

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO CERRADO PATROCÍNIO
Graduação em Fisioterapia

AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO EM MULHERES COM
INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Ana Carolina Oliveira Fernandes

PATROCÍNIO
2017

ANA CAROLINA OLIVEIRA FERNANDES

**AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO EM MULHERES COM
INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como exigência parcial para obtenção do grau em Bacharelado em Fisioterapia, pelo Centro Universitário do Cerrado Patrocínio.

Orientadora: Prof^ª. Ma. Kelly Christina de Faria

**PATROCÍNIO
2017**

FICHA CATALOGRÁFICA

615.8 S398a	FERNANDES, Ana Carolina Oliveira. Avaliação do equilíbrio em mulheres com incontinência urinária. Patrocínio: UNICERP, 2017. Trabalho de conclusão de curso – UNICERP – Centro Universitário do Cerrado Patrocínio – Fisioterapia. Orientadora Prof. ^a Ma. Kelly Christina de Faria 1. Incontinência urinária, 2. Mulheres, 3. Equilíbrio.
----------------	--



Centro Universitário do Cerrado Patrocínio
Curso de Graduação em Fisioterapia

Trabalho de conclusão de curso intitulado “*Avaliação do equilíbrio em mulheres com incontinência urinária*”, de autoria da graduanda Ana Carolina Oliveira Fernandes, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof^a. Ma. Kelly Christina de Faria – Orientadora

Instituição: UNICERP

Prof^a. Esp. Kelly Almeida de Araújo

Instituição: UNICERP

Prof^a. Me. Iêda Pereira de Magalhães Martins

Instituição: UNICERP

Data de aprovação: 13/12/2017

Patrocínio, 13 de Dezembro de 2017

DEDICO este estudo em especial aos meus pais, que, incondicionalmente, me apoiaram sempre; A minha orientadora, Prof^a. Ma. Kelly Christina de Faria, que tanta ajuda forneceu para que este trabalho fosse concluído com o êxito esperado; aos demais professores e amigos que contribuíram direta ou indiretamente neste trabalho pois, é sempre bom aplicar um pouco dos conhecimentos adquiridos na construção de uma sociedade melhor, que estime os reais valores.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar ao Autor da Existência, Aquele que permite que todas as coisas se concretizem, nosso único e verdadeiro Deus.

Em segundo lugar agradeço a todas as pessoas que diretamente ou indiretamente, contribuíram para a construção dos meus valores: meus pais, os mestres do passado e todos os que compartilharam um pouco do que sabem comigo e com os meus amigos nesta vida acadêmica.

Agradeço, em especial, minha orientadora Prof^ª. Ma. Kelly Christina de Faria, que não mediu esforços para me ajudar na elaboração deste trabalho.

"O movimento é nossa arma e nossa arte, através dele nós fazemos ciência. Nele depositamos nossos sonhos de trazer à vida, o que sem vida parece estar."

Autor desconhecido

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Distribuição de frequência das variáveis sócio – demográficas da amostra. Patrocínio-MG, 2017.....18
- Tabela 2** - Distribuição de frequência das variáveis de condições clínicas da amostra. Patrocínio-MG, 2017.....18
- Tabela 3** - Distribuição da análise descritiva da variável IMC (Kg/m²) da amostra. Patrocínio-MG, 2017.....19
- Tabela 4** - Escala de Berg das mulheres. Patrocínio-MG, 2017.....21

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da frequência (%) quanto ao tipo de parto grupo com incontinência urinária. Patrocínio-MG, 2017.....	20
--	----

LISTA DE SIGLAS

AP	Assoalho Pélvico
AVC	Acidente Vascular Cerebral
COEP	Comitê de Ética e Pesquisa
GU	Grupo Mulheres Com Incontinência Urinária
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
IUM	Incontinência Urinária Mista
IU	Incontinência Urinária
IUU	Incontinência Urinária de Urgência
MAP	Músculos do Assoalho Pélvico
SIC	Sociedade Internacional da Continência
SPSS	<i>“Statiscal Package for Social Sciences”</i>

RESUMO

Introdução: A incontinência urinária (IU) é a queixa de qualquer perda involuntária de urina e, de acordo com a Sociedade Internacional de Continência Urinária (ICS), é definida como qualquer perda involuntária de urina e, esta condição pode estar frequentemente associada à ocorrência de quedas, por déficit de equilíbrio. **Objetivo:** Avaliar o equilíbrio em mulheres com incontinência urinária, traçar o perfil sócio-demográfico e antecedentes obstétricos da amostra. **Material e métodos:** Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por um grupo de 20 mulheres com incontinência urinária atendidas pelo setor de Uroginecologia/Obstetrícia e demais áreas, respectivamente, do curso de fisioterapia no Centro de Saúde. Para avaliação do equilíbrio foi utilizada a escala de equilíbrio de Berg. Este instrumento tem uma pontuação máxima de 56 pontos, tendo a quantificação dos escores: < 45: risco elevado de queda; entre 54 - 56: para cada 1 ponto eleva o risco de 3 a 4%; entre 54 - 46: para cada 1 ponto eleva o risco de 6 a 8%; abaixo de 36 - o risco é próximo de 100%. **Resultados:** No presente estudo foi possível observar que as mulheres estavam sua maioria na faixa etária de 45-60 anos. Em relação aos hábitos de vida, a maioria não fumava, apenas 33,3% delas encontravam-se no climatério, 40% tinham vida sexual inativa, 46,7% apresentavam constipação intestinal, além do IMC elevado. De acordo com os antecedentes obstétricos, foi observado que a maioria teve parto vaginal (66,7%). Na avaliação do equilíbrio a média obtida 33,3. **Conclusão:** Conclui-se que a Incontinência Urinária apresentou-se como fator de risco para quedas pois influencia o equilíbrio corporal.

Palavras-chave: Incontinência urinária. Mulheres. Equilíbrio.

