



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE
LISBOA

Projeto de Implementação de Serviços de
Fisioterapia na Saúde da Mulher na Maternidade do
Hospital Geral de Luanda

Autora: Laurinda Violeta Gomes dos Santos

Orientador: Mestre Pedro Rebelo - Prof.º Adjunto da Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa

Coorientadora: Mestre Ana Filipa Pires

Mestrado em fisioterapia

Lisboa, 2015

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE
LISBOA

Projeto de Implementação de Serviços de
Fisioterapia na Saúde da Mulher na Maternidade do
Hospital Geral de Luanda

Autora: Laurinda Violeta Gomes dos Santos

Orientador: Mestre Pedro Rebelo - Prof.^o Adjunto da Escola Superior
de Tecnologia de Saúde de Lisboa

Coorientadora: Mestre Ana Filipa Pires

Mestrado em fisioterapia

Lisboa, 2015

Agradecimentos

Primeiramente agradeço a DEUS todo-poderoso pela vida, oportunidade de estar aqui, pela iluminação durante a caminhada, pelo seu amor incondicional à proteção, que por meio dela encorajou-me a arregaçar as mangas para continuar a labuta e conquistar esse trofeu (trabalho).

Aos meus filhos, Cláudia, Lília e Fabrício, pela companhia durante o período de formação e, paciência nas ausências.

Ao meu esposo Fadário dos Santos, por estar sempre ao meu lado, e apoio incondicional em todos os momentos, amor, carinho e pela longanimidade.

À professora Doutora Maria Isabel Monsanto Pombas de Sousa Coutinho, pelo seu carinho e dedicação que teve durante o decorrer do Mestrado, pela sua entrega nos momentos em que necessitei. O meu muito obrigada.

Ao professor Pedro Rebelo, pela orientação do trabalho e audácia durante o período de escrita em si, pelo que se assim não fosse seria possível a consumação do mesmo.

À professora Ana Filipa Pires, pelo conhecimento e contributo prestado e, co-orientação do trabalho.

À todos os professores da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL), pelo seu desempenho e colaboração durante no processo de formação.

À professora Elizabete Carolino, pelo conhecimento e ajuda prestada na interpretação e análise dos dados estatísticos no SPSS.

Aos meus irmãos, pelo carinho e dedicação que me concederam, pois, foi a vossa coragem e sacrifício que tornou este sonho realidade.

Aos meus colegas, (António Eduardo e Napoleão Tyamba) que direta ou indiretamente tudo fizeram para que conseguisse chegar a este momento e, por sua vez deixaram os seus afazeres para ajudar na concretização do meu sonho.

Aos colegas do serviço, do Hospital Geral de Luanda (HGL) (Angola) que muito fizeram, na aplicação do questionário, recolha e envio dos dados.

À Angelina Nobre, administradora do Centro Materno Infantil do Chimbicado, pelo empenho e viabilização do processo (impressão, distribuição e recolha dos questionários) no HGL.

Resumo

A incontinência urinária é uma situação patológica resultante da incapacidade em armazenar e controlar a urina. A etiologia da incontinência urinária é multifatorial. O objectivo deste trabalho visa na implementação de serviços de fisioterapia na saúde da mulher: Incontinência urinária na gravidez e pós-parto na Maternidade do Hospital Geral de Luanda. O método explorativo descritivo, foi o eleito para esta investigação. A mesma realizou-se no período de Maio a Julho de 2015, com 28 questionários respondidos por igual número de utentes, com idades correspondentes dos 19 aos 54 anos. Foram seleccionadas para o estudo, as mulheres que reuniam todos os requisitos e, excluídas as mulheres sem queixas de perdas de urina. Dos resultados encontrados, constatou-se que aproximadamente 57,1 % das utentes, queixam-se de perda de urina em caso de tosse e, a maioria 64,3 % refere queixas em quase todos os dias.

Conclusão: acredita-se que há necessidades de implementar um plano de trabalho com base neste projeto, as mulheres que frequentam a maternidade do HGL poderão ver suas dificuldades minimizadas ajudando para o melhoramento e devolução do bem-estar e social das mesmas. Estes cuidados poderão reduzir a incidência de complicações no pós-parto e as implicações sociais tornando-as ativas socialmente e contribuindo para o progresso.

Palavra-chave: Incontinência urinária, Gravidez, Incontinência Urinária no pós-parto, tratamento, fisioterapia.

Abstract

Urinary incontinence is a medical condition resulting from the inability to store and control the urine. The etiology of urinary incontinence is multifactorial. The purpose of this study aims to implement physiotherapy services in women's health: Urinary incontinence during pregnancy and postpartum in the maternity ward of the General Hospital of Luanda. The descriptive explorative method was chosen for this investigation. The same took place in the period May to July 2015, with 28 questionnaires answered by an equal number of users, with corresponding ages from 19 to 54 years. Were selected for the study, women who met all requirements and excluded women without complaints of leakage. From these results, it was found that approximately 57.1% of the users, complain of leakage in the event of cough and most 64.3% referred complaints in almost every day. Conclusion: it is believed that there needs to implement a work plan based on this project, women attending maternity HGL may see their difficulties minimized helping to improve and devolution of welfare and social thereof. This care may reduce the incidence of complications after delivery and the social implications of making them socially active and contributing to progress.

Keyword: Urinary incontinence, pregnancy, urinary incontinence after delivery, treatment, physiotherapy.

Índice Geral

1. Introdução.....	1
2. Revisão de literatura	4
2.1 Anatomia e Fisiologia da pélvis e sistema genital feminino	4
2.1.1 Órgãos do pavimento pélvico	5
2.1.1.1 Bexiga	5
2.1.1.2 Uretra	7
2.1.1.3 Vagina.....	8
2.1.2 Órgãos	8
2.1.2.1 Monte de vénus.....	8
2.1.2.2 Clitóris	9
2.1.2.3 Grandes lábios	9
2.1.2.4 Pequenos lábios.....	9
2.1.2.5 Vestíbulo Vaginal.....	9
2.1.2.6 Meato Urinário.....	9
2.1.2.7 Introito Vaginal e Hímen	10
2.1.2.8 Glândulas de Bartholin	10
2.1.2.9 Períneo.....	10
2.1.2.10 Corpo perineal.....	10
2.1.3 Órgãos internos.....	11
2.1.3.1 Ovários.....	11
2.1.3.2 Útero	11
2.1.4 Pavimento Pélvico e Suas Estruturas de Suporte	12
2.1.4.1 Músculos do pavimento pélvico.....	12
2.1.4.2 Disfunções do pavimento pélvico	15

2.1.4.2.1 Disfunções Sexuais	15
2.2 Anatomia e fisiologia da micção	16
2.3 Incontinência Urinária	18
2.3.1 Incontinência Urinária na gravidez e no pós-parto.....	18
2.3.2.1 Incontinência Urinaria de Esforço	20
2.3.3 Fisiopatologia	21
2.3.4 Sinais e sintomas	21
2.3.5 Classificação	22
2.3.6 Etiologia	23
2.3.6.1 A etiologia classicamente divide-se em:	24
2.3.6.1.1 Híper-mobilidade do colo Vesical	24
2.3.7 Epidemiologia.....	24
2.3.8 Fatores de riscos.....	25
2.3.8.1 Outros fatores.....	26
2.3.9 Abordagem Preventiva	27
2.3.10 Diagnóstico Funcional	27
2.3.11 Tratamento.....	29
2.3.11.1 Tratamento Farmacológico.....	30
2.3.11.1.1 Agonista dos recetores α 1-adrenérgicos (ARA)	30
2.3.11.1.2 Inibidores da recapturação da serotonina e noradrenalina (IRSN) ...	30
2.3.11.2 Tratamento cirúrgico.....	31
2.3.11.3 Tratamento Conservador	32
2.3.11.3.1 Exercícios da Musculatura pélvica	32
2.3.11.3.2 Cones Vaginais (CV)	33
2.3.11.3.3 Biofeedback.....	34
2.3.11.3.4 Eletroestimulação	34

7.1	Recomendações para prática de exercícios no pós-parto	36
3.	Metodologia	37
3.1	Tipo de estudo	37
3.2	População Alvo	37
3.3	Caracterização da amostra	37
3.4	Instrumento de recolha de dados	38
3.5	Problema	38
3.6	Justificativa	38
3.7	Tratamento estatístico dos dados	39
3.8	Recursos necessários para a implementação do projecto.....	39
3.9	Recursos materiais e equipamentos	39
3.10	Recursos para o tratamento de fisioterapia nas mulheres com disfunções do pavimento pélvico	41
4.	Cronograma.....	43
5.	Caraterização do Hospital Geral de Luanda	44
6.	A apresentação de Resultados e Discussão.....	47
7.	Conclusão.....	54
8.	Referências Bibliográficas.....	55
	Anexos	66
	Anexos I.....	67
	Apêndices.....	68
	Apêndice I.....	69
	Apêndice II.....	70

Lista de Figuras

Figura 2.1- Representação Esquemática da Pélvis Feminina.....	4
Figura 2.2- Musculatura da Bexiga Urinária.....	6
Figura 2.3- Órgãos Externos do Sistema Genital Feminino.....	10
Figura 2.4- Divisão dos Compartimentos Anterior Médio e Posterior.....	12
Figura 2.5- Vista Inferior do Diafragma Pélvico Feminino.....	13
Figura 2.6 Cones Vaginais.....	33
Figura 2.7- Biofeedback.....	34
Figura 2.8- Eletroestimulação.....	35

Lista de Tabelas

Tabela 2.1 Classificação IUE.....	22
Tabela 2.2: Classificação do teste bidigital.....	28
Tabelas 3.3: Equipamentos de Classe a: Indispensável.....	40
Tabelas 3.4: Equipamentos de Classe b: necessário.....	41
Tabelas 3.5: Equipamentos de Classe c: recomendáveis.....	41
Tabelas 3.6: Meios espaciais.....	42
Tabelas 6.7: Frequência, %, % Válida e % acumulativa.....	48

Lista de Gráficos

Gráfico 5.1: Organigrama do HGL.....	45
Gráfico 6.2: Percentagem de idades das utentes que preencheram o questionário.....	50
Gráfico 6.3: Partos normais e sua percentagem.....	51

Lista de Quadros

Quadro 4.1: Cronograma do trabalho.....	43
Quadro 6. 2: idades das utentes das consultas de Gine/Obst.....	49
Quadro 6. 3: Número de filhos e tipo de partos das utentes.....	49

Lista de Abreviaturas

ARA- Agonista dos Recetores α 1- Adrenérgicos

CID- Classificação Internacional de Doenças

EE- Eletroestimulação

ESTeSL- Escola Superior de Tecnologia da Saúde

HGL- Hospital Geral de Luanda

HZ- Hertz

IRSN- Inibidores da Recapturação da Serotonina e Noradrenalina

IU- Incontinência Urinária

IUE- Incontinência Urinária de Esforço

IUM- Incontinência Urinária Mista

IUPP- Incontinência Urinária pós-parto

IUU- Incontinência Urinária de Urgência

L2 – Vértebra lombar 2^a

L5 – Vértebra lombar 5^a

MA- Miliampére

MPP- Músculos do Pavimento Pélvico

OMS- Organização Mundial da Saúde

POPQ- Pelvic, Organ, Prolapse, Quantifica-to e System

PP- Pavimento Pélvico

QVRS- Qualidade de Vida Relacionada a Saúde

S2 – Vértebra sacral 2ª

S4 – Vértebra sacral 4ª

S5 – Vértebra sacral 5

T10 - Vertebra torácica 10ª

T11 - Vertebra torácica 11ª

TUI- Trato Urinário Inferior

1. Introdução

O projeto em questão realizou-se no âmbito do Mestrado em Fisioterapia na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL).

O mesmo, consistiu na caracterização de um problema com pertinência na saúde da mulher, envolveu uma revisão bibliográfica que compreendeu em apresentar o estado da arte nesse domínio, na formulação e estruturação de um problema e numa proposta de um esboço do processo de investigação que deve dar resposta as questões levantadas.

No decorrer dos anos as alterações do pavimento pélvico (PP) provocadas pela gravidez e o parto, têm causado inumeráveis transtornos na vida das mulheres, por muitas vezes ignorado pela equipe da saúde. A saúde da mulher atualmente é considerada como um fator crucial até mesmo para a equipe multidisciplinar, um dos aspetos de extrema importância numa fase em que o organismo da mulher sofre várias alterações hormonais, anatómicas e fisiológicas, inevitáveis durante a gravidez, onde ocorrem renovações no corpo da mulher e nos hábitos da mesma, sua musculatura se adequa para sustentar o peso e ajustar a postura.

Independentemente do tipo de parto a musculatura mais exposta é a do diafragma pélvico, por suportar o peso do feto, mais a pélvis verdadeira através dos ligamentos, músculos e órgãos (Hall, 2001).

A principal preocupação deste projeto é de contribuir e acrescer campo de aprendizado (estágio e prática clínica diária), para futuras investigações do assunto em causa, evidenciando o conhecimento da intervenção da fisioterapia e os aspetos do procedimento dos músculos do pavimento pélvico (MPP) no puerpério.

A incontinência urinária (IU) afeta mulheres em quase todas as faixas etárias sem exceção, desta forma, interferindo no bem-estar físico e psicossocial da população afetada (Adams & Molle, 2006). Com maior prevalência em mulheres, isto, por fatores anatómicos e aumento da idade (Rei et al., 2003).

A gravidez tem sido apontada como fator de predisposição à IU em algum momento da vida da mulher. Autores referem que a prevalência entre 32% a 64% para todos os tipos de IU e 40% a 59% para IU de esforço. Em relação as diferenças étnicas, a prevalência de IU é mais frequente para as mulheres caucasianas (Diniz & Amaral, 2008).

Introdução

A IU pós-parto é vista como um problema de higiene com influência social e sexual na vida das mulheres e, que pode desencadear choque de negativismo na qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS) (Lopes & Praça, 2012).

Como objetivo deste trabalho temos, construir um projeto de implementação dos serviços de fisioterapia na saúde da mulher: Incontinência urinária na gravidez e pós-parto na Maternidade do Hospital Geral de Luanda (HGL) e, que visa proporcionar saúde e bem-estar da mulher durante a gravidez e o pós-parto; demonstrar a importância da fisioterapia no tratamento da incontinência urinária na gravidez e pós-parto geral.

O presente trabalho está composto por 8 partes (capítulos):

No primeiro encontramos a introdução que nos apresenta a estruturação do trabalho e de forma simplificada as partes que constituem o mesmo.

O segundo que é a revisão de literatura, encontramos o referencial teórico que nos vai nortear acerca do trabalho. Nele encontramos a anatomia para se perceber o funcionamento em si do PP (músculos, fáscias e ligamentos); Incontinência urinária e os seus subtipos e ainda, IUE na gravidez e pós-parto. Em suma, fez-se uma abordagem da patologia desde o conceito, fisiopatologia, sinais e sintomas, classificação, etiologia, classificação da etiologia, epidemiologia, fatores de risco, outros fatores, prevenção, diagnóstico funcional e tratamento.

O terceiro aborda a metodologia, onde encontramos o método de estudo, tipo de estudo, população, caracterização da amostra, instrumentos de recolha de dados, problema, justificativa e tratamento estatístico dos dados; que de forma explícita, nos ajuda a perceber o porquê do trabalho e, como se construiu o mesmo.

O quarto representa o cronograma do trabalho, espelhando as fases de construção.

No quinto encontramos a caracterização da instituição onde se fez a recolha dos dados, isto, para se saber a localização geográfica e organigrama, entre outros.

O sexto traz-nos os resultados e discussão da pesquisa, onde se pode ver aquilo que são as respostas dos questionários mas, já com os dados tratados no SPSS e, a comparação dos mesmos com a de outros autores.

A conclusão constitui o sétimo capítulo, ali podemos observar aquilo que são as nossas conclusões em função da pesquisa realizada e, a pertinência da implementação dos serviços segundo a necessidade conforme os resultados do trabalho.

Introdução

No oitavo capítulo, estão apresentadas as referências bibliográficas utilizadas (pesquisadas) para que se pudesse fundamentar e sustentar o trabalho com evidência científica.

2. Revisão de literatura

2.1 Anatomia e Fisiologia da pélvis e sistema genital feminino

Para uma melhor compreensão das disfunções do pavimento pélvico requer um pleno conhecimento dos processos patológicos envolvidos. Portanto, é importante perceber a anatomia e as funções de cada estrutura presente. O funcionamento da pélvis é definido por todos os ossos, órgãos, músculos e ligamentos, que contribuem para a cavidade pélvica. A proteção dos órgãos e a transmissão do peso vindo do tronco e dos membros inferiores é da responsabilidade do sistema esquelético (Silva, 2012).

Anteriormente a cavidade pélvica é limitada pelo púbis, lateralmente pelos ossos da pélvis (Ílio e Ísquio) e posteriormente pelo sacro articulando-se com o cóccix (fig. nº 1) (Corton, 2005).

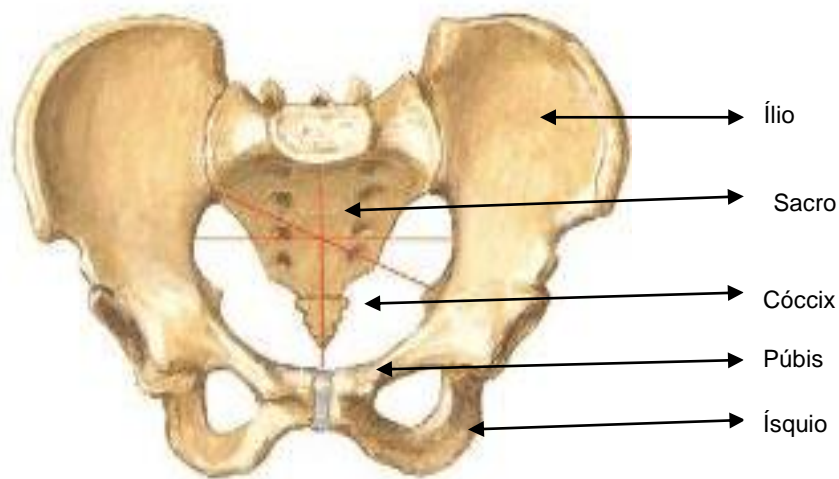


Figura 2.1: Representação Esquemática da Pélvis Feminina

Fonte: www.quadrilcirurgia.com.br/doencas-das-dilatacoes-do-quadril-pela-evolucao-dos-animaes-ate-o-homem.html

A pélvis possui diferentes locais de inserção para os ligamentos, músculos e fáscias. Os ligamentos possuem formatos diferentes, desta feita, o ligamento Sacro-espinhoso tem uma forma triangular e estende-se desde a espinha isquiática à borda lateral do sacro e cóccix e, anteriormente, ao ligamento sacro-tuberoso. Superior e inferiormente situam-se

respetivamente, no forame isquiático maior e menor (Silva, 2012). A organização da estrutura dos órgãos internos da cavidade pélvica é providenciada pela ação simultânea da fáscia (tecido conectivo), dos ligamentos e os músculos, sendo que a integridade destes é imprescindível para o funcionamento apropriado dos órgãos (Petros, 2007).

