamento e reabilitação da incontinência urinária por esforço em mulheres. As palavras chaves são: Incontinência Urinária. Reabilitação. Fisioterapia. Mulheres. Incontinência Urinária de Esforço.

Este trabalho aborda a atuação, os métodos e as práticas utilizados pela fisioterapia no tratamento da IUE, sendo o mesmo dividido em três seções: na primeira seção serão abordados definição, diagnóstico e tratamento da IUE. Já na segunda seção, abordamos a atuação da fisioterapia no tratamento da IUE. E a terceira seção mostra os métodos e práticas usados para o tratamento.

2 INCONTINÊNCIA URINÁRIA

2.1 Definição

De uma forma simples a IU pode ser definida como comprometimento nos mecanismos de armazenamento e de esvaziamento de urina. Tal comprometimento tem se mostrado frequente no sexo feminino (VIANA, 2001).

De acordo com a Sociedade Internacional de Continência, a IU é definida como uma condição na qual ocorre perda involuntária de urina, sendo um problema social ou higiênico objetivamente demonstrado e interpretado, na maioria das vezes, como parte natural do envelhecimento, levando a um quadro clínico de depressão, isolamento e vergonha, alterando, portanto, o convívio social (FELDNER et al., 2002).

A IU tem causa multifatorial, mas alguns fatores como hipoestrogenismo, multiparidade, idade avançada, cirurgias prévias, doenças predisponentes, assim como os defeitos pélvicos, contribuem para a perda da função esfinteriana (GLASHAN et al., 2000).

A porcentagem de IU entre mulheres jovens é de 10 a 20%, e de 30 a 40% naquelas com idade igual ou superior a 65 anos. No Brasil, acredita-se que 11 a 23% da população feminina seja incontinente, embora muitas mulheres não relatem essa condição (LAZARI et al., 2009).

2.2 Incontinência Urinária de Esforço

A IUE é a perda involuntária da urina resultante de qualquer atividade que leve a um aumento da pressão intra-abdominal excedendo a pressão de fechamento uretral (FREITAS et al., 2006).

A IUE é uma situação bastante comum entre mulheres, particularmente durante e após as gestações, e ao contrário do que popularmente se acredita, a incontinência urinária não é incomum entre a população feminina com menos de 40 anos (SILVEIRA, 2002).

Atualmente, esse termo é empregado para descrever tanto um sintoma quanto um diagnóstico. Como sintoma, refere-se apenas à perda da urina associada a qualquer atividade que aumente a pressão intra-abdominal, como tosse, espirro ou realização de esforços (MARTINS, 2000). Quando se refere a um diagnóstico, pode significar qualquer tipo de disfunção miccional, incluindo incontinência urinária de esforço verdadeira, instabilidade do detrusor, incontinência por transbordamento, hipotonicidade do detrusor e instabilidade uretral.

O termo incontinência urinária de esforço verdadeira é utilizado nos casos em que existe dificuldade de enchimento da bexiga, cuja etiologia é unicamente uretral, ou seja, o enchimento da bexiga é impedido pela falha no mecanismo de fechamento uretral (MARTINS, 2000).

A IUE é a causa mais frequente de incontinência urinária, com incidência variando de 14 a 52%. Estima-se que cerca de 40% da população feminina apresenta algum tipo de incontinência urinária. Dentre estas, cerca de 50% tem IUE. A prevalência aumenta com a idade e paridade de forma independente, e diversos fatores podem contribuir para agravar o quadro, além de destacarem que as condições que produzem aumento crônico na pressão intra-abdominal predisõem a todas as formas de distúrbio do assoalho pélvico, sobrecarregando os tecidos já danificados (RIBEIRO et al., 2000).

Normalmente ocorre quando aumenta a pressão abdominal e esta pressão extra será transmitida à bexiga, culminando em perda de urina. Quando uma manobra de valsalva aumenta a pressão abdominal esta pressão é transmitida igualmente para a bexiga e para a uretra, pois ambas estão confinadas a pelve verdadeira (OLIVEIRA et al., 2007).

Segundo Xardez (2001, p.26) a IUE se divide em três tipos para um melhor entendimento:

TIPO I: perda urinária discreta; ocasional, que se manifesta, sobretudo, quando a paciente está de pé e faz muito esforço;
TIPO II: perda urinária moderada, onde a bexiga e uretra estão caídas; ela se produz sistematicamente quando se faz um esforço de pé;
TIPO III: perda urinária severa por lesão na uretra. A bexiga e a uretra podem estar no lugar, porém perde a capacidade de contrair, permanecendo a uretra sempre aberta e a perda urinária ocorre em situações de esforço leve como caminhar ou simplesmente mudar de posição.

2.3 Diagnóstico

O diagnóstico da IU se baseia em:

História Clínica: Inicia-se a investigação obviamente pela anamnese e pelo exame ginecológico que fornecem informações indispensáveis para o correto diagnóstico (MORENO, 2004).