ABSTRACT

Introduction: The urinary incontinence (IU) is the complaint of any involuntary loss of piss and, in accordance with the International Society of Continence Urinary (ICS), is defined as any involuntary loss of piss and, this condition can be frequently associated to the occurrence of falls, for deficit of balance. **Objective:** To evaluate the balance in women with urinary incontinence, to trace the profile partner-demographic and obstetrics antecedents of the sample. **Material and methods:** One is about a transversal study with quantitative boarding. The sample was composed for a group of 20 women with urinary incontinence taken care of by the sector of Urogynecologist/Obstetrics and too much areas, respectively, of the course of physiotherapy in the Center of Health. For evaluation of the balance the scale of balance of Berg was used. This instrument has a maximum punctuation of 56 points, having the quantification of props up them: < 45: high risk of fall; between 54 - 56: for each 1 point raises the risk of 3 4%; between 54 - 46: for each 1 point raises the risk of 6 8%; below of 36 - the risk is next to 100%. **Results:** In the present study it was possible to observe that the women were its majority in the age band of 45-60 years. In relation to the life habits, the majority did not smoke, only 33.3% of them met in the climacteric, 40% had inactive sexual

life, 46.7% presented intestinal constipation, beyond the IMC raised. In accordance with the obstetrics antecedents, were observed that the majority had vaginal childbirth (66.7%). In the evaluation of the balance gotten average 33,3. **Conclusion:** One concludes that the Urinary Incontinence was presented as factor of risk for falls therefore influences the corporal balance.

Word-key: Urinary incontinence. Women. Balance.

SUMÁRIO

ARTIGO CIENTÍFICO	13
Introdução.....	13
Material e Método.....	16
Resultados e Discussão.....	17
CONCLUSÕES	22
REFERÊNCIAS	23
APÊNDICE	27
ANEXOS	30

ARTIGO CIENTIFICO

1 INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é a queixa de qualquer perda involuntária de urina. De acordo com a Sociedade Internacional de Continência Urinária (ICS), a incontinência urinária (IU) é definida como qualquer perda involuntária de urina (HAYLEN et al., 2010). Grosse e Sengler (2002, p.87) complementam:

O extravasamento indesejável de urina é classificado como uma das queixas médicas mais antigas. Atualmente a estatística demonstra a continuidade desse sintoma, afetando cerca de 13 milhões de homens e mulheres. Sendo que a prevalência nas mulheres é duas vezes maior que nos homens, afetando todos os grupos etários com uma porcentagem de 15 a 30%.

Sabe-se que a Incontinência Urinária pode ser classificada em IUE (Incontinência Urinária de esforço), IUU (Incontinência Urinária de Urgência) e IUM (Incontinência Urinária Mista). Com base nessa classificação, a Incontinência Urinária de esforço é exposta por Grosse e Sengler (2002, p.31), “quando há manobras de esforço, como tossir, levantar peso, der gargalhadas, espirrar, subir escadas, entre outros”. E, a Incontinência Urinária de Urgência é caracterizada por Baracho (2007, p.28), “pela perda involuntária de urina, via uretral, que ocorre simultaneamente a um forte desejo de micção, acompanhada de contração do detrusor. Neste tipo de incontinência ocorre a contração involuntária ou instabilidade do detrusor”. Já a Incontinência Urinária Mista é apresentada como uma junção das duas citadas anteriormente, IUE mais IUU (BARACHO, 2007).

Para Higa, Lopes e Reis (2006, p.75), a Incontinência Urinária:

Traz consequências tanto na vida pessoal como no desempenho profissional destas mulheres, causando um grande impacto na qualidade de vida desta população. Um problema comum que pode afetar mulheres de todas as idades, causando desconforto e perda de autoconfiança, além de interferir, negativamente, na qualidade de vida de muitas delas.

Sobre isto vale lembrar que os problemas urinários não são conseqüências naturais da idade e nem é um problema exclusivo do envelhecimento, pois, a incontinência urinária (IU) feminina está comumente ligada à perda do controle da musculatura estriada esquelética que forma o assoalho pélvico.

Os músculos do assoalho pélvico estão intimamente envolvidos na função do trato urinário inferior, anorretal e sexual estando suas funções envolvidas tanto na sustentação das estruturas pélvicas como na manutenção da continência urinária e fecal (PEREIRA, 2013). Os MAP são responsáveis pela estabilização das estruturas da pelve, estando associada com o equilíbrio estático e dinâmico, e conseqüentemente com o controle postural (TAKAZAWA, ARISAWA, 2005).

Segundo Hall e Brody (2007) os músculos esqueléticos do assoalho pélvico podem ser divididos em quatro camadas da superfície para a profundidade: esfíncter anal, músculos perineais superficiais, diafragma urogenital e diafragma pélvico. Os músculos do diafragma pélvico são o maior grupo muscular no assoalho pélvico, constituídos por aproximadamente 70% de fibras de contração lenta (tipo I) e 30% de fibras de contração rápida (tipo II). Os músculos do assoalho pélvico apresentam três funções básicas: apoio, esfíncteriana e sexual. O apoio aos órgãos pélvicos é proporcionado pelo apoio ligamentar acima e pela função dos MAP abaixo. Esta função é realizada principalmente pelas fibras tônicas dos músculos de contração lenta. A função esfíncteriana é identificada pelo fechamento da uretra e reto pelos MAP para permitir a continência. O fechamento rápido é proporcionado pelas fibras fásicas de contração rápida do assoalho pélvico e o fechamento durante o repouso é proporcionado pelas fibras musculares de contração lenta. E na sexual os MAP conferem sensibilidade proprioceptiva que contribui para o prazer sexual (HALL et al., 2007).

Será abordada também, nesse trabalho a questão da avaliação do equilíbrio, cujo conceito é apresentado como “um processo complexo que depende da integração da visão, sensação vestibular e periférica, dos comandos centrais e respostas neuromusculares, particularmente, da força muscular e do tempo de reação” (IBGE, 2004).