2.1.1 Órgãos do pavimento pélvico

O pavimento pélvico feminino é dividido em três compartimentos que são: Anterior, médio e posterior. No compartimento anterior encontram-se a bexiga e uretra, no médio a vagina e no posterior o reto.

2.1.1.1 Bexiga

A bexiga urinária é um órgão muscular oco localizado no interior da pélvis que recebe a urina produzida pelos rins por meio dos ureteres, que é transportada pela bexiga onde a urina é armazenada até ser eliminada pela micção. Os ureteres vindos dos rins desembocam na bexiga, seu orifício de saída é o da uretra, formam o trígono vesical (Huter-Becker, Dojken & Henscher, 2007).

Encontra-se na parte inferior ao abdómen, posteriormente à púbis. Anatomicamente pode dividir-se em três partes: corpo fundo, colo e a base. A cúpula é a parte mais superior, encontra-se revestida exteriormente pelo peritoneu; o corpo vesical é a maior porção, recebe a urina proveniente dos ureteres a cada rim e a base vesical que forma uma espécie de funil, colo/pescoço vesical, que flui para um único orifício uretral (ligação com a uretra). O músculo detrusor é a camada muscular que compõe as paredes vesicais, onde a disposição das fibras musculares permite a capacidade de distensão de forma concêntrica (de cima para baixo). O trígono vesical é outra estrutura muscular presente na bexiga, é uma área triangular que tem como vértices os dois ureteres e o orifício uretral (fig. nº 2) (Ashton-Miller & Delancey, 2007; Herschon, 2004).

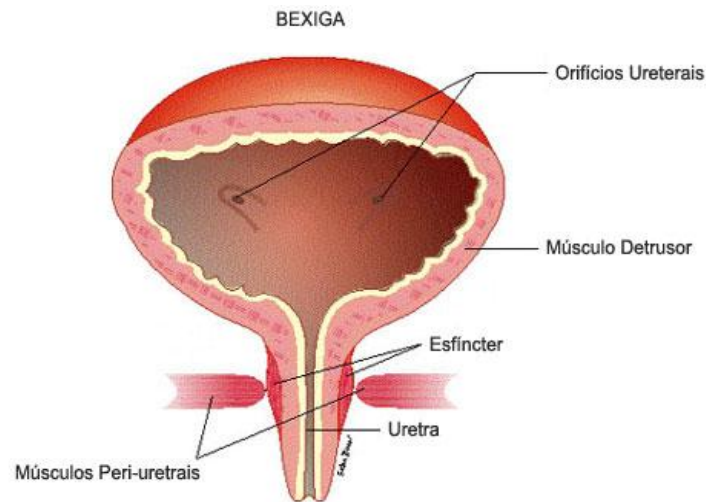


Figura 2.2: Musculatura da Bexiga Urinária

Fonte: <http://amulhereoperineo.wordpress.com/2012/0/controle-da-bexiga/>

A bexiga é alinhada por cada lado pelos ossos do púbis e pelos músculos obturadores interno e levantador do ânus, posteriormente pelo reto ou pela vagina. Os ureteres situam-se obliquamente em relação à parede da bexiga em uma direção ínfero-medial, o que em situações de aumento de pressão intra-vesical, fisiologicamente comprime as paredes uretrais impedindo o refluxo urinário. O suprimento arterial vesical dá-se pelos ramos das artérias ilíacas internas, as artérias vesicais superiores completam as partes ântero-superior da bexiga e as artérias vesicais inferiores fornecem o fundo e o colo (Sílvia, 2012).

No entanto, nas mulheres, a nutrição do fundo e colo é realizada pelas artérias vaginais. A drenagem venosa ocorre pelas tributárias das veias ilíacas internas. Em homens, o plexo venoso vesical combina-se com o plexo venoso prostático. O plexo venoso vesical drena principalmente por meio das veias vesicais inferiores para as veias ilíacas internas, no entanto, pode drenar para os plexos venosos vertebrais internos. Em mulheres, o plexo venoso vesical envolve a parte pélvica da uretra e o colo da bexiga urinária e comunica-se com o plexo venoso vaginal ou uterovaginal. Em ambos os sexos, a drenagem linfática da face superior vesical dá-se para os linfonodos ilíacos externos e a face inferior e fundo dá-se para os linfonodos ilíacos internos. Alguns vasos provenientes do colo podem drenar para linfonodos sacrais ou ilíacos comuns (Ashton-Miller & Delancey, 2007).

A inervação da bexiga urinária é realizada por fibras parassimpáticas derivadas dos nervos esplêncnicos pélvicos, e as fibras simpáticas derivam-se dos nervos de T11 – L2.

Esses formam o plexo nervoso vesical. As fibras parassimpáticas são motoras para o músculo detrusor e inibidoras para o músculo do esfíncter interno. As fibras sensitivas provenientes da bexiga urinária são viscerais e seguem o trajeto parassimpático, como fazem aquelas que transmitem sensações de dor (distensão excessiva) provenientes da porção inferior vesical. Já as fibras do teto da bexiga seguem as fibras simpáticas até gânglios espinais de T11 – L2 (Yoshimura & Groat, 1997).

Periféricamente o trato urinário inferior é inervado por três tipos de fibras: parassimpática, simpática e somático (Sílvia, 2012).

Inervação vesical parassimpático origina-se dos neurónios localizados na coluna intermediolateral dos segmentos S2 a S4 da medula, sendo conduzida através de fibras pré-ganglionares pelo nervo pélvico até os gânglios no plexo pélvico. Este localiza-se lateralmente ao reto e dá origem às fibras parassimpática pós-ganglionares, que se dirigem á bexiga. Algumas fibras pré-ganglionares passam pelo plexo pélvico diretamente e fazem sinapse com gânglios localizados na parede vesical (Gomes & Hisano, 2010).

Inervação eferente simpática origina-se dos núcleos da coluna intermediolateral da substância cinzenta da T10 a L2 (segmento toracolombar da medula) e direciona-se através da cadeia simpática ao plexo hipogástrico superior (pré-aórtico). A subdivisão caudal desse plexo forma o nervo hipogástrico, que contém os eferentes pós-ganglionares simpáticos para a bexiga e a uretra. A inervação da musculatura estriada do esfíncter uretral é predominante somática. Origina-se no núcleo de Onuf, localizada no anterior de um ou mais segmentos da medula espinhal sacral (S2-S4). Fibras somátomotoras originadas desse núcleo inervam o esfíncter uretral através dos nervos pudendos, sem conexão com gânglios periféricos (Gomes & Hisano, 2010).

2.1.1.2 Uretra

A uretra é um tubo muscular com paredes finas, cuja função consiste em transportar a urina da bexiga para o exterior do corpo. 70% da pressão responsável pelo fechamento da uretra, são produzidas na maioria pelos músculos elevador do ânus e esfíncter uretral externo, os demais 30% dessa pressão são fornecidos pelos músculos do esfíncter uretrovaginal e compressão da uretra (Huter-Becker et al., 2007).

A camada de suporte uretral tem duas componentes de fixação, fascial e muscular. A componente fascial liga os tecidos periuretrais e a parede anterior da vagina à fáscia do arco tendinoso. A componente muscular articula as mesmas estruturas periuretrais, com o

limite medial do levantador do ânus, permitindo que este se mantenha em repouso para que o colo vesical se sustente em posição (Ashton-Miller & Delancey, 2007; Herschon, 2004).

2.1.1.3 Vagina

É um canal musculomembranoso com cerca de 8-10 cm de comprimento e com diâmetro de cerca de 4 cm, apesar de ser bastante variável. Estende-se desde o colo uterino até ao orifício onde contacta com o exterior, localizado no vestíbulo da vulva, entre os pequenos lábios. Assume uma disposição oblíqua entre o reto e a bexiga, dirigindo-se de cima para baixo e de trás para a frente. A parede anterior da vagina relaciona-se com a bexiga através do trígono vesical, do qual está separada pelo septo vesicovaginal e a parede posterior relaciona-se com o reto, mas separados pelo septo retovaginal. No interior da vagina encontra-se uma superfície irregular e uma camada mucosa, com pequenas glândulas responsáveis pela libertação de secreções de lubrificação do canal. Inferiormente apresenta uma camada de fibras musculares enlaçadas e cobertas por grande quantidade de tecido conjuntivo (Pernoll & Benson, 2001).

O sistema genital feminino é caracterizado pela união de várias estruturas ou órgãos que são responsáveis pela função reprodutiva da mulher (Dangelo & Fattini, 2007; Rezende & Montenegro, 2006). O mesmo divide-se em duas partes: órgãos externos e órgãos internos (Dangelo & Fattini, 2007)

2.1.2 Órgãos

A região externa da genitália feminina também denominado como vulva ou pudendo, refere-se a um conjunto que inclui todas estruturas anatómicas e glândulas externas. Destacam-se o monte de Vénus, grandes lábios, pequenos lábios, clitóris, vestíbulo, meato uretral, introito vaginal e hímen (Dangelo & Fattini, 2007).

2.1.2.1 Monte de vénus

É a região externa e superior da vulva, localiza-se na região a frente da sínfise púbica, é composto por tecido adiposo (gordura), tecido conjuntivo, glândulas sebáceas e sudoríparas. Durante o desenvolvimento da puberdade feminina, o monte de vénus é revestido de forma crucial que geralmente são grossos e curtos (Dangelo & Fattini, 2007).

2.1.2.2 Clitóris

É um órgão altamente sensível, medindo cerca de 2 a 3 cm de extensão, formado por dois corpos cavernosos e uma glândula, sendo esta última parte mais visível do clitóris e posterior a ele encontra-se o meato urinário, abaixo desse orifício está a abertura maior, o orifício vaginal ou intróito, em cada lado do orifício vaginal encontram-se glândulas vestibulares (Bartholin), que têm o formato de um grão de feijão. Essas glândulas secretam um muco através de um pequeno duto e este tem uma abertura dentro dos pequenos lábios externo ao hímen (Dangelo & Fattini, 2007; Freitas & Teles, 2009).

2.1.2.3 Grandes lábios

Os grandes lábios são duas pregas formadas por tecido conjuntivo adiposo e revestidos por pele, localizados bilateralmente na região vulvar, posterior ao clitóris, iniciam-se da base do monte de vénus até a região do períneo. Originalmente estão unidos um ao outro, porém, podem estar afastados geralmente em mulheres que já tiveram parto vaginal, os lábios maiores ocultam as demais estruturas externas da vulva (Dangelo & Fattini, 2007; Freitas & Teles, 2009).

2.1.2.4 Pequenos lábios

Os pequenos lábios são duas pregas formadas por tecido conetivo esponjoso, desprovidos de pelos e gordura, adjacentes aos vestíbulos da vagina, possuem tecido erétil, glândulas sebáceas, terminações nervosas e são ricos em vasos (Dangelo & Fattini, 2007; Freitas & Teles, 2009).

2.1.2.5 Vestíbulo Vaginal

É a aérea triangular que se visualiza quando se afasta os pequenos lábios, o clitóris é o ápice deste triangulo e a fúrcula sua base, localizam-se no vestíbulo o meato uretral, a vagina e as glândulas de Bartholin (Pina, 2004).

2.1.2.6 Meato Urinário

Não faz parte dos órgãos genitais femininos ele é descrito juntamente com a vulva pela sua localização anatômica, abaixo do clitóris e acima do orifício vaginal, varia consideravelmente em aspeto (Pina, 2004).

2.1.2.7 Introito Vaginal e Hímen

Está na porção inferior do vestíbulo. É parcialmente coberto pelo hímen um tecido membranoso que varia consideravelmente em suspensão, espessura e tamanho nas diferentes mulheres (Pina, 2004).

2.1.2.8 Glândulas de Bartholin

São as maiores glândulas vulvovaginais e secretam muco, situam-se na base dos grandes lábios. Seus dutos se abrem imediatamente por fora das margens laterais do orifício vaginal (fig. nº 3) (Guyton & Hall, 2006).

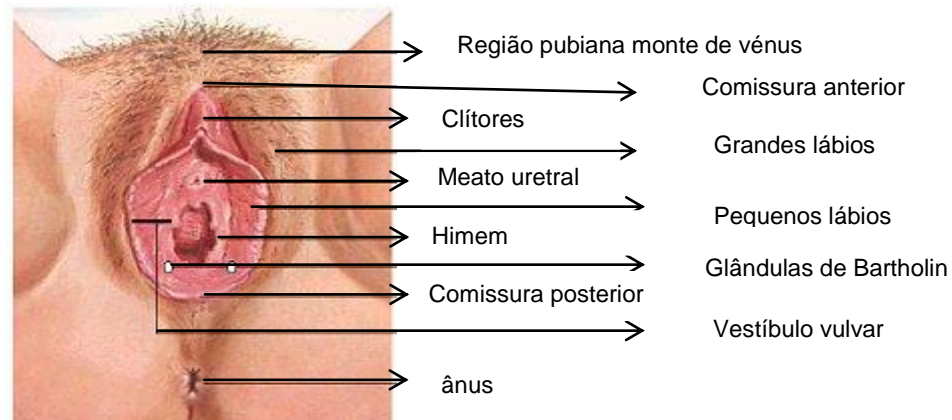


Figura 2.3: órgãos externos do sistema genital feminino

Fonte: http://www.ongineco.com/og/uploads/layers/imagem_274.jpg

2.1.2.9 Períneo

O períneo encontra-se situado entre as coxas que se estende desde a região púbica até o cóccix e, está situado superficialmente abaixo do diafragma pélvico. O períneo é constituído por vários pares de músculos e suas fáscias (Guyton & Hall, 2006).

2.1.2.10 Corpo perineal

É uma massa cuneiforme de tecido fibromuscular que ocupa a área entre a vagina e o reto, esta superfície é geralmente chamada de períneo da mulher e é a área a que se refere quando se diz a mulher sofreu uma laceração ou incisão perineal. O corpo perineal é estirado e achatado quando a vagina é distendida pela passagem do feto através do canal do parto durante o desprendimento (Guyton & Hall, 2006).

2.1.3 Órgãos internos

A região interna da genitália feminina é constituída pelos seguintes órgãos: ovários, útero e vagina (Dangelo & Fattini, 2007). Abaixo fazemos a descrição de cada órgão para melhor compreensão. Por sua vez, a vagina faz parte dos órgãos internos, mas, como já foi citada anteriormente não será novamente descrita isto, para evitar a repetitividade e exaustão.

2.1.3.1 Ovários

Os ovários são estruturas ovais bilaterais que podem medir 2,5 - 5 cm de comprimento, 0,7 - 1,5 cm de largura e 1,5 - 3 cm de altura durante a idade reprodutiva. Os ovários estão suspensos da cavidade pélvica lateralmente por ligamentos. Os ovários são os mais importantes órgãos sexuais femininos, formados com as tubas de Falópio, o útero e a vagina. A reprodução começa com o desenvolvimento dos óvulos nos ovários. Na metade de cada ciclo sexual mensal um só óvulo é expelido a partir do folículo ovariano para o interior da cavidade abdominal próximo as extremidades abertas das duas tubas de Falópio. Os ovários seguem o trajeto através de uma das tubas de Falópio para o útero caso seja fertilizado por um espermatozóide implanta-se no útero, onde ocorrerá o desenvolvimento de um feto com a placenta e suas membranas fetais transformando-se finalmente em recém-nascido (Freitas & Teles, 2009).

2.1.3.2 Útero

Útero é um órgão fibromuscular oco, impar e mediano, em forma de uma pera, destinado a conter o ovo fecundado durante o seu desenvolvimento e a expulsá-lo quando atinge a maturidade, localiza-se no centro da pélvis menor entre a bexiga e o reto por baixo das ansas intestinais e por cima da vagina na qual se insere. O útero pode comparar-se a um tronco de base superior que varia de forma e de dimensões com a idade e número de gestações, descrevem-se de cima para baixo três partes: corpo, istmo e colo. O corpo uterino é conoide, achatado no sentido ântero-posterior na primípara mais orientado obliquamente para baixo e para trás, atravessa perpendicularmente a parede anterior da vagina, virado em direção a sua parede posterior (Bernardes, 2011; Matos, 2013).

2.1.4 Pavimento Pélvico e Suas Estruturas de Suporte

Entende-se por pavimento pélvico (PP), um complexo conjunto de estruturas (músculos, ligamentos e fâscias) que suportam tanto as vísceras pélvicas como as abdominais. Situa-se no limite inferior da cavidade pélvica e no limite superior do períneo e estende-se desde a púbis ao cóccix. O PP é atravessado por três orifícios – à frente pela uretra e vagina e ao centro pelo ânus. Deste modo, a contração do complexo tem a propriedade de auxiliar a continência urinária, fecal e na função sexual. Além disso, o PP sustenta os órgãos pélvicos e abdominais ao empurrar os órgãos em direção contrária à própria força da gravidade ou a uma pressão intra-abdominal que possa surgir. Assim, os órgãos internos mantêm as suas posições normais (fig. nº 4) (Sílvia, 2012).

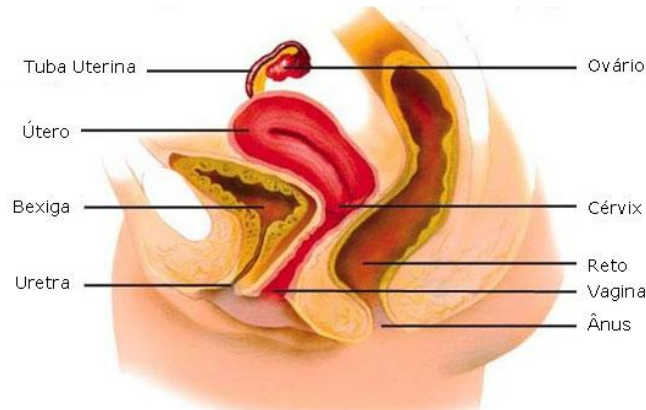


Figura 2.4: Divisão dos compartimentos anterior, médio e posterior

Fonte: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56370/2/Dissertao%20de%20MestradoThuane.pdf>

2.1.4.1 Músculos do pavimento pélvico

É necessário que se conheça os músculos do pavimento pélvico (MPP) de forma minuciosa, portanto, salientamos que o diafragma pélvico e urogenital, são os grandes grupos musculares que compõem os MPP. O diafragma pélvico é formado pelos músculos coccígeo e levantador do ânus, divide-se em: puborretal, púbococcígeo e iliococcígeo. O diafragma urogenital é uma estrutura músculo-fascial situada na porção caudal do diafragma pélvico composto pelos músculos bulbocavernoso, transverso superficial do períneo e isquiocavernoso (fig. nº 5) (Oliveira, 2006).

