



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Ciências Médicas

Lilian de Castro Ponzoni

**Tratamento manipulativo osteopático musculoesquelético, em mulheres
com incontinência urinária não complicada**

Rio de Janeiro

2018

Lilian de Castro Ponzoni

**Tratamento manipulativo osteopático musculoesquelético, em mulheres com
incontinência urinária não complicada**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-
Graduação em Ciências Médicas, da Universidade
do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Damião

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB-A

P819 Ponzoni, Lilian de Castro.

Tratamento manipulativo osteopático, em mulheres com incontinência urinária não complicada / Lilian de Castro Ponzoni. – 2018.

42 f.

Orientador: Ronaldo Damião

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas. Pós-graduação em Ciências Médicas.

1. |Incontinência urinária- Teses. 2. Aparelho urinário - Doenças - Teses. 3. Diafragma da Pelve. 4. Sistema Musculoesquelético. 5. Saúde da mulher. I. Damião, Ronaldo. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

CDU 616.62-008.2

Bibliotecária: Ana Rachel Fonseca de Oliveira
CRB7/6382

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Lilian de Castro Ponzoni

**Tratamento manipulativo osteopático musculoesquelético, em mulheres com
incontinência urinária não complicada**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-
Graduação em Ciências Médicas, da Universidade
do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 17 de Setembro de 2018.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Damião
Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Banca Examinadora: _____
Prof. Dr. Eloísio Alexsandro da Silva
Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Prof. Dr. Fabricio Borges Carrerette
Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ

Prof. Dr. Celso Lara
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2018

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, Leo Emilio Ponzoni, por me guiar, incansavelmente, até o último momento.

AGRADECIMENTOS

Minha mãe, Maria Helena de Castro Ponzoni, e minha irmã, Aloma de Castro Ponzoni, por serem exemplo de determinação e superação, e por me apoiarem incondicionalmente.

Patricia Pinho por estar ao meu lado nas conquistas e nas perdas, e me deixar amar seus filhos, como se fossem meus.

Ericka Valentin pelo incentivo, pela competência profissional, e pela amizade sincera.

Mauro Barbosa, pelo grato e surpreendente encontro durante esta jornada acadêmica.

Aos pacientes que se dispuseram a participar deste estudo.

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana,
seja apenas outra alma humana.

Carl Jung

RESUMO

PONZONI, Lilian de Castro. *Tratamento manipulativo osteopático musculoesquelético, em mulheres com incontinência urinária não complicada*. 2018. 42f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Controle eficiente dos mecanismos de fechamento uretral é essencial para continência urinária feminina, envolvendo mecanismo similar ao necessário para estabilidade sacroilíaca. Estudos demonstraram benefícios na reabilitação funcional do assoalho pélvico, após tratamento de pacientes com lombalgia, utilizando técnicas de manipulação osteopática. O objetivo primário deste estudo foi avaliar melhora da incontinência urinária após tratamento manipulativo osteopático musculoesquelético (TMO), associado com fisioterapia pélvica (FP). Participaram pacientes da divisão de fisioterapia da Policlínica Piquet Carneiro/UERJ, com diagnóstico de incontinência urinária não complicada, com idade entre 21 e 65 anos, e que responderam os questionários: International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form - ICIQ, Stress Urinary Incontinence Questionnaire - SUIQ, Overactive Bladder Questionnaire - ICIQ-OAB qol, e o euroqol-5D – EQ5D. A força perineal foi avaliada através do teste de avaliação funcional do assoalho pélvico (AFA), e as pacientes foram divididas em dois grupos: no grupo FP foram submetidas ao protocolo de FP por 10 semanas, e no grupo TMO foram submetidas ao mesmo protocolo, associado com TMO, pelo mesmo período. No presente estudo a utilização do TMO associado a FP, obteve resultados semelhantes a utilização de FP isoladamente, não acrescentando melhora na resposta ao tratamento da incontinência urinária não complicada.

Palavras-chave: Tratamento manipulativo osteopático musculoesquelético. Incontinência urinária não complicada. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

PONZONI, Lilian de Castro. *Musculoskeletal osteopathic manipulative treatment in women with uncomplicated urinary incontinence*. 2018.42f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Effective control of urethral closure mechanisms is essential for female urinary continence, involving mechanism similar to that required for sacroiliac stability. Studies have demonstrated benefits in the functional rehabilitation of the pelvic floor, after treatment of patients with low back pain, using osteopathic manipulation techniques. The primary objective of this study was to evaluate the improvement of urinary incontinence after musculoskeletal manipulation (OMT), associated with pelvic physiotherapy (PF). Patients from the Physiotherapy Division of the Policlínica Piquet Carneiro / UERJ, diagnosed with uncomplicated urinary incontinence, aged between 21 and 65 years, answered the questionnaires: International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form - ICIQ, Stress Urinary Incontinence Questionnaire - SUIQ, Overactive Bladder Questionnaire - ICIQ-OAB qol, and the Euroqol-5D - EQ5D. The perineal force was evaluated through functional evaluation of the pelvic floor (AFA). Patients were divided: in the FP group submitted to the FP protocol, and in the OMT group submitted to the same protocol, associated with OMT, for 10 weeks. In the present study the use of OMT associated with PF, obtained results similar to the use of PF alone, and did not add improvement in the response to treatment of uncomplicated urinary incontinence.

Keywords: Musculoskeletal osteopathic manipulative treatment. Uncomplicated urinary incontinence. Women's health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Músculos do assoalho pélvico.....	13
Figura 2 – Diafragma.....	14
Figura 3 – Músculos abdominais.....	15
Figura 4 – Inter-relação muscular.....	15
Figura 5 – Técnica energia muscular.....	22
Figura 6 – Técnica avba.....	22
Figura 7 – Técnica fascial.....	23
Tabela 1 – Características dos sujeitos avaliados.....	25
Figura 8 – ICIQ-UI SF.....	26
Figura 9 – SUIQ.....	26
Figura 10 – ICIQ OAB qol	27
Figura 11 – EQ5D.....	28
Figura 12 – AFA.....	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFA	Avaliação funcional do assoalho pélvico
EQ5D	Euroqol-5D
FISIO	Fisioterapia
FP	Fisioterapia pélvica
ICIQ-OAB	International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder
ICIQ-UI	International Consultation on Incontinence Questionnaire
MAP	Músculos do assoalho pélvico
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
TMO	Tratamento manipulativo osteopático
SUIQ	Stress Urinary Incontinence Questionnaire

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	OBJETIVOS	18
1.1	Geral	18
1.2	Específicos	18
2	MATERIAL E MÉTODOS	19
2.1	Entrevista	19
2.2	Avaliação pélvica	19
2.2.1	<u>Questionários</u>	19
2.2.2	<u>Avaliação perineal</u>	20
2.3	Avaliação osteopática e tratamento manipulativo osteopático	21
2.4	Reavaliação	23
2.5	Cronograma de visitas	23
2.6	Análises estatísticas	24
3	RESULTADOS	25
4	DISCUSSÃO	29
4.1	Limitações do estudo	29
	CONCLUSÃO	31
	REFERÊNCIAS	32
	APÊNDICE - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	35
	ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética.....	38
	ANEXO B - International consultation on incontinence questionnaire - Short Form (ICIQ-SF).....	39
	ANEXO C - Questionário de incontinência de esforço/urgência (SUIQ).....	40
	ANEXO D - International consultation on incontinence - ICIQ-OAB (OABqol).....	41
	ANEXO E - Euroqol 5D (EQ5D).....	42

INTRODUÇÃO

Definição e fisiopatologia da Incontinência Urinária

A incontinência urinária (IU) é definida pela Sociedade Internacional de Continência (ICS), como qualquer perda involuntária de urina (ABRAMS et al., 2009). As mulheres têm uma maior prevalência de IU em comparação aos homens devido a diferenças anatômicas da pélvis e do trato urinário inferior, além da interferência de fatores hormonais (MANNELLA et al., 2013), das gestações e dos partos que desafiam as forças e a estabilidade musculoesquelética da pélvis feminina.

Em termos econômicos é uma patologia que leva a altos custos, podendo ser motivo de institucionalização dos pacientes idosos, e rejeição familiar (MOLANDER, 1990). Tratamento precoce inadequado e falta de informação são os maiores obstáculos para lidar com esta condição (DENG, 2011).