No Brasil, de acordo com estudos realizados anteriormente, 30% dos idosos caem pelo menos uma vez por ano e quanto maior a idade maior a chance de queda. E, essas quedas ocorrem mais entre mulheres do que homens da mesma faixa etária. Os idosos dos 75 aos 84 anos que necessitam de ajuda para as atividades da sua vida diária (comer, tomar banho, higiene íntima, vestir-se, sair da cama, incontinência urinária e fecal), têm probabilidade de

cair 14 vezes mais do que pessoas da mesma idade que são independentes (OLIVEIRA et al., 2014).

Ainda segundo Oliveira et al. (2014, p.93):

A queda é a principal consequência da instabilidade do equilíbrio e é definida como um vento accidental, não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível inferior, em relação a sua posição inicial, sem capacidade de correção em tempo hábil.

Sendo assim, para obter um melhor equilíbrio, um indivíduo procura manter o seu centro de massa corporal dentro de seus limites de estabilidade, sendo determinada pela habilidade em controlar a postura sem alterar a base de suporte (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005). Maior risco de quedas e consequentemente de fraturas em mulheres com incontinência urinária (TROMP et al., 1998).

Outro assunto enfatizado neste trabalho é a questão da avaliação do equilíbrio em mulheres com e sem Incontinência Urinária (IU), cuja incidência de quedas vem aumentando entre elas consideravelmente, ocasionando acidentes de diversos níveis de gravidade. Para Mújdeci, Aksoy e Atas (2012, p.104) a principal queixa do desequilíbrio é a tontura. Sua origem está associada a diversas condições, podendo ser proveniente do sistema vestibular ou não, como: as disfunções cérebro vasculares, as doenças metabólicas e vasculares, alterações cervicais, doenças neurológicas, hipotensão postural, uso de medicamentos, dentre outras.

Além disso, as informações teóricas e práticas sobre a avaliação da incontinência urinária em mulheres e a avaliação do equilíbrio, nos aspectos já mencionados, serão aqui analisadas para assim poder contribuir de forma significativa para futuros estudos e até mesmo avanços nessa área.

Portanto, sabendo-se que a IU atinge grande parte da população feminina e, que este problema vem se agravando no decorrer dos últimos anos, o presente projeto tem por objetivo principal avaliar o equilíbrio em mulheres com incontinência urinária; e como objetivos específicos traçar o perfil sócio-demográfico e antecedentes obstétricos da amostra; além de correlacionar a IU com o equilíbrio.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado no Centro de Saúde UNICERP localizado a Avenida João Alves do Nascimento nº 2264, na cidade de Patrocínio – Minas Gerais.

Nesta pesquisa, a amostra foi composta por 20 mulheres com incontinência urinária atendidas pelo setor de Uroginecologia/Obstetrícia e demais áreas, respectivamente, do curso de fisioterapia no Centro de Saúde. Tais mulheres foram convidadas a participar do estudo no qual foi utilizada a técnica *Snowball* (bola de neve) para a captação da amostra (BALDIN, MUNHOZ, 2011).

Dentre os critérios de inclusão teve-se: mulheres com idade entre 45 a 60 anos, com sintoma de perda urinária frequente (IUE, IUU ou IUM). Os critérios de exclusão foram: gestantes, mulheres com patologias autorreferidas: diabetes *mellitus*, doença urológica congênita, infecção do trato geniturinário e problemas neurológicos (AVC). Também foram excluídas mulheres com doenças neurológicas, alterações graves em membros inferiores e histórico de queda por estes quadros afetarem o equilíbrio.

As variáveis sócio-demográficas e as condições clínicas e obstétricas foram avaliadas através de instrumento semi-estruturado construído pelos próprios pesquisadores referenciado em Baracho (2007) (APÊNDICE 1). As variáveis foram: faixa etária, estado conjugal, peso, altura, fumante, obesidade (IMC), climatério, vida sexual ativa, constipação intestinal, número e tipo de partos.

Para avaliação do equilíbrio foi utilizada a escala de equilíbrio de Berg, criada em 1992 por Katherine Berg, traduzida e adaptada para a língua portuguesa por Miyamoto et al. (2004) (ANEXO 1). A escala de Berg tem uma pontuação máxima de 56 que pode ser alcançada, possuindo cada item uma escala ordinal de 5 alternativas que variam de 0 a 4 pontos. Para tal tem-se a seguinte quantificação dos escores:

- < 45: risco elevado de queda
- Entre 54 - 56: para cada 1 ponto eleva o risco de 3 a 4%
- Entre 54 – 46: para cada 1 ponto eleva o risco de 6 a 8%
- Abaixo de 36 – o risco é próximo de 100%

A coleta de dados foi realizada através de entrevista, aplicada pela própria pesquisadora, em uma sala individualizada, para permitir o esclarecimento de dúvidas em algumas perguntas e evitar possíveis constrangimentos. Logo após, foi aplicada a escala de Berg no mesmo local.

Foi construída planilha eletrônica para armazenamento dos dados, através do programa Excel®. E, em seguida, foram transportados para o programa estatístico “*Statiscal Package for Social Sciences*” (SPSS) versão 18.0 para análise estatística. Foi realizada análise descritiva por meio de medidas de tendência central (média) e de variabilidade (desvio padrão) para as variáveis numéricas e distribuição de frequência para as nominais.

O estudo foi realizado após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) do Centro Universitário do Cerrado Patrocínio – UNICERP e mediante esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo, as mulheres incontinentes estavam sua maioria (33,3%) na faixa etária de 45-60 anos (TAB. 1), tendo como idade média de $46,6 \pm 17,13$ anos. Tal achado confirma a hipótese que a idade é um fator de risco ao contribuir para o aparecimento da incontinência urinária, já que as mulheres com incontinência eram mais velhas.

Concernente a isto, em um estudo de revisão, a prevalência de IU aumentou com o aumento da idade (HIGA; LOPES; REIS, 2008). Em outra pesquisa, comparando as mulheres continentas com as incontinentes, as mulheres com IU tinham idade mais avançada e, além disso, as autoras mencionam que alguns dos distúrbios urinários em mulheres mais idosas podem ser causados pela diminuição da capacidade da bexiga, que passa de 500 a 600ml para 250 a 300ml, contribuindo para o aumento da frequência urinária e da noctúria, pelo baixo nível de estrógeno após a menopausa, doenças crônicas e aumento do índice de massa corpórea (IMC) (HIGA; LOPES; REIS, 2005).