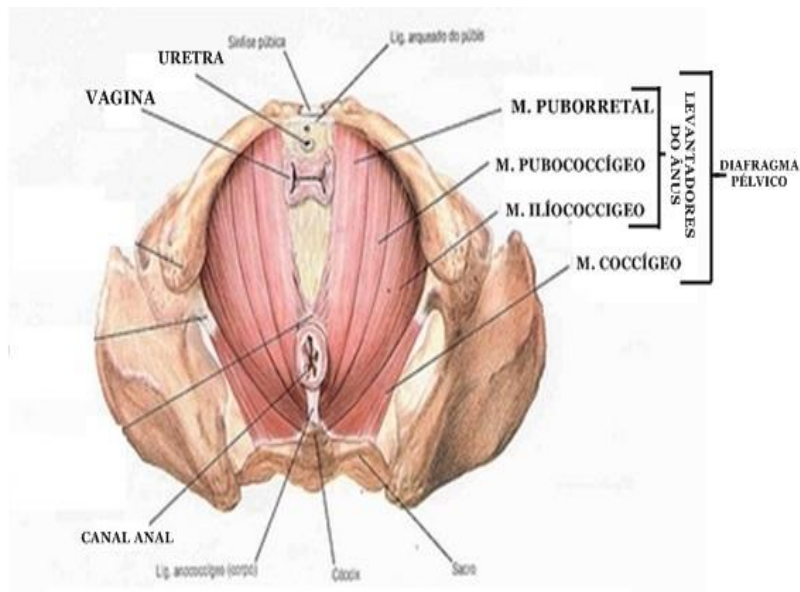


Figura 2.5: Vista inferior do diafragma pélvico feminino

Fonte: <http://terapiasalternativascuritiba.wordpress.com/2013/09/18/musculatura-pelvica-e-incontinencia-urinaria>

Os MPP estão envolvidos por fibras musculares do tipo I responsáveis pela contração lenta, têm metabolismo oxidativo aeróbico, e possuem duas vezes o fluxo sanguíneo por unidade. Essas fibras são adequadas para as atividades prolongadas, por este motivo são responsáveis pela manutenção dos tonos e dos suportes; e as fibras do tipo II, responsáveis pela contração rápida, possuem metabolismo glicolítico anaeróbio sendo as contrações vigorosas e reflexos que respondem ao aumento súbito de *stress* e de pressão intra-abdominal. As fibras do tipo I correspondem aproximadamente 70% das fibras musculares elevadoras do ânus e as do tipo II 30% (Oliveira, 2006).

A fáscia endopélvica que envolve os órgãos pélvicos e auxiliam em seu suporte é, a fáscia que cobre os MPP (Bo & Sherburn, 2005; Messelink et al., 2005). Os MPP, são os únicos músculos no corpo que suportam cargas e são responsáveis por diversas funções orgânicas tais como: suporte dos órgãos abdominais e pélvicos, manutenção da continência urinária e fecal, auxílio na manutenção da continência aquando do aumento da pressão intra-abdominal. Em caso de dinstusão. O Púbococcigeo é o principal músculo levantador do ânus, origina-se da face posterior do corpo do púbis e insere-se na parte interna do cóccix. A fáscia Puborretal consiste na parte média condensada do músculo púbococcigeo, une-se ao seu, formando uma alça muscular em forma de U que passa

posteriormente na junção anorretal. O músculo puborretal é responsável pelo ângulo anorretal, o qual é importante na manutenção da continência fecal (Fraceschet, Sacomori & Cardoso, 2009).

Quando o músculo levantador do ânus, (púbococcigeo), se contrai esse traciona o reto, vaginal e uretra anteriormente em direção ao osso púbis, determina a oclusão dessas estruturas. Essa propriedade contrátil é fundamental para a subsistência da continência urinária e fecal para a sustentação dos órgãos genitais podendo ser observada durante as manobras de esforço com o aumento da pressão intra-abdominal (tosse ou espirro) (Roza, 2011).

A fásia iliococcigea constitui a parte posterior do músculo levantador do ânus, é aguda e geralmente muito pouco desenvolvida (Roza, 2011).

O músculo coccígeo situa-se na borda posterior porém, no mesmo plano que o levantador do ânus, constitui-se numa triangular achatada de músculo e tecido fibroso que se origina na espinha isquiática e insere-se nas bordas laterais do cóccix. Forma a parte posterior do PP, auxilia o levantador do ânus a apoiar as vísceras pélvicas e a manter a pressão intra-abdominal, além de puxar o cóccix para frente depois que é empurrado para atrás após a defecação ou o parto (Stoker et al., 2008).

Os ligamentos importantes na fixação dos órgãos pélvicos são: o pubovisceral, cardinal, uterosacral, pubovesical e o pubouretral destacam-se por serem os dois últimos responsáveis pela manutenção do colo vesical e da uretra proximal (Stoker et al., 2008). A região compreendida entre os ligamentos pubouretrais (terço uretral médio) e o colo vesical é denominada da zona de elasticidade crítica, portanto, o seu comportamento dinâmico é considerado crucial no mecanismo de micção e na continência urinária. Alguns ligamentos compactos conferem estabilidade á pélvis óssea principalmente durante a marcha. Os ligamentos vertebropélvicos limitam os movimentos indesejados e exagerados da pélvis; o ligamento iliolumbar permite a união entre o osso ilíaco e a vértebra L5; os ligamentos sacroilíacos relacionam-se com as articulações sacroilíacas, reforçam a ligação entre os ossos (Roza, 2011).

A inervação do PP origina-se nos segmentos sacrais de S2-S4 provavelmente em S5, onde as fibras anteriores saem para percorrer a superfície craniana (interna) dos músculos. Esta localização anatômica apadrinha o estruturamento e a compressão das fibras nervosas durante o trabalho do parto. É importante realçar que o nervo pudendo é o

mais importante no qual origina-se nas terminações labiais, perineais e clitorianas (Juc, Colombari & Sato, 2010).

A irrigação sanguínea do PP é realizada pelos ramos colaterais perineais da artéria pudenda interna. Os vasos pudendos passam instantaneamente na região inferior e medial da espinha isquiática e posterior ao ligamento sacroespinal (Durante, 2007).

Os principais vasos de drenagem são as veias ilíacas internas, que drenam as veias pudendas internas, retais e ováricas superiores, sendo composto por dois sistemas, um superficial (parietal) e outro profundo (visceral). O plexo venoso da pélvis é rico em valvas, porém, tem o seu serviço auxiliado pelas inúmeras anastomoses e pelo trabalho muscular durante a marcha (Durante, 2007; Roza, 2011).

2.1.4.2 Disfunções do pavimento pélvico

Ocorrem por enfraquecimento dos MPP, perda da capacidade de contração e tonicidade, que podem acontecer por vários fatores como: consequência do parto, idade avançada, aumento de peso, deficiência estrogénica e aumento da pressão intra-abdominal ou obstipação crónica. Nas situações supracitadas, os músculos não executam as funções (trabalho) com eficiência (Milson et al., 2009; Ross, 2006).

Com base nas observações atuais devido a evolução da pirâmide, a incontinência urinária e o POP são as disfunções mais conhecidas, com mais elevada prevalência e cujas taxas aumentam progressivamente com a idade (Ross, 2006).

2.1.4.2.1 Disfunções Sexuais

Define-se na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) como uma incapacidade frequente, há pelo menos seis meses, de o indivíduo ter a vida sexual que desejaria e inclui várias categorias, dando ênfase aos fatores físicos que influenciam esta satisfação (Ribeiro, Maga & Mota, 2013). O indivíduo é incapaz de participar da relação sexual como ele desejaria seja por falta de interesse, prazer, por falha das respostas fisiológicas, necessárias para a interação sexual efetiva (ereção) ou ainda, por incapacidade de controlar ou experimentar o orgasmo. O diagnóstico clínico baseia-se na anamnese e exame ginecológico (Ribeiro et al., 2013).

Podem ser divididas em subtipos, conforme a natureza de seu início e o contexto em que ocorrem. Das disfunções sexuais mais comuns destacam-se, anorgasmia, dispareunia e vaginismo;

- I. Distúrbios do desejo sexual
 - a) Desejo sexual hipoativo
 - b) Aversão sexual
- I. Distúrbios da excitação sexual
- II. Anorgasmia
- III. Distúrbios de Dor durante o ato sexual
 - a) Dispareunia
 - b) Vaginismo
 - c) Dor sexual não coital.

2.2 Anatomia e fisiologia da micção

Abexiga externamente ao urotélio, encontra-se a lâmina própria e as camadas musculares lisas e adventícia, a mesma é bem desenvolvida, ricamente vascularizada formada basicamente de tecido conectivo com abundância de fibras elásticas. A camada muscular própria da bexiga (músculo detrusor) é constituída por fibras musculares lisas que formam feixes sem orientação definida, ramificam-se e reúnem-se livremente mudando de orientação e de profundidade na parede da bexiga e entrelaçando-se com outros feixes. Esse arranjo sob a forma de malha complexa, sem formar camadas distintas, permite que o detrusor possa contrair-se harmonicamente comprimindo a urina em direção à uretra proximal durante a micção. O detrusor pode ser dividido em duas porções com base nas diferenças regionais de sua inervação simpática:

- a) A porção localizada acima dos orifícios ureterais, chamada corpo vesical, que compreende sua maior parte (Gomes & Hisano, 2010).
- b) A base, que incorpora o trígono e o colo vesical (Gomes & Hisano, 2010).

Feixes musculares do detrusor são formados por células musculares lisas que se organizam em fâscias separadas umas das outras, de forma incompleta através de septos de interstício compostos de fibras elásticas e colagénios e, raros fibroblastos. Por sua vez, os feixes detrusor são formados mediante as fibras elásticas e colagénio, vasos sanguíneos e terminações nervosas, acredita-se que a presença de fibras elásticas e colagénio revestidos pela manutenção da arquitetura permitindo seu enchimento, na elevação da pressão vesical em nível celular, cada célula muscular lisa é separada das outras por fibras colágenas.

Como as principais funções do trato urinário inferior relacionam-se com contração ou relaxamento de sua musculatura lisa, é importante rever o mecanismo pelo qual isso ocorre. Várias etapas do metabolismo celular estão relacionadas com geração de força na musculatura lisa do trato urinário inferior (TUI). Potencialmente, cada uma delas pode ser alterada em diferentes condições patológicas e contribuir para causar anomalias contráteis da bexiga. Da mesma forma, todas são alvos potenciais de tratamento farmacológico (Gomes & Hisano, 2010).

A seguir, uma breve descrição sobre os componentes celulares e os mecanismos abarcados no processo de excitação-contração das células musculares lisas (Francis, 2007).

Dessa forma, o urotélio também tem função mecanorreceptora na regulação vesical. Ultimamente, estudos enfatizam a importância das células intersticiais e dos neurónios periféricos (gânglios nervosos vesicais), constituindo o plexo miovesical em analogia ao plexo mioentérico, com possível função de iniciar a contração e propagá-la. O funcionamento vesical pode ser modular e cada módulo se une para formar um órgão esférico, semelhante aos gomos de uma bola de futebol. Dessa forma, as unidades básicas de funcionamento vesical seriam esses módulos, que podem se contrair de forma autónoma ou coordenada em função as circunstâncias. Na hiperatividade detrusora existiria uma atividade anormal e coordenada dos módulos, enquanto uma atividade excessivamente localizada e sem coordenação provocaria alterações na parede vesical, aumentando a sensação vesical que pode ser responsável pela urgência. A micção se daria pela ativação coordenada de todos os módulos. De acordo com a representação anterior, o plexo miovesical ajuda também na percepção da repleção vesical de duas maneiras: através de nervos que expressam transmissores típicos de nervos sensitivos e ocorre próximo das células intersticiais, pela ação da acetilcolina. Estudos experimentais mostraram que a resposta à acetilcolina em segmentos isolados da bexiga é afetada pelo volume vesical. Com baixo volume, a atividade vesical é insignificante, enquanto que volumes elevados acompanham-se de atividade vesical mais evidente. Falha na ação do plexo miovesical provocaria contração detrusor ineficiente, com resíduo miccional. Tal fato, poderia explicar porque a contratilidade vesical fica frequentemente comprometida em pacientes idosos, nos quais o fenómeno da desnervação vesical é comum (Blok, n.d.; Hanna-Mitchell & Birder, 2008; Lagou et al., 2006).

2.3 Incontinência Urinária

A IU é um sintoma que afeta mulheres de todas idades, podendo assim interferir seriamente no bem-estar físico, psicológico e social da população afetada (Adams et al., 2006; Moller, Lose & Jorgensen, 2000). Sua prevalência é maior em mulheres devido a fatores anatómicos e aumento da idade (Reis et al., 2003).

Entre os vários fatores que contribuem para o aumento da prevalência da IU, destacam-se; a topografia extra-abdominal do colo vesical, a descida rotacional da uretra, a uretra funcionalmente curta, lesão do mecanismo intrínseco uretral, lesões do nervo pudendo, lesões das fâscias e dos MPP, hipoestrogenismo, doenças neurológicas ou por alterações da força da musculatura pélvica, e tais alterações podem ser transitórias ou permanentes (Adams, Bardsley, Currie, Evans & Haslam, 2008; Berghmans et al., 2000; Xardez, 2001). Porém, para o bom funcionamento destas estruturas é importante a manutenção da particularidade dos músculos e do tecido conectivo, e da inervação local, ainda que a IU não coloca diretamente em risco a vida da mulher mas, é uma condição que causa grande impacto psicossocial pois, afeta significativamente a sua qualidade de vida (Costa & Santos, 2012).

A gravidez é um período caracterizado por alterações hormonais que proporcionam adaptações físicas, as quais podem gerar perda de urina, e a consequente sensação de desconforto que pode persistir após o parto, assim como o período pós- parto caracteriza-se por várias mudanças, adaptações e inquietações de urina, estas circunstâncias podem tornar esta uma experiência negativa para a mulher diante da maternidade (Abrams, Cardozo, Khoury & Wein, 2002).

2.3.1 Incontinência Urinária na gravidez e no pós-parto

A IU durante a gravidez tem sido estudada com frequência, pois, 50% das mulheres durante gravidez apresentam episódios de perda urinária com grande variação nas taxas apontadas em diferentes estudos. Existem evidências na literatura para auxiliar medidas de prevenção da IU na gravidez com realce para a manutenção do estado nutricional adequado e a realização de exercícios perineais para fortalecimento dos MPP (Riesco et al., 2014).

O trauma dos MPP relaciona-se a gravidez e ao parto na fraqueza dos MPP, são importantes fatores predisponentes da IU. Estudos indicam que a gravidez e o parto associam-se com a eclosão de IU, em especial a IUE (Riesco et al., 2014).

Em relação aos MPP, os métodos mais usuais de avaliação na gravidez são a perineometria e a palpação bidigital vaginal, os estudos que utilizam esses instrumentos são contraditórios quanto à preservação ou diminuição dessa força durante a gravidez e após o parto a redução dos MPP tem sido apontada como preditores da IU (Riesco et al., 2014).

Durante a gravidez tem sido apontada como fator que predispõe à ocorrência de IU em algum outro momento da vida da mulher, outros autores referem prevalência entre 32% e 64% para todos os tipos de IU e 40% a 59% para IU de esforço. Em relação às diferenças étnicas, a prevalência de IU é maior em mulheres de raça caucasiana e menor em mulheres de raça negra (Diniz & Amaral, 2008).

O'Boyle et al., (2003), ao compararem as grávidas e não grávidas, demonstraram que as alterações do suporte pélvico ocorrem antes do parto. Observaram que as grávidas apresentavam aumento do índice do POPQ –*Pelvic Organ Prolapse Quantification System*, medida utilizada para avaliar o suporte dos órgãos pélvicos (Weidner et al., 2001), verificaram que há alterações neuromusculares do esfíncter uretral nas grávidas comparadas com as não grávidas, que persistem a pós o parto vaginal.

Outros autores sugerem que isto pode estar associado ao desenvolvimento futuro de IU. O surgimento de anormalidades urodinâmicas e sintomas urinários são irritáveis no terceiro trimestre da gestação devido a alterações no trato urinário inferior e no suporte pélvico (Frederice, 2010).

A gravidez é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de IU em mulheres jovens. Alterações fisiológicas podem contribuir para a IU (Hippler, Silva, Cassol & Braz, 2012).

Durante a gravidez ocorrem alterações fisiológicas como aumento da pressão intra-abdominal; crescimento uterino; peso fetal; mudanças hormonais; redução de força; suporte, função esfinteriano e do PP da gestante.

A IU pode afetar a qualidade de vida da grávida comprometendo a vida sexual, social e ocupacional com danos físicos, psicossociais, psicológicos, económico, representando-se como um problema da saúde pública (Hippler et al., 2012).

A IU no pós-parto tem sido relatada como um problema higiênico que interfere no trabalho, na vida social e sexual das mulheres e que pode gerar impacto negativo na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) (Lopes & Praça, 2012).

O tipo de IU mais frequente no pós-parto é a IUE, seguida pela IUM e IUU, que é em pequenas quantidades. Na IUU habitualmente a perda é em maior quantidade do que na IUE, mais a prevalência é que é maior no PP (Lima & Lopes, 2012).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade de vida é um conceito amplo, multifacetado que incorpora aspectos físicos, psicossociais e envolve a percepção do indivíduo sobre sua condição no contexto cultural em que está inserido. Já a QVRS refere-se ao impacto de uma enfermidade ou sério problema nos diferentes aspectos da vida. É importante verificar o comprometimento que a IU pode gerar nas diversas áreas da vida e propor medidas que possam minimizar o que contribuirá para melhoria da saúde e o bem-estar das puérperas (Lima & Lopes, 2012).

No período gravídico puerperal, a gravidez e o parto são considerados fatores de risco para as alterações da força do MPP, portanto, o desenvolvimento do peso corporal materno e o peso do útero gravídico aumentam a pressão intra-abdominal na gestação. As puérperas necessitam de cuidados específicos voltados à saúde o que requer assistência (Lima & Lopes, 2012).

Os fatores de riscos da IUPP incluem a gravidez, parto vaginal, doenças crônicas como a diabetes mellitus, câncer da bexiga, infecções urinárias repetidas, obesidade, depressão, alterações neurológicas, idade avançada, raça, deficiência estrogénica, condições associadas ao aumento da pressão abdominal, tabagismo e doença do colagénio (Ferla, Alves & Seleme, 2012; Justina, 2013).

A prevalência da IU aumenta ao longo da vida, depende de diversos fatores como: idade, paridade nível hormonal, bem como do método de investigação e do tipo da população estudada. A IU e fecal têm sido estudadas em mulheres de diferentes partes do mundo. Porém, poucas evidências são encontradas nos países em desenvolvimento (Amaro, Mcharelli & Padovani, 2008). Estima-se 25 a 45% das mulheres em todo mundo apresentam perda de urina involuntária (Basqueroto & Justina, 2013).

2.3.2.1 Incontinência Urinária de Esforço

A Incontinência Urinária de Esforço (IUE) é caracterizada por perda involuntária de urina ao esforço, exercícios, espirro ou tosse devido a uma combinação variável de fraqueza

muscular do esfíncter intrínseco uretral, conduzindo a uma influência de pressão para o fechamento uretral (Isherwood & Rane, 2000; Morais, 2012).

2.3.3 Fisiopatologia

Nestas situações de esforço, o aumento da pressão intra-abdominal deve ser simultâneo e proporcional ao da pressão de fechamento uretral. No momento em que não há o equilíbrio entre essas duas pressões, intra-abdominal e de fechamento uretral, ocorre a perda de urina involuntária. Desse modo, a perda involuntária de urina pode ocorrer sob duas circunstâncias: na presença de diminuição da pressão na via de saída (uretra) ou no aumento da pressão intravesical (Grosse & Sengler, 2002).

O processo patológico da IUE pode ser considerado como uma diminuição da pressão de resistência, ou seja, de fechamento uretral numa situação em que a pressão vesical se apresenta normal. A redução do mecanismo de resistência pode ser provocada por fatores como alterações anatómicas, alteração das pressões de coaptação e da complacência da via de saída ou defeitos no esfíncter intrínseco da uretra, déficit de estrogênio promove a diminuição da vascularização periuretral, atrofia muscular, ligamentar e da submucosa, podendo levar a este tipo de incontinência (Grosse & Sengler, 2002).

De acordo com as mulheres primíparas, a IUE deve ser decorrente da fraqueza anatómica consequente da evolução da posição horizontal para vertical, enquanto que a paridade é um fator agravante para o enfraquecimento pélvico. O mesmo autor ainda cita outros fatores como importantes na contribuição da IUE: idade avançada, cirurgias prévias, levantamento frequente de peso, sedentarismo, constipação, infecções do trato urinário, obesidade e tabagismo (Roza, 2011).

2.3.4 Sinais e sintomas

Os sinais e sintomas são detetados pela demonstração física da perda de urina durante as situações de esforço e consequente aumento de pressão intra-abdominal durante o exame da paciente. A queixa da paciente sobre o extravasamento de urina nos momentos de aumento de pressão intra-abdominal, caracteriza o sintoma da IUE. A paciente deve ser submetida a um diagnóstico preciso, pois a queixa sugere o provável problema, no entanto, este deve ser confirmado de forma objetiva, dos quais destacamos (Duarte, 2010):

- ❖ Perdas de urina, quando tosse, espirra ou levanta um objeto pesado;
- ❖ Necessidades de urinar mais do que duas vezes por noite;
- ❖ Perdas de urina de forma involuntária;
- ❖ Urgência em recorrer à casa de banho, com receio de não chegar a tempo.
- ❖ Necessidades de recorrer frequentemente a pensos ou fraldas para absorver perdas de urina;
- ❖ Limitações nas atividades diárias, por receio de ter perdas de urina;
- ❖ Dificuldade em começar a urinar;
- ❖ Perdas de urina a caminho da casa de banho;
- ❖ Libertam-se algumas gotas de urina, depois de urinar, (Associação portuguesa de Urologia, 2011).

2.3.5 Classificação

A IUE, historicamente era classificada em duas categorias: congénita e adquirida. A grande maioria das pacientes se encaixavam na última categoria, dentro de subgrupos tais como pós-parto e pós-menopausa pós-operatória. As causas congénitas da IUE são constituídas pelas raras deformidades uretrais. Mas, recentemente na tentativa de se criar uma classificação mais quantitativa e possível de reprodução, incorporaram-se os achados urodinâmicos a esses esquemas, como visto nas classificações conforme abaixo (tabela nº 1).

Tabela 2.1: Classificação IUE

Tipos	McGuire	Blaivas e Olsson
Tipo 0	Ausência de IUE verdadeira	Colo vesical e uretra abertos sem evidências objetivas de IUE.
Tipo I	IUE com mínima Hiper mobilidade da uretra, pressão de fechamento uretral >20 cm H ₂ O na posição supina em repouso, com ou sem a coexistência de cistocele	IUE objetiva demonstrada, colo vesical e uretra abertos, que sofrem um prolapso de menos de 2 cm durante o esforço, cistocele mínima ou ausente
Tipo II	IUE com marcante Hiper mobilidade uretral, com prolapso e rotação, resultando em posicionamento horizontal da	a) IUE objetiva demonstrada, colo vesical e uretra abertos, que sofrem um prolapso de mais de 2 cm durante o esforço com

	uretra durante o esforço, pressão de fechamento uretral >20 cm H2O na posição supina em repouso	cistocele. b) IUE objetiva demonstrada, colo vesical e uretra abaixo da sínfise em repouso, que podem ou não sofrer com o esforço
Tipo III	Incapacidade prévia de suspensão do colo vesical, ou pressão de fechamento uretral < 20 cm H2O na posição supina em repouso	IUE objetiva demonstrada, colo vesical e uretra aberta, em repouso e sem esforço

Fonte: www.unioeste.br/projetos/elrf/monografias/2013/mono/19.pdf

A IUE tem implicações na qualidade de vida da mulher, no âmbito físico, social, sexual e psíquico, a mulher restringe ou diminui as suas atividades sociais e físicas, progredindo para auto-estima, depressão, vergonha e isolamento (Ferreira & Santos, 2009).

2.3.6 Etiologia

A IUE é a causa mais comum das disfunções dos MPP, alguns aspetos relevantes podem estar relacionados com a gravidez, multiparidades, tipos de partos, alterações anatómicas da uretra, distúrbios da condução nervosa nos MPP, predisposição genética, idade, quedas dos níveis de estrogénios no climatério e aumento da pressão intra-abdominal (Pazzani, Colli, Surace, Bianchi & Benzi, 2000).

A IUE é preservada á custa de importantes mecanismos anatómicos e funcionais de encerramento mucosa uretral, músculos esfinterianos uretrais e peri-uretrais, correto posicionamento anatómico do mecanismo de continência, verificando-se que na IUE ocorre falência dos mecanismos de encerramento isto é, da uretra durante o aumento súbito da pressão abdominal. A vascularização da mucosa e o involuntário muscular da submucosa da uretra constituem um esfínter mucoso que permite adequação uretral durante as situações do esforço. Estas características da uretra são perdidas no deficit de estrogénio após uma cirurgia de radioterapia ou processos inflamatórios locais, contribuindo para a instalação de incontinência (Silva, 2002).

A musculatura lisa da uretra, colo vesical e o músculo liso estriado e esfinteriano contribuem de forma importante para a continência. As opugnações locais traumáticas do parto, cirurgias pélvicas, endoscopias, processos inflamatórios locais, doenças metabólicas, déficits de estrogénios e envelhecimento, suscitam lesões neurológicas

locais e fibrose, que contribuirão de modo muito relevante para a instalação da IUE por falha do mecanismo de encerramento (Silva, 2008).

2.3.6.1 A etiologia classicamente divide-se em:

2.3.6.1.1 Híper-mobilidade do colo Vesical

Naturalmente a fásia endopélvica e suas conexões com o arco tendinoso, músculo elevador do ânus e parede anterior da vagina são responsáveis pelo suporte da bexiga e da uretra proximal. O suporte fornecido por essas estruturas é dinâmico, permitem que elevações súbitas da pressão abdominal sejam transmitidas simultaneamente e na mesma intensidade ao colo vesical e a uretra proximal, mantendo-se a pressão intra-uretral superior à pressão intravesical, promovendo condicionalmente a continência, evidentemente quando prejudicadas favorecem a hípermobilidade do colo vesical durante aumento súbito da pressão abdominal, atravancar o mecanismo e predispondo á IU (Møller & Lose, 2000).

2.3.6.1.2 Insuficiência Esfincteriana Intrínseca

É erudito que a uretra feminina é constituída por várias camadas, sendo que as duas camadas internas correspondem à mucosa e submucosa, as quais mantêm a luz uretral concluída devido à sua superfície anfratuosa e constituem o esfíncter mucoso, a camada intermediária é constituída pelo tecido esponjoso uretral e revestida externamente por tecido conjuntivo fibroelástico associado ao tecido muscular liso, o qual predomina no terço proximal da uretra (Haylen, 2010).

2.3.7 Epidemiologia

A incidência da IU na mulher aumenta com a idade, é comum na população em geral variando ao nível do tipo de IU e o tipo de diagnóstico. É uma das novas epidemias do século XXI, agravada pelo contínuo aumento da esperança média de vida, sendo frequente nas mulheres institucionalizadas em residências da terceira idade, mulheres grávidas, puérperas e mulheres caucasianas. A prevalência da IU é superior a 50%. A gravidade e o impacto da IU variam também com a idade, apesar das perdas involuntárias da urina interferirem de forma assoladora na qualidade de vida das portadoras. A grande multiplicidade dos estudos referem valores entre 25 - 45%, estima-se que em cada quatro

mulheres sintomática procura ajuda médica sendo já considerada de forma errônea, subentende-se uma ilação natural da idade sem tratamento eficaz, considerando-se uma epidemia silenciosa (Diokno et al., 1990; Oliveira 2007; Ferreira & Santos, 2012).

Percebeu-se que muitas mulheres com IU tentam solucionar ou pelo menos amenizar os problemas da perda urinária, cerca de 55% delas utilizavam absorventes, 42% procuravam certificar-se da existência de banheiros nos locais a frequentar, 28% modificavam a dieta ou diminuíaam a ingestão de líquidos, 12% realização de exercícios da musculatura perianal e 6% do uso de alguma medicação (Diokno et al., 1990).

2.3.8 Fatores de riscos

Existem vários fatores de riscos que estão associados á IU feminina que podem construir de forma multifatorial ao desencadear esta condição:

- ❖ **Raça:** observaram as características sociodemográficas, fatores biológicos e sintomas em mulheres com idade entre 35 e 69 anos, analisaram-nas que a raça caucasiana tinha um aumento significativo de queixas de perda urinária ao contrário da raça negra (Diokno et al., 1990);
- ❖ **Obesidade:** é um dos fatores de risco para a perda involuntária da urina, infunde-se negativamente sobre o controlo da micção, uma vez que eleva a pressão exercida sobre a vesícula uretral, potencializando ainda mais a ineficiência dos mecanismos de compensação do PP (Ferreira & Santos, 2012);
- ❖ **Paridade:** a paridade é um dos fatores mais comuns que se associa com o desenvolvimento de IU. Comumente a incontinência aparece durante a gravidez e a prevalência se eleva com o aumento da paridade, favorecendo a IU (Persson et al; 2000);
- ❖ **Parto Vaginal:** autores referem que os principais fatores de riscos na IU tende aumentado principalmente em partos vaginais e histeretomias, o parto vaginal está associado á ocorrência de lesões a nível do PP, deteriorar assim o suporte pélvico da bexiga de modo que esta e a uretra percam a sua posição normal acima do diafragma pélvico. A medida que acontece, a uretra encurta o ângulo uretrovesical normal;
- ❖ **Idade:** Segundo Silva (2008), as alterações nas estruturas que suportam a bexiga bem como a diminuição na pressão do mecanismo de encerramento da uretra própria do processo de envelhecimento, podem provocar algum grau de IU. Nas

mulheres portuguesas, a IU bem como a frequência e gravidade dos episódios está diretamente relacionada com o aumento da idade, o que converge com resultados encontrados por outros investigadores (Silva, 2002). 70% dos casos de IU, são originados pela instabilidade do músculo detrusor, surgindo em consequência de doenças do sistema nervoso central como tumor vesical ou pélvico e obstipação. A menopausa ligada ao envelhecimento, constitui-se também como um dos fatores de risco ligado à IU, devido à diminuição dos valores de estrogénio e à consequente atrofia e alteração de posição da uretra (Silva, 2002);

- ❖ **Menopausa:** corresponde o período em que ocorre a diminuição dos níveis estrogénicos endógenos, tida também como fator de risco para IU. Fato esse relacionado pela íntima associação embriológica e anatómica entre o trato urogenital. Diante disto, salientamos que estudos epidemiológicos não têm mostrado aumento da prevalência de IU no período da menopausa (Thom & Brown, 1998);
- ❖ **Obstipação:** tem sido estudada como um fator que aumenta o risco de IU em mulheres. No estado crónico afeta a função urológica como: o estiramento do reto que pode comprimir a bexiga, contribuindo para a retenção urinária, causando infecção do trato urinário e, frequentemente, a força realizada durante a evacuação intestinal pode lesar a musculatura pélvica e, através da distensão traumatizar e causar isquemia muscular (Penn & Moller, 2000).

2.3.8.1 Outros fatores

Diversos estudos destacam fatores mais inespecíficos como causas da IU, tais como: antecedentes familiares, fatores genéticos, o tabagismo, (danos nas sustentações uretrais e vagina pela tosse crónica, alterações na síntese e na qualidade do colagénio, contrações do detrusor induzidas pela nicotina do cigarro), a ingestão de bebidas alcoólicas, o consumo de fármacos (sedativos ou hipnóticos, diuréticos, anticolinérgicos, agonistas e antagonistas dos recetores adrenérgicos, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores das enzimas conversores da angiotensina), doenças neurológicas (diabetes mellitus, hérnias discais doença de Parkinson, acidentes vasculares cerebrais (Hunskaar et al., 2005).

2.3.9 Abordagem Preventiva

É importante pensar na prevenção da IU, abandonar o hábito de prestar atenção nas disfunções quando os sintomas aparecem, sabe-se que o número de pessoas com IUE vem acompanhando o aumento da longevidade da população. A prevenção visa na realização de exercícios que aumentam a força do esfíncter externo da bexiga, fortalecer a musculatura pélvica, especificamente o músculo elevador do ânus, manter a tonicidade muscular, melhorar a capacidade de recrutamento da musculatura, evitar pressões da uretra e também a coordenação reflexa durante o esforço (Oliveira, Rodrigues & Paula, 2007).

A reeducação pélvica perineal, a contração do intróito vaginal contra a resistência, dos exercícios de kegel e outros são algumas técnicas da Fisioterapia que podem ser utilizadas de forma preventiva. O fortalecimento desses músculos é muito importante não só na altura em que a pessoa se encontra na presença da IU, mais também poderão servir como suporte nas suas atividades de vida diárias, pois, os mesmos agem como uma rede para apoiar o útero, a bexiga, os intestinos e outros órgãos da pélvis feminina. Observa-se que com o incremento mediante das disfunções do PP, determinantes aspetos estão a necessitar de maiores discussões dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), corroborando a importância do Fisioterapeuta no programa da Saúde da mulher, para que o mesmo venha intervir na elevada prevalência de IUE. É necessário facilitar o acesso dos indivíduos a esses tipos de atendimentos e concretização do mesmo (Oliveira, Rodrigues & Paula, 2007).

2.3.10 Diagnóstico Funcional

O grau de força dos MPP em geral apresenta uma relação positiva com o grau de continência e pode ser mensurado pela perineometria e pelo teste bidigital (dedos indicador e médio), nos dois terços distais da vagina, solicitando a contração da musculatura. Sendo de uso rotineiro devido à simplicidade de aplicação ao baixo custo, a confiabilidade técnica e a aceitabilidade pelas mulheres (Knorst, Cavazzotto, Henrique & Resende, 2012).

A perineometria de pressão ou *miofeedback* Perina, regista o potencial de ação das contrações musculares do pp e traduz sua intensidade através de sinais visuais. Os sinais aumentam à medida que as contrações se tornam eficazes proporcionando um feedback

ao utente que conseguirá por meio dessas informações controlar sua contração (aumentando ou diminuindo-a), (Manual de operação, 2001).

No teste bidigital a classificação é realizada em graus, sendo de 0 à 4, conforme representado no quadro a seguir (tabela nº 2).

Tabela 2.2: Classificação do teste bidigital

Graus	Funções
0	Sem função perineal objetiva, mesmo durante a palpação
1	Função perineal objetiva, ausente, contração reconhecida somente a palpação
2	Função perineal objetiva, débil, contração reconhecível a palpação
3	Função perineal objetiva, presente a resistência opositora não mantida mais de eu 5 segundos a palpação
4	Função perineal objetiva, presente resistência opositora, mantida mais de que 5 segundos a palpação
5	Função perineal objectiva, forte compressão firme dos dedos do examinador com movimento positivo em direção à sínfise púbica

Fonte: Amaro, J. L., Haddad, J. M., Trindade, J. C. S., et al. (2005). Reabilitação do Assoalho pélvico nas disfunções urinárias e anorretais. São-Paulo.

O diário urinário regista a ingestão diária de líquidos e do número e quantidade de micções no período de 24 horas. Os episódios de incontinência são anotados juntamente com as atividades que promoveram o aumento de pressão intra-abdominal. A frequência dos sintomas que proporciona uma visão de severidade da patologia e seus efeitos sobre a qualidade de vida da utente (Botelho, Silva & Cruz, 2007; Grosse & Sengler, 2002).

O exame físico consta da observação do aspeto da vulva e vagina, o estado de atrofia do epitélio vaginal e do meato uretral, presença de cistocele e retocele, processos cicatriciais severos, motilidade da parede vaginal anterior durante o esforço e integridade anatómica das estruturas. Completo o exame físico, o teste de força muscular do PP deve ser realizado. A avaliação pode ser realizada através da introdução bidigital no eixo vaginal, realizando em seguida uma pronação completa do antebraço e afastando os dois dedos colocando-os em forma de gancho sobre os músculos elevadores do ânus (Grosse & Sengler, 2002).

O potencial de ação das contrações musculares do PP também pode ser avaliado por um eletromiógrafo de pressão que regista a intensidade através de sinais visuais. Para a avaliação da força muscular, a paciente estará em decúbito dorsal, com as ancas e joelhos flexionados, em posição semelhante à ginecológica. A sonda do eletromiógrafo de pressão será introduzida no canal vaginal e a paciente é orientada a realizar a contração perineal (Grosse & Sengler, 2002).

Um exame neurológico deve ser realizado em todas as pacientes enfocando a função dos nervos que suprem os dermatómos lombossacrais e inervam a bexiga e a uretra. Deve ser testada a potência motora, os reflexos tendinosos e a sensibilidade dos membros inferiores. Durante a avaliação é importante demonstrar de forma objetiva a IUE através de testes específicos. O teste do cotonete consiste na introdução de um cotonete na uretra e a verificação do deslocamento de sua extremidade distal, medido em graus, durante o aumento da pressão abdominal (manobra de Valsalva). O teste é caracterizado positivo quando o deslocamento supera os 30 graus (Grosse & Sengler, 2002).

