

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Daniela Neves Espescht

**AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA PARA MULHERES COM INCONTINÊNCIA  
URINÁRIA DE ACORDO COM O MODELO DE FUNCIONALIDADE,  
INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF)**

Belo Horizonte

2010

Daniela Neves Espescht

**AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA PARA MULHERES COM INCONTINÊNCIA  
URINÁRIA DE ACORDO COM O MODELO DE FUNCIONALIDADE,  
INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF)**

Monografia apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Fisioterapia da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Professora Dra. Elyonara Mello de Figueiredo

Co-orientadora: Fisioterapeuta Maria Cristina Cruz

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

2010

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pela presença constante em minha vida. A minha orientadora, Professora Dra. Elyonara Mello de Figueiredo, pela atenção e paciência dedicadas a mim, tornando possível a realização deste trabalho. A minha co-orientadora, Maria Cristina Cruz, pela incessante ajuda e amizade, que me proporcionaram grande aprendizado pessoal e profissional. Ao Serviço de Fisioterapia para Disfunções do Assolho Pélvico do HC/UFMG, onde tive a oportunidade de dar um grande passo na minha busca pelo conhecimento. Aos amigos e familiares que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

Daniela Neves Espeschit

## RESUMO

**Introdução:** A incontinência urinária (IU) gera impacto negativo nos aspectos físico, pessoal e social da vida das mulheres. A Fisioterapia é o tratamento de primeira escolha para casos de IU, contudo as avaliações fisioterapêuticas centralizam-se em sinais e sintomas da doença, oferecendo informações limitadas sobre a funcionalidade das mulheres incontinentes. O modelo de funcionalidade, incapacidade e saúde proposto pela OMS concebe a funcionalidade e a incapacidade a partir da interação entre condição de saúde e fatores contextuais do indivíduo. Desta forma, uma avaliação fundamentada nesse modelo poderá direcionar condutas fisioterapêuticas mais efetivas, centradas na funcionalidade das mulheres, ao invés de somente na sua condição de saúde. **Objetivo:** Elaborar uma avaliação fisioterapêutica para mulheres com IU de acordo com a classificação internacional de funcionalidade (CIF). **Métodos:** Foi realizada uma apreciação da literatura a respeito da CIF e da IU, por meio de grupos de discussão entre especialistas das áreas de Fisioterapia e Uroginecologia. A partir disso, houve a elaboração de propostas de avaliação, que foram discutidas e revisadas até a versão atual. **Resultados:** Foi possível estruturar a avaliação de acordo com os três domínios da CIF, englobando as deficiências das estruturas e funções dos sistemas fisiológicos relacionados à IU, as potenciais limitações na atividade e restrições à participação da mulher com IU. **Conclusão:** O modelo oferece fundamentos para se determinar capacidades e limitações de mulheres com IU nos três domínios de funcionalidade, favorecendo a identificação dos componentes limitadores da mesma em cada indivíduo, permitindo a abordagem integral a mulheres com IU, ao invés de focar somente na condição de saúde.

**Palavras – Chave:** Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), incontinência urinária, assoalho pélvico, fisioterapia (especialidade).

## ABSTRACT

**Introduction:** Urinary incontinence (UI) generates negative impact on physical, personal and social life of women. Physiotherapy is the treatment of choice for cases of UTI, however the physiotherapeutic ratings focus on signs and symptoms of the disease, providing limited information about the functionality of incontinent women. The model of functioning, disability and health proposed by WHO conceives functioning and disability from the interaction between health condition and contextual factors of the individual. Thus, an assessment based on this model will be able to direct physical therapy conduits more effective, focusing on functionality of women and not only on their health status. **Objective:** To develop a physical therapy assessment for women with UI according to the international classification of functioning (ICF). **Methods:** An assessment of the literature on the ICF and the UI was accomplished, through discussion groups among experts from the fields of Physiotherapy and Urogynecology. From this, there was the drawing up of proposals for assessment, which were discussed and reviewed by the current version. **Results:** It was possible to structure the assessment in accordance with the three ICF domains, encompassing failure of structures and functions of physiological systems related to UI, the potential limitations in activity and restrictions on the participation of women with UI. **Conclusion:** The model offers a foundation to determine capabilities and limitations of women with UI in the three areas of functionality, facilitating the identification of the limiting components of it in each individual, allowing a holistic approach to women with UI, instead of focusing only on health condition.

**Keywords:** International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), urinary incontinence, pelvic floor, physical therapy (specialty).

## LISTA DE SIGLAS

IU – Incontinência Urinária

SIC – Sociedade Internacional de Continência

MAP – Músculos do Assoalho Pélvico

OMS – Organização Mundial de Saúde

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

HC/UFMG – Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

PUBMED – National Library of Medicine's medline and pre-medline database.