Tabela 1 - Distribuição de frequência das variáveis sócio – demográficas da amostra. Patrocínio-MG, 2017.

Variáveis		%
Faixa etária	18 -30	20
	30 -45	26,7
	45 -60	33,3
	60 ou mais	20
Estado conjugal	Casada ou mora com companheiro	66,7
	Separada/Desquitada/Divorciada	6,7
	Viúva	26,7
	Solteira	0

Em relação ao estado conjugal (TAB. 1), notou-se que a maioria (66,7%) das mulheres eram casadas ou moravam com o companheiro. Isto concorda com estudos de mulheres com incontinência urinária em que 55,6% moravam com o companheiro (SILVA; SANTOS, 2005) e outro onde 34,5% eram casadas e 50% viviam juntos (GUARISI et al., 2001).

Tabela 2. Distribuição de frequência das variáveis de condições clínicas da amostra. Patrocínio-MG, 2017.

Variáveis	Sim	Não
Fumante	13,3	86,7
Climatério	33,3	66,7
Vida sexual	60	40
Constipação Intestinal	46,7	53,3

Observando a tabela acima, percebe-se que a maioria das entrevistadas não fumam, distinguindo de estudos de Grewar e Mc Lean (2008), que apresentam o tabagismo como um fator de risco para a incontinência urinária.

O fumante frequentemente apresenta tosse mais violenta, causando efeito direto ou indireto na bexiga ou na uretra podendo danificar os componentes e o mecanismo esfinteriano da uretra propiciando a IU piorando a frequência e a intensidade da IU existente. As fumantes apresentam aumento significativo na pressão vesical com a tosse, quando comparadas com as não fumantes (HIGA; LOPES; REIS, 2008).

Com relação ao climatério (TAB. 2), apenas 33,3% das incontinentes encontrava-se neste período; resultado que difere da literatura analisada a qual enfatiza que as prevalências

de IU em mulheres na pré e pós-menopausa têm sido muito estudadas e os resultados têm confirmado associação significativa, com índices que variam de 46% a 64% (HIGA; LOPES; REIS, 2005). A estática pélvica pode ser afetada com as mudanças hormonais durante a menopausa. O hipoestrogenismo na pós-menopausa predispõe a mulher à IU e contribui para sintomas urinários como aumento da frequência, urgência e disúria (HIGA; LOPES; REIS, 2008).

Ainda de acordo com a TAB. 2, observa-se que 60% da amostra possuem vida sexual ativa e 40% não a possuem, uma vez que a IU interfere na relação sexual e, por isso, essas mulheres deixam de ter relação com seus parceiros. Barber et al. (2002) demonstrou em seu estudo que para 20% das mulheres a razão da inatividade sexual era resultante de incontinência urinária ou prolapso de órgãos pélvicos, pois era embaraçoso e causava desconforto.

A existência de vida sexual ativa é um fator mais associado à idade do que à IU. As mulheres que convivem com a IU há muito tempo e respeitam à prática sexual se ajustam de modo satisfatório a esta situação (RIBEIRO; RAIMUNDO, 2005).

No que se refere a constipação intestinal (TAB. 2), a maioria (53,3%) não apresenta este problema; embora sabe-se que este é um fator de risco para a incontinência urinária. A constipação crônica afeta a função urológica: o estiramento do reto pode comprimir a bexiga, contribuindo para a retenção urinária, causando infecção do trato urinário e, frequentemente, a força realizada durante a evacuação intestinal pode lesar a musculatura pélvica e, através da distensão, traumatizar e causa isquemia muscular (HIGA; LOPES; REIS, 2005).

A defecação normal é acompanhada de relaxamento do músculo puborretal e abertura do ângulo anorretal para que a ampola retal esvazie. Em algumas mulheres isto não ocorre, e desta forma o esvaziamento retal ocorre por contração abdominal. Os esforços defecatórios crônicos contribuem para uma neuropatia progressiva e consequente disfunção do assoalho pélvico, sendo fatores importantes para o desenvolvimento da incontinência urinária de esforço (BARACHO et al., 2006).

Tabela 3. Distribuição da análise descritiva da variável IMC (Kg/m²) da amostra. Patrocínio-MG, 2017.

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
GI	19,72	32,66	27,04	3,88

Ao observar a TAB. 3, nota-se que as mulheres apresentam sobrepeso ($27,04 \pm 3,88 \text{Kg/m}^2$). Estes dados corroboram com a literatura onde a maioria dos estudos demonstram uma relação direta do IMC elevado ($>26 \text{kg/m}^2$ e $<30 \text{kg/m}^2$) com o surgimento ou agravamento da incontinência urinária em mulheres adultas (HIGA; LOPES; REIS, 2005; TOWNSEND et.al., 2007; BORTOLOTTI et al., 2000; HIGA; LOPES; REIS, 2008).

Uma pesquisa americana verificou que mulheres com IMC entre 22 e 24 kg/m^2 tinham perdas urinárias ocasionais quando comparadas com mulheres com IMC $\geq 30 \text{kg/m}^2$ que já apresentavam incontinência severa (DANFORTH et al., 2006). Já para Guarisi et al. (2001) o índice de massa corporal (>30) não alterou o risco de incontinência urinária. Presume-se que a associação da IU com a obesidade seja consequência da alta pressão intra-abdominal provocada, principalmente, pelo aumento de peso na região da cintura-quadril e, conseqüentemente, do aumento da pressão intra-vesical, alterando o mecanismo do trato urinário (HIGA; LOPES; REIS, 2008).