O corpo e a pelve femininos são sujeitos a inúmeras mudanças estruturais durante o desenvolvimento. Após a menarca, a pelve alarga, a musculatura glútea aumenta, ocorre rotação interna das coxas e deslocamento lateral das patelas. A persistência das rotações internas coxofemorais, podem levar a tensões gravitacionais alteradas, influenciando a função do diafragma pélvico podendo contribuir para o aumento do risco de incontinência urinária. Durante atividades esportivas, mulheres jovens têm tendência a lesões de tornozelos e joelhos, atribuídas à frouxidão ligamentar resultante das influências das alterações hormonais do ciclo menstrual. Algumas destas lesões podem influenciar na marcha contribuindo também para dores e disfunções pélvicas ao longo do tempo (TETTAMBEL, 2005). Estas alterações mecânicas estruturais das extremidades inferiores podem se tornar mais importantes na obesidade ou durante a gravidez (BERGER, 2013).

Teorias sobre continência são abundantes e envolvem conceitos relacionados com a transmissão de força, suporte anatômico e integridade uretral. Em um trato urogenital sadio, aumento na pressão intra-abdominal após valsalva, tosse e espirro, é igualmente transmitido para bexiga, para o colo vesical e para uretra, suportado pelo tônus do músculo elevador do ânus, dos músculos do assoalho pélvico e pelo tecido fascial pélvico (MAGON, 2011).

A teoria integral da continência considera a relação entre o conceito estático e o conceito dinâmico das estruturas envolvidas, sendo necessária a integridade de músculos,

tecido conectivo e nervos para que o mecanismo de continência seja efetivo. O conceito estático está relacionado com a importância da sustentação ligamentar dos órgãos pélvicos, principalmente através do ligamento pubouretral. O conceito dinâmico está relacionado com o músculo levantador do ânus, o qual gera um vetor de força posterior, junto com o músculo pubococcígeo que gera um contra um vetor de força anterior. A força resultante destes vetores promove a elevação e a sustentação dos órgãos pélvicos, assim como a constrição da uretra e do ânus (PETROS, 2008). A fraqueza nestas estruturas de suporte, favoreceriam o mecanismo de desenvolvimento de incontinências urinária e fecal (ALMEIDA et al., 2012; MAGON, 2011).

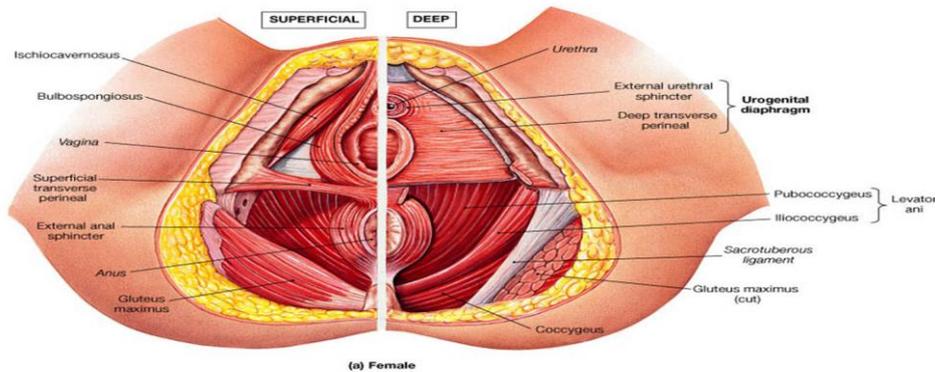
Um controle eficiente da uretra é essencial para continência urinária e a força de fechamento uretral envolve um mecanismo similar àquele necessário para uma ótima estabilidade sacroilíaca. Estas estruturas e suas funções dependem de suas respostas às transferências de carga durante o movimento corporal, o que está diretamente relacionado com a eficiência muscular em produzir força de fechamento, incluindo os músculos elevador do ânus, pubococcígeo, diafragma, multífido e os músculos do assoalho pélvico (CHAITOW, 2007).

Musculatura do assoalho pélvico e sua relação com outros grupos musculares

Os Músculos do Assoalho Pélvico (MAP) dão suporte para as vísceras abdominais e pélvicas e são ativados tonicamente durante a postura de pé e sentada. A pressão intra-abdominal é distribuída por todas as direções e os músculos da cavidade abdominal e pélvica, contribuem para o controle da mesma. Durante atividades que aumentem a pressão intra-abdominal, como tossir, espirrar e levantar, a atividade dos MAP aumenta para prevenir ou limitar o deslocamento caudal dos órgãos pélvicos, auxiliando o fechamento uretral e anal. (KIM, 2010)

Ao contribuir para o controle da pressão intra-abdominal estes músculos também contribuem para o controle pélvico e da coluna vertebral, dando suporte à estabilidade lombopélvica através do efeito de aumento de tensão sobre a fáscia toracolombar e do controle do movimento segmentar vertebral, além de estabilização das articulações sacroilíacas (HODGES, 2007, CHAITOW, 2007).

Figura 1 – Músculos do assoalho pélvico



Fonte: Pinterest, 2017.

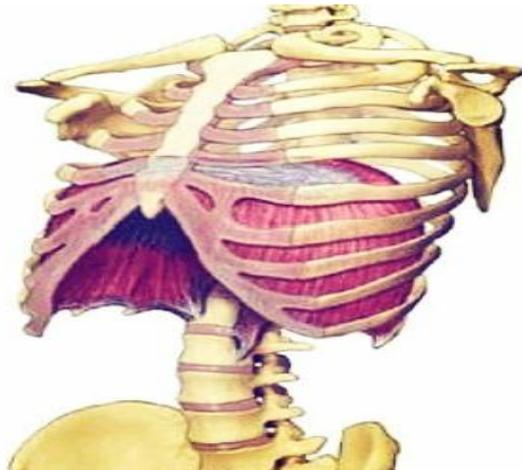
Sabe-se que os músculos que circundam a cavidade abdominal, como o diafragma e os músculos abdominais, são ativados em tarefas que modificam a estabilidade da coluna vertebral. Quando estas tarefas são conscientes eles são ativados antes da perturbação sendo pré-programados pelo sistema nervoso central, nas áreas pré-motoras e no córtex motor (NEWMAMM, 2013).

Estudos eletromiográficos demonstram que os MAP fazem parte do controle postural, sendo ativados como parte destes ajustes posturais antecipados (ARAB et al., 2011). Para um controle eficaz, a ativação respiratória e postural dos músculos ao redor da cavidade abdominal precisa ser coordenada (CAPSON et al., 2011). Como a pressão intra-abdominal é aumentada como resultado da ativação destes mesmos músculos, é previsível que os MAP sejam requeridos para controlar a descida das vísceras pélvicas, contribuindo para o controle de continência através do posicionamento do colo vesical e da uretra, aumentando a pressão de fechamento (HODGES, 2007). O tempo de ativação e a sinergia entre todas estas contrações, em resposta a um aumento de pressão intra-abdominal, são fatores muito importantes neste controle (JUNGINGER, 2010).

Os pilares diafragmáticos fazem contato com a região retropericárdica e com o retroperitônio. Isto é importante por duas razões: em primeiro lugar, é uma demonstração adicional da conexão contínua existente entre as diversas estruturas do corpo, e em segundo lugar, a gordura visceral é uma fonte de informação proprioceptiva do próprio diafragma, e estabelece, uma vez mais, o papel desempenhado por este músculo em afetar estruturas que são distantes umas das outras. (BORDONI et al., 2013).

Outra questão a considerar é a conexão entre o sistema respiratório e o diafragma pélvico. O movimento diafragmático tem efeito direto sobre a alteração da pressão intraabdominal, e, conseqüentemente, sobre a carga imposta aos MAP. Durante a respiração normal, ou no caso de tosse ou de qualquer outra alteração fisiológica do diafragma, uma variação simétrica no pavimento pélvico pode ser observada. (BORDONI et al., 2013).