SCIELO – Scientific Electronic Library Online

PEDro – Physiotherapy Evidence Database

I-QoI – Quality of Life in Persons With Urinary

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

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>02</b>
<b>2 OBJETIVO .....</b>	<b>03</b>
<b>3 MÉTODO .....</b>	<b>04</b>
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>04</b>
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>07</b>
<b>6 CONCLUSÃO .....</b>	<b>08</b>
<b>7 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>10</b>
<b>FIGURA .....</b>	<b>15</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>16</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>21</b>

**AValiação Fisioterapêutica para Mulheres com Incontinência  
Urinária de acordo com o Modelo de Funcionalidade,  
Incapacidade e Saúde (CIF)**

**Elyonara Mello de Figueiredo<sup>1</sup>, Daniela Neves Espescht<sup>2</sup>, Maria Cristina da Cruz<sup>3</sup>, Marilene de Vale Castro Monteiro<sup>4</sup>, Rosana Ferreira Sampaio<sup>5</sup>.**

- 1- Profa. Adjunta, Departamento de Fisioterapia, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional (EEFFTO), UFMG.**
- 2- Curso de Graduação em Fisioterapia, EEFFTO, UFMG.**
- 3- Fisioterapeuta, Setor de Fisioterapia para Disfunções do Assoalho Pélvico, Hospital das Clínicas, UFMG.**
- 4- Profa. Adjunta, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, UFMG.**
- 5- Profa. Associada, Departamento de Fisioterapia, EEFFTO, UFMG.**

**Autor para correspondência:**

**Elyonara Mello de Figueiredo**

**Universidade Federal de Minas Gerais-Campus Pampulha.**

**Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional-**

**Departamento de Fisioterapia**

**Av. Antônio Carlos, 6627.**

**Belo Horizonte, MG**

**31270-090**

**[elyonara@ufmg.br](mailto:elyonara@ufmg.br)**

## INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é definida pela Sociedade Internacional de Continência (SIC) como a queixa de qualquer perda involuntária de urina<sup>1</sup>. Comparada a outras condições crônicas de saúde comuns em mulheres, sua prevalência é maior que a de hipertensão arterial, depressão e diabetes mellitus<sup>2</sup>. É também mais frequente nas mulheres do que nos homens e pode afetá-las em qualquer período da vida<sup>3</sup>, sendo que aproximadamente 70% delas terão IU até 20 anos após o primeiro parto<sup>4</sup>. Estima-se que, no Brasil, existam mais de 13 milhões de mulheres com IU<sup>5</sup>. Esta gera impacto negativo na qualidade de vida, levando a isolamento social, estresse emocional e depressão, restringindo a participação da mulher na sociedade<sup>6-9</sup>. Além do impacto pessoal, as repercussões econômicas geradas pela IU feminina são significativas: nos Estados Unidos, o custo direto por ano supera 19,5 bilhões de dólares, sendo estimados 553 milhões do custo direto anual da IU em perda de produtividade total<sup>10</sup>. Tal custo ultrapassa os valores diretos anuais para tratamento de câncer de mama, ovário e uterino combinados<sup>11</sup>. Dessa forma, um tratamento eficaz para mulheres com IU resulta não somente em melhora na qualidade de vida daquelas afetadas por tal condição, mas também em redução dos custos financeiros pessoais e dos gastos públicos envolvidos no tratamento e implicações da IU<sup>12</sup>.

A SIC recomenda a Fisioterapia como o tratamento de primeira escolha para IU, por ser conservador, apresentar resultados efetivos e elevados índices de cura e melhora. Além disso, não apresenta efeitos colaterais e tem baixo custo financeiro<sup>2,3,6,8,13-17</sup>. Ainda que efetiva, a abordagem fisioterapêutica a mulheres com IU tem sido tradicionalmente focada nos sinais e sintomas da IU, oferecendo informações limitadas sobre a funcionalidade das mulheres acometidas; por exemplo, sobre as funções dos músculos do assoalho pélvico (MAP), a relação destes com a gravidade da incontinência, bem como sobre a atividade e participação social das mulheres acometidas, oferecendo uma visão incompleta do indivíduo. A abordagem fisioterapêutica focada somente na condição de saúde/doença contraria o preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que define saúde como um estado de pleno desenvolvimento mental, físico e de bem estar social, e não meramente a ausência de doença<sup>18</sup>. Considerando esse modelo, a abordagem à saúde de mulheres com IU deve considerar, além dos sinais e sintomas da IU, o

impacto que esta causa na funcionalidade das mulheres, voltada para o entendimento de fatores sociais, psicológicos e ambientais que possam influenciar particularmente as funções exercidas por tais mulheres<sup>19-24</sup>. Funcionalidade envolve todas as funções e estruturas do corpo e a capacidade do indivíduo em realizar atividades e tarefas relevantes a sua rotina diária, bem como sua participação na sociedade à qual está inserido. Incapacidade, por sua vez, engloba as diversas manifestações de uma condição de saúde, como prejuízos nas estruturas e funções do corpo e dificuldades no desempenho de tarefas diárias, bem como em desvantagens na interação entre indivíduo e sociedade<sup>19,21,23,24</sup>. A incapacidade não é, portanto, um atributo individual, mas o resultado direto das interações entre os diversos fatores mediadores relativos à determinada condição de saúde. Estes mediadores envolvem tanto os aspectos específicos do indivíduo (como deficiências nas estruturas e funções corporais), como aqueles referentes ao contexto externo ao sujeito, dentre eles: as diferenças culturais, a disponibilidade de serviços e de políticas públicas voltadas para a saúde da população (fatores ambientais)<sup>19-24</sup>.

A avaliação fisioterapêutica de mulheres com IU deve, portanto, levar ao diagnóstico funcional que envolve, além do diagnóstico da condição de saúde, o levantamento de informações nos três domínios da Classificação de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), no intuito de compreender o indivíduo em sua totalidade e especificidade. Assim, a partir dos conceitos de multifatorialidade e da complexa interação entre os fatores que influenciam a funcionalidade, o raciocínio clínico do fisioterapeuta será norteado pela particularidade do indivíduo, tornando o tratamento mais específico e eficaz para cada caso.