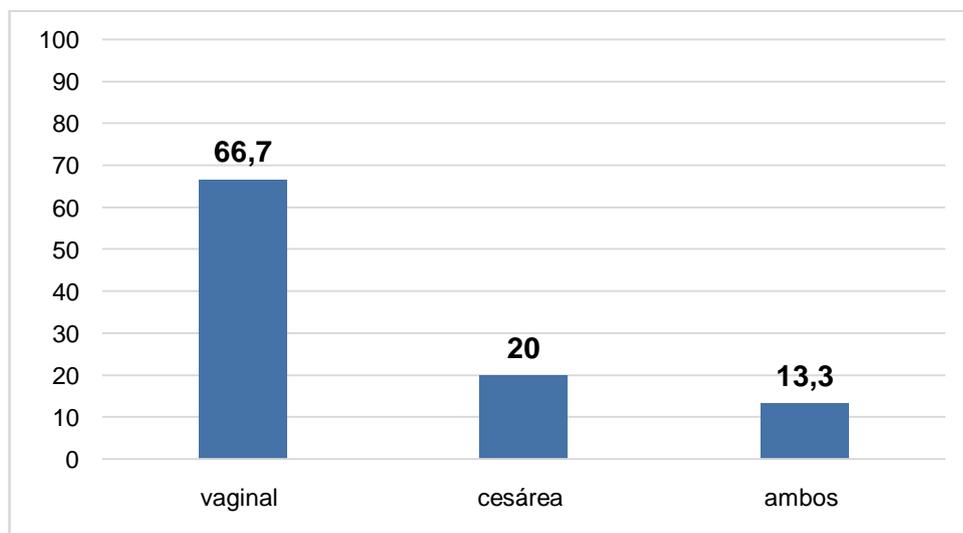


Gráfico 1 – Distribuição da frequência (%) quanto ao tipo de parto grupo com incontinência urinária. Patrocínio-MG, 2017.

Em relação aos antecedentes obstétricos, observa-se que a maior parte das mulheres tiveram parto do tipo vaginal (66,7%) (GRÁFICO 1).

Tais dados corroboram com várias pesquisas que identificaram a correlação entre parto vaginal e IUE. Figueiredo et al. (2008) demonstraram que 54% das participantes com incontinência urinária realizaram apenas parto vaginal. Em outro estudo, o número médio de

partos vaginais para os pacientes com IU ligeiramente maior quando comparadas com as continentas (SILVA, SANTOS, 2005). Uma proporção maior de mulheres com IU entre as que tiveram pelo menos um parto normal também foi encontrada em estudo de Higa, Lopes e Reis (2005). Peeker e Peeker (2003) também salientam que após o parto vaginal, a prevalência de IU aumenta de 30 para 50%. Já para Dellú, Zácara e Schmitt (2008) não foi significativa a relação entre o número total de partos cesariana e normal.

O parto vaginal está associado com o aumento de casos de IU quando comparado com o parto cesáreo, no entanto, o parto vaginal isoladamente não é o causador da IU e sim, quando associado às lesões e traumas do assoalho pélvico (HIGA; LOPES; REIS, 2008). Além disso, em 2009 um estudo com 250 mulheres, visou investigar o papel protetor de cesárea na IU e os resultados obtidos sugeriram que a cesárea pode diminuir a taxa de incidência da incontinência (TORKESTANI et al., 2009).

Portanto, pode-se dizer que a cesárea, realizada de forma eletiva, pode prevenir a ocorrência de incontinência urinária quando comparada ao parto vaginal, uma vez que diminui os riscos de possíveis agressões ao assoalho pélvico. Isto se explica pelo fato de distensões ou rupturas imperceptíveis dos músculos, ligamentos e nervos, responsáveis pelo controle do esvaziamento da bexiga, acontecerem durante o parto vaginal (DELLÚ; ZÁCARO; SCHMITT, 2008).

Tabela 4. Escala de Berg das mulheres. Patrocínio-MG, 2017.

	Média	DP
Escala de Berg	33,13	17,083

Ao analisarmos o equilíbrio, (TAB. 4) observa-se uma média de 33,13 demonstrando uma alteração no equilíbrio corporal, elevando o risco de queda para 100% de acordo com a escala de Berg. Isto demonstra que a incontinência urinária pode ser um fator de risco para alteração no equilíbrio, aumentando assim, o risco de quedas.

Moreira et al. (2007) ao investigar as variáveis verificadas a partir dos diagnósticos de enfermagem que têm contribuído para a alta frequência de quedas entre os idosos, constatou que a IUU é uma variável que apresentou associação significativa. Observou que do total de 2273 pessoas incluídas no estudo as maiores frações atribuíveis para fator risco de queda na população estudada, foram observadas para a incontinência urinária.

Haylen et al. (2010), comentam a associação entre IU e quedas. Estudos desenvolvidos com idosos residentes na comunidade, com desenhos epidemiológicos transversais, mostram que a IU está frequentemente associada à ocorrência de quedas nessa população, principalmente a IU de urgência (CORSINOVI et al., 2009).

Matheus et al. (2006) ainda fazem considerações relevantes sobre alterações posturais que acabam por se tornar adaptações para manutenção do equilíbrio corporal, o desequilíbrio pélvico em anteversão e consequente aumento da lordose lombar, que vão desencadear um maior tensionamento e distensão perineal, podendo prejudicar sua funcionalidade. Assim, os desequilíbrios pélvicos podem levar a um déficit na musculatura perineal e colaborar, negativamente, para continência, já que o mecanismo esfinteriano estará prejudicado. As mulheres com incontinência atrasaram a ativação de seus MAP (SMITH; COPPIETERS; HODGES, 2008).

Deste modo, nota-se que conservar a continência está sujeito a diversos fatores como controle do detrusor e fechamento uretral, sendo esses os mais importantes. Além disso, pode-se dizer que o períneo é uma região pouco conhecida pelas mulheres por não explorarem o corpo, se o mesmo estiver flácido pela inatividade muscular prejudicará a continência urinária (RAMOS; OLIVEIRA, 2010). Para evitar o surgimento da incontinência é imprescindível o funcionamento correto do trato urinário inferior envolvendo a integridade anatômica de centros e vias nervosas responsáveis por coordenar a função da musculatura lisa e estriada do aparelho urinário e pavimento pélvico (OLIVEIRA; GARCIA, 2011).