O teste da almofada ou *pad test* consiste na colocação de um penso higiénico na roupa interior da mulher, previamente pesado e na ingestão de 500 ml de líquido isento de sódio, dentro de 15 minutos com a paciente em repouso. Nos próximos 30 minutos a paciente é orientada a dar voltas, subir e descer escadas, sentar e levantar (10 vezes), tossir com força (10 vezes), correr no mesmo lugar durante 1 minuto, abaixar-se para pegar um objeto (5 vezes) e lavar as mãos em água corrente fria por 5 minutos. Após uma hora, a almofada é retirada e pesada novamente. A perda de 1g é considerado como normal para compensar transpiração e descarga vaginal (Botelho et al., 2007).

2.3.11 Tratamento

A melhoria da qualidade de vida da mulher deve ser o foco das intervenções que devem abordar, além do controlo do peso, as algias posturais, o *stress*, a diminuição do risco de depressão puerperal e a maior autonomia no trabalho de parto. Apesar dos benefícios das atividades físicas, existem situações em que sua contra-indicação ainda é absoluta por se relacionar a riscos ou porque ainda não há evidências de segurança como por exemplo as cardiopatias, incompetência istmo-cervical, gestação múltipla (após a 30 semanas), sangramento vaginal persistente, placenta prévia, trabalho de parto prematuro, rotura prematuras membranas, hipertensão arterial não controlada e pré-eclâmpsia (Martins & Silva, 2014).

As grávidas saudáveis devem ser encorajadas a realizar exercícios de intensidade leve a moderada, 3 a 5 vezes por semana, durante 30 minutos ou mais, no intuito de prevenir alterações ou disfunções futuras. Quanto ao tipo de atividade todas podem ser consideradas: aeróbicas, alongamento, relaxamento ou dança. Das atividades aeróbicas, a caminhada é a mais realizada mundialmente, seguida das atividades aquáticas, que também se associam à melhora do edema (Martins & Silva, 2014). Não são recomendadas atividades com risco de queda como ciclismo, cavalgada, escalada, áreas que muito raramente são procuradas pelas grávidas (Martins & Silva, 2014).

O tratamento pode ser dividido em três modalidades como o farmacológico, cirúrgico e conservador. Abaixo descrevemos cada uma delas de forma sucinta:

2.3.11.1 Tratamento Farmacológico

O tratamento farmacológico da IU é limitado e contempla os agonistas dos recetores α 1-adrenérgicos, os inibidores da recaptção da serotonina, noradrenalina e a terapia com estrogénios tópicos (Erdinc et al., 2009).

2.3.11.1.1 Agonista dos recetores α 1-adrenérgicos (ARA)

Os ARA têm sido estudados para o tratamento da IUE porque a atividade α -adrenérgicos regula o tónus muscular da uretra, contudo o seu uso associa-se a efeitos simpáticos sistémicos (Erdinc et al., 2009).

O uso tópico de um gel com fenilefrina 20%, é seguro com absorção rápida e constante pela vagina, e demonstrou uma redução da IUE, sem efeito significativo na pressão arterial média. É uma opção alternativa em mulheres que procuram algo autoadministrado de curta duração, quando realizam esforço ou exercício físico (Erdinc et al., 2009).

2.3.11.1.2 Inibidores da recapturação da serotonina e noradrenalina (IRSN)

A Duloxetina é um IRSN que atua nos neurónios motores podendo sagrados e no núcleo de Onuf, aumentando a contratilidade do esfíncter uretral externo (Erdinc et al., 2009).

É o fármaco com maiores taxas de sucesso no controlo da IUE (27-57%), contudo, sua aceitabilidade está limitada pela incidência elevada de náuseas, e quando se observa uma população fora de um estudo, a taxa de cura diminui para 37%, com altas taxas de descontinuação (68-82%), porque estão menos dispostos a tolerar os efeitos adversos. As

Venlafaxina é também um IRSN mas não afeta o sistema nervoso central e periférico como a Dulixetina, apresentando menos efeitos colaterais. Aumenta a pressão uretral sem alterar a pressão intravesical e diminui os episódios de IUE, também se associa a náuseas, mas de menor intensidade (Erdinc et al., 2009).

2.3.11.2 Tratamento cirúrgico

Sendo o diagnóstico estabelecido o tratamento cirúrgico pode envolver procedimentos invasivos e trazer complicações; ser de alto custo e rejeitado pelas mulheres e, contraindicado em alguns casos (Valério, Carvalho & Silva, 2013).

Pesquisadores, destacaram através de um experimento, que a cirurgia minimamente invasiva pode durar em média 27 minutos, além de um tempo de internação reduzido, 1,2 dias. No entanto afirmaram ser uma técnica de correção de IUE tão segura quanto eficaz, mas podendo também trazer complicações de acordo com o caso. A utilização destas técnicas não deixa de ser uma opção válida em caso de cirurgia anteriores com sucessos (Valério et al., 2013).

Os índices de cura imediato após procedimento cirúrgico pode variar de 80 a 98%, mas existe a possibilidade de recidivas em torno de 30% em um período de 5 anos, tendo como principal motivo, a fraqueza dos MPP (Valério et al., 2013).

Por isso a reconstrução pélvica pela cirurgia é considerada como um desafio para os profissionais da área por envolver objetivos interligados, e ao mesmo tempo distintos como: restaurar a anatomia, manter ou restaurar a função urinária e vesical normal e manter a capacidade da vagina para o relacionamento sexual. Considerando que o procedimento cirúrgico foi a melhor opção para o tratamento da IUE por muitos anos, com o passar do tempo e o crescimento do índice de recidivas, as técnicas de tratamento conservador passaram a ser preconizadas, ganhando maior importância neste contexto destacar que se torna relevante uma abordagem multiprofissional em relação a utente com IUE, e uma perfeita interação entre os membros da equipe para que a mesma seja beneficiada e o diagnóstico seja seguro. Com os avanços nos estudos voltados para o trato urinário inferior e aprimoramento das técnicas e diagnósticos, o tratamento conservador tem assumido papel importante na reabilitação das pacientes com IUE, e dentre eles a cinesioterapia se destaca com resultados positivos para cada tipo de incontinência a ser tratada (Valério et al., 2013).

2.3.11.3 Tratamento Conservador

O tratamento conservador da IUE é promovido como medida terapêutica de primeira linha pela sua eficácia, baixo risco e menos custo, a reabilitação da fisioterapia tem importante potencial no tratamento do PP que através de várias técnicas, desde terapia comportamental, entre os que dão motivação ao paciente como sendo uma importante prática para o sucesso. O objetivo deste é fortalecer os MPP, prevenir o surgimento de futura incontinência, ou mesmo de prolapso uterino; cistocele (queda da bexiga); uretrocele (queda da uretra); retoccele (queda do reto) e enteroccele (descida da vagina fazendo-a cair, inchar ou ficar saliente). A fisioterapia também tem como objetivo, reeducar a bexiga; intervir no pré e pós-operatório intensificando os resultados cirúrgicos obtidos e melhorar a qualidade psicológica, inclusive sua auto-estima e a qualidade de vida desses pacientes (Silva, Fretas, Scarpelini & Haddad, 2014).

2.3.11.3.1 Exercícios da Musculatura pélvica

A fisioterapia utiliza exercícios para fortalecimento dos músculos perineais, podendo haver também trabalho do transverso abdominal apenas, manter todos os músculos ativos é fundamental sobretudo num pós-parto, baseada no preceito de que os movimentos voluntários repetidos do músculo estriado proporcionam aumento da força muscular, melhorando o tônus do esfíncter periuretral, os exercícios perineais também conhecidos como exercícios de Kegel, são úteis tanto para o tratamento da IUE como a urge-incontinência. Assim, os programas de exercícios dos MPP devem incluir parâmetros de intensidade, resistência, volume, frequência, duração e princípios da progressividade, especificidade e reversibilidade (American College of Sports Medicine, 2009).

O Dr. Kegel observou que os exercícios melhoravam não só a continência mas também o prazer sexual. Tratando-se de uma opção simples e barata, os exercícios são muito eficazes, porém é preciso salientar a necessidade de motivação para a obtenção de bons resultados, uma vez que os exercícios devem ser realizados constantemente e por toda a vida. Assim, o tratamento exige do fisioterapeuta disposição para orientação e apoio constante para conseguir resultados satisfatórios (Valério, Carvalho & Silva, 2013).

2.3.11.3.2 Cones Vaginais (CV)

Os cones vaginais representam uma forma simples e prática de identificar e fortalecer os MPP, usando os princípios do biofeedback. Foram propostos por Plevnik, que demonstrou às utentes ser possível aprenderem a contrair os MPP por meio da retenção de cones vaginais com pesos crescentes (Fig nº 6) (Santos et al., 2009).

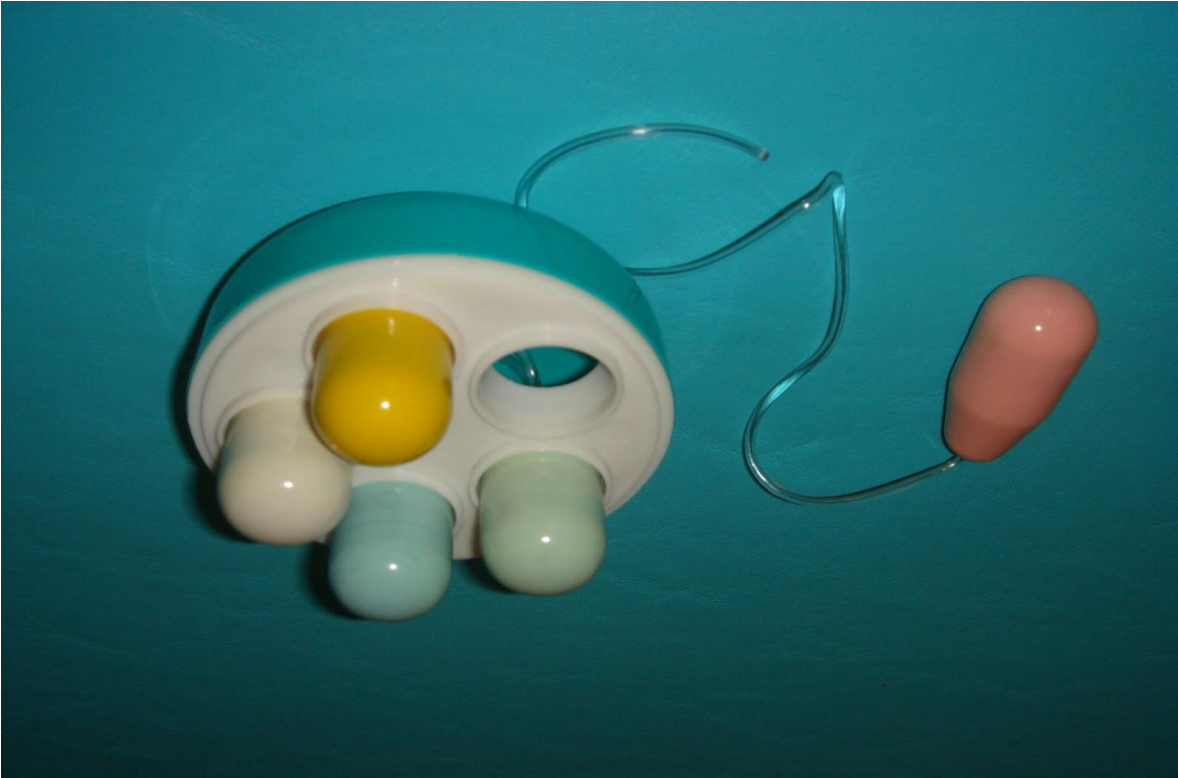


Figura 2.6: Cones Vaginais

Fonte: <http://juliana-schulze.blogspot.pt/2012/05/ola-pessoal-acabei-de-ler-um-estudo.html>.

Os cones são dispositivos da mesma forma e volume, com peso variado de 20 a 100 g, o que determina para o cone um número variável de um a nove (1-9). A avaliação consiste em identificar qual o cone a utente consegue reter na vagina durante um minuto, com ou sem contração voluntária dos MPP (cone ativo ou cone passivo) (Santos et al., 2009). Os cones vaginais são particularmente indicados nos casos leves e moderados de IUE, com índices de sucesso que variam de 14 a 78% (Santos et al., 2009).

Anatomicamente permite a sua introdução na vagina. A ação reflexa automática dos MPP proporciona uma fisioterapia interna que rapidamente restabelece os tónus musculares

interessado. A recuperação será notada ao fim de duas a três semanas, momento este em que se recomenda a utilização de pesos superiores, a fim de poder continuar a melhoria do processo (Oliveira & Rarcia, 2011).

2.3.11.3.3 Biofeedback

O biofeedback e outras técnicas da fisioterapia, como os cones vaginais e estimulação elétrica (EE), são técnicas recomendadas para tratamento da IUE, pois, fornecem a consciência fisiológica da ação dos MPP por meio tátil (Camillato, Barra & Silva, 2012). Ele usa um dispositivo para mostrar os sinais biológicos (por exemplo, pressão de contração voluntária, atividade elétrica, o movimento) durante uma contração voluntária dos MPP e apresenta esta informação de volta para a mulher na forma auditiva e/ou visual, além de ser usado como complemento para o tratamento dos MPP, a fim de garantir a contração correta dos MPP (fig. nº 6) (Camillato et al., 2012).



Figura 2.7: Biofeedback

Fonte: <http://vaginsmorumoacura.blogspot.pt/2014/01/biofeedback-vagina.html>

2.3.11.3.4 Eletroestimulação

É prescrita em mulheres com hipotonia muscular perineal severo, dificuldade no reconhecimento dos MPP incapazes de realizar a contração voluntária dos MPP. A aplicação nestes casos permite contrações dos MPP quando a utente recebe o impulso elétrico e desperta as sensações proprioceptivas da contração (Ferreira & Santos, 2009). A eletroestimulação permite uma restauração da atividade reflexa, mediante a estimulação das fibras somáticas aferentes do nervo podendo conduzido a resposta

motora com uma contração voluntária, mas o nervo terá de estar intacto (Ferreira & Santos, 2009).

As correntes mais utilizadas são do tipo bifásica ou exponenciais com uma intensidade máxima de 100 mA e com frequências variáveis de 30-50 Hz. As frequências mais elevadas permitem a ativação do mecanismo do esfíncter uretral, a intensidade da corrente é um fator importante para estimular a contração. A tolerância é baixa e pode provocar dor e desconforto, a dor é frequente na maioria das mulheres. O impulso recomendado é de 0,2-0,8/hora e duração do tratamento varia de única sessão a seis meses de sessões, e tempo de repouso é 2x o tempo de passagem da corrente, 6-12 segundos intensidade tolerada pela utente, com duração de 20 minutos (Beuttenmuller et al., 2011; Ferreira & Santos, 2009).

A eletroestimulação é indicada no tratamento da IUE, por urgência/imperiosidade é uma técnica económica em comparação com a cirurgia e uso prolongado de medicamentos anticolinérgicos é minimamente invasiva, efeitos colaterais desprezíveis, é aceite pela maioria das mulheres (Souza, Santana, Araújo & Cangusso, 2012).

As contra-indicações mostradas pela eletroestimulação são: a gravidez, infeções urinárias, diminuição da perceção sensorial da vagina, infeções vaginais, arritmia cardíaca, menstruação. Os efeitos colaterais são raros, dentre eles destacam-se a dor, irritação vaginal e infeção urinária (fig. nº 7) (Souza et al., 2012).



Figura 2.8: Electroestimulação

Fonte: https://www.google.pt/search?q=4+Eletroestimula%C3o&biw=1242&bih=637&site=webhp&source=Inms&tbm=isch&sa=X&ved=OCAYQ_AUoAWoVChMli9ijt_iFxlVVRzsUCh3zqwcA#imgrc=Raa4LC9U7fY-KM%3A

7.1 Recomendações para prática de exercícios no pós-parto

O fortalecimento dos MPP, pode ser iniciado logo após o parto mas, isto varia de mulher para mulher, podendo algumas iniciar a prática alguns dias após o parto. Para mulheres que não exercitaram durante a gravidez, iniciar lentamente e aumentar progressivamente de intensidade do exercício, para as que se mantiveram ativas no período gravídico, iniciam com avanço, mas não deverão regressar bruscamente ao ponto em que se encontravam antes do parto, as primeiras 4-5 semanas após o parto, deve-se ter cuidado devido as estruturas ligamentares e tendinosos que ainda encontram-se laxas durante o pós-parto inicial, pelo que, poderia existir um risco aumentado de lesão. Para um bom apoio e conforto no caso de amamentação, utilizar *Soutien* próprio para a realização de exercícios (Queirós, 2007).

O exercício moderado durante a amamentação não afeta a quantidade ou composição do leite materno e/ou o crescimento do bebé, sendo que a realização de exercícios de fortalecimento dos MPP no pós-parto imediato podem reduzir o risco de IU no futuro. No término da atividade, assegurar um retorno a calma com um bom alongamento, não realizar movimentos de insistência mas sim manter na mesma posição num período que varia de 20 a 30 segundos (Queirós, 2007).

Ingerir bastante líquidos (de preferência água) especialmente quando se encontrar a amamentar o bebé. Durante e após a atividade, caso possível, exercitar na companhia de alguém, pois, torna a atividade mais divertida, diminuindo a probabilidade de não cumprimento dos exercícios (Queirós, 2007).

O exercício aeróbico praticado de 4-6 vezes por semana, entre as 6-8 semanas no pós-parto não revelam efeito adverso na produção do leite materno, pelo contrário aumenta significativamente a aptidão cardiovascular da mãe que amamenta (Dewey *et al.*, 1994).

3. Metodologia

O presente trabalho tem como finalidade construir um projeto de investigação que visa a implementação dos serviços de fisioterapia na saúde da mulher, na área de Ginecologia /Obstetrícia no HGL. Para alcançar esta finalidade construiu-se um questionário pessoal histórico e ginecológico para aplicar aos utentes do HGL, que permite caracterizar o grupo alvo.

3.1 Tipo de estudo

O tipo de estudo que se usou para desenvolver o presente projeto é um estudo exploratório descritivo.

Na elaboração da revisão bibliográfica para o referencial teórico, foram pesquisados artigos na base de dados PubMed, RCAAP, SciELO, B-on, Lilacs, Google académico e livros.

Os artigos foram pré-selecionados pela leitura do título, incluindo artigos de Língua Portuguesa e Inglesa. Os que estavam disponíveis na íntegra foram selecionados segundo a relevância para o tema.

3.2 População Alvo

Mulheres que afluem a consulta de Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Geral de Luanda (HGL).

3.3 Caracterização da amostra

A amostra do presente estudo é composta por 28 mulheres, que frequentaram a consulta de Ginecologia/Obstetrícia no HGL.

Influência no fato da idade dos participantes variar o mínimo de 19 anos e máximo de 54 anos, apresentando um valor médio de 34,74 anos e o desvio padrão de 8,937 (tabela nº 5).

A seleção da amostra baseou-se nos seguintes critérios:

- ❖ **Critérios de inclusão:** mulheres angolanas que afluem as consultas de Ginecologia/Obstetrícia, com mais de 18 anos.

3.4 Instrumento de recolha de dados

No intuito de encontrar respostas, qualquer investigação deve recorrer a instrumentos de recolha de dados.

Para realização deste projeto de investigação, foi necessário uma colheita de dados através de um questionário, composto por 18 perguntas fechadas, com respostas dicotómica e abertas, para a identificação de questões que constam nas perguntas fechadas (anexo nº 1).

3.5 Problema

A escolha deste tema deve-se às dificuldades das mulheres durante período gravídico e pós-parto, nas disfunções do pavimento pélvico, com maior enfoque na incontinência urinária. O mesmo é um problema que afeta a sociedade em geral e, a mulher especificamente. Diante deste fenómeno, surgiu-nos a questão abaixo discriminada:

- ❖ Como elaborar um projeto de serviços de fisioterapia para futura implementação na Maternidade do HGL?

3.6 Justificativa

A implementação dos serviços de Fisioterapia na Saúde da mulher na maternidade do HGL justifica-se principalmente pela importância da fisioterapia na área da saúde e pelas necessidades das mulheres em função as disfunções que advêm das alterações fisiológicas maternas:

- ❖ A área de interesse da autora;
- ❖ O não acompanhamento das mulheres angolanas com incontinência urinária durante e pós-parto que realizaram tratamento na maternidade HGL por parte da fisioterapia;
- ❖ O interesse de aprofundar os conhecimentos após a realização de uma especialidade na área da fisioterapia na saúde da mulher;
- ❖ A ânsia de contribuir com os conhecimentos adquiridos durante a formação (pós-graduação em fisioterapia na saúde da mulher), para o crescimento da fisioterapia em Angola, especificamente no tratamento nas disfunções do pavimento pélvico.

A fisioterapia tem estado a destacar-se como uma das profissões relevantes nas equipas de saúde, com especial expansão na atenção primária, nos trabalhos de promoção e prevenção, com envolvimento de estratégias que atinjam todas as esferas sociais. É o

fisioterapeuta percebido nesta população como o profissional que contribui de forma diferenciada, por deter um arsenal de trabalho, com a visão da análise de atividades propostas com os devidos objetivos. A responsabilidade da fisioterapia no incentivo da humanização das relações das equipes é irrefutável em relação as populações atendidas. Tal realidade é fruto da análise dos conteúdos presentes e emergentes nos trabalhos relevantes de fisioterapia, objetos de matérias dos artigos científicos com estudo experimentais e randomizados, disponíveis nas revistas científicas da saúde (Universidade Federal de Alfenas, 2008).

Em instituições hospitalares, a intervenção da fisioterapia tem sido solicitada com muita frequência voltada as consequências do quotidiano de enfermidades e do próprio processo de internamento, assim como as roturas hospitalares, seja ela fruto da rotina diária, descoberta de diagnósticos de forma inesperada ou na ocorrência de possíveis consequências para vida dos seres humanos interna ou externamente à instituição (Universidade Federal de Alfenas, 2008).

3.7 Tratamento estatístico dos dados

A realização da análise dos dados relativo ao estudo foi através do programa informático Statistical Package for Social Science\ - IBM (SPSS 22.0) versão Portuguesa, com posterior elaboração de relatório dos resultados; calculando o mínimo, máximo, médio e desvio padrão para variáveis quantitativas e análise de frequência para as variáveis qualitativas.

3.8 Recursos necessários para a implementação do projecto

Para a implementação do serviço serão necessários meios essenciais para o bom funcionamento do serviço, considera-se necessário para a implementação do projecto a dedicação de profissionais sérios e com formação específica (fisioterapia na saúde da Mulher), qualificados e habilitados na área a inserir, por isso pretende-se uma selecção de enquadramento dos profissionais, para atendimento do público-alvo.

3.9 Recursos materiais e equipamentos

A fisioterapia tem trabalhando bastante na construção de materiais de uso para diversas patologias, os equipamentos médicos hospitalares são definidos como conjunto de aparelhos de máquinas e acessórios que constitui uma unidade assistencial em que são

Cronograma

desenvolvidas ações de diagnóstico e tratamento, sendo estes classificados em: equipamento médico de apoio e gerais sendo assim os equipamentos mais utilizados nos serviços de fisioterapia são classificados como médicos-assistenciais. De acordo com os autores o ministério da saúde criou um critério para avaliação das necessidades dos equipamentos que carrega-se em conta a importância dos de tipos de assistência que se pretende oferecer, sendo os equipamentos de classe a: indispensáveis, classe b: necessário, classe c: recomendável (Tabela 1,2 e 3).

Desta maneira apresenta-se a descrição dos matérias e equipamentos necessários para a implementação do projeto (Muniz & Texeira, 2008).

Na classe a: que é indispensável, inclui equipamentos que sem o qual o serviço não pode ser desenvolvido.

Equipamentos

Tabela 3.3: Equipamentos de classe a: Indispensáveis

a) Indispensáveis:

Marquesa

Rolo de papel para marquesas

Armários

Biombos

Rolo de papel para higiene das mãos, luvas, gel e lubrificante

Fonte: Construção própria

Cronograma

Tabela 3.4: Equipamentos de classe b: necessários

b) Necessários: inclui equipamentos cruciais para a realização dos tratamentos

Cadeira de rodas (S.O.S)

Toalhas para enxugar as mãos

Fronha

Tesouras

Mesa para colocar o aparelho de electroestimulação e biofeedback

Desinfetantes

Lixívia

Computador

Carrinho para roupas sujas, aparelho de electroestimulação e biofeedback

Fonte: Construção própria

Classe c) recomendáveis: inclui equipamentos suplentes que sem os quais o serviço pode ser prestado de maneira a sacrificar o fisioterapeuta e o utente, de modo a não haver desconforto em ambos, e facilitar a execução das técnicas (Tabela 3).

Tabela 3.5: Equipamentos de classe c: recomendáveis

c) Recomendáveis:

A aplicação com a distribuição constante, e os equipamentos reconhecidos como classe c) constituem

Dispensador de papel toalha

Escada com 2 degraus

Banco estofado com encosto

Almofada

Fonte: Construção própria

Segundo Muniz & Texeira (2008) o clima que não detêm a totalidade dos equipamentos da classe a) não estão aptos a realizar os equipamentos da classe b) constituirão 70% da avaliação com distribuição regular.

3.10 Recursos para o tratamento de fisioterapia nas mulheres com disfunções do pavimento pélvico

Para o enquadramento dos serviços de fisioterapia na saúde da mulher, necessariamente há-de existir um espaço de mínimo 120 m², considerando a existência de equipamentos e

Cronograma

aparelhos em seu interior, bem como a realização de tratamentos natural, instalado preferencialmente em andar térreo e sem escadas (Muniz & Teixeira, 2008), o serviço deverá ter no mínimo sala de espera, recepção, sala de coordenação, consultório de exames e/ou avaliação, sala de atendimento, vestiário e sanitário, depósito de material, sala de arquivos.,

Tabela 3.6: Meios espaciais

Descrição	Quantidade	Espaço
Sala de espera e recepção	1	40 m ²
Sala de coordenação	1	20 m ²
Consultório de exame e/ou avaliação	1	20 m ²
Sala de atendimento	1	40 m ²
Vestiário e sanitário	1	20 m ²
Sala de arquivos/reuniões	1	20 m ²
Depósito de material	1	20 m ²

Fonte: Construção própria

4. Cronograma

De fato a elaboração do presente projeto foi organizado através da definição de atividades que deveriam ser cumpridas, mas por outros motivos, fomos submetidos a exceder o prazo da data prevista no espaço-tempo.

O quadro 1 apresenta o cronograma das atividades para a elaboração do projeto relacionado ao tempo ou período em que cada atividade foi realizada.

Quadro 4.1 cronograma do trabalho

FASE DO TRABALHO	2014		2015						
	Novemb	Dezemb	Janeiro/ Fev	Mar/Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro
Fase de planeamento									
Pesquisa bibliográfica									
Contacto com instituições para recolha de dados									
Conceção dos instrumentos de recolha de dados									
Implementação									
Análise de dados									
Redação final									

5. Caraterização do Hospital Geral de Luanda

A presente caraterização do HGL foi possível através de documentos fornecidos pela secretaria da mesma instituição.

O HGL é um estabelecimento público da saúde da rede hospitalar de referência nacional, fundado em 2006, integrado no serviço nacional de saúde. É uma instituição especializada, que conta com os serviços e unidades necessários para a assistência a nível da região sanitária, presta serviços de diagnóstico, tratamento e internamento, com o pessoal sanitário, médico, de enfermagem e outros, num espaço físico de uso exclusivamente sanitário. Nos serviços de internamento encontram-se disponíveis serviços de especialidades básicas: Medicina, Cirurgia, Ginecologia/Obstetrícia e Pediatria. O regime de internamento indica ser acima de 100 camas no internamento de Ginecologia/Obstetrícia. Geograficamente encontra-se na comuna do Camama, no município de Belas, cerca de 45 quilómetros a sul de Luanda.

Estruturalmente o Hospital conta com amplo serviço de consultas externas onde funcionam os serviços de: Medicina, pediatria, ortopedia, oftalmologia, urologia e Ginecologia/Obstetrícia. Naturalmente existem serviços de apoio ao diagnóstico como: imagiologia, Rx, ecografias e laboratórios de análises etc. Para o apoio assistencial o Hospital conta com cinco (5) blocos operatórios, que vela por todas as necessidades.

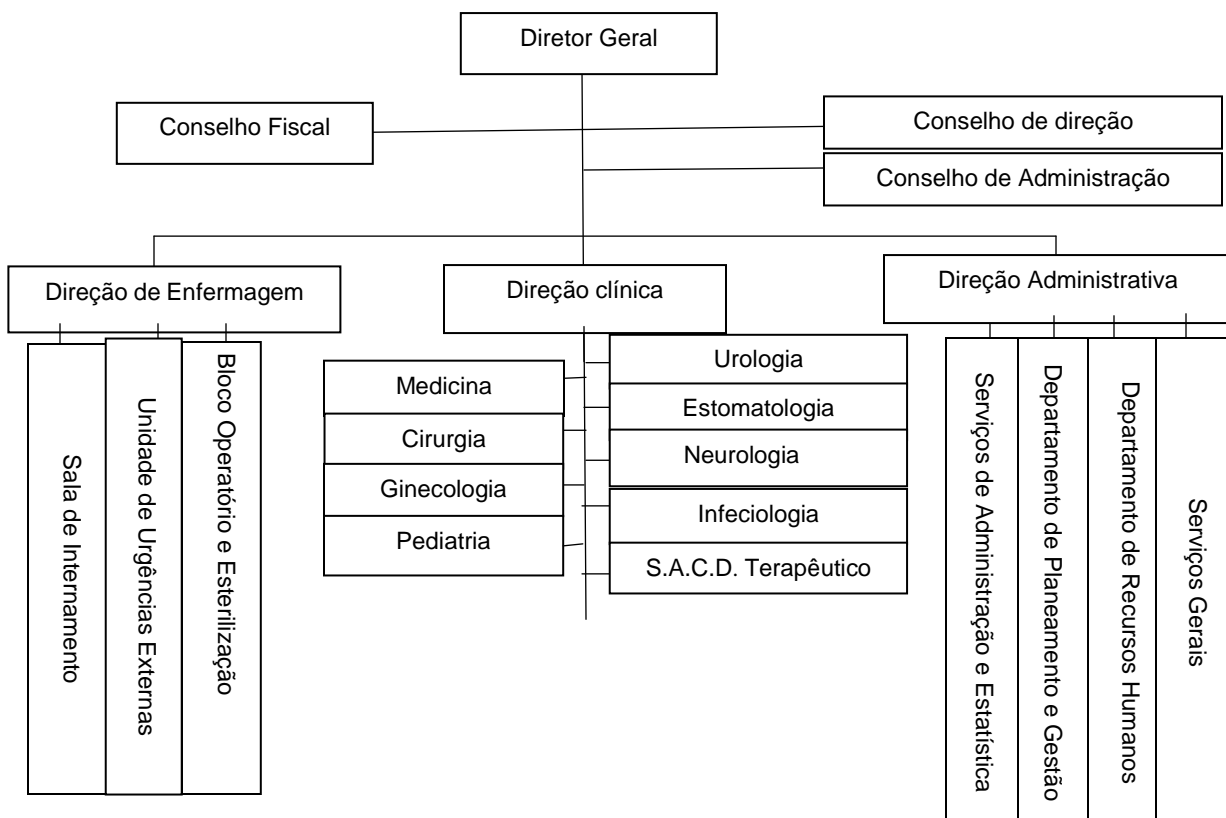
O HGL tem as seguintes atribuições:

- a) Prestar serviços preventivos e curativos;
- b) Dar suporte a estrutura de planificação e gestão;
- c) Presta serviços de apoio (referencial) ao conjunto de centros de saúde, Hospitais Municipais, da região tais como: Urgências, Laboratório mais diferenciados, transporte sanitário e internamento;
- d) Garantir a supervisão das unidades mais periféricas (das subáreas de saúde, caso estejam definidos) e acompanhamento de formação continua e atualização dos trabalhadores;
- e) Função administrativa/preventiva e curativa da sua área de influência (subáreas de saúde);
- f) Gerir a actividade sanitária da sua área de saúde de acordo com os objetivos e planos provinciais da saúde;

Caraterização do HGL

- g) Promoção da saúde, coordenando e colaborando com as componentes nas atividades de desenvolvimento da sua área de saúde;
- h) Vigilância epidemiológica;
- i) Prevenção das doenças endémicas, priorizando a atenção materno infantil;
- j) Atendimento ao público e internamento por médicos;
- k) Gestão de medicamentos e equipamentos;
- l) Planificação/gestão das áreas da saúde;
- m) Colaborar com a região sanitária no apoio técnico e supervisão das unidades dependentes do Hospital;
- n) Função da referência e apoio da região sanitária;
- o) Receber as transferências dos utentes provenientes das outras unidades da província e elaborar a retro- informação;
- p) Ter um local de informação em serviço para os técnicos (formação permanente);
- q) Fornecer dados estatísticos para a região sanitária/DPS;
- r) Apoiar as áreas de ensino através de áreas de estágio;
- s) Exercer outras funções superiormente orientadas.

Gráfico 5.1: Organigrama do Hospital Geral de Luanda



Caraterização do HGL

O HGL preocupa-se com a saúde dos utentes a fim de satisfazer as necessidades e expectativas da saúde através da assistência integral, eficaz, eficiente e de qualidade, formando profissionais que a sociedade necessita e que contribuam a melhorar a saúde e qualidade de vida das pessoas. E anseia ser reconhecido pelo público como um Hospital de referência na prevenção, diagnóstico e tratamento inovador das disfunções do pavimento pélvico, em Angola e na região central da África Austral.

No desenvolvimento da sua atuação, o HGL e seus colaboradores deverá reger-se de uma forma crucial, dentre os quais:

- ❖ Desenvolvimento e valorização perante dos recursos humanos;
- ❖ Atitude de trabalho e de qualidade no atendimento dos utentes;
- ❖ Ambiente de trabalho harmonioso e cooperativo;
- ❖ Humildade, erudição e honestidade;
- ❖ Eficácia na realização das atividades.

6. A apresentação de Resultados e Discussão

A intervenção da fisioterapia na saúde da mulher em maternidades, pela sua importância a nível da qualidade de vida e da prevenção de complicações durante a gravidez e pós-parto, tem vindo a ser implementada por várias instituições hospitalares em quase todo o mundo. Porém, no HGL em Angola existe ainda uma carência na prestação destes serviços na maternidade, tendo sido esse um dos principais motivos que levou a realização do presente projeto.

O questionário foi aplicado e preenchido por 28 utentes do HGL e depois da devida recolha seguiu-se a fase de introdução dos dados no SPSS 22.0. A partir daí, foram construídos os quadros, tabelas e gráficos, onde foram avaliadas a frequência, percentagem, percentagem válida e percentagem acumulativa.

A tabela nº 5, mostra-nos a frequência, percentagem, percentagem válida e percentagem acumulativa das utentes em função ao preenchimento dos questionários, referente ao estado civil, se realizou episiotomia, cirurgia ginecológica, tipo de cirurgia, queixas de perda de urina e em que situação, que frequência e se tem necessidade de usar pensos por causa das suas perdas. Na mesma, constatamos que aproximadamente 57,1 % das utentes, queixam-se de perda de urina em caso de tosse e, a maioria (64,3 %) refere queixas em quase todos os dias.

Resultados e Discussão

Tabela 6.7: frequência, percentagem, percentagem válida e percentagem acumulativa

		Frequência	Percentagem	Percentagem Valida	Percentagem Acumulativa
Estado Civil					
Válido	Solteiro	15	53,6	57,7	57,7
	Casado	8	28,6	30,8	88,5
	Outros	3	10,7	11,5	100,0
	Total	26	92,9	100,0	
Ausente Sistema		2	7,1		
	Total	28	100,0		
Filhos		28	100,0	100,0	100,0
Realizou episiotomia					
Valido	Sim	8	28,6	36,4	36,4
	Não	14	50,0	63,6	100,0
	Total	22	78,6	100,0	
Ausente Sistema		6	21,4		
	Total	28	100,0		
Realizou cirurgia Ginecológica					
Valido	Sim	8	28,6	32,0	32,0
	Não	17	60,7	68,0	100,0
	Total	25	89,31	100,0	
Ausente Sistema		3	10,7		
	Total	28	100,0		
Tipo de Cirurgia					
	Grav. Etópica	3	37,5	37,5	87,5
	Quisto	1	12,5	12,5	100,0
	Não respondeu	4	50,0	50,0	50,0
	Total	8	100,0	100,0	
Queixas de perda de urina					
Valido	Sim	16	57,1	57,1	57,1
	Não	12	42,9	42,9	100,0
	Total	28	100,0	100,0	
Em caso de afirmação em que situação					
Valido	Tosse	3	18,8	60,0	60,0
	Espirros	2	12,5	40,0	100,0
	Total	5	31,3	100,0	
Ausente Sistema		11	68,8		
	Total	16	100,0		
Com que frequência					
	Todos os dias	9	32,1	64,3	64,3
	+ 3 vezes por semana	2	7,1	14,3	78,6
	1 vez por semana	2	7,1	14,3	92,9
	2 vezes por semana	1	3,6	7,1	100,0
semana		14	50,0	100,0	
	Total	14	50,0		
Ausente Sistema		28	100,0		
	Total				
Tem necessidades de usar pensos por causa das suas perdas					
	Sim	10	35,7	76,9	76,9
	Não	3	10,7	23,1	100,0
	Total	13	46,4	100,0	
Ausente Sistema		15	53,6		
Total		28	100,0		

Fonte: Construção própria

Resultados e Discussão

O quadro nº 2, mostra-nos a idade que apresentaram as utentes das consultas, a mínima foi de 19 anos e a máxima de 54 anos, média 34.74 e o desvio padrão 8,937.