## **OBJETIVO**

Levando-se em consideração o conceito de saúde e o modelo de funcionalidade proposto pela OMS, assim como a importância da Fisioterapia no tratamento de mulheres com IU, faz-se necessário rever os conceitos e dados levantados na avaliação fisioterapêutica de mulheres com IU, avançando para o levantamento de informações acerca da estrutura e função corporal, tais como as funções da musculatura do assoalho pélvico, dados sobre as atividades realizadas/restritas pelas pacientes e sobre o impacto social que tal condição promove na vida dessas mulheres. O objetivo deste estudo é, portanto, elaborar uma

avaliação fisioterapêutica para mulheres com IU de acordo com o Modelo de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde preconizado pela OMS.

## **MÉTODO**

Para elaboração da avaliação, foram realizados estudos teóricos e discussões sobre a CIF, bem como uma apreciação crítica da literatura a respeito das disfunções do assoalho pélvico e sua relação com a CIF, através de grupos de discussão compostos por fisioterapeutas e acadêmicos do Setor de Fisioterapia para Disfunções do Assoalho Pélvico e do Serviço de Uroginecologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG). A partir disso, houve a elaboração de propostas de avaliação, que foram discutidas e revisadas por painel de especialistas, até a versão atual.

Os artigos utilizados nas discussões e posterior elaboração da avaliação foram selecionados nos bancos de dados PUBMED, SCIELO e PEDro. Foram selecionadas publicações dos últimos dez anos, nas línguas portuguesa e inglesa, que tratassem especificamente dos temas: avaliação fisioterapêutica de mulheres com IU e CIF. Utilizou-se ainda o livro texto da CIF como norteador dos domínios específicos relativos à funcionalidade e incapacidade de mulheres com IU. Também foram levantados instrumentos de avaliação válidos e confiáveis para serem aplicados aos desfechos relativos ao tratamento, além de inquéritos validados para a população brasileira. Tais procedimentos foram feitos de forma a garantir uma documentação válida e sistematizada dos parâmetros a serem considerados para o diagnóstico funcional e conseqüente registro da evolução das pacientes tratadas.

## **RESULTADOS**

Houve consenso sobre a necessidade de se desenvolver uma avaliação focada nos domínios de funcionalidade da CIF, de forma a estabelecer um diagnóstico funcional de mulheres com IU, como forma de melhorar a qualidade da assistência às mulheres atendidas no referido serviço. Foi possível estruturar a avaliação de acordo com os três domínios da CIF, englobando as estruturas e funções dos sistemas fisiológicos relacionados à IU, as potenciais limitações na atividade e as restrições na participação da mulher com IU. Além disso,

considerando que as disfunções do assoalho pélvico devem ser abordadas conjuntamente ao invés de isoladas em compartimentos (anterior, mediano e posterior da pelve)<sup>25</sup>, dados sobre os sistemas musculoesquelético e digestivo, além do sistema genitourinário, foram também considerados. Portanto, foram identificadas nos capítulos da CIF<sup>19</sup> as informações referentes aos domínios de funcionalidade que se relacionam à IU (Figura 1).

----- Inserir Figura 1 aqui -----

A partir dessa identificação, a avaliação fisioterapêutica para mulheres com IU foi elaborada de forma a levantar informações relativas aos sinais e sintomas da doença e sobre a funcionalidade e a incapacidade de cada paciente, visando-se estabelecer um diagnóstico funcional (Apêndice).

As informações voltadas para a dimensão biológica referem-se às funções dos sistemas fisiológicos que se relacionam com a IU, ou seja, dos sistemas genitourinário, digestivo, musculoesquelético, respiratório e cardiovascular. Os dados correspondentes a este domínio de funcionalidade são referentes a sinais e sintomas da IU e de outras condições de saúde associadas, tais como a presença ou não de urgência, urge-incontinência, incontinência aos esforços, noctúria, enurese noturna, incontinência para fezes e/ou gases, dor lombar e nas articulações pélvicas, hipertensão arterial sistêmica e tosse crônica.

Além disso, informações sobre a estrutura e função do sistema musculoesquelético relacionadas à IU, tais como, a capacidade de contração dos músculos do assoalho pélvico, presença de dor ao toque digital, consciência das paredes vaginais, sensibilidade do períneo ao toque, reflexos, controle, coordenação, força e resistência da musculatura do assoalho pélvico<sup>26</sup>. É importante ressaltar que a CIF indica a necessidade de avaliação do tônus e coordenação motora, funções do sistema musculoesquelético que não são tradicionalmente consideradas e que foram ponderadas nesta avaliação. De acordo com a literatura, o tônus do músculo pubo-retal pode ser determinado por meio da palpação digital. Para tal, a Escala de Dietz foi considerada como o instrumento de avaliação, por ser capaz de quantificar as deficiências de tônus muscular, através de graduação ordinal, facilitando a observação da evolução das pacientes ao longo do tratamento<sup>27</sup>. A coordenação motora também é documentada a partir da palpação

digital e por meio da inspeção do uso de musculatura acessória durante a contração dos MAP.