3 CONCLUSÃO

Ao traçar o perfil sócio-demográfico do presente estudo, conclui-se que as mulheres incontinentes eram mais velhas, a maioria eram casadas ou moravam com o companheiro. Ao pesquisar sobre antecedentes obstétricos, notou-se que o parto vaginal foi mais frequente que a cesárea.

Em relação aos hábitos de vida e condições clínicas, pôde-se perceber que a maior parte das entrevistadas não fumam; apenas 33,3% encontram-se no climatério, a maioria possuíam vida sexual ativa, porém 40% não tinha este hábito e encontram-se com sobrepeso.

Portanto, vale ressaltar que a incontinência urinária, patologia que atinge grande número de mulheres, e de extrema relevância para a área da saúde por se tratar de uma doença que gera certo grau de constrangimento, podendo no decorrer do tempo apresentar sérias complicações, sendo estas de caráter social, ocupacional, psicológico, físico, sexual e econômico, comprometendo a qualidade de vida dessas pessoas. Além disso, foi possível perceber que no presente estudo, a incontinência urinária apresentou-se como fator de risco para quedas, pois influencia o equilíbrio corporal.

E, sendo assim, cabe a todos os envolvidos na promoção da saúde da mulher, em especial fisioterapeutas, um comprometimento voltado para a incontinência urinária e o equilíbrio, procurando meios de orientar, tratar e prevenir tais danos gerados por esta patologia, na tentativa de identificar precocemente os distúrbios posturais, compreender as alterações do equilíbrio e realizar intervenções apropriadas na prevenção de quedas. Sugere-se uma ativação dos MAP durante manobras de desequilíbrio, demonstrando sua sinergia nesta condição; tal fato justifica o fortalecimento desta musculatura em toda a vida da mulher, tanto na prevenção de disfunções específicas quanto na diminuição do risco de quedas na vida adulta.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A.; VERAS, R.; DOIMO, L. A. Avaliação do equilíbrio estático e dinâmico de idosas praticantes de hidroginástica e ginástica. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v.1, n. 43, p. 12, 2010.
- BALDIN; N. ; MUNHOZ, E. Snowball (bola de neve): uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária. **X Congresso Nacional em Educação - Educere**. Curitiba, 2011. Disponível em: http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/4398_2342.pdf.
- BARACHO, E. L. L. S. et al. Impacto sobre a quantidade de urina perdida de uma intervenção fisioterapêutica em idosas com incontinência urinária. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 13, n. 1, p. 23-9, jan./abr, 2007.
- _____. **Fisioterapia aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e aspectos de mastologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2007.
- BARBER, M. D. et al. Sexual Function in Women With Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 99, n. 2, p. 281-9, fev., 2002.

BOCCATO, V. R. C. Metodologia da pesquisa bibliográfica na área odontológica e o artigo científico como forma de comunicação. **Revista de Odontologia da cidade de São Paulo**, v. 3, n. 14, p. 46, 2006.

BORTOLOTTI, A. et al. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in Italy. **European Urology**, v. 37, n. 1, p. 30-5, 2000.

CASTRO, R.C.O.S. **Perfil epidemiológico e qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária SUS - dependentes na região de Jaú**. Dissertação(Mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

CORSINOVI L, B.O.M.; RICAUDA A.N.; MARINELLO, R.; GARIGLIO, F.; MARCHETTO, C. et al. Predictors of falls and hospitalization out comes in elderly patients admitted to an acute geriatric unit. **Arch Gerontol Geriatr**, v. 49, n. 1, p. 142-5, 2009.

DANFORTH et al. Risk Factors for Urinary Incontinence among Middle-aged Women. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 194, n. 2, p. 339-345, fev., 2006.

DELLÚ, M. C.; ZÁCARO, P. M. D.; SCHMITT, A. C. B. Prevalência de sintomas urinários e fatores obstétricos associados. **Revista Brasileira Fisioterapia**. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/2008nahead/aop005.pdf>> Acesso em 20 set. 2017.

FIGUEIREDO, E. M. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de Serviço de Fisioterapia Uroginecológica da rede pública. **Revista Brasileira Fisioterapia**, São Carlos, v. 12, n. 2, p. 136-42, mar./abr., 2008.

GREWAR, H.; MCLEAN, L. The integrated continence system: A manual therapy approach to the treatment of stress urinary incontinence. **Manual Therapy**, v. 13, n. 1, p. 375-386, 2008.

GROSSE D, Sengler J. **Reeducação perineal: concepção, realização e transcrição em prática liberal e hospitalar**. São Paulo: Manole, 2002.

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

HALL, C. M.; BRODY, L. T. **Exercício Terapêutico na busca da função**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 409-439, 2007.

HAYLEN, B. T. et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. **International Urogynecology Journal**, v. 21, n. 5, p. 5-26, 2010.

HIGA, R.; LOPES, M. H. B. M.; REIS, M. J. Desenvolvimento de um sistema especialista para identificação de diagnóstico de enfermagem relacionado com a eliminação urinária. **Revista Brasileira Enfermagem**, v.4, n. 5, p.11, 2005.

_____. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.**, v. 40, n. 1, p. 34-41, 2006.

_____. Fatores de risco paraincontinência urinária na mulher. **Revista da Escola Enfermagem USP**, v. 42, n. 1, p. 187- 92, 2008.

IBGE, **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2004. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 18 set. 2017.

MATHEUS, L. M. et al. Influência dos exercícios perineais e dos cones vaginais, associados à correção postural, no tratamento da incontinência urinária feminina. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 10, n. 4, p. 1-6, out./dez. 2006. ISSN: 1413-3555. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v10n4/04.pdf>. Acesso em: 08 Out. 2017.

MIYAMOTO, S. T., LOMBARDI, J., BERG, K. O., RAMOS, L. R., NATOUR, J. Brazilian version of the Berg balance scale. **Braz J Med Biol Rev**, v. 37, p. 1411-21, 2004.

MOREIRA, M. D.; COSTA, A.R.; FELIPE, R.L.; CALDA, C. P. Variáveis associadas à ocorrência de quedas a partir dos diagnósticos de enfermagem em idosos atendidos ambulatorialmente. **Rev. Latinoam Enferm**, v. 15, n.2, p. 311-7, 2007.