Figura 2 – Diafragma

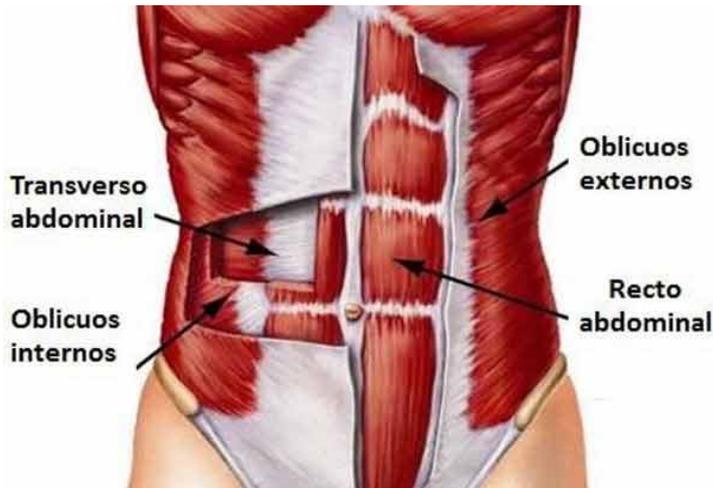


Fonte: Medspine, 2016.

É importante considerar as ligações fasciais e conjuntivas entre estes elementos e o resto do corpo. Os músculos abdominais estão relacionados com as costelas, com a região lombar e com as regiões ilíacas e todos os tecidos fasciais são ricos em corpúsculos de Golgi, Pacini e de Ruffini, que têm propriedades proprioceptivas e fornecem informações periféricas significativas, além da função nociceptiva. (BORDONI et al., 2013).

Um sistema fascial importante é a fáscia transversal, que está firmemente ligada ao músculo transverso abdominal, sendo uma continuação da fáscia endotorácica a qual relaciona-se com a pleura, com o pericárdio e com o próprio diafragma. Origina-se na fáscia cervical profunda e mediana, e vai até o tubérculo faríngeo occipital, onde existe a dura-máter, que é derivada das membranas de tensão recíproca. Portanto, a fáscia cervical profunda, se relaciona com o púbis, através da fáscia transversal (BORDONI et al., 2013). Outro sistema fascial importante é a fáscia toracolombar, que se desenvolve posteriormente no sacro, e estende-se para região torácica e cervical. A fáscia toracolombar é essencial para os músculos que envolvem a coluna vertebral, e alterações diafragmáticas afetam diretamente este tecido e região (BORDONI et al., 2013).

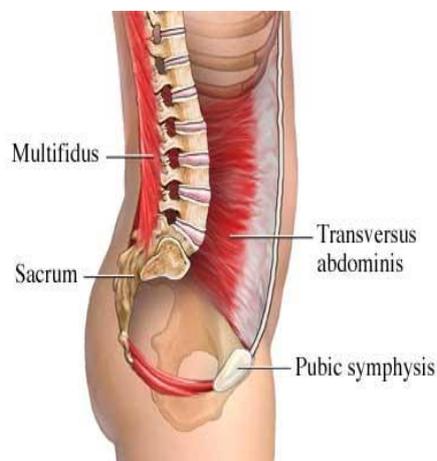
Figura 3 – Músculos abdominais



Fonte: Fit Seven, 2013.

Os MAP também dão suporte mecânico para coluna e para pelve através do tensionamento das articulações sacroilíacas e da modulação da pressão intra-abdominal que é importante também para o controle postural. Em mulheres incontinentes a deficiência da força e da resistência muscular dos MAP pode levar a alterações de suas funções posturais, e consequentemente levar à instabilidade lombopélvica, justificando o alto índice de dor lombar nestas pacientes. Em mulheres continentas os músculos do assoalho pélvico e os músculos abdominais contraem simultaneamente durante as atividades posturais. Na medida em que a bexiga aumenta de volume, os músculos do assoalho pélvico ajudam na manutenção do fechamento uretral e na continência; quando uma alteração postural causa interferência estes músculos podem ficar mais sobrecarregados. Caso este aumento de demanda não possa ser tolerado, incontinência urinária ou desajustes posturais podem ocorrer (SMITH, 2006).

Figura 4 – Inter-relação muscular



Fonte: Relicário saúde, 2015.

Osteopatia

Estudos recentes demonstraram benefícios na reabilitação funcional do assoalho pélvico, do diafragma e da estabilidade lombopélvica, após tratamento de pacientes com queixas de dor lombar, com a utilização de técnicas de manipulação osteopática (CHAITOW, 2007; PAVON, 2014).

Andrew Taylor Still desenvolveu a ciência conhecida como Osteopatia. Ele criou um sistema de cuidados de saúde fundamentado nas ações terapêuticas de manipulação osteopática. A abordagem osteopática não se baseia na realização de técnicas de manipulação sequenciais. O termo Tratamento Manipulativo Osteopático (TMO) é a aplicação terapêutica de forças guiadas manualmente por um osteopata para melhorar a função fisiológica de qualquer tecido corporal com restrição de mobilidade (ZEGARRA-PARODI et al., 2014).

TMO dirigido para a estabilização da bacia pélvica e/ou das estruturas contidas dentro dela pode prevenir ou diminuir síndromes dolorosas e sintomas de IU, através das técnicas de energia muscular, reequilíbrio de tensão ligamentar, e liberação miofascial, as quais auxiliam os músculos estabilizadores da coluna vertebral, e do assoalho pélvico, no suporte ao aumento de demanda quando em situações de alterações de pressão intra-abdominal (TETTAMBEL, 2005). Segundo Franke, ainda não é possível determinar uma técnica de TMO mais eficaz para distúrbios de micção femininos (FRANKE, 2013).

Teorias têm sido propostas para explicar os efeitos da manipulação da coluna vertebral e todas concordam que as mudanças na dinâmica anatômica, fisiológica e/ou biomecânica normais de vértebras com restrição de mobilidade podem afetar a função do sistema nervoso, e a manipulação corrigiria essas alterações. As mudanças induzidas pela manipulação mecânica fornecem energia suficiente para restaurar um segmento com energia mais baixa, reduzindo, assim, a força ou a tensão mecânica sobre os tecidos fasciais e sobre os músculos paraespinais, através de efeitos sobre o fluxo de informação sensorial para o sistema nervoso central. Ao liberar aderências discais, ou normalizar a mobilidade de um segmento, a manipulação mecânica pode vir a reduzir a entrada nociceptiva nas terminações nervosas receptivas em tecidos inervados paravertebrais, além de alterar a resposta de células imunológicas (PICKAR, 2002).

Isto parece ser uma conexão funcional direta entre a atividade do assoalho pélvico e a maior parte dos músculos abdominais como o transversal abdominal. Esta inter-relação

muscular confirma que a função visceral, a função respiratória e os músculos envolvidos na estabilidade da coluna vertebral estão intimamente ligados. (CHAITOW, 2007).

Assim, levantamos a hipótese de que utilização de tratamento manipulativo osteopático juntamente com a fisioterapia pélvica, poderia auxiliar em um controle urinário, precoce e melhor.

1- OBJETIVOS

1.1- Geral

Avaliar a melhora da incontinência urinária após tratamento manipulativo osteopático musculoesquelético associado com fisioterapia pélvica, comparado ao grupo controle tratado apenas com fisioterapia pélvica.

1.2- Específicos

- a) Comparar a intensidade da contração da musculatura perineal através do teste de avaliação funcional do assoalho pélvico (AFA), antes e após tratamento nos grupos TMO e Fisioterapia (FISIO);
- b) Avaliar a melhora dos sintomas de bexiga hiperativa com o questionário OAB-q (ICIQ-OAB qol) nos grupos TMO e FISIO;
- c) Avaliar a melhora na qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária não complicada, através do questionário EQ5D nos grupos TMO e FISIO.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Realizamos um estudo piloto prospectivo, controlado, randomizado e cego, em 30 mulheres, com idade entre 21 e 65 anos, provenientes da Divisão de Fisioterapia da Policlínica Piquet Carneiro - UERJ, no Rio de Janeiro. Esta pesquisa foi aceita pelo comitê de ética em pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, sob o número 1358951, em 09/12/2015 (ANEXO A).

As participantes do estudo tinham diagnóstico de incontinência urinária não complicada e concordaram em participar da pesquisa, datando e assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) segundo Resolução 196/96 (APÊNDICE). Os critérios de exclusão foram: comorbidades como doenças cardiovasculares e Diabetes não controlados, cirurgia prévia para incontinência urinária, cirurgia radical pélvica prévia (histerectomia por câncer, exenteração pélvica, etc.), radioterapia pélvica, bexiga neurogênica, negar ou apresentar incapacidade de assinar o TCLE, relato na anamnese de infecção do trato urinário não tratada, presença de tumores malignos, fraturas ósseas em tratamento, ou alterações neurológicas.

As pacientes foram submetidas à avaliação fisioterapêutica:

2.1 Entrevista

Coletados os dados de identificação e contato, além de reavaliação dos critérios e inclusão e exclusão.

2.2 Avaliação pélvica

2.2.1 Questionários

Uma fisioterapeuta cega para o tratamento manipulativo osteopático esteve ao lado das participantes para esclarecer possíveis dúvidas, enquanto elas responderam os seguintes questionários:

a) International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form - ICIQ – UI Short Form (ANEXO B) - é o questionário recomendado pela Organização Mundial de Saúde

e pela International Continence Society, validado, auto administrável, que quantifica e qualifica a incontinência urinária e avalia impacto na qualidade de vida. Possui um score de gravidade 0 a 21. (AVERY et al., 2004)

b) Stress Urinary Incontinence Questionnaire – SUIQ (ANEXO C) – é o questionário que avalia a prevalência dos sintomas de esforço e de urgência, composto de duas questões. (<http://www.iciq.net/>)

c) International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder – OABq (ICIQ-OAB qol) (ANEXO D) – é o questionário para avaliação da presença de sintomas de Bexiga Hiperativa, composto de 12 questões que quantificam e qualificam esta patologia, e avaliam o impacto na qualidade de vida. (PEREIRA et al., 2010)

d) Euroqol-5D (EQ5D) (ANEXO E) – é o questionário que avalia a qualidade de vida e a saúde geral das participantes, composto de 5 questões para qualidade de vida, e uma escala analógica visual de saúde geral. (FERREIRA et al., 2013)

2.2.2 Avaliação perineal

As participantes foram submetidas a avaliação funcional do assoalho pélvico (AFA) utilizando a escala de Oxford (SANCHES et al., 2010), com graduação de 0 a 5, onde 0 é ausência de força muscular e 5 contração forte da musculatura perineal. O teste foi realizado na posição de decúbito dorsal, com os membros inferiores flexionados e pés apoiados. Esta avaliação foi realizada por uma fisioterapeuta que não foi a mesma profissional que realizou a avaliação e o tratamento manipulativo osteopático musculoesquelético.

Após avaliação inicial e perineal, as participantes foram divididas em dois grupos, de forma aleatória, de acordo com randomização prévia.

G1) No grupo FISIO, as participantes foram submetidas ao protocolo de tratamento fisioterapêutico pélvico, durante 10 semanas. Este protocolo é composto de dois exercícios que foram realizados duas vezes por semana, com a participante deitada em decúbito lateral ou em decúbito dorsal com os membros inferiores flexionados e os pés apoiados: contração da musculatura perineal de forma rápida, e contração da musculatura perineal de forma sustentada por até 10 segundos. As participantes foram orientadas a realizar estes exercícios diariamente em casa, três vezes ao dia, além da contração perineal para inibir urgência miccional, com três contrações rápidas seguidas de relaxamento completo da musculatura perineal, caso a paciente apresentasse este sintoma. Antes de iniciar o tratamento com

fisioterapia pélvica, as participantes do grupo FISIO foram submetidas a uma avaliação osteopática musculoesquelética, sem tratamento manipulativo osteopático.

G2) No grupo TMO, as participantes foram submetidas ao mesmo protocolo de tratamento fisioterapêutico pélvico, e, simultaneamente, após avaliação osteopática musculoesquelética, a um tratamento manipulativo osteopático, durante 10 semanas, sendo uma consulta por semana. Estas técnicas foram realizadas pelo fisioterapeuta e osteopata.

2.3 Avaliação osteopática e tratamento manipulativo osteopático

Na avaliação osteopática musculoesquelética, foram realizados testes de mobilidade para as articulações sacroilíacas, articulações da coluna vertebral, e articulações dos membros inferiores, bem como avaliação da função do músculo diafragma, com a participante em posição ortostática, sentada e em decúbito dorsal. O objetivo destes testes foi avaliar a amplitude de movimento das estruturas acima citadas, bem como relato de quadro álgico pelas pacientes.

Para o tratamento manipulativo osteopático musculoesquelético foram utilizadas técnicas osteopáticas com o objetivo de restaurar a mobilidade das articulações ou demais tecidos corporais, que apresentassem alteração em sua função. Estas técnicas foram realizadas pelo fisioterapeuta e osteopata, de forma manual, sendo elas:

- a) Técnica de energia muscular – utilização de vetor muscular para recuperação da mobilidade articular, onde o fisioterapeuta e osteopata coloca o segmento a ser tratado na posição de restrição de movimento, solicita a participante, força contrária em direção ao movimento facilitado, e avança em direção à barreira motriz, recuperando o movimento desejado;



Fonte: ibrate, 2017.

- b) Técnica em alta velocidade e baixa amplitude – utilização de vetor articular para recuperação da mobilidade desejada, colocando as articulações superiores e inferiores em ajuste máximo de tensão ligamentar, deixando a articulação desejada em ajuste frouxo ligamentar para facilitar a recuperação da mobilidade, que será realizada através de um movimento rápido e de pequena amplitude;



Fonte: saúde descomplicada, 2018.

- c) Técnica fascial – utilização de movimentos suaves e superficiais, para recuperar a mobilidade das articulações, através da manutenção dos tecidos em posições de maior restrição de movimento, até perceber um relaxamento tissular.



Fonte: fisioterapia-estudos e revisões, 2014.

2.4 Reavaliação

Com 4 semanas, 8 semanas e 10 semanas, foram realizadas reavaliações nos dois grupos, através dos questionários e do AFA.

2.5 Cronograma de visitas

	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10	V11	V12	V13	V14	V15	V16	V17	V18	V19	V20	V21
Avaliação inicial	X																				
Questionários	X																				
AFA	X							X									X				X
Avaliação TMO		X																			
Fisioterapia pélvica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
TMO		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reavaliação								X									X				X

2.6 Análise Estatística

A distribuição dos dados foi verificada por meio do Teste de Shapiro Wilk e medidas de obliquidade e curtoses. Variáveis dependentes Pré tratamento e de caracterização da amostra foram comparadas entre os grupos TMO e FISIO por Teste t Independente. Os efeitos do TMO e FISIO foram analisados por Modelo Linear Misto (two-way) pelo método da Máxima Verosimilhança Restrita, assumindo Grupo (TMO e FISIO), tempo (Pré a Pós 4, 8 e 10 semanas de tratamento) e interação grupo*tempo como efeitos fixos e pacientes como efeito randômico. Adicionalmente, o tempo foi assumido como efeito de medidas repetidas. Quando diferenças foram observadas nos valores Pré tratamento entre os grupos, estes valores foram incluídos no modelo como covariáveis. Quando efeitos principais significativos foram observados, testes post hoc de Sidak foram aplicados para a correção dos valores de P em comparações múltiplas. O critério de significância adotado foi de 5% ($P \leq 0.05$). Todas as análises foram realizadas no Software PASW statistics 18.0 (SPSS Inc., Chicago, USA).

3 RESULTADOS

Participaram deste estudo 30 pacientes do sexo feminino, das quais 16 completaram o tratamento, sendo oito em cada grupo. Estas 16 pacientes foram consideradas para as análises estatísticas. Não houve diferença significativa entre os grupos para idade, massa corporal e estatura exceto para saúde geral ($P = 0,03$) (Tabela 1).

Tabela 1 - Características dos sujeitos avaliados

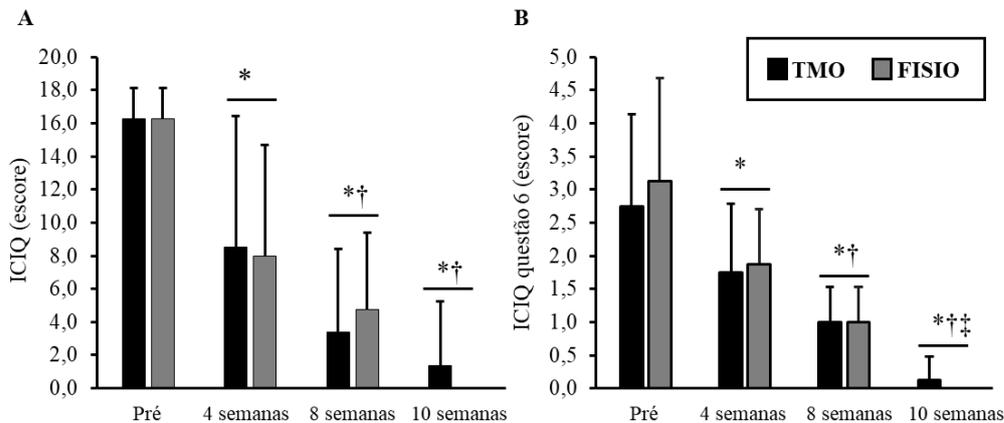
Variável	Grupos				Valores de $P^{\#}$
	TMO (n = 8)		FISIO (n = 8)		
Idade (anos)	53,3	± 12,2	53,8	± 7,3	0,922
Massa corporal (kg)	77,0	± 17,8	68,9	± 8,8	0,267
Estatura (m)	1,55	± 0,05	1,59	± 0,07	0,261
Saúde Geral	8,5	± 1,6	10,3	± 1,3	0,03

Tratamento Manipulativo Osteopático (TMO); Fisioterapia (FISIO). $\#$ Valores de P para Teste t Independente.

Observamos melhora estatisticamente significativa nos dois grupos testados em todas as avaliações: ICIQ (Figura 1); SUIQ (Figura 2); OABq (Figura 3); EQ5D (Figura 4); AFA (Figura 5).

Após o período de tratamento ambos os grupos demonstraram melhora da incontinência urinária conforme demonstrado por redução do: ICIQ score do Pré tratamento para os momentos 4, 8 e 10 semanas ($P < 0,001$ para todos), assim como, de 4 para 8 e 10 semanas ($P = 0,036$ e $P < 0,001$, respectivamente) (Figura 1A); e ICIQ questão 6 do Pré para 4, 8 e 10 semanas ($P = 0,001$, $P < 0,001$ e $P < 0,001$, respectivamente), de 4 para 8 e 10 semanas ($P = 0,021$ e $P < 0,001$, respectivamente), assim como, de 8 para 10 semanas ($P = 0,005$) (Figura 1B).

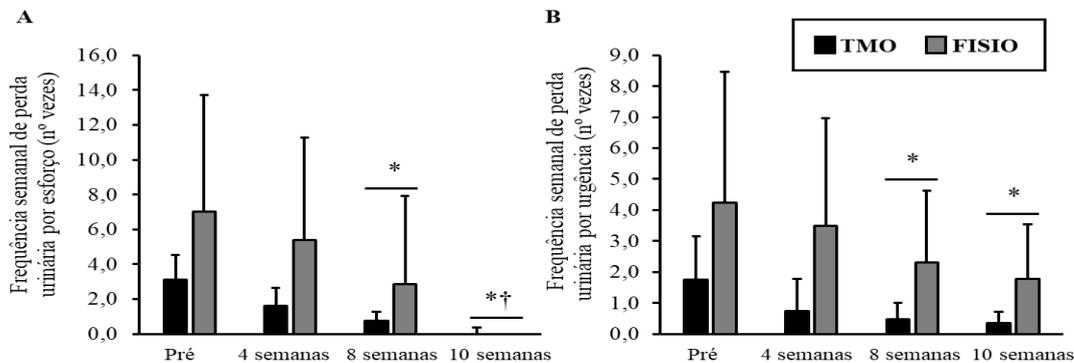
Figura 8 – ICIQ-UI SF



Legenda: icIQ (score). * <0.001 †0.036. b) icIQ questão 6 (score). * <0.001 †0.021 ‡0.005

Ambos os tratamentos também promoveram redução na frequência semanal de perda urinária: durante o esforço do Pré para 8 e 10 semanas ($P = 0,006$ e $P < 0,001$, respectivamente) e de 4 para 10 semanas ($P = 0,003$) (Figura 2A); e de perda urinária sem motivo do Pré para 8 e 10 semanas ($P = 0,002$ e $P < 0,001$) (Figura 2B).

Figura 9 - SUIQ

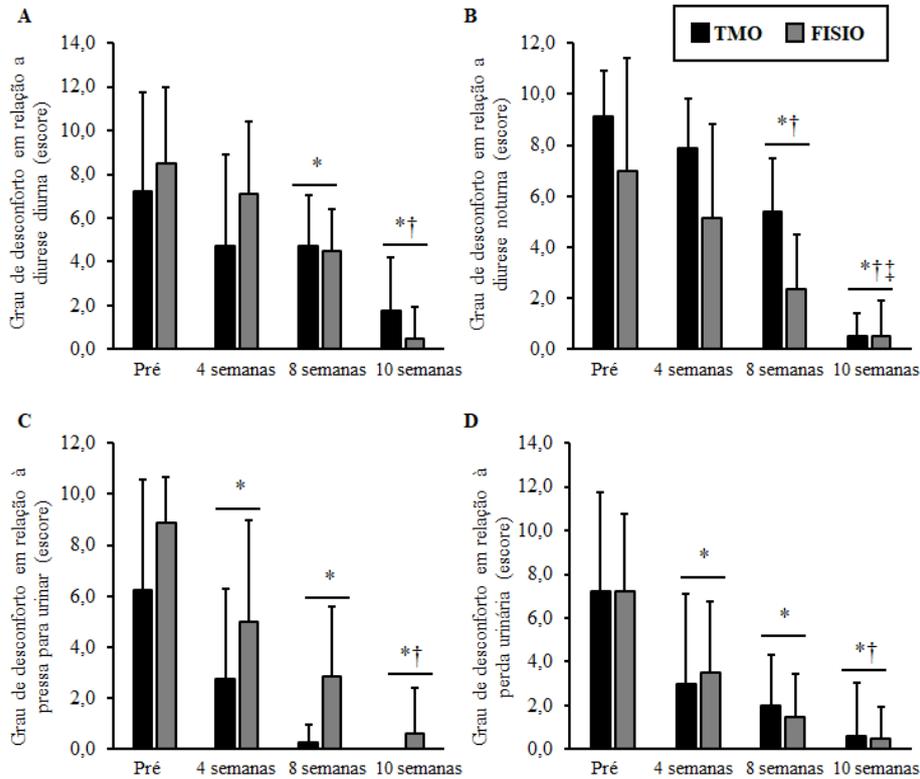


Legenda: A) Frequência semanal de perda urinária por esforço. * <0.001 *† $P < 0,05$. B) Frequência semanal de perda urinária por urgência. * <0.001

Ambos os tratamentos reduziram o grau de desconforto em relação à: diurese diurna do Pré para 8 e 10 semanas ($P = 0,002$ e $P < 0,001$, respectivamente), e de 4 para 10 semanas ($P < 0,001$) (Figura 3A); diurese noturna do Pré para 8 e 10 semanas ($P < 0,001$ para ambos), de 4 para 8 e 10 semanas ($P = 0,006$ e $P < 0,001$, respectivamente), e ainda de 8 para 10 semanas ($P < 0,001$) (Figura 3B); pressa para urinar do Pré para 4 e 8 e 10 semanas ($P \leq 0,001$

para todos), e de 4 para 10 semanas ($P = 0,001$) (Figura 3C); e perda urinária do Pré para 4, 8 e 10 semanas ($P \leq 0,001$ para todos), e de 8 para 10 semanas ($P = 0,035$) (Figura 3D).

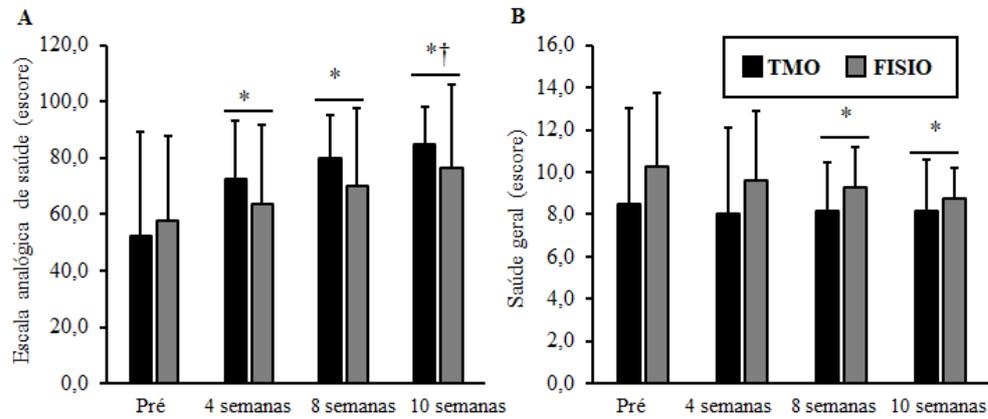
Figura 10 – ICIQ-OAB qol



Legenda: Grau de desconforto em relação à: diurese diurna (A) e noturna (B), pressa para chegar no vaso sanitário (C) e perda urinária antes de chegar no vaso sanitário (D). * † ‡ Diferença significativa em relação início, para 4 semanas e para 8 semanas, respectivamente ($P < 0,05$).

Conforme exposto na Figura 4, houve aumento do escore da saúde geral, no grupo TMO e no grupo FISIO. Este dado melhora, conseqüentemente, o escore da escala de saúde analógica, nos dois grupos.

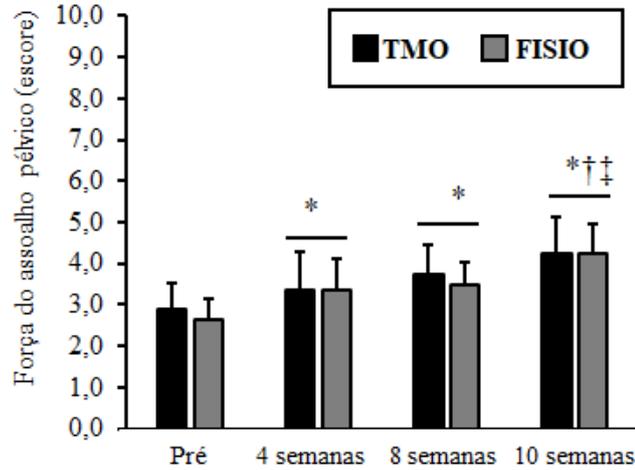
Figura 11 – EQ5D



Legenda: A) Escala analógica de saúde. *†P < 0,05. B) Saúde Geral. *<0.001.

Por fim, ambos os tratamentos aumentaram a força da musculatura perineal no AFA, do início para 4, 8 e 10 semanas, assim como, de 4 e 8 semanas para 10 semanas (P < 0,001 para todos).

Figura 12 - AFA



Legenda: * † ‡ < 0,05

4 DISCUSSÃO

No presente estudo a utilização do TMO associado a FP para o tratamento de incontinência urinária não complicada em mulheres adultas, obteve resultados semelhantes a utilização de FP isoladamente, em todos os parâmetros analisados.

Teorias têm sido propostas para explicar os efeitos da manipulação da coluna vertebral e de articulações com restrição de mobilidade para o tratamento de diversas alterações funcionais, dentre as quais a incontinência urinária (PICKAR, 2002).

De acordo com Collebrusco e Lombardini (2014), estas alterações fisiológicas, impedem o funcionamento normal do mecanismo neural, vascular e bioquímico, favorecendo alterações como incontinência urinária. Desta forma, a utilização de TMO poderia ser justificável quando pensamos em melhorar a qualidade de vida de pacientes portadoras de incontinência urinária.

Entretanto nossa hipótese de que o TMO poderia melhorar o controle urinário, diminuindo a incontinência, seja por aumentar a capacidade de contração do assoalho pélvico ou mesmo melhorar a mobilidade e velocidade de chegada ao banheiro para micção evitando a perda urinária, não se comprovou com os resultados deste estudo.

Embora Franke et al (2013), numa revisão sistemática unicamente com estudos clínicos controlados e randomizados, os quais utilizaram critérios de inclusão e exclusão similares ao nosso estudo, chegarem a conclusão de que os pacientes que foram submetidos a TMO tiveram melhora da incontinência urinária significativa estatisticamente em comparação ao grupo de pacientes não tratados. No nosso estudo o grupo TMO, obteve resultados similares ao grupo FISIO, demonstrando que do TMO associado a fisioterapia pélvica (FP) em pacientes portadoras de incontinência urinária não complicada não melhorou o resultado do tratamento.

No entanto, pudemos observar uma melhora das pacientes do grupo TMO, em todas as questões que fazem parte do questionário de bexiga hiperativa. Cooperstein et al (2014), encontraram bons resultados com as técnicas manipulativas no tratamento de pacientes portadores de bexiga hiperativa, através da utilização de intervenções mecânicas e miofasciais na pélvis e na região lombar. Talvez porque o TMO possa melhorar a mobilidade, diminuindo o tempo de chegada ao banheiro.

Desta forma acreditamos que um estudo abordando apenas a incontinência de urgência em pacientes com bexiga hiperativa pode ter resultado melhor do que encontramos na incontinência urinária não complicada.

Durante nosso estudo, verificamos no AFA utilizando a escala modificada de Oxford, a mesma melhora no grupo fisioterapia e no grupo de TMO, após as 10 semanas de tratamento. Portanto também neste aspecto o TMO não somou melhora quando comparado com a FP isolada.

Após as 10 semanas de tratamento, todas as pacientes que participaram de nosso estudo piloto, nos dois grupos, demonstraram melhora na qualidade de vida e na escala de saúde analógica, conforme demonstrado nos resultados. Assim, baseado em nossos achados, o TMO associado à FP também não fez diferença neste parâmetro.

Dellaroza et al (2014) demonstraram que a associação de incontinência urinária com dor crônica, aumenta o risco de quedas em idosos sem déficit cognitivo. Talvez o TMO possa contribuir para tratamento da incontinência urinária associada a dores crônicas e ou alterações de mobilidade sacroilíacas e lombares, por facilitar o deslocamento destas pacientes até o vaso sanitário, melhorando da qualidade de vida. Portanto, pacientes com este perfil poderiam se beneficiar do tratamento manipulativo osteopático independente da associação com fisioterapia pélvica.

4.1 Limitações do estudo

Das 30 pacientes que iniciaram nossa pesquisa, 2 desistiram do tratamento pela distância entre suas casas e o hospital; 8 desistiram do tratamento dizendo preferir realizar procedimentos cirúrgicos para recuperação da continência; e 4 abandonaram o tratamento sem justificativa. Portanto, tivemos limitações em nosso estudo pelo tamanho de amostra.

Embora a amostra seja pequena existiu uma homogeneidade nas características das participantes dos dois grupos estudados. Também houve semelhança entre os dois grupos quanto à interferência da incontinência urinária na qualidade de vida dessas mulheres. Assim, os resultados não nos motivaram ampliar a amostra do estudo.

CONCLUSÃO

A utilização de tratamento manipulativo osteopático associado a fisioterapia pélvica, não acrescentou melhora na resposta ao tratamento da incontinência urinária não complicada na mulher, em nenhum parâmetro avaliado neste estudo.

Houve melhora na intensidade da contração da musculatura perineal através do teste de avaliação funcional do assoalho pélvico (AFA), após o período de tratamento de 10 semanas, tanto no grupo TMO quanto no grupo FISIO.

Observamos melhora dos sintomas de bexiga hiperativa através do questionário ICIQ-OAB qol, nos grupos TMO e FISIO.

Houve melhora na qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária não complicada, através do questionário EQ5D, após o período de tratamento, nos grupos TMO e FISIO.

REFERÊNCIAS

1. ABRAMS, P.; ARTIBANI, W.; CARDOZO, L.; DMOCHOWSKI, R.; VAN KERREBROECK, P.; SAND, P. International Continence Society. Reviewing the ICS 2002 terminology report: the ongoing debate. *Neurourology and Urodynamics*. United Kingdom, v. 28, n. 4, p. 287, 2009.
2. ALMEIDA, P.; MACHADO, L. The prevalence of urinary incontinence in women practicing of jump. *Fisioter. Mov.*, Curitiba, v. 25, n. 1, p. 55-65, 2012.
3. ARAB, A. M.; CHEHREHRAZI, M. Ultrasound measurement of abdominal muscles activity during abdominal hollowing and bracing in women with and without stress urinary incontinence. *Manual therapy*, v. 16, n. 6, p. 596–601, 2011.
4. AVERY, K. et al. ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourology and urodynamics*, v. 23, n. 4, p. 322–30, jan. 2004.
5. BERGER M.; DOUMOCHTSIS S.; DELANCEY J. Bony pelvis dimensions in women with and without stress urinary incontinence. *Neurourol Urodyn.*, 32(1):37-42, 2013.
6. BORDONI, B.; ZANIER, E. Anatomic connections of the diaphragm: influence of respiration on the body system. *J. Multidiscip Health*, 25; 6:281-91.
7. CAPSON A.; NASHED J. The role of lumbopelvic posture in pelvic floor muscle activation in continent women. *Journal of Electromyography and Kinesiology*, v. 21, 166–177, 2011.
8. CHAITOW L. Chronic pelvic pain: Pelvic floor problems, sacroiliac dysfunction and the trigger point connection. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, v.11, 327–339, 2007.
9. COLLEBRUSCO L.; LOMBARDINI, R. What about omt and nutrition for managing the irritable bowel Syndrome? An overview and treatment plan. *Explore*, 10:309-318, 2014.
10. COOPERSTEIN, R.; LISI, A.; BURD, A. Chiropratic Management of Pubic Symphysis Shear Dysfunction in patient With Overactive Bladder. *Journal of Chiropractic Medicine*, v. 13, 81-89, 2014.
11. DELLAROZA, M. S. G.; PIMENTA, C. A. M.; LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O.; BRAGA, P. E. Association Between Chronic Pain and Self-reported Falls in the SABE Study Population. *Cad. Saúde Pública*, v. 30 (3): 522-532, 2014.
12. DENG, D. Y. Urinary incontinence in women. *The Medical Clinics of North America*, v. 95, n. 1, p. 101–9, jan. 2011.

13. FERREIRA, P L.; FERREIRA L N.; PEREIRA L N. Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D. *Acta Med Port* 2013 Nov-Dec;26(6):664-675.
14. FRANKE, H.; HOESELE, K. Osteopathic manipulative treatment (OMT) for lower urinary tract symptoms (LUTS) in women. *Journal of bodywork and movement therapies*, v. 17, n. 1, p. 11–8, jan. 2013.
15. HODGES P.; SAPSFORD R.; PENGEL L. Postural and Respiratory Functions of the Pelvic Floor Muscles. *Neurourology and Urodynamics*, v. 26:362–371, 2007.
16. JUNGINGER B., BAESSLER K., SAPSFORD R.; HODGES P. Effect of abdominal and pelvic floor tasks on muscle activity, abdominal pressure and bladder neck. *Int Urogynecol J.*, v. 21:69–77, 2010.
17. KIM J.; KIM S.; OH D.; CHOI J. Correlation between the Severity of Female Urinary Incontinence and Concomitant Morbidities: A Multi-Center Cross-Sectional Clinical Study. *Int Neurourol J.*, v. 14:220-226, 2010.
18. MAGON N.; KALRA B.; MALIK S.; CHAUHAN M. Stress urinary incontinence: What, when, why, and then what? *J Midlife Health*. Jul; 2(2):57-64, 2011.
19. MANNELLA, P. et al. The female pelvic floor through midlife and aging. *Maturitas*, v. 76, n. 3, p. 230–4, nov. 2013.
20. MOLANDER U., MILSON I., EKELUND P., MELLSTROM D. An epidemiological study of urinary incontinence and related urogenital symptoms in elderly women. *Maturitas*, 12:51-60, 1990.
21. NEUMANN P.; GILL V. Pelvic Floor and Abdominal Muscle Interaction: EMG Activity and Intra-abdominal Pressure. *Int Urogynecol J.*, vol. 13:125–132, 2002.
22. PAVÓN, A. G. et al. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in women who visit the doctor with low back pain: multicentre study. *Atencion primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, v. 46, n. 2, p. 100–8, fev. 2014.
23. PEREIRA, S.; THIEL, R.; RICCETTO, C.; SILVA, J.; PEREIRA, L.; HERMMANN, V.; PALMA, P. Validation of the International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder (ICIQ-OAB) for Portuguese. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 32(6):273-8, 2010.
24. PETROS, P.; WOODMAN, P. The Integral Theory of Continence. *Int Urogynecol J*, 19:35–40, 2008.
25. PICKAR J., PHILIP B. Spinal Manipulative Therapy and Somatosensory Activation. *J Electromyogr Kinesiol*, 22(5): 785–794, 2012.
26. SANCHES, P. R. S. et al. Correlação do score de oxford modificado com as medidas perineométricas em pacientes incontinentes. *Rev HCPA*, v. 30, n. 2, p. 125–130, 2010.

27. SMITH, M. D.; RUSSELL, A.; HODGES, P. W. Disorders of breathing and continence have a stronger association with back pain than obesity and physical activity. *Australian Journal of Physiotherapy*, v. 52, n. 1, p. 11–16, jan. 2006.
28. TETTAMBEL M. An Osteopathic Approach to Treating Women With Chronic Pelvic Pain. *JAOA*, vol. 105, 9, 2005.
29. ZEGARRA-PARODI, R.; DEY, M.; KRIEF, G. Traitement ostéopathique de patients souffrant de lombalgies chroniques communes. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*, v. 13, n. 1, p. 17–24, fev. 2012.

APÊNDICE - Termo de consentimento livre e esclarecido

Este é um termo de consentimento livre e esclarecido, que está sendo fornecido para verificar se você tem interesse em participar de uma pesquisa Fisioterapêutica / Osteopática. Após ter lido e ter tido suas dúvidas retiradas pelo profissional de saúde, você poderá decidir participar ou não desta pesquisa. Caso decida participar, você deve assinar este termo. Se decidir não participar, o Fisioterapeuta dará continuidade ao seu tratamento da maneira usual, sem prejuízo. Sua identidade será mantida em sigilo, mas os resultados da presente pesquisa serão divulgados em eventos e publicações científicas, para contribuição com o conhecimento da profissão e benefício da comunidade.

Pesquisador responsável: Lilian de Castro Ponzoni. Tels.: (21) 98162-9033 / (21) 2549-0240

Comitê de Ética do Hospital Universitário Pedro Ernesto: Tel.: (21) 2868-8253

Nome do estudo:

Tratamento Manipulativo Osteopático musculoesquelético, em Mulheres com Incontinência Urinária não Complicada.

Informações ao paciente:

Você está sendo convidada a participar deste estudo porque apresenta diagnóstico de incontinência urinária, e foi encaminhada por um médico para a realização de avaliação e tratamento fisioterapêutico. A incontinência urinária pode ser causada por alterações da força da musculatura perineal, e o objetivo desta pesquisa é investigar se o tratamento manipulativo osteopático aumenta a força destes músculos, contribuindo para a melhora da perda de urina.

Inicialmente você responderá a um questionário para avaliar a incontinência urinária e sua qualidade de vida e, após esvaziar a bexiga, você será submetida a uma avaliação perineal, a um tratamento fisioterapêutico e a um tratamento osteopático da seguinte forma:

1- Você deitará de barriga para cima em uma maca e será realizada uma avaliação manual da força da musculatura interna da vagina, por um fisioterapeuta, através de toque vaginal com dois dedos, usando luvas descartáveis e lubrificantes. Este procedimento pode durar de 20 a 40 segundos.

RUBRICA DO PARTICIPANTE

RUBRICA DO PESQUISADOR

2- Você realizará exercícios específicos para musculatura perineal, deitada de barriga para cima ou de lado, e contraindo estes músculos 10 vezes. Em seguida você realizará a mesma contração de forma sustentada, também 10 vezes. Estes exercícios serão realizados duas vezes por semana, por 10 semanas, e podem durar de 15 a 30 minutos.

3- Você será submetida a uma avaliação osteopática e a um tratamento manipulativo osteopático, que será realizado por um fisioterapeuta e osteopata, com a utilização de testes e técnicas específicas, para avaliar o movimento de suas articulações e a presença de dor na realização destes movimentos, de pé, sentada e deitada de barriga para cima. Após esta avaliação você será submetida a um tratamento osteopático com técnicas específicas para melhorar seus movimentos e suas possíveis dores. Estas técnicas serão realizadas através de movimentos feitos pelo fisioterapeuta e osteopata, em suas articulações e músculos, e pode durar entre 30 e 40 minutos. Este tratamento será realizado por 10 semanas.

4- Após estes procedimentos, serão repetidas as avaliações iniciais.

Estas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo. Se você aceitar participar deste estudo, você integrará um grupo de estudo formado por pessoas que procuraram esta unidade com encaminhamento médico para realização de Fisioterapia com queixa de Incontinência Urinária.