Quadro 6.2: Idade das utentes das consultas de Ginec/Obst

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	19	19	54	34.74	8.937
N válido (de lista)	19				

O quadro nº 3, ajuda-nos a saber o número de filhos e tipo de partos de cada uma das utentes. Conforme nos revela o quadro, o número máximo de filhos foi de 9 e 1 o mínimo; média de 3,14 filhos. O número de partos normais foi de 22; média de 2,73. Nenhuma das utentes revelou ter tido parto instrumental. Partos por cesariana o máximo 2, mínimo 2 e média 2.

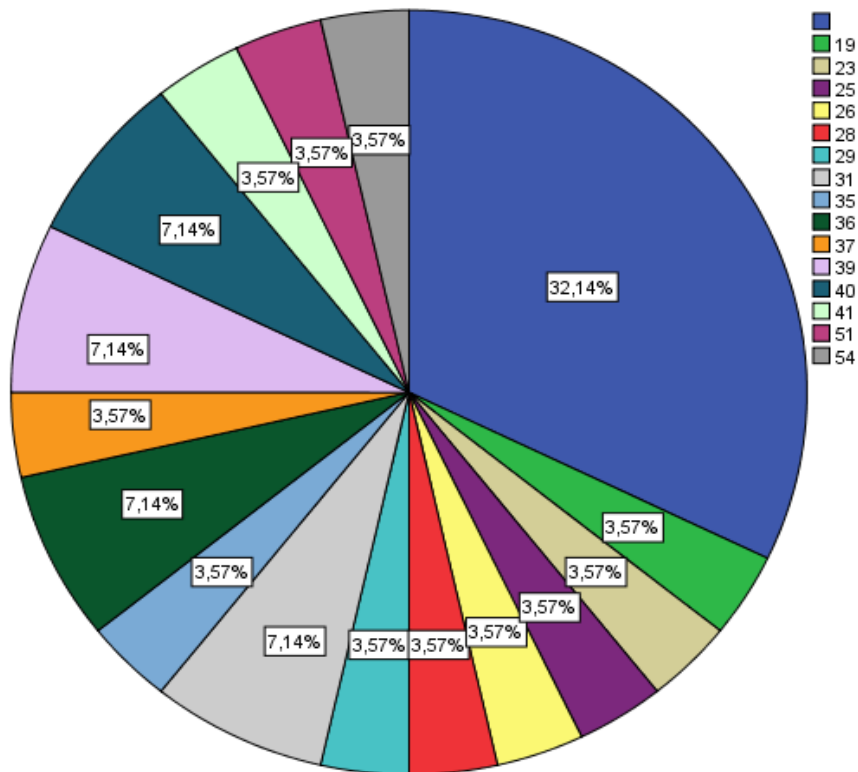
Quadro 6.3: Número de filhos e tipo de partos das utentes

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Quantos filhos?	28	1	9	3,14	1,900
Número de partos normais	22	1	6	2,73	1,638
Número de partos instrumentais	0				
Número de partos por cesariana	3	2	2	2,00	,000

Por intermédio do gráfico nº 2, podemos com alguma facilidade averiguar a percentagem de idade que aderiu ao preenchimento do questionário e também, as que se abstiveram de colocar as suas idades.

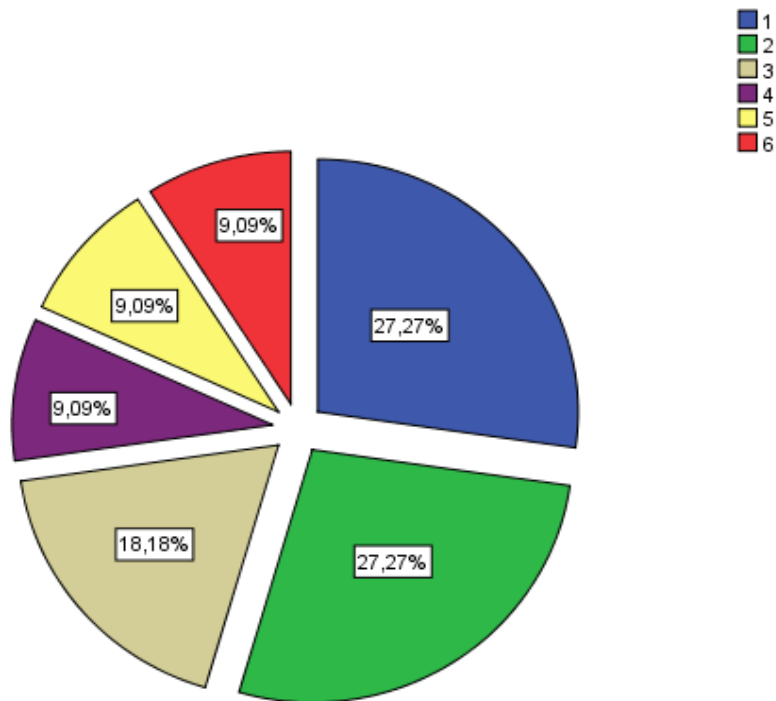
Resultados e Discussão

Gráfico 6.2: Percentagem de idades das utentes que preencheram o questionário



O gráfico 6.3, demonstra o número de partos normais que cada utente teve, isto, para relacionar o número de partos e a perda urinária.

Gráfico 6.3: Partos normais e sua percentagem



Um estudo analítico transversal onde foram investigadas 194 mulheres adultas, funcionárias da Universidade do Vale do Paraíba, que responderam questões do *King's Health Questionnaire*. Os sintomas urinários foram relacionados à história, mostrou que apresentavam uma prevalência de sintomas urinários, que foi de 54,3%, sendo maior para incontinência urinária de esforço (55,7%), seguida por notúria (27,8%), urgência (24,1%), polaciúria (16,7%) e enurese noturna (10,2%). Mulheres que engravidaram pelo menos uma vez tiveram 1,75 vezes mais chance de desenvolver os sintomas comparadas as primíparas, sendo significativo para duas gravidez ou mais ($p=0,009$). Dois partos ou mais aumentaram o risco em 1,57 vezes, independente da via ($p=0,019$), mostrando que a prevalência de sintomas urinários foi alta e, estes estiveram associados a fatores obstétricos, mostrando-se proporcionalmente maior de acordo com o número de gravidez e partos (Dellu, Zacaro & Schmitt, 2008).

De acordo com o estudo realizado por Ferguson et al, (1990). Mostraram a relação entre o crescimento significativo na força muscular e a diminuição da incontinência urinaria, utilizando um programa de treinamento de 6 semanas. No final do primeiro ano, 50% dos

utentes continuaram os exercícios e 25% mostram melhorias significantes da perda urinária.

Segundo o autor Shepherd et al., (1983) Separou em seu estudo dois grupos randomizados de 22 mulheres de 23 a 67 anos com incontinência urinária. O primeiro grupo foi submetido aos exercícios e o segundo utilizou-se dispositivos de resistência mensurando o resultado com o diário miccional e com o perineometria. Houve 50% de satisfação da IUE no grupo de exercícios e, 91% de melhorias no outro com exercícios por via de dispositivos de resistência.

Um estudo randomizado com 44 mulheres com IUE com cinesioterapia perineal durante três meses consecutivos, dividido em dois grupos, um com acompanhamento fisioterapêutico e o outro sem acompanhamento. No final dos três meses, houve uma evolução de 23,8% das mulheres do grupo controle, referiram satisfação com o tratamento clínico e, 66,8% referiram que não desejavam outro tipo de tratamento (Rousseny, Luz, Luz, Virtuoso, & Torres, 2011).

O treino da contração dos MPP auxilia no fechamento uretral, pois, aproxima e eleva a musculatura, aumenta o recrutamento das fibras do tipo I e II, estimula a função da contração simultânea do diafragma pélvico, evita a perda de urina e distopias genitais, para realizar as contrações dos MPP é necessário o auxílio do biofeedback ou a palpação bidigital nos dois terços distais da vagina solicitando a contração desta musculatura, sendo necessário um período de tratamento de no mínimo três meses (Glisoi & Girelli, 2011).

Segundo Eisenberg (2000), é fundamental trabalhar a musculatura pélvica pois, evita complicações urinárias como a IU. O bom posicionamento dos ossos e os MPP fortalecidos, também melhora a experiência do prazer na atividade sexual. Os exercícios de fortalecimento do PP são recomendados, especialmente no período gestacional e pós-parto.

Segundo Morkved & Bo (1996), num estudo sobre o efeito do fortalecimento da MPP após o parto com 132 mulheres, verificou-se aumento da força dos músculos. Portanto, estes resultados mostram a importância e/ou necessidade de motivação e acompanhamento do fisioterapeuta em maternidades para fazer o devido seguimento.

No estudo de Sampsel et al. (1998), onde avaliaram os efeitos dos exercícios da MPP nos sintomas de IU e da força dos mesmos em primigestas durante e após o parto,

Resultados e Discussão

verificaram a redução dos sintomas de IU no final da gestação e após o parto, além de recuperação da musculatura perivaginal de forma muito rápida.

Oliveira (2011), na sua opinião em estudo com mulheres pós-parto e com IU, optaram por tratamento conservador (cinesioterapia) com a finalidade de fortalecer o MPP e, verificaram uma redução significativa da perda urinária e alívio dos sinais e sintomas bem como o melhoramento da qualidade de vida das mesmas.

Os resultados obtidos através do questionário usado no nosso estudo, demonstra resultados que corroboram com os de alguns autores referidos na discussão. Verificou-se que a gravidez e a paridade são fatores para a IU com maior prevalência a multiparidade.

O tratamento fisioterapêutico tem sido recomendado pelos fisioterapeutas e muito utilizado devido os resultados que têm sido positivos na IUE a mulheres. Portanto, esta é uma decisão que requer uma boa avaliação, de modo que a escolha da técnica e parâmetro de tratamento seja adequada para cada tipo de IU a ser tratada.

7. Conclusão

A IU é um mal que afeta numerosamente o género feminino com repercussões sociais relevantes. O referencial teórico mostra que a incidência é maior em mulheres caucasianas pois, o índice de IU é maior na gravidez e no pós-parto.

O presente projeto consiste na implementação dos serviços de fisioterapia na maternidade do HGL, recrutando os dados das mulheres Angolanas com finalidade de saber se existe perda de urina. Segundo a literatura consultada revela que os serviços de fisioterapia são de extrema importância para a saúde da mulher, isto é, implementando-se a intervenção da fisioterapia na maternidade.

Acredita-se que com a implementação deste projeto, as mulheres que frequentam a maternidade do HGL poderão ver suas dificuldades minimizadas ajudando desta feita a melhorar o bem-estar e social das mulheres. O mesmo possibilitará que sejam tratadas com intuito de reduzir a incidência de complicações no pós-parto e as implicações sociais tornando-as ativas socialmente e no quotidiano contribuindo para o progresso.

Esperamos que os objetivos sejam alcançados, permitindo que sirvam no futuro uma área prática de aprendizado e aprofundamento dos conhecimentos, principalmente para a intervenção da fisioterapia na IU no HGL.

Ainda, os resultados demonstraram que 57,1% das mulheres Angolanas referiram apresentarem perda de urina principalmente em caso de tosse e, a maioria que corresponde a 64,3% referiram perda de urina todos os dias.

De referir que ao longo da construção do projeto deparamo-nos com determinadas limitações como o número de amostra que foi pequeno e, ausência de dados como partos cesarianos e instrumental, na discussão dos resultados tivemos dificuldades em comparar mais estudos em vários porque autores referiram, mais pouco relacionavam com o presente trabalho. Dados estes que nos ajudariam a apurar determinadas hipóteses e fundamentar de uma forma mais ampla o estudo.

8. Referências Bibliográficas

- Abrams, P., Cardozo, L., Khoury, S., & Wein, A. (2002). Incontinência urinária de esforço. *In: Girão, M. J. B. C., Baracat C. E., & Rodrigues, L. G. São Paulo. Incontinence health publication Ltd.*
- Adams, E., Bardsley, A., Currie, I., Evans, L., & Haslam, J. (2008). Urinary incontinence the management of urinary incontinence in women. *RCOG Press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Sussex Place, Regent's Park, London.*
- Amaro, J. L., Haddad, J. M., Trindade, J. C. S., et al. (2005). Reabilitação do assoalho pélvico nas disfunções urinárias e anorretais. São-Paulo. Segmento farma. (pp. 67-75).
- Amaro, J., Mcharelli, C. A., Roberto, K. P., Roberto, P. C., Flávio, A., Akihissa, H., & Donizeti, A. A. (2008). Prevalência e implicações da incontinência urinária e fecal em mulheres. *Femina*, 36 (8), 505-510.
- American College of Sports Medicine. (2009). position stand. Progression models in resistance training for healthy adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 41 (3), 687.
- Ashton-Miller, A. J., & DeLancy, O. L. J. (2007). Functional Anatomy of the Female Pelvic Floor. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1101, 266-296.
- Associação Portuguesa de Urologia. (2011). Incontinência urinária. Mensagem postada em www.apurologia.pt/incontinencia/incontinencia_2013/Dossier_Imprensa_Incontinencia_urinaria.pdf
- Barghmans, L., Hendriks, H., BØ, K., Smith, E. H., Bie, R., Waalwijk, V., & Doom, E. (2000). Conservative treatment of urge urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trial. *British Journal of Urology international*, 85 (3): 254-263.

Referências Bibliográficas

- Basqueroto, L., & Justina, D. (2013). Prevalência de incontinência urinária feminina no Brasil; Prevalence of female urinary incontinence in Brazil: *systematic review*. *Inspirar*, 5 (2): 1-7.
- Bernardes, A. (2011). Anatomia cirúrgica do aparelho genital feminino. In C. F. Oliveira (Eds.), *Manual de Ginecologia*. Permanyer Portugal.
- Beuttenmuller, L., Cader, S., Macena, R., Araujo, N., Nnemes, E., & Dantas, E. (2011). Contração muscular do assoalho pélvico de mulheres com incontinência urinária de esforço submetidas a exercícios e eletroterapia□: um estudo randomizado. *Fisioterapia e Pesquisa*, 18 (3): 210-216.
- Blok, B. F. M. (2008). Central pathways controlling micturation and urinary continence. *Urology*, 59 (5): 13-7.
- Bo, K., & Sherburn, M. (2005). Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength. *Phys Ther*, 83 (3): 269-82. Recuperado em Janeiro 5, 2015. A partir de <http://ptjournal.apta.org/content/85/3/269.full.pdf+html>
- Botelho, F., Silva, C., & Cruz, F. (2007). Incontinência Urinária Feminina. *Ata Urologica*, 24 (1): 79-82. Recuperado em Janeiro 5, 2015. A partir de <http://www.apurologia.pt/acta/1-2007/inc-urin-fem.pdf>
- Burgio, K., Mathews, K., & Engel, B. (1993). Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in Healthy, middle-aged women. *J Urol*, 149, 1459-1462.
- Camillato, E. S., Barra, A. D. A., & Silva, J. A. L. (2012). Incontinência urinária de esforço□: fisioterapia versus tratamento cirúrgico. *Femina*, 40 (4): 194. Recuperado em Janeiro 5, 2015. A partir de <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n4/a3373.pdf>
- Canesin, K. F., & Assis, T. R. (2013). Atuação fisioterapêutica durante a fase ativa do trabalho de parto. *Formação Completa em Saúde*. Recuperado em Abril 10, 2015. A partir de www.rescceafi.com.br/vol1/95-105.pdf

Referências Bibliográficas

- Colombar, R. U. J. E., & Sato, M. A. (2010). Importância do sistema nervoso no controle da micção e armazenamento urinário. *Arquivo brasileiro de ciência da saúde*, 36 (1): 55-60. Recuperado em Julho 8, 2015. A partir de files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2011/v36n1/a1925.pdf
- Corton, M. (2005). Anatomy of the pelvis: How the pelvis is built for support. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 48 (3): 611-626.
- Costa, A., & Santos, F. (2012). Abordagem da fisioterapia no tratamento da incontinência urinária de esforço: revisão da literatura Approach to physiotherapy in the treatment of urinary stress incontinence: literature review.
- Dangelo, J., & Fattini, C. (2007). *Anatomia humana sistêmica e segmentar* (3 ed.). Rio de Janeiro: Athneu.
- Dellu, M. C., Zácara, P. M. D., & Schmitt, A. C. B. (2008). Prevalencw of urinary symptoms and associated obstetric factors in adult women. *Rev Bras Fisioter*, 12 (6):482-7. Recuperado em Junho 18, 2015. A partir de www.scielo.br/pdf/rbfis/v12n6/en_aop005.pdf
- Dewey, K. G., & McCrory, M. A. (1994). Effects of dieting in pregnant women. *Journal of Applied Physiology*, 78, 1772-1777
- Diniz, J., & Amaral, M. (2008). *Intervenção fisioterapêutica para prevenção e tratamento da Incontinência urinária durante a gestação*. Dissertação de Mestrado apresentada a Universidade Federal de Minas Gerais.
- Diokno, A., Brock, B., Brown, M., & Cols. (1990). Medical correlates of urinary incontinence in the elderly. *Urology*, 36 (2): 129-138.
- Duarte, N. (2010). *Fisioterapia: Influência na Qualidade de Vida da Mulher com Cancro da Mama*. Dissertação de mestrado apresentado a Universidade Nova de Lisboa.
- Durante, V. L. L. (2007). *Identificação das disfunções do assoalho pélvico no puerpério*. Monografia de licenciatura apresentada a Universidade Tuiuti do Paraná.