Dentre os exames complementares considerados está o pad-test 24h, como medida objetiva para avaliação do volume de urina perdida em 24 horas. É uma ferramenta de baixo custo, de fácil utilização, não invasiva, recomendada também nos casos cuja perda urinária não foi observada ao exame clínico nem durante o estudo urodinâmico e possui grande relevância para a determinação da evolução do paciente ao longo do tratamento<sup>26,28-31</sup>. Existem diferentes tempos para a aplicação do pad test, podendo variar de 1 hora a 48 horas de duração. Contudo, o pad test de 24h apresenta os melhores índices de confiabilidade, sendo recomendado pela SIC como um parâmetro objetivo de cura e melhora de mulheres com IU submetidas ao tratamento, por isso escolhido para esta avaliação<sup>1,29</sup>. Outro exame complementar escolhido é o diário miccional, recomendado por consensos baseados em revisões sistemáticas para a medida de diversos sinais da IU, como os episódios de perda urinária e de urgência e volume médio urinado, além dos intervalos entre as micções, volume urinado em cada micção, volume de líquido ingerido e horários de ingestão de líquido. Também é um instrumento de baixo custo, não invasivo, de fácil compreensão e de significativa relevância, pois auxilia na determinação da gravidade dos sintomas, além de constituir um recurso para elaboração de terapêuticas possíveis para o tratamento de cada paciente<sup>1,26,31,32</sup>.

Para a descrição dos componentes de atividade e participação, foram elaboradas seções onde são coletadas informações sobre o uso de protetores diários, de medicamentos e laxantes, sobre a função sexual, hábitos alimentares e ingestão de líquidos. Além disso, foram considerados parâmetros individuais e sociais relativos à qualidade de vida, através da aplicação de questionários específicos que avaliam o impacto da IU na qualidade de vida de mulheres com IU. Nossa experiência com alguns destes questionários indica boa aplicabilidade clínica do *Quality of Life in Persons with Urinary Incontinence questionnaire* (I-Qol)<sup>33</sup>, que aborda questões referentes ao impacto da IU nas atividades e participação do indivíduo, bem como nos aspectos emocionais e psicológicos envolvidos na doença<sup>26,33</sup>. Além disso, sua estrutura permite a fácil visualização, por parte da paciente, do seu progresso em avaliações subseqüentes. Outro instrumento utilizado é o *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form* (ICIQ-SF), que possibilita qualificar a perda urinária, além fornecer um rápido *screening* do

impacto da IU na qualidade de vida das pacientes<sup>34-36</sup>. Foram levados em consideração dois instrumentos de qualidade de vida no intuito de promover uma abordagem ampla deste aspecto da saúde, de forma a abranger as situações envolvidas nos episódios de perda urinária, bem como caracterizar tal perda.

Ainda para a avaliação dos aspectos referentes à atividade e à participação social, foi elaborada uma medida de desempenho, na forma de inquérito, onde a paciente relata cinco tarefas (que podem envolver tanto situações comportamentais e pessoais, como sociais e culturais) nas quais a IU interfere em seu desempenho. Há, também, a coleta de informações subjetivas, através de relato sobre o impacto que as condições ambientais e pessoais (como, por exemplo, as alterações de clima, relacionamento com familiares e a disponibilidade de serviços e políticas de saúde) possam gerar em seu cotidiano, levando em consideração os capítulos referentes aos fatores ambientais da CIF<sup>19</sup>.

## **DISCUSSÃO**

A partir da abordagem biopsicossocial oferecida pelo modelo de funcionalidade e pelos domínios da CIF, a avaliação fisioterapêutica para mulheres com IU foi elaborada de forma a levantar informações não somente relativas aos sinais e sintomas da IU, mas também sobre a funcionalidade e a incapacidade de cada paciente, para que o diagnóstico funcional possa ser elaborado e direcionar o tratamento fisioterápico específico a cada uma delas.

Não foram considerados todos os capítulos relativos a estrutura e função corporal e atividade e participação da CIF, uma vez que tais componentes, como exemplo os aspectos referentes à comunicação e aprendizagem ou funções do sistema vestibular, não foram considerados relevantes na avaliação de mulheres com IU. No entanto, casos específicos podem demandar a inclusão de outros componentes, como exemplo as funções mentais e estruturas do sistema nervoso, de acordo com as características específicas apresentadas por outras mulheres que também apresentem IU. Portanto, a aplicabilidade desta avaliação noutros serviços requer a análise criteriosa do perfil das pacientes atendidas. Nosso foco são mulheres com IU de causa não neurogênica, já caracterizadas em estudo prévio<sup>37</sup>.

Outro aspecto relevante ao processo de avaliação baseada no modelo de funcionalidade refere-se à utilização de instrumentos de avaliação e inquéritos que

possam abordar todas as dimensões de saúde envolvidas na IU. Para isso, os instrumentos recomendados são em sua maioria validados para a população brasileira, e os métodos qualitativos garantindo objetividade na documentação dos desfechos do tratamento, além de inquéritos e relatos subjetivos que permitem englobar os aspectos da funcionalidade que não são medidos quantitativamente mas que possuem papel significativo para se mensurar a evolução do tratamento das mulheres incontinentes<sup>21,23</sup>. Além disso, destaca-se a importância de se considerar a influência dos fatores contextuais (pessoais e ambientais) que mediam a relação entre os domínios de funcionalidade, podendo exercer impacto tanto positivo quanto negativo no cotidiano das mulheres incontinentes, aspectos estes relevantes no tratamento fisioterápico, ampliando o enfoque na condição de saúde das mesmas. Assim, a identificação destes fatores contextuais permite uma melhor investigação da possível relação existente entre eles, como por exemplo, a severidade da IU e participação social<sup>21</sup>.