A anamnese deve conter alguns aspectos incluindo o início dos sintomas, duração, gravidade, condições associadas e descrição do impacto na qualidade de vida da mulher. Os sintomas vão refletir a alteração na fisiologia normal do trato urinário (SARTORI et al., 2006).

Alguns tópicos da anamnese são essenciais para o diagnóstico e para a conduta médica. Deve-se investigar com minúcia o modo de micção, estando alerta para queixas de aumento de frequência, urgência e/ou noctúria, dentre outras. Também não se pode esquecer das alterações psíquicas, sociais e sexuais associadas à incontinência urinária (MORENO, 2004).

Embora a história forneça diversas informações, é frequente que não se obtenha o diagnóstico, uma vez que os sintomas urinários podem ser similares quando as etiologias são diferentes. Isto faz a história clínica, embora integrante da avaliação uroginecológica, constituir-se apenas de segmento da avaliação total da paciente (SARTORI et al., 2006).

O exame físico do paciente com sintomas de incontinência urinária inclui o exame do abdome, do dorso, da pelve e testes neurológicos (CASTRO et al., 2006).

Durante o exame, alguns aspectos devem ser ressaltados: a análise da mucosa vaginal, sinais de dermatite amoniacal, sinais de atrofia pelo hipoestrogenismo, força de contração voluntária dos músculos do assoalho pélvico,

tônus do esfíncter retal, sensibilidade do períneo e reflexos sacrais, além de eventuais distopias genitais (SARTORI et al., 2006).

Os objetivos do exame físico são reduzir e caracterizar a perda urinária, descartando distúrbios neurológicos, avaliando a integridade do assoalho pélvico, bem como excluir outras afecções pélvicas (MORENO, 2004).

O exame físico da paciente deve ser feito em posição ginecológica, preferencialmente com a bexiga cheia. A paciente deve ser solicitada a tossir e/ou realizar manobra de Valsalva. Quando há hiperatividade vesical, se houver perda, esta é relacionada ao esforço (SARTORI et al., 2006).

O diário miccional é um importante teste que fornece informação imparcial sobre o ritmo miccional da paciente, podendo ser confrontado com a história clínica. Testes de validação têm demonstrado que o diário de 24 horas é suficiente para a maioria dos propósitos, mas no período de três dias é mais preciso. Importantes variáveis podem ser extraídas do diário miccional: o débito urinário diurno e noturno, a capacidade vesical funcional, o número de micções durante o dia e a noite e o número de episódios de incontinência urinária (CASTRO et al., 2006).

A aplicação de questionários em mulheres incontinentes é bem aceita, uma vez que o impacto sobre os fatores individuais pode ser avaliado. Para que sejam eficientes estes instrumentos devem ser simples, ter relevância e ser de fácil compreensão. Dentre os questionários disponíveis, existem os que enfocam condições genéricas e específicas. Os questionários genéricos fornecem dados sobre o perfil individual, abrangendo conceitos de saúde geral e avaliando aspectos nos campos físico, psicológico e social (SARTORI et al., 2006).

Já os questionários específicos são desenhados para avaliar com maior complexidade e eficácia o impacto de certos aspectos clínicos e cirúrgicos. Portanto, refletem melhor a mudança na resposta ao tratamento (SARTORI et al., 2006).

O teste do absorvente (Pad Test) tem demonstrado sua importância na avaliação do volume de urina perdido em determinado período (CASTRO et al., 2006). Esse teste é particularmente útil para quantificar a perda urinária, monitorar os efeitos terapêuticos durante o tratamento clínico e documentar a incontinência quando ela não é detectável ao exame clínico ou urodinâmico (MORENO, 2004).

O absorvente deve ser pesado para estimar o volume de perda. Considera-se teste do absorvente positivo quando o volume medido é superior a 8 gramas (CASTRO et al., 2006).

O teste de longa duração é feito com o paciente em seu domicílio, usando o protetor por 24 ou 48 horas, exercendo suas atividades rotineiras, o peso do protetor é aferido antes e após esse período. A paciente é orientada a anotar o volume de líquido ingerido e as micções podendo trocar os protetores assim que achar necessário (MORENO, 2004).

Há também o teste simplificado de 20 minutos que consiste em esvaziar a bexiga com sonda uretral e infundir 250 ml de água destilada. Em seguida, remove-se a sonda e utiliza-se o protetor previamente pesado; solicita-se à paciente tossir, agachar-se, pular, dobrar-se, subir e descer escadas por 10 vezes; lavar as mãos em água corrente por um minuto e andar por mais 10 minutos. Depois o protetor é removido e seu peso aferido (RIBEIRO et al., 2010).