MUJDECI, B.; AKSOY, S.; ATAS, A. Avaliação do equilíbrio em idosos que sofrem queda e aqueles que não sofrem quedas. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia** [online], v. 4, n. 6, p. 23, 2012.

OLIVEIRA, B. S. et al . Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática. **Revista Brasileira: Geriatria/Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 2014 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000300637&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 09 out. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13087>.

OLIVEIRA, J. R.; GARCIA, R. R. Cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 343-351, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v14n2/v14n2a14.pdf>. Acesso em: 10 Out. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Distrito Federal: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

PEEKER, I.; PEEKER, R. Early diagnosis and treatment of genuine stress urinary incontinence in women after pregnancy: midwives as detectives. **Journal of Midwifery and Women's Health**, v. 48, n. 1, p. 60-6, 2003.

PEREIRA, V. S. **Métodos de avaliação da musculatura do assoalho pélvico feminino**. 60f. 2013. Tese (doutorado), Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, 2013.

RAMOS, A. L.; OLIVEIRA, A. A. de C. Incontinência urinária em mulheres no climatério: efeitos dos exercícios de Kegel. **Revista Hórus, Ourinhos**, v. 4, n. 2, p. 1-12, out./dez. 2010. Disponível em: <http://www.faeso.edu.br/horus/artigos%20anteriores/2010/incontineciauri.pdf> >. Acesso em: 16 Nov. 2017.

RIBEIRO, J. P.; RAIMUNDO, A. Satisfação sexual e percepção de saúde em mulheres com incontinência urinária. **Análise Psicológica**. v. 3, n. 23, p. 305-314, 2005.

SILVA, A. P. M.; SANTOS, V. L. C. G. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 39, n.1, p. 36-45, 2005.

SMITH, M.D.; COPPIETERS, M.W.; HODGES, P.W. Is Balance Different in Women With and Without Stress Urinary Incontinence? **Neurourology and Urodynamics**. v. 27, p.71–78, 2008.

TAKAZAWA, K.; ARISAWA, K. Relationship between the type of urinary incontinence and falls among frail elderly women in Japan. **J Med Invest**, v. 52, n.4, p.165-171, 2005, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16167534>, 2005.

TAVARES, D.M.S.; GUIDETTI, G.E.C. Características sócio-demográficas, condições de saúde e utilização de serviços de saúde por idosos. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 10, n. 2, p. 299-309, 2008. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a02.htm>.

TORKESTANI, F.; ZAFARGHANDI, N.; DAVATI, A.; HADAVAND, S.H.; GARSHASBI, M. Case-controlled study of the relationship between delivery method and incidence of post-partum urinary incontinence. **JIMR**, v. 37, n. 4, p. 214-9, 2009.

TOWNSEND, M.K.; DANFORTH, K.N.; ROSNER, B.; CURHAN, G.C.; RESNICK, N.M.; GRODSTEIN, F. Physical activity and incident urinary incontinence in middle-aged women. **J Urol**, v. 179, n. 3, p. 112-6, 2007.

TROMP, A. M. et al. Predictors for Falls and Fractures in the Longitudinal Aging Study Amsterdam. **Journal Bone and Mineral Research**, v. 13, n. 12, p. 1932-39, 1998.

APÊNDICE I

ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

06/10/2015

01t1.gif (878x 1186)

Tabela 1. Escala de equilíbrio de Berg⁽¹⁾

1) Posição sentada para posição em pé Instrução: Por favor, levante-se. Tente não usar suas mãos para se apoiar.	(4) capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente (3) capaz de levantar-se independentemente utilizando as mãos (2) capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas (1) necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se (0) necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se
2) Permanecer em pé sem apoio Instrução: Por favor, fique em pé por 2 minutos sem se apoiar. Se o paciente for capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, dê o número total de pontos o item Nº 3. Continue com o item Nº 4.	(4) capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos (3) capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão (2) capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio (1) necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio (0) incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio
3) Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho Instrução: Por favor, fique sentado sem apoiar as costas com os braços cruzados por 2 minutos.	(4) capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos (3) capaz de permanecer sentado por 2 minutos sob supervisão (2) capaz de permanecer sentado por 30 segundos (1) capaz de permanecer sentado por 10 segundos (0) incapaz de permanecer sentado sem apoio durante 10 segundos
4) Posição em pé para posição sentada Instrução: Por favor, sente-se.	(4) senta-se com segurança com uso mínimo das mãos (3) controla a descida utilizando as mãos (2) utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida (1) senta-se independentemente, mas tem descida sem controle (0) necessita de ajuda para sentar-se
5) Transferências Instrução: Arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra para uma transferência em pivô. Peça ao paciente para transferir-se de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa.	(4) capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos (3) capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos (2) capaz de transferir-se seguindo orientações verbais e/ou supervisão (1) necessita de uma pessoa para ajudar (0) necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar para realizar a tarefa com segurança
6) Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados Instrução: Por favor, fique em pé e feche os olhos por 10 segundos.	(4) capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança (3) capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão (2) capaz de permanecer em pé por 3 segundos (1) incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé (0) necessita de ajuda para não cair
7) Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos Instrução: Junte seus pés e fique em pé sem se apoiar.	(4) capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com segurança (3) capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com supervisão (2) capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 30 segundos (1) necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos (0) necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos
8) Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé Instrução: Levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar a frente o mais longe possível.	(4) pode avançar a frente >25 cm com segurança (3) pode avançar a frente >12,5 cm com segurança (2) pode avançar a frente >5 cm com segurança (1) pode avançar a frente, mas necessita de supervisão (0) perde o equilíbrio na tentativa, ou necessita de apoio externo
10) Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé Instrução: Vire-se para olhar diretamente atrás de você por cima do seu ombro esquerdo sem tirar os pés do chão. Faça o mesmo por cima do ombro direito.	(4) olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição do peso (3) olha para trás somente de um lado, o lado contrário demonstra menor distribuição do peso (2) vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio (1) necessita de supervisão para virar (0) necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair
11) Girar 360 graus Instrução: Gire-se completamente ao redor de si mesmo. Pausa. Gire-se completamente ao redor de si mesmo em sentido contrário.	(4) capaz de girar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos (3) capaz de girar 360 graus com segurança somente para um lado em 4 segundos ou menos (2) capaz de girar 360 graus com segurança, mas lentamente (1) necessita de supervisão próxima ou orientações verbais (0) necessita de ajuda enquanto gira
12) Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio Instrução: Toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho. Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banquinho quatro vezes.	(4) capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos (3) capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em >20 segundos (2) capaz de completar 4 movimentos sem ajuda (1) capaz de completar >2 movimentos com o mínimo de ajuda (0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair
13) Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente Instrução: Coloque um pé diretamente à frente do outro na mesma linha, se você achar que não irá conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro pé e levemente para o lado.	(4) capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, e permanecer por 30 segundos (3) capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado, independentemente, e permanecer por 30 segundos (2) capaz de dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos (1) necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos (0) perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé
14) Permanecer em pé sobre uma perna Instrução: Fique em pé sobre uma perna o máximo que você puder sem se segurar.	(4) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por >10 segundos (3) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 segundos (2) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por ≥ 3 segundos (1) tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente (0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair

APÊNDICE II
INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

I – IDENTIFICAÇÃO

Iniciais do nome: _____ Código de Identificação: _____ Data: _____

Endereço: _____ Tel: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

Idade: (anos completos). _____

Faixa etária:

1- 18|-30

2- 30|-45

3- 45|-60

4- 60 ou mais

II – DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E ANTECEDENTES CLÍNICOS E OBSTETRICOS

ESCOLARIDADE:

Atenção: deverá ser anotado quantos anos estudou sem repetir a mesma série.

99- Ignorado

Faixa de escolaridade.

1- sem escolaridade

2- 1 | 4 anos de estudo

3- 4 | 8 anos de estudo

4- 8 anos de estudo

5- 9 | 11 anos de estudo

6- 11 ou mais anos de estudo

QUAL A SUA RENDA INDIVIDUAL:

1 - sem renda 2 - Menos que 1 salário mínimo 3 - 1 salário mínimo

4 - de 1 a 3 salários mínimo 5 - de 3 a 5 salários mínimo 6 – mais de 5 salários mínimo

PROFISSÃO: _____

ESTADO CONJUGAL:

1- casada ou mora com companheiro

2- separada/desquitada/divorciada

3- viúva

4- solteira

PESO: _____ **ALTURA:** _____

FUMANTE: 1- Sim 2- Não

OBESIDADE: 1- Sim 2- Não

MENOPAUSA: 1- Sim 2- Não

VIDA SEXUAL ATIVA: 1- Sim 2- Não

INCONTINÊNCIA URINÁRIA: 1- Sim 2- Não

CONSTIPAÇÃO INTESTINAL: 1- Sim 2- Não

INGESTÃO DE LÍQUIDOS:

1- menor que 1 litro 2- 1 a 3 litros 3- maior que 3 litros

PATOLOGIAS ASSOCIADAS: _____

NÚMERO DE PARTOS:

1- Nenhum 2- 1 | 2 3- 2 | 4 4- mais que 4

TIPO DE PARTOS:

1- Vaginal nº () – Uso de fórceps 1- Sim 2- Não

() - Episiotomia 1- Sim 2- Não

2- Cesárea nº () 3- Ambos nº ()

- **Intercorrências no parto** 1- Sim 2- Não Qual (is)??? _____

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNICERP – CENTRO UNIVERSITÁRIO DO CERRADO - PATROCÍNIO COEP – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO UNICERP TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Avaliação do Equilíbrio em Mulheres Com e Sem Incontinência Urinária.

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo Avaliação do Equilíbrio em Mulheres Com e Sem Incontinência Urinária. Com isso você poderá contribuir com os avanços na área da saúde, já que tais avanços só podem dar-se por meio de estudos como este, por isso a sua participação é muito importante. Este estudo tem como objetivo Avaliar **o Equilíbrio em Mulheres Com e Sem Incontinência Urinária** caso você participe, será necessário *responder a questionário e ser entrevistado*. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

CONSENTIMENTO

Eu, _____ (*nome do voluntário*), li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi o propósito e a relevância deste estudo e o(s) procedimento(s) a(os) que(ais) serei submetido. As explicações que recebi esclarecem os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que tenho liberdade para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não me trará nenhum prejuízo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo. Patrocínio, 10/11/2016.

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Orientadora: Ma. Kelly Christina de Faria

Ana Carolina Oliveira Fernandes

Telefone de contato dos pesquisadores: (34)99166-1125 / (34)99234-9618

ANEXO B- PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO DE PROJETO



**COORDENADORIA DE PESQUISA E EXTENSÃO DO UNICERP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO COEP/UNICERP
PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO DE PROJETO DE PARA
APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS**

1. PROJETO DE PESQUISA:

PROTOKOLO Nº 20161450 F15022

1.1. TÍTULO DO PROJETO:

AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO EM MULHERES COM E SEM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

1.2. PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Nome: Kelly Christina de Faria
 Identidade: 103 513 54 CPF: 040.636.626-83
 Endereço: Rua Gervásio Marques da Silveira nº 151
 Correio eletrônico: kellynhafisiofaria@gmail.com
 Telefone: 34 99166-1125 Fax:

1.3. INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL:

UNICERP, CENTRO UNIVERSITÁRIO DO CERRADO PATROCÍNIO.

1.4. PROJETO APROVADO EM

Recebido no COEP/UNICERP em: 18/11/2016 Para o relator em: 23/11/2016

Parecer avaliado em reunião de: 15/12/2016 Aprovado: 15/12/2016

Não aprovado: / /

Diligência/pendências: / /


 Prof. M. A. Drumond Lage
 COEP-UNICERP
 Diretor(a) da Unidade