Além da importância de se coletar informações referentes aos domínios de saúde envolvidos na IU, é necessário que se faça tal coleta de maneira independente para cada domínio, para facilitação do processo de avaliação e reavaliação, permitindo posteriormente a exploração das diversas associações e ligações causais entre os aspectos abordados, de acordo com o modelo de funcionalidade da CIF<sup>23</sup>. Desta forma, os dados levantados nesta avaliação além de conduzir ao diagnóstico funcional, oferecerão dados para pesquisas científicas que investiguem a relação entre os domínios de funcionalidade de mulheres com IU. Tais estudos devem contribuir para o avanço na compreensão da relação entre os domínios de funcionalidade em mulheres com IU, para a identificação de fatores preditivos para os tipos, gravidade e resposta ao tratamento, além da influência destes domínios na qualidade de vida dessas mulheres.

## **CONCLUSÃO**

A CIF oferece ao profissional de saúde um modelo de funcionalidade e incapacidade humana, permitindo-se estabelecer um perfil funcional específico para cada indivíduo. Dessa forma, o enfoque fisioterapêutico se dá em outras dimensões que não somente a estrutura e função corporal, uma vez que a incontinência urinária exerce influência direta sobre as atividades e participação das pessoas. Assim, é

possível determinar as capacidades e limitações de mulheres com IU nos três níveis de saúde. Esta proposta foi elaborada para oferecer uma visão ampla e funcional da mulher com IU. Os dados levantados permitem o estabelecimento do diagnóstico funcional de cada paciente, além de oferecer dados para pesquisas científicas que investiguem a relação entre os domínios de funcionalidade e a IU. Tal proposta deve ser amplamente discutida pelos fisioterapeutas especialistas em Saúde da Mulher, e adaptada sempre que necessário às demandas específicas de cada serviço.

## REFERÊNCIAS

1. Bernard T. Haylen, Dirk de Ridder, Robert M. Freeman, Steven E. Swift, Bary Berghmans, Joseph Lee, Ash Monga, Eckhard Petri, Daa E. Rizk, Peter K. Sand, Gabriel. N. Schaer. **IUGA/ICS Joint Report On The Terminology For Female Pelvic Floor Dysfunction. Standardisation and Terminology Committees IUGA & ICS, Joint IUGA / ICS Working Group on Female Terminology.** Int Urogynecol J. 2010;21:5–26.
2. Sutherland SE, Goldman HB. **Treatment options for female urinary incontinence.** Med Clin North Am. 2004;88(2):345-66.
3. BØ Kari, Trygve Talseth, Ingar Holme. **Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women.** BMJ. 1999;318:487-493.
4. Lucia M. Dolan, Paul Hilton. **Obstetric risk factors and pelvic floor dysfunction 20 years after first delivery.** Int Urogynecol J. 2010;21:535-544.
5. Mendonça M, Reis RV, Macedo CBMS, Barbosa KRS. **Prevalência da queixa de incontinência urinária de esforço em pacientes atendidas no Serviço de Ginecologia do Hospital Júlia Kubitschek.** J Bras Ginecol. 1997;107:153-5.
6. Elza L. L. Souza Baracho, Rosângela Corrêa Dias, Cristina Said Saleme, Márcia Salvador Geo, Cláudia L. Soares Laranjeira, Rachel S. B. Corrêa Lima. **Impacto, sobre a quantidade de urina perdida, de uma intervenção fisioterapêutica em idosas com incontinência urinária.** Fisioterapia e Pesquisa. 2006;13(1):23-29.
7. Lopes, Maria Helena Baena de Moraes and Higa, Rosângela. **Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher.** Rev. Esc. Enferm. USP. 2006; 40(1):34-41.

8. Athanasios G. Zahariou & Maria V. Karamouti & Polyanthi D. Papaioannou. **Pelvic floor muscle training improves sexual function of women with stress urinary incontinence.** *Int Urogynecol J.* 2008;19:401–406.
9. Fitzgerald S, Palmer MH, Berry SJ, Hart K. **Urinary incontinence. Impact on working women.** *AAOHN J.* 2000;8(3):112-8.
10. Hu TW, Wagner TH, Bentkover JD, Leblanc K, Zhou SZ, Hunt TL. **Costs of urinary incontinence and overactive bladder in the United States: a comparative study.** *Urology.* 2004;63(3):461-5.
11. Varmus, H. **Disease-specific estimates of direct and indirect costs of illness and NIH support.** Department of Health and Human Services, National Institutes of Health; Bethesda (MD): 1997.
12. Leslee L. Subak, Jeanette S. Brown, Stephen R. Kraus, Linda Brubaker, Feng Lin, Holly E. Richter, Catherine S. Bradley, Deborah Grady e Diagnostic Aspects of Incontinence Study (DAISy) Group. **The “Costs” of Urinary Incontinence for Women.** *Obstet Gynecol.* 2006;107(4):908–916.
13. Theofrastous JP, Wyman JF, Bump RC, McClish DK, Elser DM, Bland DR, Fantl JA. **Effects of pelvic floor muscle training on strength and predictors of response in the treatment of urinary incontinence.** *Neurourology and Urodynamics* 2002;21(5):486-490.
14. Hay-Smith EJC, Dumoulin C. **Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women** (Cochrane review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006; Issue 1.
15. BØ, Kari. **Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work?** *Int Urogynecol J.* 2004;5: 76–84.