O objetivo da avaliação urodinâmica é identificar as causas específicas dos sintomas das pacientes, seja o problema incontinência urinária, disfunção miccional ou sintomas irritativos do trato urinário, além de fornecer dados para orientar o correto tratamento, seja ele cirúrgico ou não (SARTORI et al., 2006). E segundo Castro (2006) a avaliação urodinâmica deve ser realizada em pacientes incontinentes que apresentam dificuldade miccional, lesão neurológica ou falha do tratamento anterior.

Deve-se lembrar de que a avaliação urodinâmica está sujeita a artefatos, durante sua realização, que podem gerar erros de interpretação e até mesmo de diagnóstico, se o examinador não estiver atento e cuidadoso. O diagnóstico final é o resultado de contínua interação entre a paciente e o examinador, sendo de importância fundamental a interpretação dos dados e a separação de informações relativas a artefatos (SARTORI et al., 2006).

2.4 Tratamento

Nem todos que possuem IU procuram ajuda profissional. Estima-se que uma a cada três pessoas que sofrem de incontinência sintam-se constrangidas em falar sobre o assunto com familiares, amigos ou com um profissional de saúde, fazendo com que essas pessoas convivam com o problema por muitos anos, sem procurar ajuda, e o considerem normal (POLDEN et al., 2002).

Seguindo o diagnóstico estabelecido, o tratamento da IU pode ser cirúrgico ou conservador. O tratamento cirúrgico envolve procedimentos invasivos que podem ocasionar complicações, são de alto custo e podem ser contraindicados em alguns casos ou, às vezes, rejeitados pelas próprias pacientes (GUARDA, 2007).

As possibilidades para o tratamento conservador da IU são diversas, dentre essas estão o tratamento medicamentoso e a Fisioterapia. O tratamento medicamentoso está indicado para a bexiga hiperativa e, em particular, quando os sintomas iniciarem com o hipoestrogenismo do climatério. O medicamento é uma das opções de tratamento mas muitas vezes associa-se a efeitos colaterais, com incidência que varia de 2 a 66%, o que leva ao abandono do tratamento em grande parte dos casos (ARRUDA et al., 2007).

No entanto, desde 1999 a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a assistência fisioterapêutica em pacientes com incontinência urinária de esforço de leve a moderada como primeiro tratamento. Após aproximadamente três meses, é que se deve avaliar a necessidade das alternativas cirúrgicas ou farmacológicas (COFFITO, 2002).

3 ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA

Por volta dos anos 1950, Arnold Kegel, médico ginecologista, foi o primeiro a introduzir o treinamento da musculatura do assoalho pélvico (MAP) feminino para tratar a IU. Nesse período, muitos fisioterapeutas do Reino Unido estiveram empenhados no tratamento da IU, usando os exercícios para o assoalho pélvico (cinesioterapia) e a eletroestimulação vaginal (KLUBER et al., 2002).

Em 1992, a Sociedade Internacional de Continência validou cientificamente as técnicas de reabilitação do assoalho pélvico para tratamento de distúrbios perineais e, como consequência, o reconhecimento e a valorização desses métodos foram crescendo cada vez mais (AMARAL et al., 2009).

Assim, dependendo do tipo e da severidade da IU o tratamento fisioterapêutico tem sido recomendado como uma forma de abordagem inicial, podendo ser utilizado de forma individual ou em combinação à cirurgia na forma de

terapia adjuvante e pré-operatório, em casos em que não houve sucesso no tratamento cirúrgico, combinado ao tratamento medicamentoso (RETT et al., 2007).

A fisioterapia é um tratamento menos invasivo e pouco oneroso em relação ao tratamento cirúrgico e proporciona à mulher com IU a melhora e/ou a cura do grande desconforto sintomático. Entretanto, seu sucesso depende da motivação, assiduidade, perseverança, empenho da equipe multiprofissional envolvida e principalmente da paciente (HERRMANN et al., 2003).

Os objetivos da intervenção fisioterapêutica são informar, educar ou reeducar, melhorar a percepção da MAP, melhorar a força de contração das fibras musculares da MAP e estimular bons hábitos de vida, como a prática de atividade física. Tudo isso pode ajudar a fortalecer os músculos necessários para manter a continência urinária e a organizar a ação do sistema nervoso autônomo simpático e parassimpático nas contrações involuntárias do músculo detrusor (SOUZA, 2002).

Acredita-se que a fisioterapia tem apresentado resultados expressivos para a melhora dos sintomas da IU em até 85% dos casos (RETT et al., 2007).

A reeducação da MAP é fundamental no programa que busca a prevenção, melhora ou mesmo a cura da IU e a melhora da função sexual. Os melhores resultados do tratamento fisioterapêutico da IU são obtidos nos casos com comprometimento leve ou moderado. Para isso, é necessária a escolha adequada de diferentes técnicas, como a cinesioterapia da MAP e a eletroestimulação vaginal (ABREU et al., 2007).

A cinesioterapia da MAP é o único método que não possui contraindicações, não tem efeitos colaterais, pode ser realizado individualmente ou em grupo e é considerado um tratamento eficaz para a melhora ou a cura de muitos casos, mantendo os seus efeitos por mais de cinco anos (MORENO, 2004). Esse método objetiva exercitar os músculos perineais para o tratamento da hipotonia do assoalho pélvico, pois a melhora da força, do tônus e da função dessa musculatura favorecerá uma contração consciente e efetiva nos momentos de transmissão da pressão para a uretra diante do aumento da pressão intra-abdominal, evitando-se as perdas urinárias, o que proporcionará um reforço para o mecanismo de continência (RETT et al., 2007).

A maioria das mulheres é incapaz de realizar uma contração somente pela simples instrução verbal, por isso é importante e necessário o acompanhamento de

um fisioterapeuta especialista. A informação e a conscientização da MAP representam uma fase essencial na reeducação (MORENO, 2004).

Moreno (2004) ainda afirma que a contração correta mostra-se muito eficaz no tratamento da IU, pois determina melhora no controle esfinteriano, no aumento do recrutamento das fibras musculares tipo I e II e no estímulo da funcionalidade inconsciente de contração simultânea do diafragma pélvico, o que aumenta o suporte das estruturas pélvicas e abdominais e previne futuras distopias genitais.

Em estudo que envolveu a cinesioterapia como tratamento clínico da IU, observou-se a redução dos episódios de IU de 56 a 95%, sendo que os melhores resultados foram observados nas mulheres que tiveram boa motivação para persistir, realizando diariamente a cinesioterapia pélvica (SOUZA, 2002).

Outro estudo objetivou comprovar a eficácia da cinesioterapia na restauração da musculatura perineal de mulheres, sem distinção de faixa etária, com IUE. Concluiu-se que a cinesioterapia é eficaz na recuperação do tônus muscular. Apesar de os resultados indicarem ganho satisfatório de tônus muscular, diminuição ou até a ausência de perda de urina, um tempo maior de treinamento poderia demonstrar maior eficácia (ARRUDA et al., 2000).

Alguns estudos sugerem que a cinesioterapia da MAP melhora em torno cerca de 60 a 90% dos casos de mulheres com IUE (CAMARRÃO, 2003).

A eletroestimulação vaginal é outra técnica fisioterapêutica que utiliza eletrodos vaginais. Dependendo do tipo de frequência de corrente utilizada, inibe o músculo detrusor, diminui o número de micções e aumenta a capacidade vesical. Pode também determinar o aumento da força de contração do músculo elevador do ânus e do comprimento funcional da uretra, resultando em uma melhora da transmissão pressórica intra-abdominal (ARRUDA, 2007).

Diversos estudos afirmam que a eletroestimulação vaginal é uma técnica terapêutica efetiva para o tratamento da IUE (KLUBER et al., 2002). Quando associada à cinesioterapia, pode ter mais eficácia, produzindo melhora substancial ou até mesmo cura nas mulheres com IUE (CAMARRÃO et al., 2003).

4 MÉTODOS E PRÁTICAS FISIOTERAPÊUTICAS NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO

4.1 Avaliação Fisioterapêutica

A avaliação fisioterapêutica para disfunção do assoalho pélvico deve conter dados pessoais da paciente, diagnóstico clínico, achados urodinâmicos, práticas de atividade e exercícios, história do estado atual, início da incontinência, circunstâncias de perda (espirro, tosse, riso, peso, etc.), frequência e quantidade de perda, sintomas urinários gerais, diário miccional, qualidade de vida sexual, exame físico e história obstétrica, além da avaliação subjetiva da paciente frente a sua condição emocional (SILVA, 2011).

Na anamnese, deve ser apanhado o maior número de informações possíveis, pois nela serão adquiridos elementos importantíssimos como idade, número de partos, presença ou não de incontinência (CONCEIÇÃO, 2005).

A inspeção deve ser feita com paciente em posição ginecológica, e se devem observar as condições da pele, se está aparentemente hidratada ou não, se o tônus muscular está hipo ou hipertônico, a presença de cicatrizes ou feridas na vulva, a presença de cistocele, retocele, prolapso uterino e hemorroidas (TABORDA; GOMES, 2006).

É também muito importante analisar a contração perineal, solicitando à paciente que contraia a musculatura do assoalho pélvico. Nesse momento, serão anotadas oclusão do introito vaginal e aproximação do clitóris, do corpo perineal e do esfíncter anal. Em algumas pacientes, poderá notar-se uma leve aproximação perineal ou nenhum esboço de movimento no períneo (SILVA, 2011).

Há duas técnicas básicas de avaliação do assoalho pélvico: avaliação manual da MAP e stop test (SWIFT et al., 2006).

Ramos e Toniolo (2005) classificaram o grau de força muscular conforme descrição no quadro a seguir:

Quadro 1 – Grau de Força muscular do assoalho pélvico

Grau 0	Sem função perineal objetiva, nem mesmo à palpação.
Grau 1	Função perineal objetiva ausente, reconhecida somente à palpação.
Grau 2	Função perineal objetiva débil, reconhecida à palpação.
Grau 3	Função perineal objetiva e resistência opositora, não mantida à palpação.
Grau 4	Função perineal objetiva e resistência opositora mantida à palpação por mais de 5 minutos.

Fonte: RAMOS; TONIOLO 2005.

Silva (2011) mostra que outro item importante na avaliação é o emprego de questionários que auxiliem o terapeuta a enxergar com maior clareza as mudanças ocorridas após o tratamento. O questionário segue no Anexo A.

4.2 Tratamento Fisioterapêutico

O tratamento fisioterapêutico da IUE tem como objetivo educar e informar a paciente, melhorar sua percepção corporal e através de técnicas que utilizam a cinesioterapia para a MAP, uso de cones vaginais, treinamento da bexiga, eletroestimulação vaginal e retal, biofeedback e fortalecimento de períneo. Estimulando assim bons hábitos de vida, sendo um tratamento de baixo custo e que vem trazendo resultados para as pacientes (BARACHO, 2002).

Cones Vaginais: este método foi desenvolvido por Plevnik em 1985. Ele demonstrou que a mulher pode melhorar o tônus da musculatura pélvica introduzindo na cavidade vaginal cones de material sintético, exercitando a musculatura do períneo na tentativa de reter os cones e aumentando progressivamente o peso dos mesmos (FREITAS, 2002).

Os cones consistem de uma série de cinco a nove cilindros pequenos, de peso variável, que vão de 2,0 a 100g. Eles são feitos de chumbo coberto com plástico e são do tamanho aproximado de um tampão com um cordão de nylon ligado a uma ponta um tanto afilada (POLDEN et al., 2002).

O cone mais leve é mais adequado para o início, ele é inserido na vagina pela mulher, na posição semi abaixada ou deitada de lado, ou em pé com um pé sobre uma cadeira, ponta afilada do cone e o cordão devem apontar para baixo. O cone

deve ser inserido bastante afastado para ficar verticalmente acima do nível do assoalho pélvico. Uma vez estando o cone em uma posição, a paciente começa a andar. Se o cone puder ficar retido por um minuto, a paciente passa para o cone seguinte, que é um pouco mais pesado, e assim por diante até que um cone saia fora, dentro de um minuto. O cone mais pesado que puder ficar retido por um minuto é usado para o exercício (MANTLE et al., 2000). Deve ser realizado, duas vezes por dia. A paciente insere um cone, e anda durante 15 minutos. Se o cone sair, ele é empurrado de volta. Desde que o cone possa ficar retido durante 15 minutos sem sair, passa-se para o cone seguinte. É recomendado fazer isso durante um mês (POLDEN et al., 2002).

Biofeedback: Em 1970, Basmajian a definiu como uma técnica que utiliza um equipamento eletrônico para revelar aos seres humanos, de maneira contínua e instantânea, alguns acontecimentos fisiológicos internos normais ou anormais, em forma de sinais visuais ou auditivos. Ele consiste, então, em aprender a manipular esses acontecimentos involuntários ou inconscientes, manipulando os sinais representados (GROSSE; SENGLER, 2002).

Em pacientes com IUE, o método é empregado para o reconhecimento da musculatura esquelética envolvida no relaxamento e na contração uretral (GROSSE; SENGLER, 2002).

A maioria dos equipamentos existentes dispõe de um sensor eletrônico que é introduzido na vagina para registrar a atividade dos músculos pélvicos e eletrodos que são colados na parede abdominal para monitorizar sua atividade e informar se essa musculatura está relaxada (GROSSE; SENGLER, 2002).

Grosse e Sengler (2002. p.98) sugerem que com o auxílio do biofeedback, a aprendizagem será feita em três etapas:

A primeira é a detecção, amplificação de uma função pela aparelhagem e tradução em um sinal visual e/ou sonoro imediatamente disponível para a paciente. A segunda etapa consiste em mostrar a paciente que ela pode, por um ato voluntário, reforçar, atenuar ou manter a função que lhe é mostrada pelos sinais visuais ou auditivos. Essa função, de que ela não tem conhecimento (assoalho pélvico) lhe é mostrada por sinais que ele pode, então, manipular. É a etapa de conscientização, papel essencial, e mesmo exclusivo do biofeedback. A terceira etapa é a automatização dessa função, obtida pelo trabalho manual de bloqueio perineal sob esforço. Nessa fase, o biofeedback é um controle rápido e confortável da integração da função (assoalho pélvico) ao esquema corporal da paciente.

Os resultados aparecem depois de 5 semanas, com exercícios realizados uma ou duas vezes por semana (MARTINS, 2000).

Eletroestimulação: Muito popular no tratamento da IUE, é um meio utilizado para propiciar a contração passiva da musculatura perineal, também apresenta grande importância na conscientização da contração desta musculatura em pacientes que têm dificuldade de identificar a mesma (MOREIRA et al., 2001).