Referências Bibliográficas

- Eisenberg, A. (2000). *O que esperar quando você está esperando*. Editora Record.
- Erdinc, A., Gurates, B., Celik, H., Polat, A., Kumru, S., & Simseck, M. (2009). The efficacy of venlaxene in the treatment of womwn with stress urinary incontinence. *Archives of Gynecology and Obstretrics*, 279 (3): 343-348.
- Ferla, F., Alves, F., & Seleme, S. (2012). Prevalência e tipo de perda urinária em participantes dos grupos de tratamento no setor de fisioterapia do centro de saúde IAPI de porto Alegre/RS. *Fisioterapia Brasil*, 3, 178.
- Ferreira, M., & Santos, P. (2009). Incontinência urinária de esforço & fisioterapia. *Patient Care*, 14 (154): 77–82.
- Ferreira, M., & Santos, P. (2012). Impacto dos programas de treino na qualidade de vida nas mulheres com incontinência urinária de esforço. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 1 (30): 3-10
- Fortin, M. J. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. (1º ed). Loures. Lusociência. (pp. 168). Lisboa Fundação Minerva.
- Franceschet, J., Sacomori, C., & Cardoso, F. (2009). Força dos músculos do assoalho pélvico e função sexual em gestantes. *Rev Bras Fisioter*, 13 (5): 383-9. Recuperado em Janeiro 7, 2015. A partir de http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v13n5/aop052_09.pdf
- Francis, K. (2007). Physiology and management of bladder and bowel continence following spinal cord injury. *Ostomy Wound Manage*, 53 (12): 18-27.
- Frederice, C. P. (2010). *Assoalho pélvico e sintomas urinários na gestação e pós o parto*. Dissertação de Mestrado apresentada a Universidade Estadual de Campinas.
- Freitas, E., & Teles, L. (2009). *Atuação dos profissionais de saúde em um serviço de planejamento familiar*. Monografia de licenciatura apresentada a Universidade do Vale do Itajaí.

Referências Bibliográficas

- Glisoi, S. F. N., Girelli, P. (2011). Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. *Ver Bras Clin Med*, 9 (6):408-13. Recuperado em Julho 19, 2015. A partir de files.bvs.br/upload/s/s1679-1010/2011/v9n6/a2557
- Gomes, C., & Hisano, M. (2010). Anatomia e Fisiologia da Micção. In A. N. Júnior, M. Z. Filho, & R. B. dos Reis (Eds.), *Urologia Fundamental*. (pp. 29-36). São Paulo: Planmark. Recuperado em Fevereiro 3, 2015. A partir de <http://www.sbu-sp.org.br/admin/upload/os1688-completo-urologiafundamental-09-09-10.pdf>
- Grosse, D., & Sengler, J. (2002). *As Técnicas da Reeducação Perineal*. In: *Reeducação Perineal: concepção, realização e transcrição em prática liberal e hospitalar*.
- Guyton, A. C., Hall, J. E. (2006). *Tratado de fisiologia médica*. (11ª ed). Rio de Janeiro: Tradução: Bárbara de Alencar Martins et al. Elsevier.
- Hall., & Carrie, M. (2001). *Exercício Terapêutico: Na busca de função*. Rio de Janeiro. Guanabara.
- Haylen, B. (2010). International urogynecological association (IUGA)/ international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int. Urogynecol. J.*, 21 (1), 5-26.
- Herschon, S. (2004). Female Pelvic floor anatomy: the pelvic floor, supporting structures, and pelvic organs. *Rev Urol*, 6 (5): 2-10.
- Hippler, A., Silva, G. da, Cassol, E., & Braz, M. (2012). Incidência de incontinência urinária no período gestacional. In: Congresso internacional de fisioterapia pélvica, Curitiba.
- Hunskar, S., Burgio, K., Clark, A., Lapitan, M., Nelson, R., & Sillén, U. (2005). Epidemiology of urinary (UI) and fecal (FI) Incontinence and Pelvic Organ Prolapse (POP). In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, (3ª ed). *Incontinence*. Internacional Consultation on Incontinence. In *Health Publication* (pp. 255–312).

Referências Bibliográficas

- Huter-Becker, A., Dojken, M., & Henschel, U. (2007). *Fisioterapia em Ginecologia*. São Paulo: Santos.
- Isherwood, P., & Rane, A. (2000). Comparative assessment of pelvic floor strength using a perineometer and digital examination. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 200 (17): 1007-11.
- Juc, R., Colombari, E., & Sato, M. (2010). Importância do sistema nervoso no controle da micção e armazenamento urinário: Control of voiding and urine storage. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, 36 (1), 55-60. Recuperado em Fevereiro, 5, 2015. A partir de <http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2011/v36n1/a1925.pdf>
- Justina, B. D. L. (2013). Prevalência de incontinência urinária feminina no Brasil: uma Revisão Sistemática. *Revista Inspirar*, 5 (2). Recuperado em Fevereiro, 5, 2015. A partir de <http://inspirar.com.br/revista/wp-content/uploads/2014/10/artigo-313.pdf>
- Knorst, M., Cavazzotto, K., Henrique, M., & Resende, T. (2012). Intervenção fisioterapêutica em mulheres com incontinência urinária associada ao prolapso de órgão pélvico. São Carlos. *Rev Bras Fisioter*, 16 (2), 102-7.
- Lagou, M., Gillespie, J., Hedlund, P., Harvey, I., Andeesson, K., Drake, M., & Bladder. (2006). volume alters cholinergic responses of the isolates whole rat bladder. *J Urol*, 175, 771-6.
- Lima, J., & Lopes, M. (2012). A Incontinência urinária no puerpério e o impacto na qualidade de vida. *REV, Latino-Am. Enfermagem*, 20 (2): 8.
- Lopes, D. B. M., & Praça, N. S. (2012). Prevalência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto e fatores relacionados. *Acta Paul Enferm*, 25 (4), 574-80. Recuperado em Março 1, 2015. A partir de <http://www.redalyc.org/pdf/3070/307023889013.pdf>
- Manual de Operação. (2001). 3ª ed. Piracicaba. Quarck produtos médicos.

Referências Bibliográficas

- Martins, R., & Silva, J. P. (2014). Exercício físico e gestação. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 36 (12), 531-534. Recuperado em Março 1, 2015. A partir de http://www.researchgate.net/publication/269113362_Exercicio_fsico_e_gestao_Physical_exercise_during_pregnancy
- Matos, R. (2013). *Regulação Farmacológica da Ovulação*. Monografia de licenciatura apresentada a Universidade Fernando Pessoa.
- Messelink, B., Benson, T., Berghmans, B., Bo, K., Corcos, J., & Fowler, C. (2005). Standardization of Terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction. *Neurol Urodyn*, 24 (4): 374-80.
- Milson, I., Altman, D., Lapitau, M., Nelson, R., Sillen, U., & Thom, D. (2009). Epidemiology of urinar (UI) and fecal incontinence (FI) and pelvic organ prolapse (POP). Recuperado em Março 3, 2015. A partir de http://www.ics.org/Publications/ICI_4/files-book/comite-1.pdf
- Møller, L., Lose, G., & Jorgensen (2000). Incidence and remission rates of lower urinary tract symptoms at one year in women aged 40-60. Longitudinal study. *British Medical Journal*, 320 (724): 1429-32.
- Molle L & Penn J. (200). factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years of age. *Obstet Gynecol*, 96(3):446-51.
- Morais, A. (2012). *Evolução Eletromiografia do Assoalho Pélvico com a Utilização da Eletroestimulação na Incontinência urinária de esforço*. Monografia de licenciatura apresentada a Universidade do Extremo Sul Catarinense.
- Morkved, S., BO, K. (1996). The effect of post-natal exercise to strengthen the pelvic floor muscles. *Acta Obstetric Gynecol Scand*. 75: 382-385.
- Muniz, J. W. C., & Teixeira, R. C. (2008). *Fundamentos de administração em fisioterapia*. Barueri: Manole.

Referências Bibliográficas

- O'Boyle, W. J., Simonet, W. S., & Lacey D. L. (2003). Review article osteoplast differentiation and activation. *Nature*, 423: 337-342
- Oliveira, C. (2006). *Efeitos da cinesioterapia no assoalho pélvico durante o ciclo gravídico-puerperal*. Dissertação de Mestrado apresentada a *Faculdade de Medicina Da Universidade de São Paulo*.
- Oliveira, J., & Garcia. (2011). Cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14 (2): 343-351.
- Oliveira, K. A. C., Rodrigues A. B. C., B., & Paula, A. B. (2007). Técnicas fisioterapêuticas no Tratamento e Prevenção da Incontinência Urinaria de Esforço na Mulher. *Revista Eletrônica F@pciência, Apucarana-PR*, 1 (1): 31-40. Recuperado em Fevereiro 7, 2015. A partir de http://www.fap.com.br/fapciencia/001/edicao_2007/004.pdf
- Pazzani, F., Colli, E., Surace, M., Bianchi, M., & Benzi, G. (2000). Risk factors for urinary incontinence in woman. *Eur Urol*, 37, 637–643.
- Pernoll, M., & Benson, R. (2001). Infertility and related issues. *In handbook of obstetrics & gynecology*. (10th ed). New York: McGraw -Hill Companies. (pp. 769–99).
- Petros, P. (2007). *The female pelvic floor: function, dysfunction and management according to the integral theory*. (2^a ed). Springer.
- Pina, E. J. A. (2004). *Anatomia Humana dos órgãos*. Lisboa: Lidel. Portugal
- Persson J & Fondspang A, (2000). Obstetric risk factors for stress urinary incontinence: a populationbased study. *Obstet Gynecol*. 96(3):440-5.
- Queirós, A. S. M. (2007). *Actividade física no período pós-parto*. Monografia de licenciatura apresentado a Universidade do Porto.
- Rei, R. B. Colobna A. J., Martins A. C. P. Pascholin E. L., Tucci J. S., Suaid H. J. (2003). Incontinência urinária no idoso. 18 (5): 47-51.

Referências Bibliográficas

- Rezende, J., & Montenegro, C. (2006). *Obstétrica fundamental*. (10 ed). Rio de Janeiro: G. Koogan.
- Ribeiro, B., Maga, A., & Mota, I. (2013). Disfunção Sexual Feminina em Idade Reprodutiva. *Rev Port Med Geral Fam*, 29, 16-24.
- Riesco, M., Trevisan, K., Liester, N., Silva, C., C, Caroci, A., & Zanetti, M. (2014). Urinary incontinence related to perineal muscle strength in the first trimester of pregnancy: cross-sectional study. *Rev. esc. enferm. USP*, 48, 32-38.
- Rosa, T. (2011). *Prevalência de incontinência urinária feminina e Proposta de um protocolo de reabilitação funcional dos músculos do pavimento pélvico para mulheres atletas*. Dissertação de Mestrado apresentada a Universidade do Porto.
- Ross, S. (2006). Incontinence specific quality of life measures used in trials of treatments for female urinary incontinence: a systematic review. *Int Urogynecol J*, 17 (3): 272-85.
- Roussenq, K. R., Luz, S. C. T., Luz C. M., Virtuoso, J. F., & Torres, F. S. V. G. (2011). Atendimento fisioterapêutico na incontinência urinária: resultados e vivência prática. 6º encontro de extensão UDESC, 19-20 de Maio. Joinville. Recuperado em Maio 23, 2015. A partir de www.desc.br/arquivos/id_submenu/797/artigo_cefid_11.pdf
- Sampselle, M. C., Miller, M. J., MIMS, L. B., Delancey, L. O. J., Miller, A. A., Antonakos, L. C. (1998). Effect of Pelvic Muscles Exercise on Transient Incontinence During Pregnancy and After Birth. *Obstetric Gynecol*. 91: 406-412.
- Santos, P., Oliveira, E., Zanetti, M., Arruda, R., Santori, M., Sartori, M., & Castro, R. (2009). Eletroestimulação funcional do assoalho pélvico versus terapia com os cones vaginais para o tratamento de incontinência urinária de esforço. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31 (9): 452. Recuperado em Abril, 6, 2015. A partir de <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n9/a05v31n9.pdf>

Referências Bibliográficas

- Silva, G. C., Fretias, A., Scarpelini, O., & Haddad, C. (2014). Tratamento fisioterapêutico da in- continência urinária de esforço – relato de caso. *Revista unilus*, 11 (25): 19. Recuperado em Abril 6, 2015. A partir de <http://revista.lusiada.br/index.php/ruep/article/viewFile/203/u2014v11n25e203>.
- Silva, M. (2008). *Satisfação Sexual e auto-conceito na mulher com incontinência urinária*. Universidade de Lisboa. Dissertação do Mestrado apresentado na Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa.
- Sílvia, A. (2012). *Estudo biomecânico da cavidade pélvica da mulher*. Dissertação do mestrado apresentado na Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto.
- Souza, D. F., Santana, E., Araújo, K. M., & Cangusso, R. (2012). Eletroestimulação no tratamento da incontinência urinária de esforço feminina, 240-245. Recuperado em Maio 17, 2015. A partir de <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n4/18339>.
- Souza, M. J., & Baptista, C. S. (2011). Como fazer investigação, dissertação, teses e relatórios. *Wook*, 192.
- Stoker, J., Taylor, S., & DeLancey, J. (2008). *Imaging pelvic floor disorders*. (2ª ed). Spring. Amsterdam, Lonfon.
- Sun, L. (2014). *Relatório de estágio hospital Fernando Fonseca*. Relatório de estágio de mestrado apresentado a Escola Superior de Saúde do Alcoitão.
- Thom, D., & Brown, J. (1998). Reproductive and hormonal risk factors for urinary incontinence in later life: a review of the clinical and epidemiologic literature. *Geriatr Soc*, 46 (11): 1411-7. Recuperado em Maio, 17, 2015. A partir de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.1998.tb06009.x/abstract>
- Universidade Federal de Alfenas (2008). Fisioterapia: projeto de implementação. Recuperado em 20 de Janeiro de 2015. A partir de [www.unifal-mg.edu.br/graduacao/system/files/imce/cursos/fisioterapia/projeto%20de%20impleme](http://www.unifal-mg.edu.br/graduacao/system/files/imce/cursos/fisioterapia/projeto%20de%20impleme%20nta%20cao.pdf)ntação.pdf

Referências Bibliográficas

- Valério, T. M., Carvalho, J., & Silva, E. (2013). *Cinesioterapia na Incontinência Urinária de esforço na mulher*. Dissertação de mestrado apresentada a Universidade Gama Filo.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Sílabo. Lisboa, Portugal.
- Weidner, A. C., Miers, E. R., Visco, A. G., Cundiff, G. W., & Bump, R. C. (2001). Which women with stress incontinence require urodynamic evaluation? *Am J Obstet Gynecol*, 184, 20-27.
- Yoshimura, N., & Groat, W. (1997). Neural control of the lower urinary tract. *Int J Urol*, 2, 111-25. Recuperado em Maio, 22, 2015 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1442-2042.1997.tb00156.x/pdf>

Anexos

Anexos I

Questionário de identificação pessoal e histórico ginecológico

Colocar as Iniciais do NOME

- 1- Quantos anos tem? ()
- 2- Peso: _____ Altura: _____
- 3- Estado civil solteira () casada() outros()

Histórico ginecológico:

- 4- Tem filhos () sim () não
 - 5- Quantos? _____
 - 6- Quais os tipos de parto?
 - 7- Parto: vaginal (normal) quantos? () parto instrumental? () sim () não cesariana quantos?()
 - 8- Realizou episiotomia? () sim () não
 - 9- Já Realizou alguma cirurgia ginecológica? () sim () não
 - 10- qual? _____
 - 11- Tem queixas de perda de urina? Sim () não ()
 - 12- Em caso afirmativo em que situações?
 - 13- Tosse () espirros () quando pega no bebé ao colo () rir () correr () outras ()
 - 14- Qual? _____
 - 15- Há quanto tempo sente que perde urina?
-

- 16- Com que frequência?
- 17- Todos os dias () + de 3 vezes por semana () 1 vez por semana () 1 vez por mês ()
- 18- Tem necessidades de utilizar penso por causa das suas perdas? Sim () Não ()

Apêndices

Apêndice I

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR



PARQUE DAS NAÇÕES

Exma. Senhora
Dra. Jinga Niza Garcia Mendes Ramos
Chefe do Internamento de Ginecologia e
Obstetrícia do
Hospital Geral de Luanda
Rua do Camama
Luanda
Angola

VOSSA REF^o:

29.DEZ.14 01747 -

NOSSA REF^o:

ASSUNTO: Colaboração Pedagógica no âmbito do Curso de Mestrado em Fisioterapia

A Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL) do Instituto Politécnico de Lisboa (IPL) desenvolve cursos de licenciatura e cursos de mestrado no âmbito das ciências e tecnologias da saúde, entre os quais o Curso de Mestrado em Fisioterapia.

Do plano de estudos do Curso faz parte integrante a Unidade Curricular Estágio / Projeto, que tem como finalidade desenvolver competências, capacidades e conhecimentos em termos de áreas específicas de intervenção bem como no âmbito da investigação.

No âmbito dos cursos de mestrado, os estudantes podem optar e realizar, para concluir os mesmos, um estágio de natureza profissional, um projeto ou uma dissertação. Sendo o projeto considerado um protocolo de estudo original que possa resultar numa investigação científica ou a implementação sustentada de um modelo, método ou uma tecnologia/técnica inovadora na área da especialização do curso, com vista à resolução de um problema.

Nesse sentido, vimos solicitar a V. Ex^a. se digne autorizar na Instituição que superiormente dirige, o apoio ao estudo/projeto “**Projeto de Implementação de Serviços de Fisioterapia na Saúde da Mulher na Maternidade**”, da autoria da mestranda Laurinda Santos, e cuja Diretora do Curso de Mestrado é a Prof. Coordenadora Isabel Coutinho (isabel.coutinho@estesl.ipl.pt), a qual se disponibiliza para qualquer esclarecimento.

Agradecendo uma vez mais a atenção dispensada a este assunto, aproveito para endereçar os melhores cumprimentos,

O PRESIDENTE DA ESTeSL


Prof. Coordenador João Lobato

IC/mt

Apêndice II

Declaração de Consentimento para a participação no estudo

Tema da Investigação:

Projeto de Implementação de Serviço de Fisioterapia na Saúde da Mulher na Maternidade do Hospital Geral de Luanda.

Mestrando:

Laurinda Violeta Gomes dos Santos

Orientador:

Pedro Rebelo Prof. Adjunto Pedro Rebelo, BSc PT, MSc-Lisboa

Pelo presente documento eu,

Consinto participar e colaborar plenamente neste estudo. Reconheço que os procedimentos deste investigação me foram explicados e que todas as questões foram esclarecidos de forma clara e inequívoca, durante a sessão de esclarecimento.

Reconheço também que este estudo não apresenta possibilidade de nem vantagens potenciais.

Compreendo que tenho o direito de colocar, agora ou durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão relacionada com o mesmo, a investigação e/ou nos métodos utilizados. Só livre de não participar ou de desistir do estudo, em qualquer momento.

Foi-me garantido que toda a informação recorrida a meu respeito será guardada de forma confidencial e que nenhuma informação pessoal será publicada ou comunicada, sem a minha prévia permissão.

Luanda _____ de _____ 2015

Ass.