16. L.C.M. Berghmans, H.J.M. Hendriks, R.A. de Bie, E.S.C. Van Waalwijk Van Doorn, K. Be and P.H.E.V. Van Kerrebroeck. **Conservative treatment of urge urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials.** BJU International. 2000;85:254-263.
17. Zanetti, Míriam Raquel Diniz et al. **Impacto da supervisão fisioterapêutica aos exercícios do assoalho pélvico para tratamento da incontinência urinária de esforço.** Sao Paulo Med. J. [online]. 2007;125(5):265-269.
18. WHO. **Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference.** New York; [online]. 1946:19-22.
19. Organização Mundial de Saúde (OMS)/Organização Panamericana de Saúde (OPAS). **CIF classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde.** Universidade de São Paulo; 2003.
20. Sampaio, R. F., Mancini, M. C., Gonçalves, G. G. P., Bittencourt, N.F.N., Miranda, A. D. E Fonseca, S. T. **Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta.** Rev. bras. Fisioter. 2005;9(2):129-136.
21. Farias, Norma and Buchalla, Cassia Maria. **A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas.** Rev. bras. epidemiol. 2005;8(2):187-193.
22. Sabino, George Schayer; Coelho, Cecília Martins; Sampaio, Rosana Ferreira. **Utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na avaliação fisioterapêutica de indivíduos com problemas musculoesqueléticos nos membros inferiores e região lombar.** Acta Fisiátrica. 2008;15(1):24-30.
23. Sampaio, Rosana Ferreira and Luz, Madel Terezinha **Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde.** Cad. Saúde Pública. 2009;25(3):475-483.

24. Araújo, Eduardo Santana de. **A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em fisioterapia: uma revisão bibliográfica.** São Paulo; s.n; 2008.
25. BØ, Kari. **Evidence-based physical therapy for the pelvic floor.** Edinburgh: Churchill Livingstone, 2007.
26. Paulo Cezar Feldner Jr, Marair Gracio Ferreira Sartori, Geraldo Rodrigues de Lima, Edmund Chada Baracat, Manoel João Batista Castello Girão. **Diagnóstico clínico e subsidiário da incontinência urinária.** Rev Bras Ginecol Obstet. 2006; 28(1):54-62.
27. H. P. Dietz, K. L. Shek. **The quantification of levator muscle resting tone by digital assessment.** Int Urogynecol J. 2008;11:1489-1493.
28. Paick JS, Ku JH, Shin JW, Park K, Son H, Oh SJ, et al. **Significance of pad test loss for the evaluation of women with urinary incontinence.** Neurourol Urodyn. 2005;24(1):39-43.
29. E. Karantanis, W. Allen, T. L. Stevermuer A. M. Simons, R. O'Sullivan, K. H. Moore. **The repeatability of the 24-hour pad test.** Int Urogynecol J. 2005;16:63–68.
30. Monte Carlo – Mônaco, June 2004. **3<sup>rd</sup> International Consultation on Incontinence.** Chapter 9 (page 499): Initial Assessment of Incontinence.
31. A. Groutz, J. Blaivas, D. Chaikin, N. Resnick, K. Engleman, D. Anzalone, B. Bryzinski, A. Wein. **Noninvasive outcome measures of urinary incontinence and lower tract symptoms: a multicenter study of micturition diary and pad tests.** The Journal of Urology. 2000;164(3 Pt 1):698-701.
32. Wyman JF, Choi SC, Harkins SW, Wilson MS, Fantl JA. **The urinary diary in evaluation of incontinent women: a test-retest analysis.** Obstet Gynecol. 1988;71(6 Pt 1):812-7.

33. D. L. Patrick, m. L. Martin, d. M. Bushnell, i. Yalcin, t. H. Wagner, and D. P. Buesching. **Quality of life of women with urinary incontinence: further development of the incontinence quality of life instrument (I-QOL)**. Urology. 1999; 53(1):71-76.
34. Emmanuel Karantani, Michelle FynesKate H. Moor, Stuart L. Stanton. **Comparison of the ICIQ-SF and 24-hour pad test with other measures for evaluating the severity of urodynamic stress incontinence**. Int Urogynecol J. 2004;15: 111-116.
35. Kerry Avery, Jenny Donovan, Tim J. Peters, Christine Shaw, Momokazu Gotoh and Paul Abrams. **ICIQ: A Brief and Robust Measure for Evaluating the Symptoms and Impact of Urinary Incontinence**. Neurourology and Urodynamics. 2004;23:322-330.
36. José Tadeu Nunes Tamanini, Miriam Dambros, Carlos Arturo Levi D'Ancona, Paulo César Rodrigues Palma e Nelson Rodrigues Netto Jr. **Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form” (ICIQ-SF)**. Rev Saúde Pública. 2004;38(3):438-44.
37. Figueiredo EM, Lara JO, Cruz MC, Quintão DMG, Monteiro MVC. **Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de serviço de Fisioterapia Uroginecológica da rede pública**. Revista Brasileira Fisioterapia. 2008;12(2):136-142.

**Figura 1** - Aspectos de funcionalidade relativos a mulheres com IU de acordo com os domínios da CIF. *Fonte:* dados da pesquisa.