Consiste em exercícios passivos que são realizados quando se introduz um eletrodo semelhante a um absorvente interno na vagina. O eletrodo gera impulsos elétricos numa frequência de 20, 35 e 50Hz, reforçando assim as fibras musculares do tipo I e II. A intensidade deve ser ajustada de acordo com a tolerância da paciente. Tem sido um tratamento muito usado como complementar a cinesioterapia (BARACHO, 2002).

Cinesioterapia: Sugere-se que o tratamento para a IUE seja inicializado com este método podendo estar associados a outras formas de terapia (BARROSO, 2004), segundo Lemgruber (2001) tem como objetivo amenizar o sintoma de perda urinária em mulheres com incontinência. Esses exercícios são indicados a todas as mulheres com IUE, urgência e incontinência urinária mista.

Segundo Baracho (2002), a cinesioterapia tem os mesmos objetivos da eletroestimulação, porém não é invasiva e visa recrutar o maior número de fibras musculares possíveis, aumentando a força muscular da região trabalhada, levando-se em conta que os músculos do assoalho pélvico são compostos em 70% por fibras do tipo I, sendo que estas são responsáveis por manter uma contração contínua e prolongada, pois são fibras de contração lenta e de maior resistência, diferentes das fibras do tipo II, que são responsáveis pelas contrações rápidas e fortes. A técnica correta deve ser executada com elevação da musculatura para dentro e compressão em torno da uretra, da vagina e do reto, sem qualquer movimento visível da pelve ou das extremidades (FREITAS, 2002).

Além do fortalecimento do assoalho pélvico, deve-se utilizar também a conscientização corporal e a reeducação postural para tratar a incontinência urinária (LAFAYETE, 2004).

Um dos principais objetivos da fisioterapia é o fortalecimento da MAP, pois a melhora da força e da função desta musculatura favorece uma contração consciente e efetiva nos momentos de aumento da pressão intra-abdominal, evitando assim as perdas urinárias. Também colaboram positivamente na melhora do tônus e das

transmissões de pressões da uretra, reforçando o mecanismo de continência urinária (RETT et al., 2007).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A IUE é uma condição muito comum, principalmente em mulheres. Ainda assim, os estudos e pesquisas deste tema são poucos, principalmente em relação à atuação da fisioterapia no tratamento, que se mostra uma técnica menos invasiva e de baixo custo, em relação aos outros tipos de tratamento, abordando técnicas simples e que se adaptam a necessidade da paciente.

Durante esta revisão bibliográfica, fica claro que a eficácia do tratamento fisioterapêutico depende muito da motivação e empenho tanto da paciente, quanto da equipe multidisciplinar envolvida. Em todos os casos é perceptível que com o tratamento fisioterapêutico há uma cura ou a melhora dos sintomas.

A Cinesioterapia tem uma grande importância no tratamento como o estudo abordou. Não apenas fortalece a MAP, mas também ajuda na conscientização corporal e reeducação postural. A fisioterapia também mostra sua importância, ultrapassando os limites fisiológicos e trazendo benefícios também no campo sócio-psicológico, influenciando no bem-estar, autoestima e na qualidade de vida das pacientes.

Entretanto muitas vezes o tratamento não acontece devido ao fato de as próprias pacientes subestimarem o problema, aceitando-o como uma condição normal do envelhecimento; em outros casos, por medo ou ignorância, as pacientes acabam não procurando ajuda dos profissionais de saúde, passando a conviver com constrangimentos gerados pela incontinência.

Ainda há nessa área a necessidade de mais estudos, com metodologias adequadas, para que possa comprovar em números a eficácia da abordagem fisioterapêutica como tratamento da IUE, e conseguir mostrar que a fisioterapia pode ser sim o primeiro recurso a ser utilizado antes que se opte por um tratamento mais convencional, evitando assim, gastos, ou até mesmo o desgaste desnecessário das pacientes.

REFERÊNCIAS

ABREU, N. S. et al. Qualidade de vida na perspectiva de idosas com incontinência urinária. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 6, p. 36-429, nov. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n6/v11n6a03.pdf>>. Acesso em 26 out. 2013.

AMARAL, R. G. et al. Fisioterapia no tratamento da incontinência urinária feminina. **Femina**, Goiânia, v. 37, n. 7, p. 385-388, jul. 2009. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Feminav37n7p385-8.pdf>>. Acesso em 26 jan. 2013.

ARRUDA, R. M. et al. Hiperatividade do detrusor: comparação entre oxibutinina, eletroestimulação funcional do assoalho pélvico e exercícios perineais: estudo randomizado. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 8-452, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032007000900003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> . Acesso em 24 out. 2013.

ARRUDA, R.M. et al. Avaliação clínica e urodinâmica em mulheres com instabilidade vesical antes e após a eletroestimulação funcional do assoalho pélvico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 649-658, mar. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032000001000012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 06 mar. 2013.

BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada a Obstetrícia: Aspectos de Ginecologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

BARROSO, J. V. C. et al. Transvaginal electrical stimulation in the treatment of urinary incontinence. **Bju International**, Carolina do Sul v. 93, n. 3, p. 319-323, fev. 2004. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1464-410X.2004.04608.x/full>>. Acesso em: 12 set. 2013.

BEZERRA, C. A. Incontinência urinária. **Sociedade Brasileira de Uroginecologia**. 2006.

CAMARRÃO, S. S. et al. Avaliação da eletroestimulação da terapêutica da incontinência urinária de esforço feminina . **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 9-169, maio 2003.

CASTRO, et al. Incontinência Urinária: Propedêutica. **Associação Médica Brasileira: Conselho Federal de Medicina**, Rio de Janeiro, p.01-11, 27 jun. 2006. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/6_volume/30-incontiurinprop.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2013.

CHIAPARA, T. R et al. **Incontinência Urinária Femina: assistência Fisioterapêutica e Multidisciplinar**. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2007. 236 p.

COFFITO: **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. São Paulo, n. 14, mar. 2002. Trimestral.

CONCEIÇÃO, J. C. J. **Ginecologia Fundamental**. São Paulo: Atheneu, 2005.

FELDNER, J. et al. Valor da queixa clínica e exame físico no diagnóstico da incontinência urinária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p.87-91, mar. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032002000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 out. 2013.

FONSECA, E. S. M. et al. Incontinência urinária feminina e qualidade de vida. In: MORENO, A. I. **Fisioterapia em Uroginecologia**. São Paulo: Manole, 2004. p. 8-95.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

FREITAS, F. et al., **Rotinas em ginecologia**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

FREITAS, Fernando et al. **Rotinas em Ginecologia**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. Disponível em: <<http://www.kilibro.com/en/book/preview/50843/rotinas-em-ginecologia>>. Acesso em: 06 maio 2013.

GLASHAN, R. Q. et al. Fatores de risco associados a incontinência urinaria: é possível modificá-los. **Acta Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 12, p. 7-43, fev. 2000.

GROSSE, D; SENGLER, J. **Reeducação perineal**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2002.

GUARDA, R. L. et al. Tratamento conservador da incontinência urinária de esforço. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 35, p. 27-219, ago. 2007. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&nextAction=Ink&base=LILACS&exprSearch=456974&indexSearch=ID&lang=p>> Acesso em: 19 jul. 2013.

GUARISIA, T. et al. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 35-428, out. 2001.

HERRMAAN, V. et al. Eletroestimulação transvaginal do assoalho pélvico no tratamento da incontinência urinaria por esforço: avaliações clínicas e ultrassonográfica. **Associação Médica Brasileira**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 49, p. 5-401,

2003.

KLUBER, L. et al. A Influência da fisioterapia na qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária: revisão. **Revista Medica Pucrs**, Rio Grande do Sul, v. 12, n. 3, p. 9-243, set. 2002. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=360278&indexSearch=ID&lang=p>>. Acesso em 26 out. 2013.

LAFAYETTE, K. C. S. **Uroginecologia**. Curitiba: Apostila de terapia manual, 2004.

LAZARI, C. et al. Avaliação da qualidade de vida de idosas com incontinência urinária: idosas institucionalizadas em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 103-112, fev. 2009. Disponível em: < http://www.crde-unati.uerj.br/img_tse/v12n1/pdf/art_8.pdf> Acesso em: 10 ago. 2013.

LEMGRUBER, I. **Tratado de Ginecologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

MANTLE, J. **Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2000.

MARTINS, F. G. Tratamento conservador da incontinência urinária feminina. **Urologia Contemporânea** – Órgão Oficial do Departamento de Urologia da Associação Paulista de Medicina, v. 6. n. 1, p. 30-43 jan./mar. 2000.

MOREIRA, S. F. S. et al. Mobilidade do Colo Vesical e Avaliação Funcional do Assolho Pélvico em mulheres continentemente e com Incontinência Urinária de Esforço, consoante o estado hormonal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1 -6, jan./jul.2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032002000600002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 26 out. 2013.

MORENO, A. **Fisioterapia em uroginecologia**. Barueri, SP: Manole, 2004.

MORENO, A. L. A Cinesioterapia do Assolho Pélvico. In: MORENO, A.L. **Fisioterapia em Uroginecologia**. São Paulo: Manole, 2004. p. 20-115.

OLIVEIRA, K. et al. Técnicas Fisioterapêuticas no Tratamento e Prevenção da Incontinência Urinária de Esforço na Mulher. **Revista Eletronica F@pciencia**, Apucarana - Pr, v. 1, n. 1, p. 31-49, jun. 2007. Disponível em: <<http://files.sandrabarbosa.webnode.com.br/200000072-d705dd7ffe/IUE.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2013.

POLDEN, M. et al. **Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo: Livraria Santos, 2002.

RETT, M. T. et al. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 40-134, 2007. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Feminav37n7p385-8.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2013.

RAMOS, L. R.; TONIOLO, J. N.: **Geriatría e gerontología**. São Paulo: Manole Ltda, 2005.

RIBEIRO, R. et al. **Tratado de Ginecología**: incontinência urinária de esforço. 3. ed. São Paulo: Roca, 2000.

RUBINSTAIN, I. **Clínicas Brasileiras de Urologia**: Incontinência Urinária na Mulher. São Paulo: Atheneu, 2001.

SARTORI, M. G. et al. Diagnóstico clínico e subsidiário da incontinência urinária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 54-62, jan. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032006000100010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 out. 2013.

SILVA, C. R. **Cinesioterapia do assoalho pélvico feminino**: abordagem fisioterapêutica na incontinência urinária e nas disfunções sexuais femininas. São Paulo: Phorte, 2011.

SILVEIRA, J. G. **Obstetrícia**: ginecopatias de causa obstétrica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOUZA, O. L. **Incontinência Urinária**: Fisioterapia aplicada à obstetrícia: aspectos de ginecologia e neonatologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Feminav37n7p385-8.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2013.

SWIFT, S. E. et al., **Uroginecologia e disfunções do assoalho pélvico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

TARBODA, W. C. GOMES, M. T. V. **Ginecologia**: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Cultura Médica, 2006.

VIANA, L.C et al. Incontinência urinária e fístulas genitais. In: VIANA, L.C et al. **Ginecologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. p. 101-108.

XARDEZ, Y. **Vade - Mécum de cinesioterapia**. 4. ed. São Paulo: Audrey, 2001.

AGRADECIMENTOS

Muito obrigada as minhas mestres, Ana Caroline Fernandes Marafon e Marília Cavalheri Gorreri Matias, pela ajuda e paciência durante toda a confecção deste

trabalho. A dedicação e o carinho de vocês foram muito importantes para que eu pudesse manter a calma e finalizar o trabalho.

Data de entrega do artigo: 30/10/2013

ANEXO A

Questionário de incontinência urinária

Nome: _____
 Telefone residencial: _____ Telefone comercial: _____
 Endereço: _____
 Data de Nascimento: _____ Profissão: _____
 Responsabilidades _____ em _____ casa:

Nível de atividade: Sedentária: ___ leve: ___ ativa: ___ muito ativa: ___
 Altura: _____ Peso: _____ Médico: _____
 História Obstétrica _____
 Números de Gestações: _____
 Números de Partos: _____

Data do Parto	Peso do Bebê	Duração do segundo estágio/força para empurrar	Episiotomia/laceração	Dificuldade de cicatrização

Medicações: _____
 Problema: _____

1. Existe histórico passado ou presente de doença do trato urinário, infecção, lesão? _____
2. Existe histórico passado, ou presente, de paralisia ou doença muscular, diabetes, cirurgia ou traumatismos em coluna vertebral, bexiga, pelve ou cérebro, histerectomia? _____
3. Foi realizada dilatação da uretra no passado? _____ Por quê? _____
4. Quando criança, havia dificuldade de segurar a urina ou enurese noturna? _____
5. Quando adolescente ou adulta, havia ou há dificuldade de segurar a urina ou enurese noturna? _____

6. Ao urinar, a quantidade de urina é pequena, média ou grande? _____
7. Há dificuldade em interromper o fluxo? _____
Há gotejamento? _____
8. Existe fluxo involuntário de urina associado aos seguintes casos: tosse, espirro, vômito, ao ficar de pé, sentado, deitado, a caminhar, correr, fazer esforço, mudar de posição, durante a relação sexual, ao rir, levantar peso, empurrar peso? _____
9. O problema foi constatado no começo da gestação, durante a gestação, após a cirurgia vaginal ou abdominal, depois da cesariana?

10. Há necessidade de proteção? _____ Quando? _____
11. O que é utilizado? _____ Quantos são utilizados: _____
12. Há utilização de medicamentos, incluindo drogas vendidas sem prescrição ou recreacionais? _____ A paciente tem consciência da eliminação de urina? _____ O vazamento acontece antes de chegar ao banheiro?

13. Ocorre vontade urgente de urinar? _____ Essa vontade pode ser controlada? _____
14. A paciente acorda durante a noite com vontade urgente de urinar? _____ A bexiga está cheia? _____ Com que frequência isso ocorre? _____
15. Existe dor ao urinar? _____
16. Existe alguma dificuldade em urinar ou em iniciar o fluxo? _____
17. Outros membros da família já tiveram problemas com incontinência ou enurese noturna no passado ou no presente? _____ Em que idade o problema se instalou? _____
18. Alguma cirurgia pélvica? _____
19. Existe qualquer outro aspecto que você considere importante para o meu conhecimento em nosso relacionamento terapêutico?