Riscos e benefícios:

Você será submetida a um toque vaginal por uma profissional do sexo feminino e este toque pode trazer constrangimento e desconforto.

Esta pesquisa envolve manipulação de seu corpo como normalmente é realizado em um tratamento de fisioterapia, e isto pode gerar desconforto no dia seguinte. Esta pesquisa tem o objetivo de melhorar sua qualidade de vida, diminuindo a sua perda de urina.

Efeitos adversos desconhecidos:

Além dos riscos ou desconfortos listados acima, você pode ter efeitos adversos não esperados, não previstos e desconhecidos. Qualquer alteração informe ao fisioterapeuta e ao pesquisador do estudo.

Modelo do Estudo:

Protocolo de tratamento:

Nesta visita você será informado a respeito deste estudo e terá acesso a este termo de consentimento livre e esclarecido. Se você aceitar participar, serão realizados os procedimentos lidos acima, e você frequentará o setor de fisioterapia durante 10 semanas.

RUBRICA DO PARTICIPANTE

RUBRICA DO PESQUISADOR

Da condução e Remuneração do estudo:

O estudo será conduzido pela divisão de Fisioterapia da Policlínica Piquet Carneiro-UERJ e não haverá nenhuma forma de remuneração aos pacientes, nem aos profissionais de saúde participantes do presente estudo. Não haverá ressarcimento de qualquer tipo de despesa decorrente da sua participação nesta pesquisa, uma vez que seu nome já constava na lista de espera para este tipo de atendimento, sendo sua participação voluntária e opcional, tendo sido esclarecido que a pesquisa não possui recursos financeiros destinados para este fim.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e sei que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo, ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Nome participante

Assinatura

Data

Nome Pesquisador

Assinatura

Data

ANEXO A – Comitê de ética e pesquisa



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PEDRO ERNESTO/
UNIVERSIDADE DO ESTADO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Area Temática:

Versão: 3

CAAE: 45779915.0.0000.5259

Instituição Proponente: POLICLÍNICA PIQUET CARNEIRO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

0

Número do Parecer: 1.358.951

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O trabalho pode ser realizado da fora como está apresentado. Diante do exposto e à luz da Resolução CNS nº466/2012, o projeto pode ser enquadrado na categoria – APROVADO. Para ter acesso ao PARECER CONSUBSTANCIADO: Clicar na "LUPA" (DETALHAR) - Ir em "DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA ", clicar na opção da ramificação (pequeno triângulo no entrocamento do organograma) de pastas chamada – "Apreciação", e depois na Pasta chamada "Pareceres", o Parecer estará nesse local.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente, o CEP recomenda ao Pesquisador: 1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas. 2. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes. 3. O Comitê de Ética solicita a V. S^a., que encaminhe relatórios parciais e anuais referentes ao andamento da pesquisa ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram atendidas as considerações do Parecer anterior. Todos os documentos de apresentação obrigatória foram enviados a este Comitê, estando dentro das boas práticas e apresentando todas dados necessários para apreciação ética.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 09 de Dezembro de 2015

Assinado por:
DENIZAR VIANNA ARAÚJO
(Coordenador)

ANEXO B – International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ – SF)

Este questionário não vai mudar nossa forma de tratá-la e também não vai trazer qualquer privilégio como antecipação de marcação de exames ou de cirurgias. Entretanto se você o responder com honestidade e precisão vai ajudar muito no seu tratamento.

Data de hoje: ____/____/____ Telefone:

Nome: _____

Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média, nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS (UM MÊS).

1 – Data de nascimento: ____/____/____ 2 - Sexo: Feminino (___) Masculino (___)

3 – Com que frequência você perde urina? (Assinale uma resposta)

- 0 () Nunca
- 1 () Uma vez por semana ou menos
- 2 () Duas ou três vezes por semana
- 3 () Uma vez ao dia
- 4 () Diversas vezes ao dia
- 5 () O tempo todo

4 – Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde. (Assinale uma resposta)

- 0 () Nenhuma
- 2 () Uma pequena quantidade
- 4 () Uma moderada quantidade
- 6 () Uma grande quantidade

5 – Em geral quanto que perder urina interfere em sua vida diária?

Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)

0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 ()

Não Interfere

Interfere Muito

ICIQ-SF Score: soma dos resultados 3, 4 e 5=_____

6 – Quando você perde urina? (Por favor, assinale todas as alternativas que se aplicam a você)

- 1 () Nunca
- 2 () Perco antes de chegar ao banheiro
- 3 () Perco quando tusso ou espirro
- 4 () Perco quando estou dormindo
- 5 () Perco quando estou fazendo atividades físicas
- 6 () Perco quando eu terminei de urinar e estou me vestindo
- 7 () Perco quando sem razão óbvia
- 8 () Perco o tempo todo

Obrigado!

ANEXO C – Questionário de Incontinência de esforço/urgência (SUIQ)

Data: ____/____/____ Telefone:

Nome: _____

Data nascimento: ____/____/____

1 – Quantas vezes nos últimos sete dias (uma semana) você teve perda involuntária de urina que chegou a molhar sua roupa, calcinha ou absorvente durante uma atividade tal como tossir, espirrar, rir, correr, fazer exercícios ou levantar alguma coisa?

2 – Quantas vezes nos últimos sete dias (uma semana) você teve perda involuntária de urina que chegou a molhar sua roupa, calcinha ou absorvente quando sentiu uma necessidade forte e repentina de urinar e não conseguiu chegar ao banheiro a tempo?

ANEXO D - International Consultation on Incontinence- ICIQ-OAB (OABqol)

Data: ____/____/____ Nome: _____

1. Informe data de nascimento: ____/____/____

2. Informe seu sexo: () Masculino ()Feminino

Muitas pessoas sofrem eventualmente de sintomas urinários. Estamos tentando descobrir quantas pessoas têm sintomas urinários, e quanto isso incomoda. Agradecemos a sua participação ao responder estas perguntas, para sabermos como tem sido o seu incômodo durante as últimas 4 semanas.

3a) Quantas vezes você urina durante o dia?

(0) 1 a 6 vezes (1) 7 a 8 vezes (2) 9 a 10 vezes (3) 11 a 12 vezes (4) 13 vezes ou mais

3b) O quanto isso incomoda você?

(nada) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (muito)

4a) Quantas vezes, em média, você tem que se levantar durante a noite para urinar?

(0) Nenhuma vez (1) Uma vez (2) Duas vezes (3) Três vezes (4) Quatro vezes ou mais

4b) O quanto isso incomoda você?

(nada) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (muito)

5a) Você precisa se apressar para chegar ao vaso sanitário para urinar?

(0) Nunca (1) Muito eventualmente (2) Às vezes (3) Quase o tempo todo (4) O tempo todo

5b) O quanto isso incomoda você?

(nada) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (muito)

6a) Ocorre perda de urina antes de chegar no vaso sanitário?

(0) Nunca (1) Muito eventualmente (2) Às vezes (3) Quase o tempo todo (4) O tempo todo

6b) O quanto isso incomoda você?

(nada) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (muito)

ANEXO E – EUROQOL 5D (EQ5D)

Nome do Paciente:

Data:

Horário início da entrevista:

A1- Mobilidade 1. Não tenho problemas para andar 2. Tenho alguns problemas para andar A1 3. Estou limitado a ficar na cama**A2 – Cuidados pessoais** 1. Não tenho problemas com meus cuidados pessoais 2. Tenho alguns problemas para andar e me vestir A2 3. Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho**A3 – Atividades habituais (trabalho, estudo, ativ. Domésticas, ativ. Familiares, lazer)** 1. Não tenho problemas em realizar minhas atividades habituais 2. Tenho alguns problemas em realizar minhas atividades habituais A3 3. Sou incapaz de desempenhar minhas atividades habituais**A4 – Dor/Mal estar** 1. Não tenho dores ou mal estar 2. Tenho dores ou mal estar moderados A4 3. Tenho dores ou mal estar extremos**A5 – Ansiedade/Depressão** 1. Não estou ansioso ou deprimido 2. Estou moderadamente ansioso ou deprimido A5 3. Estou extremamente ansioso ou deprimido**A6 – Escala analógica visual de saúde (EAV)**

I _ I

 A6

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

(pior estado saúde)

(melhor estado saúde)