Funções e Estruturas do Corpo	Atividades	Participação
<p><b>Sistema musculoesquelético relacionadas ao movimento (Cap.7)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexos</li> <li>• Tônus</li> <li>• Força</li> <li>• Resistência</li> <li>• Controle e coordenação motoras</li> </ul> <p><b>Sistema genitourinário (Cap. 6)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Micção</li> <li>• Reprodução</li> </ul> <p><b>Sistema Digestivo (Cap. 5)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Defecação</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Deficiências</b></p>	<p><b>Situações de perda, e/ou dor, no contexto da tarefa (Cap. 1,2,4 ao 9)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transferências</li> <li>• Saltos</li> <li>• Posturas e movimentos</li> <li>• Estresse emocional</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Limitações</b></p>	<p><b>Envolvimento em situações de vida social (Cap. 1,2,4 ao 9)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ir à igreja, supermercado, etc</li> <li>• Viajar</li> <li>• Brincar com filhos</li> <li>• Carregar netos</li> <li>• Sair de casa</li> <li>• Uso de roupas</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Restrições</b></p>

**APÊNDICE** - Avaliação fisioterapêutica para mulheres com IU de acordo com a CIF.
**Unidade Multiprofissional  
de Promoção à Saúde**
**AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA – DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO  
UROGINECOLOGIA**
**Data Avaliação:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_ **Avaliador:** \_\_\_\_\_

<b>Dados Pessoais</b>	
Nome:	
Registro:	CPF:                      SUS:
Telefone: res.:	com.:                      cel.:
Endereço:	
Data de nascimento:	Idade:
Estado Civil: ( ) solteira ( ) casada ( ) união estável ( ) separada ( ) viúva	
Escolaridade: ( ) analfabeto ou sabe escrever o nome; ( ) 1º grau incompleto; ( ) 1º grau completo; ( ) 2º grau incompleto; ( ) 2º grau completo; ( ) 3º grau incompleto; ( ) 3º grau completo.	
Ocupação:	
Médico Responsável:	

Diagnóstico Clínico: ( ) IUE                      ( ) Dor Pélvica Crônica ( ) IUU    ( ) Bexiga Neurogênica ( ) IU Mista
Queixa Principal:

<b>História Pgressa</b>
Início dos sintomas: _____
Tratamentos prévios (medicamentos, fisioterapia): ( ) sim ( ) não Qual? Por quanto tempo? _____
Cirurgias pélvicas prévias: ( ) sim ( ) não Qual(is)? _____
Data/Ano de realização: _____
G ___ PN ___ PC ___ A ___                      Peso do maior RN: _____ g
Aumento de peso na gestação: ( ) menor que 10Kg ( ) 10-15Kg ( ) 15-20K ( ) >20Kg



Funções do Sistema Digestório:

- Evacuação: frequência: ( ) > 3x/sem ( ) < 3x/sem  
( ) ajuda manual ( ) esforço evacuatório ( ) esvaziamento incompleto  
( ) fezes ressecadas ( ) dor abdominal
- Uso de laxantes ou outros p/ auxílio: ( ) sim ( ) não Qual?: \_\_\_\_\_
- Incontinência para fezes: ( ) sim ( ) não
- Incontinência para gases: ( ) sim ( ) não
- *Soiling*: ( ) sim ( ) não
- Hemorróida: ( ) sim ( ) não
- Alimentação:

Funções Genitais e Reprodutivas - Função Sexual:

Atividade sexual: ( ) sim ( ) não; Dispareunia: ( ) sim ( ) não;  
Satisfação com vida sexual - nota (0-10): \_\_\_\_\_

Funções do Sistema Músculo-esquelético:

Dor na coluna lombar: ( ) sim ( ) não ; Dor nas articulações pélvicas: ( ) sim ( ) não

Funções do Sistema Respiratório:

Tosse crônica: ( ) sim ( ) não

Funções do Sistema cardiovascular:

HAS: ( ) sim ( ) não

Outras (Disfunções renais, endócrinas, mentais, etc): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicamentos em uso: ( ) diuréticos; ( ) antidepressivos; ( ) tranqüilizantes;  
( ) outros: \_\_\_\_\_

OBS:

**Exame Físico**Inspeção:

Sensibilidade (face interna de coxa, região anal e vulva):

Presença de reflexos: cutâneo-anal ( ) sim ( ) não

Reflexo clitoriano ( ) sim ( ) não

**Região vulvar/vaginal**

Coloração e trofismo: \_\_\_\_\_ Cicatrizes: \_\_\_\_\_

Erupções e/ou soluções de continuidade da pele: \_\_\_\_\_

**Região anal**

Pregas anais: \_\_\_\_\_ Hemorróidas: \_\_\_\_\_

Distância ano-vulvar: \_\_\_\_\_

Perda urinária/anal durante Manobra de Valsalva ( ) sim ( ) não

Prolapso de parede vaginal: ( ) anterior ( ) posterior ( ) cúpula ( ) ausente

Capacidade de contração visível dos mmAP: ( ) sim ( ) não			
Toque digital:			
	<b>Avaliação</b>	<b>Reavaliação</b>	<b>Alta</b>
<b>Dor</b>			
<b>Consciência das paredes vaginais</b>			
<b>Grau de contração muscular</b>			
<b>Resistência (até 20 segundos)</b>			
<b>Tônus</b>			
<b>Controle</b>			
	<b>Avaliação</b>	<b>Reavaliação</b>	<b>Alta</b>
<b>Coordenação (Abd, Gl, Add, Prendendo resp.)</b>			
Graus de contração dos mmAP:			
<b>Grau</b>	<b>Definição</b>		
0	Nenhuma, ausência de resposta muscular dos músculos perivaginais		
1	Esboço de contração muscular		
2	Contração de intensidade fraca		
3	Contração de intensidade regular e elevação cranial da parede vaginal		
4	Contração de intensidade boa e elevação cranial da parede vaginal		
5	Contração de intensidade ótima e elevação cranial da parede vaginal		
Obs.:			

<b>Exames Complementares</b>			
	<b>AVALIAÇÃO</b>	<b>REAVALIAÇÃO</b>	<b>ALTA</b>
<b>Pad test 24 horas</b>			
<b>IQoL</b>			
<b>ICIQ</b>			
<b>Diário Miccional</b>			
<b>Freq.24H</b>			
<b>Freq.N</b>			
<b>Perda</b>			
<b>Urg.</b>			
<b>Ingestão líquida</b>			
<b>CVM</b>			
<b>Medida - Perineômetro</b>			

**Estudo Urodinâmico:**

Data do exame: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_

Capacidade vesical máxima: \_\_\_\_\_ Resíduo pós-miccional: \_\_\_\_\_

Complacência: \_\_\_\_\_

Contrações involuntárias do detrusor: ( ) sim ( ) não

Perda ao esforço: ( ) sim ( ) não

Pressão de perda: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PGI\_ Satisfação do Paciente Pós-Tratamento**

	Melhor	Pouco Melhor	Não Mudou	Pouco Pior	Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5	6	7

**ANEXO** - Orientações aos autores, pela Revista Acta Fisiátrica [online]

*A monografia em questão foi elaborada em formato de artigo científico a ser submetido à Revista Acta Fisiátrica, estando seu formato de acordo com as orientações aos autores desta revista, abaixo discriminadas.*

Todos os manuscritos devem ser enviados por meio do sistema eletrônico de editoração da revista Acta Fisiátrica, endereço: <http://www.actafisiatrica.org.br>. O texto deve estar gravado em extensão RTF (*Rich Text Format*) ou em formato Microsoft Word, desde que não ultrapasse 4MB, com imagens. Papel tamanho A4, espaço simples, fonte Arial, tamanho 12, margem superior e esquerda de 3 cm, margem inferior e direita de 2 cm, as páginas numeradas em algarismos arábicos na sequência. Todo o conteúdo do manuscrito deverá ser incluído em um único arquivo, organizado com o texto em primeiro lugar. Figuras, quadros e tabelas serão aceitos e deverão ser assinalados, no texto, pelo seu número de ordem, os locais onde devem ser intercalados. Se as ilustrações enviadas já tiverem sido publicadas, mencionar a fonte. Trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto são de responsabilidade do autor. Informação oriunda de comunicação pessoal, trabalhos em andamento e os não publicados não devem ser incluídos na lista de referências, mas indicados em nota de rodapé das páginas em que forem citados.

**Página título:** título em português ou espanhol e inglês, nome dos autores por extenso indicando somente a principal titulação e a filiação institucional de cada um, e o autor para a qual a correspondência deve ser encaminhada, com endereço completo.

**Resumo:** artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua vernácula e o *abstract* em inglês com até 450 palavras. Após os resumos, destacar no mínimo três e no máximo seis termos de indexação, extraídos do *Medical Subject Headings – MESH da National Library of Medicine*: <http://www.nlm.nih.gov> ou *Descritores em Ciências da Saúde – DeCS da Bireme*: <http://decs.bvs.br/>.

**Texto:** com exceção dos manuscritos apresentados como revisão, carta ao editor, comunicação breve, editorial, tendências e reflexões, os trabalhos deverão seguir a estrutura para trabalhos científicos:

**Introdução:** deve conter revisão de literatura atualizada e pertinente ao tema, adequada à apresentação do problema e que destaque sua relevância; não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos a artigo de revisão.

**Objetivo:** estabelece o objetivo ou finalidade do trabalho; deve ser claro, preciso e coerente.

**Métodos:** deve conter descrição clara e sucinta, incluindo: procedimentos adotados; universo e amostra; instrumentos de medida e, se aplicável, método de validação; tratamento estatístico.

**Resultados:** sempre que possível, os resultados devem ser apresentados em tabelas ou figuras, elaboradas de forma a serem autoexplicativas e com análise estatística. Tabelas, quadros e figuras devem ser limitados e numerados consecutiva e independentemente, com algarismos arábicos, de acordo com a ordem de menção dos dados e devem vir em folhas individuais e separadas, com indicação de sua localização no texto (NRB 12256/1992). A cada um, deve-se atribuir um título breve. O autor responsabiliza-se pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações e gráficos) quem permitir editoração sem perda de definição, sugere-se impressão de alta qualidade.

**Discussão:** deve explorar adequada e objetivamente, os resultados discutidos à luz de outras observações já registradas na literatura.

**Conclusão:** apresentar conclusões relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo. Se incluídas na seção Discussão, não devem ser repetidas.

**Agradecimentos:** podem ser registrados em parágrafo não superior a três linhas, dirigidos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho.

**Citações bibliográficas no texto:** deverão ser colocadas em ordem numérica, em algarismos arábicos, meia linha acima e após a citação e devem constar da lista de referências. Se forem 2 (dois) autores, citam-se ambos ligados pelo “&”; se forem acima de 2 (dois) autores, cita-se o primeiro autor seguido da expressão latina “*et al*”.

**Referências:** devem ser numeradas consecutivamente, seguindo a ordem em que foram mencionadas a primeira vez no texto, baseadas no estilo *Vancouver*. Nas referências com 2 (dois) até o limite de 6 (seis) autores, citam-se todos; acima de 6 (seis) autores, citam-se os 6 (seis) primeiros, seguidos da expressão latina “*et al*”. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com “*List of journals indexed in index medicus*” da National Library of Medicine.

**Pesquisas envolvendo seres humanos:** resultados de pesquisas relacionadas a seres vivos devem ser acompanhados de cópia de parecer do Comitê de Ética da Instituição de origem, ou outro credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde. Além disso, deverá constar, no último parágrafo do item Métodos, uma clara afirmação do cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (2000), além do atendimento a legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada.