

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE

FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO NORTE

SURYA DE PAULA CONSTANTINO DE OLIVEIRA

ANÁLISE COMPARATIVA DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM
INCONTINÊNCIA URINÁRIA PÓS PROSTATECTOMIA RADICAL SUBMETIDOS À
ELETROESTIMULAÇÃO

ANÁLISE COMPARATIVA DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM
INCONTINÊNCIA URINÁRIA PÓS PROSTATECTOMIA RADICAL SUBMETIDOS À
ELETROESTIMULAÇÃO

Monografia apresentada ao Curso de
Farmácia da Faculdade Natansense Para o
Desenvolvimento do Rio Grande do Norte para
obtenção do título de Bacharel em Farmácia

Orientadora: Lílian Lúcia Lacerda F. Galvão

NATAL-RN

2010

SURYA DE PAULA CONSTANTINO DE OLIVEIRA

ANÁLISE COMPARATIVA DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM
INCONTINÊNCIA URINÁRIA PÓS PROSTATECTOMIA RADICAL SUBMETIDOS À
ELETROESTIMULAÇÃO

Monografia apresentada à Faculdade Natalense para o desenvolvimento do Rio
Grande do Norte - FARN, como parte dos requisitos para obtenção do título de
Bacharel em Fisioterapia.

ANÁLISE COMPARATIVA DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM
INCONTINÊNCIA URINÁRIA PÓS PROSTATECTOMIA RADICAL SUBMETIDOS À
ELETROESTIMULAÇÃO

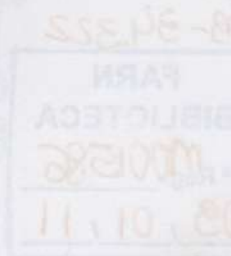
BANCA EXAMINADORA

Monografia apresentada ao Curso de
Fisioterapia da Faculdade Natalense Para o
Desenvolvimento do Rio Grande do Norte para
obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia

Orientadora: Lílían Lira Lisboa F. Galvão.

NATAL-RN

2010



Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Oliveira, Surya de Paula Constantino de

Análise Comparativa da Qualidade de Vida dos Pacientes com Incontinência urinária Pós Prostatectomia Radical Submetidos à Eletroestimulação. / Surya de Paula Constantino de Oliveira. – Natal: FARN, 2010.

56 f.

Orientador: Lilian Lira Lisboa F. Galvão (Msc.)

Monografia (Bacharel em Fisioterapia) – Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Fisioterapia – Monografia. 2. Cinesioterapia – Monografia. 3. Terapia por exercícios – Monografia. I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 615.825

RB-34.322



M
615.825
051a
2010
ex 01

SURYA DE PAULA CONSTANTINO DE OLIVEIRA

ANÁLISE COMPARATIVA DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM
INCONTINÊNCIA URINÁRIA PÓS PROSTATECTOMIA RADICAL SUBMETIDOS À
ELETROESTIMULAÇÃO

Monografia apresentada a Faculdade Natalense para o desenvolvimento do Rio Grande do Norte- FARN, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Lílian Lira Lisboa F. Galvão (Ms)

Orientador

Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do norte.

Prof.^a Mabel Araújo de Souza (Esp)

Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do norte.

Prof.^a Adriana Jussara de Oliveira Brandão (Esp)

Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, irmãos, minha esposa Juliana de Paula, meu filho Davi e a toda minha família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

A minha orientadora Lilian Lisboa, que com muita paciência e sabedoria soube administrar minhas decisões quanto à realização deste trabalho, e me deu muitas dicas úteis sobre o tema e me orientado sabiamente.

À Profa. Mabel Araújo, pela paciência, sabedoria, estímulo e confiança.

A Tatianne Alves, pelo fornecimento de materiais que me auxiliaram na conclusão de meu trabalho.

A meus colegas que me deram incentivo para realizar este trabalho e me deram forças nas horas de desolação.

A todos que voluntariamente ou involuntariamente colaboraram para a conclusão deste trabalho, para que o estudo fosse realizado.

E por fim a todos os professores que me passaram seus conhecimentos ao longo destes 4 anos e meio de faculdade, a todos vocês, os meus singelos e sinceros agradecimentos.

PALAVRA-CHAVE: prostatectomia radical; incontinência urinária; cinesioterapia; neuro estimulação.

Resumo

INTRODUÇÃO: O câncer de próstata é a neoplasia mais freqüente no homem brasileiro, manifestando-se quase sempre após dos 50 anos, porém sua taxa de mortalidade é relativamente baixa o que em parte reflete bom prognóstico. Dentre as modalidades de tratamento está a Prostatectomia Radical (PTR), considerado o método mais eficaz para esse tipo de câncer. No entanto, essa modalidade cirúrgica causa algumas complicações, entre elas a Incontinência Urinária (IU), sendo difícil seu tratamento e que causa um impacto negativo na qualidade de vida do indivíduo. A fisioterapia surge como uma forma terapêutica para incontinência urinária, em que utiliza recursos como cinesioterapia com exercícios perineais e eletroestimulação, sugeridos para melhora dos sintomas e favorecer o retorno do controle urinário. O estudo objetivou investigar a influência do eletroestimulação T10/L2 comparado a eletroestimulação S2/S4 na qualidade de vida de pacientes prostatectomizados com incontinência urinária. Embora não tenha ainda grande aceitação na IU, é uma alternativa eficaz de tratamento para pacientes com, sendo que a maioria dos pacientes pode atingir melhoras de 50 a 90% em seus sintomas com o tratamento conservador. Nesse estudo todos os pacientes apresentaram redução nas suas queixas, no entanto vê-se a necessidade de um número maior da amostra e também no tempo de tratamento.

PALAVRA-CHAVE: prostatectomia radical; incontinência urinária; cinesioterapia; eletro estimulação.

ABSTRACT

COMPARATIVE ANALYSIS OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH URINARY INCONTINENCE AFTER RADICAL PROSTATECTOMY UNDERGOING ELECTROSTIMULATION

1Surya Paula Constantino de Oliveira

2Lilian Lira Lisboa Fernandes Galvão

BACKGROUND: Prostate cancer is the most common cancer in the among Brazilian man, manifesting itself mostly after age 50, but its mortality rate is relatively low, which partly reflects good prognosis. Among the types of treatment is radical prostatectomy (PTR), considered the most effective method for this type of cancer. However, this type of surgery causes some complications, including urinary incontinence (UI), its treatment is difficult causing a negative impact on quality of life of the individual. Physical therapy emerges as a form of therapy for urinary incontinence which uses features such as

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1. OBJETIVO GERAL	10
1.2. OBJETIVO ESPECÍFICO	10
2. REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1. Pelve	11
2.2. DIAFRAGMA PÉLVICO	11
2.3. ARTICULAÇÕES DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS	12
2.4. ESTÁTICA DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS	12
2.5. ÓRGÃOS GENITAIS MASCULINOS INTERNOS	13
2.5.1. TESTÍCULOS	13
2.5.2. EPIDÍDIMO	13
2.5.3. DUCTOS DEFERENTES	14
2.5.4. VESÍCULAS SEMINAIS E CANAIS EJACULATORIOS	14
2.5.5. PRÓSTATA	14
2.5.6. GLÂNDULAS BULBOURETRAIS	15
2.6. ÓRGÃOS GENITAIS MASCULINOS EXTERNOS	15
2.6.1. PÊNIS	15
2.6.2. ESCROTO	15
2.7. CIRCULAÇÃO E INERVAÇÃO	16
2.8. PERÍNEO	16
2.9. ASSOALHO PÉLVICO	17
2.9.1. MÚSCULOS	17
2.10. SISTEMA URINÁRIO (TRATO URINÁRIO)	18
2.10.1. RINS	18
2.10.2. URETERES	18
2.10.3. BEXIGA	19
2.10.4. URETRA	19
2.11. FISILOGIA DA MICÇÃO	20
2.12. FISILOGIA DA CONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA	21
2.13. ELETROESTIMULAÇÃO	21
2.14. CÂNCER DE PRÓSTATA	22

2.14.1.	DIAGNÓSTICO	22
2.14.2.	TRATAMENTO	23
2.15.	INCONTINÊNCIA URINÁRIA.....	23
2.16.	CLASSIFICAÇÃO DAS INCONTINÊNCIAS URINÁRIAS.....	24
2.16.2.	INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE URGÊNCIA	24
2.16.3.	INCONTINÊNCIA URINÁRIA MISTA.....	24
2.16.4.	INCONTINÊNCIA VESICAL	25
2.16.5.	INSTABILIDADE URETRAL	25
2.17.	MECANISMOS QUE GERAM A INCONTINÊNCIA URINÁRIA PÓS- OPERATÓRIO	25
2.18.	AVALIAÇÃO	26
2.18.1.	ESCALA ANALÓGICA VISUAL E ESCALA ANALÓGICA DO PROBLEMA	26
2.18.2.	QUESTIONÁRIO DA QUALIDADE DE VIDA	26
2.18.3.	DIÁRIO MICCIONAL.....	26
2.18.4.	PAD TEST	27
3.	METODOLOGIA.....	28
3.1.	CASUÍSTICA.....	28
3.2.	CRONOGRAMA	29
3.3.	CARACTERÍSTICA DA PESQUISA.....	29
3.4.	MATERIAL.....	30
3.5.	PROCEDIMENTOS.....	30
3.6.	ANALISE DOS DADOS.....	32
4.	DESCRIÇÃO E ANALISE DOS RESULTADOS	33
4.1.	DESCRIÇÃO DOS DADOS COLETADOS	33
4.2.	ANÁLISE DOS DADOS.....	35
5.	CONCLUSÃO	38
	ANEXOS	44
	APÊNDICES.....	49

1. INTRODUÇÃO

O câncer é uma das doenças que mais afeta a Qualidade de Vida, onde culturalmente a morte é estigmatizada. O câncer de próstata é um dos de maior prevalência entre homens, porém sua taxa de mortalidade é relativamente baixa, o que em parte, reflete bom prognóstico (GOMES, 2008; NACCARATO, 2004).

O câncer de próstata é a neoplasia mais freqüente no homem brasileiro, manifestando-se quase sempre depois dos 50 anos de idade. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o número de novos casos estimados para 2008 e 2009 era de 49.530.

Os fatores de risco para o câncer de próstata são, na maioria, desconhecidos e inevitáveis, no entanto os dois fatores que apresentam certo consenso entre as fontes no que se refere ao aumento do risco são a idade e história familiar. A sua causa pode ainda estar relacionada a hábitos alimentares (KUBAGAWA, 2006; GOMES, 2008).

O tratamento dessa malignidade pode envolver cirurgia com suas modalidades, radioterapia, terapia hormonal e quimioterapia (TORTORA, 2002).

A Prostatectomia Radical, procedimento cirúrgico mais antigo, é um eficiente método de tratamento do câncer de próstata localizado. Contudo, esse tipo de cirurgia causa diversas complicações, entre elas a incontinência urinária, onde é de difícil tratamento e que causa um impacto negativo na qualidade de vida do indivíduo, bem como infecções no trato urinário, dermatites e constrangimento, afetando densamente sua auto-estima (KAKIHARA, 2007).

A incontinência Urinária afeta adversamente a qualidade de vida, levando a implicações importantes em muitas esferas como a psicológica, social, física, econômica, do relacionamento pessoal e sexual. Nesse contexto, a incontinência urinária apresenta-se não apenas como uma ameaça à auto-estima, mas como fator de isolamento social e depressão. (TAMANINI, 2004)

Segundo Arruda (2007), para tratamento da Incontinência Urinária, a fisioterapia surge como uma forma terapêutica, em que utiliza recursos como a Eletroestimulação, cinesioterapia e terapia comportamental.

1.1. OBJETIVO GERAL

Investigar a influência do tratamento com Eletroestimulação na qualidade de vida dos pacientes com incontinência urinária pós prostatectomia radical.

1.2. OBJETIVO ESPECIFICO

Analisar a influência da Eletroestimulação T10/L2 e Eletroestimulação S2/S4 nas queixas clínicas de incontinência urinária.

Correlacionar as perdas urinárias com a qualidade de vida antes e após o tratamento.

Quantificar e comparar as perdas urinárias dos pacientes antes e após tratamento.

2.2. DIAFRAGMA PÉLVICO

O diafragma pélvico é a denominação do conjunto anatómico formado pelos músculos levanteiro do ânus e levanteiro da vagina, que cobrem as faces superior e inferior. O diafragma pélvico tem forma de tenda invertida ou de funil invertido, isto é, o fundo está na parte superior e a borda inferior é mais baixa (LACERDA, 1999).

O diafragma da pelve consiste dos músculos levanteiro do ânus e levanteiro da vagina e dos músculos que cobrem as faces superior e inferior. Estes músculos são parte do diafragma da pelve, e este também incluem a fascia perineal que cobre

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. *PELVE*

A pelve compõe a parte inferior do tronco e é constituída por um anel ósseo, formado pelos ossos do quadril (isquio, ílio e púbis), sacro e cóccix, protegendo os órgãos do sistema reprodutor, urinário e a porção final do canal alimentar. A inserção e o trajeto dos ligamentos sacro-espinhal e sacro-tuberal transformam as incisuras isquiáticas em forames isquiáticos maior e menor (DÂNGELO, 2007).

O esqueleto da pelve é formado pelo sacro e cóccix e pelos dois ossos ilíacos que se fundem anteriormente para formar a sínfise púbica. A verdadeira pélvis feminina difere da masculina por ser mais rasa, por ter lados mais retos, um ângulo mais amplo entre o ramo púbico na sínfise e uma saída pélvica proporcionalmente mais larga. (MORENO, 2004; POLDEN, 2000).

A pelve masculina tende a apresentar ossos mais pesados, com relevos mais salientes e cavidade pélvica, pelve menor mais profunda. O estreito superior apresenta-se com a forma de "copas" de baralho e o ângulo sub-púbico. (DÂNGELO; FATTINI, 2007)

2.2. *DIAFRAGMA PÉLVICO*

O diafragma pélvico é a denominação do conjunto anatômico formado pelos músculos coccígeo e levantador do ânus que limitam a cavidade pélvica inferiormente (caudalmente) e das fâscias que cobrem as suas faces superiores e inferiores. O diafragma pélvico tem forma de tenda invertida ou de funil inserindo-se, lateralmente, num nível mais elevado que a porção central, que é mais baixa. (LACERDA, 1999)

O diafragma da pelve consiste dos músculos levantadores do anus e coccígeos e das fâscias que cobrem as suas faces superior e inferior. Estas fâscias são parte da fâscia parietal da pelve, e esta também incluem a fâscia parietal que cobre

as paredes laterais e posterior da pelve. A fáscia visceral da pelve está associada com os órgãos. (WILLIAMS, 1995)

2.3. ARTICULAÇÕES DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS

Os ossos pélvicos são unidos por quatro articulações. Duas articulações cartilaginosas e duas sinoviais. A articulação sacrococcígea e a sínfise púbica conferem as do tipo cartilaginosas e são circulares por fortes ligamentos anteriores e posteriormente. E as articulações sacrílicas são do tipo sinoviais. Estas são estabilizadas pelos ligamentos sacrílicos, lombar, lombossacro lateral, sacrotuberal e o sacroespinal. (BEREK, 1998)

A pelve é dividida na pelve maior e menor por um plano oblíquo que atravessa o promontório sacral, a linha terminal (linha arqueada do ílio), a linha pectínea da pube, a crista púbica e a borda superior da sínfise púbica. Este plano situa-se ao nível da abertura superior da pelve (entrada da pelve) ou borda da pelve. (BEREK, 1998)

2.4. ESTÁTICA DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS.

A manutenção da estática dos órgãos pélvicos depende de dois papéis: a de sustentação e suspensão. (BASTOS, 1998)

A suspensão é exercida pela fáscia pélvica visceral e por uma porção de tecido conjuntivo denominada de paramétrio. E o aparelho de sustentação, de cuja formação participa tecido músculo aponeurótico, é o que se denomina assoalho pélvico. Compõe-se de dois diafragmas: o pélvico e o urogenital. (BASTOS, 1998)

2.5. ÓRGÃOS GENITAIS MASCULINOS INTERNOS.

2.5.1. TESTÍCULOS

Os testículos são glândulas ovais, pares, medindo cerca de 5 cm de comprimento e 2,5 de diâmetro. Apresentam células espermatogênicas responsáveis pela produção de esperma. (TORTORA, 2002)

Os testículos têm duas funções inter-relacionadas: a produção de gametas (espermatogênese) e a produção de esteróides. Cada testículo consiste em túbulos seminíferos altamente espiralados onde são produzidos os espermatozóides. (WILLIAMS, 1995)

Estes túbulos estão contidos em lóbulos, que são formados por septos fibrosos estendidos a partir da túnica albugínea. A túnica albugínea forma a primeira capa protetora interna dos túbulos seminíferos, do saco escrotal. Entre os túbulos encontram-se as células de Leydig ou células intersticiais que são células endócrinas onde são produzidos hormônios esteróides, entre os quais a testosterona. (WILLIAMS, 1995)

2.5.2. EPIDÍDIMO

O epidídimo é um órgão formado pelo ducto do epidídimo, um tecido muscular circundante e um tecido conjuntivo vascularizado. O epidídimo desempenha papel fundamental no desenvolvimento do espermatozóide funcional, proporcionando um ambiente essencial e alguns produtos moleculares necessários à sua maturação. O ducto do epidídimo apresenta epitélio pseudo estratificado cilíndrico e as células que chegam até a luz têm como principal característica a presença de estereocílios. Estas células têm função absorviva e secretora. (WILLIAMS, 1995)

2.5.3. DUCTOS DEFERENTES

Os ductos deferentes são dois tubos ocos com septos revestidos por tecido muscular que se iniciam como continuação do ducto do epidídimo e termina na porção prostática da uretra. Tem como missão o transporte dos espermatozóides em direção ao exterior (DANGELO, 2007)

2.5.4. VESÍCULAS SEMINAIS E CANAIS EJACULATORIOS

As vesículas Seminais são estruturas saculiformes alongadas e contorcidas, que medem aproximadamente 5 cm de comprimento e localizam-se entre a face posterior da bexiga e do reto. O líquido seminal produzido por essas glândulas segue pelos canais ejaculatórios para o exterior. Esse líquido é amarelado, ligeiramente alcalino, viscoso e rico em frutose. (WILLIAMS, 1995)

Os dois canais ejaculatórios unem-se a extremidade dos ductos deferentes e atravessam a próstata formando o ducto ejaculatório e deságuam na uretra, para onde transportam os espermatozóides e o líquido seminal no momento da ejaculação. (DANGELO e FANTINI, 2007; WILLIAMS, 1995)

2.5.5. PRÓSTATA

A próstata é um órgão sólido com a forma e o tamanho de uma castanha, o qual se encontra situado por baixo da bexiga e à frente do reto, atravessada no seu centro pela primeira porção da uretra e na sua parte posterior pelos canais ejaculadores que deságuam na mesma. Trata-se essencialmente de um órgão glandular, constituído por inúmeras estruturas tubulares ocas interiormente revestidas por células que se encarregam da produção de uma secreção pertencente à constituição do sêmen, com elementos nutritivos para os espermatozóides. (WILLIAMS, 1995)

A união dos vários túbulos entre si proporciona a formação de cerca de vinte canais que liberam, através de estreitas aberturas na uretra, na qual chegam ao momento da ejaculação, a secreção da próstata juntamente com o líquido proveniente das vesículas seminais e os espermatozóides provenientes dos testículos. (GARDEN, 1992)

2.5.6. GLÂNDULAS BULBOURETRAIS

São estruturas pares com cerca de 1cm de diâmetro. Durante o estímulo sexual, as glândulas bulbouretrais secretam uma substância clara e viscosa semelhante a muco que, provavelmente, atua como lubrificante para a uretra. (DANGELO, 2007)

2.6. ÓRGÃOS GENITAIS MASCULINOS EXTERNOS

2.6.1. PÊNIS

O pênis é um órgão cilíndrico situado na parte inferior do tronco, cujo interior é atravessado pela uretra. É possível distinguir três porções no órgão: a raiz, o corpo e a glande, em cuja ponta se encontra a abertura da uretra para o exterior, o óstio externo da uretra. O interior do pênis é constituído por um tecido erétil específico, composto por inúmeros septos de fibras conjuntivas e musculares que proporcionam o aumento do seu tamanho e consistência. (DANGELO, 2000)

O exterior do pênis é o limite entre o corpo do pênis e a glande, evidenciando um manto de pele denominado prepúcio, que reveste toda a extremidade do pênis e pode retrair-se, quer seja através de uma oportuna manobra manual ou de forma espontânea no momento da ereção. (DANGELO, 2000)

2.6.2. ESCROTO

O escroto é uma espécie de bolsa suspensa na raiz do pênis, na qual se encontram os testículos. (SNELL, 1995)

2.7. CIRCULAÇÃO E INERVAÇÃO

O abastecimento sanguíneo é realizado por meio dos ramos colaterais perineais da artéria pudenda interna, que por sua vez é um ramo da artéria ilíaca interna. Os vasos pudendos passam imediatamente inferior e medialmente à espinha isquiática e posteriormente ao ligamento sacro espinhal. (PELOZO; GARBELLOTTI, 2004)

2.8. PERÍNEO

O períneo é conjunto de partes moles que fecha inferiormente a pelve. Tem representação cutânea em forma de losango, cujos vértices se localizam: o anterior, na parte inferior as sínfise do púbis, os laterais, nos tubérculos isquiáticos e o posterior, na ponta do cóccix. Este losango, através da linha isquiática, divide-se em dois triângulos, anterior, triângulo ou trígono urogenital, atravessado no homem pela uretra. O triângulo ou trígono posterior anal, com poucas diferenças sexuais, é atravessado pela parte terminal do sistema digestivo. (HERING E SROUGI, 1998)

Na região urogenital se encontram os músculos do diafragma urogenital e os músculos do espaço superficial do períneo: o diafragma urogenital com fáscia superior do diafragma urogenital, músculo esfíncter da uretra, músculo transverso profundo do períneo e fáscia inferior do diafragma urogenital. No espaço superficial do períneo encontramos o músculo transverso superficial do períneo, músculo isquiocavernoso, músculo bulbo esponjoso e fáscia superficial do períneo. (HERING E SROUGI, 1998)

Na região anal, encontramos o músculo esfíncter externo do ânus, músculo de elementos lisos, músculo retococcígeo e tela subcutânea da região anal. (DUBERNARD & ABBOU, 2004)

A irrigação do períneo é feita por ramos das artérias ilíaca interna e externa. As veias seguem as artérias e terminam nas veias ilíacas internas e externas. Os vasos linfáticos drenam para os linfonodos inguinais e ilíacos. A inervação é feita por ramos

dos plexos lombares e sacrais. (DUBERNARD e ABBOU, 2004; GUYTON ; HALL, 1997)

2.9. ASSOALHO PÉLVICO

O assoalho pélvico é uma lâmina muscular composta de múltiplas camadas que se estende entre o púbis e o cóccix, formando o suporte inferior da cavidade abdômino-pélvica. Este é perfurado pela uretra, reto e consiste em dois grupos de músculos: o diafragma urogenital e diafragma pélvico. (DANGELO, 2007)

É composto pelo peritônio (membrana serosa que reveste o abdome e reflete-se sobre as vísceras) e pelo diafragma da pelve (formados pelos músculos levantador do ânus e pequenos músculos ísquio-coccígeos e suas fâscias de revestimento. (WILLIAMS, 1995)

2.9.1. MÚSCULOS

Diafragma pélvico: o diafragma pélvico é uma divisão fibromuscular afunilada que forma a estrutura de sustentação primária do conteúdo pélvico. É composto pelos músculos elevador do ânus e coccígeos, juntamente com suas fâscias superiores e inferiores. Forma o teto da fossa isquiorectal. (BEREK, 1998)

Elevador do ânus: o elevador do ânus é composto pelo pubo-coccígeo. É uma folha larga e curva de músculos que se estendem da pelve anteriormente e do cóccix posteriormente e de um lado a outro da pelve. (BEREK, 1998)

Diafragma Urogenital: os músculos do diafragma urogenital reforçam o diafragma anteriormente e estão relacionados com a uretra. Estão encerrados entre as fâscias inferior e superior do diafragma urogenital. Os músculos incluem o transversos profundo do períneo e o esfíncter uretral. (BEREK, 1998)

2.10. SISTEMA URINÁRIO (TRATO URINÁRIO)

O sistema urinário está constituído pelos rins que produzem a urina, os ureteres que transportam a urina para a bexiga urinária onde ela é armazenada temporariamente, e a uretra que transporta a urina para o meio externo. (DANGELO, 2007)

2.10.1. RINS

Os rins são dois órgãos marrom-avermelhados situados na parede posterior da cavidade abdominal, um em cada lado da coluna vertebral. Medem aproximadamente 11 cm de comprimento, se estendendo desde o nível da décima primeira ou décima segunda vértebra torácica até a terceira vértebra lombar e possuem um capuz formado pela glândula supra-renal. (DANGELO, 2007)

2.10.2. URETERES

Ureteres são tubos de músculo liso cujas contrações peristálticas conduzem urina dos rins para a bexiga urinária. (WILLIAMS, 1995)

O ureter atravessa a abertura inferior da pelve na frente da bifurcação da artéria ilíaca comum. Ele corre para baixo e para trás, na frente da artéria ilíaca. O ureter corre então para frente, lateralmente ao fórnice lateral da vagina, para penetrar na bexiga. (SNELL, 1995)

2.10.3. BEXIGA

A bexiga urinária é um órgão músculo-esquelético, oco, responsável pela dupla função, a de armazenar e evacuar a urina. (SNELL, 1995)

A bexiga urinária está situada imediatamente posterior aos ossos púbis. Dentro da pelve. Ela é um receptáculo para o armazenamento de urina. A bexiga possui uma forte parede muscular. Sua forma e relação variam de acordo com a quantidade de urina que ela contém. A bexiga vazia tem a forma piramidal, com um ápice, uma base, um colo, uma face superior e duas faces ínfero-laterais. (SNELL, 1995)

Segundo Tortora (2002), a capacidade média da bexiga é de 700-800 mL sendo menor nas mulheres devido o útero ocupar o espaço imediatamente acima da bexiga.

2.10.4. URETRA

É um tubo fibromuscular que dá passagem a urina da bexiga para o exterior. No homem, na maior parte do seu trajeto, dá passagem também ao líquido seminal. (DANGELO, 2007)

A uretra é um tubo longo, pois inicia no colo da bexiga, atravessa a próstata, o diafragma pélvico, o diafragma urogenital, a raiz e o corpo do pênis, para abrir-se no óstio externo da uretra na glândula do pênis. (DANGELO, 2007)

Segundo Tortora (2002), a uretra masculina é subdividida em três regiões anatômicas: a parte prostática que passa através da próstata; a parte membranácea, a mais curta, que passa através do diafragma urogenital; e a parte esponjosa, a parte mais longa que passa através do pênis.

2.11. FISILOGIA DA MICÇÃO

De acordo com Polden e Mantle e (2002), o ato de urinar é chamado de micção, e normalmente é alcançada pelo relaxamento voluntário por mediação cortical do esfíncter externo e dos músculos elevadores do ânus, e alguns segundos depois pela contração do detrusor, junto com o leve encurtamento e abertura da uretra que se relaxa, esvaziando assim em pouco tempo a bexiga firme e contínua.

O trato urinário inferior tem como função armazenar uma quantidade adequada de urina sob baixa pressão intravesical e sem perda, eliminando a urina adequadamente e em intervalos apropriados (FREITAS, MENKE e RIVOIRE, 1993)

A parede da bexiga é ricamente suprida com receptor de estiramento cuja descarga é proporcional à tensão intramural. À medida que a bexiga começa a encher, as fibras aferentes parassimpáticas levam esses impulsos até o centro sacral da micção (S2-S4) de onde ascendem pelos tratos espinotalâmicos laterais, e são então enviados de volta até a ponte, onde existem áreas capazes de excitar ou inibir o centro sacral. (ZANATTA, 2003)

O ciclo de micção se dá pela alternância das fases de enchimento e esvaziamento, que permite que uma pessoa seja continente da urina. A função vesical acontece em 2 fases, fase do enchimento e fase do esvaziamento. (POLDEN; MANTLE, 2002)

Segundo Grosse e Sengler (2002), a fase de enchimento ocorre quando a bexiga consegue acumular quantidades crescentes de urina em seu interior sem variações significativas de pressões (complacência vesical).

A segunda fase, a de esvaziamento, se dá pelo reflexo nervoso, denominado reflexo da micção. Esse reflexo promove a estimulação da contração do músculo detrusor associada ao relaxamento esfíncteriano e dos músculos elevadores do ânus, permitindo que a bexiga elimine seu conteúdo através de uma inversão desse gradiente de pressão. A uretra se encurta, o que diminui a resistência do fluxo. A bexiga libera seu conteúdo sob controle voluntário. A ativação dos receptores colinérgicos parassimpático no músculo detrusor estimula a sua contração e a micção começa. (GROSSE E SENGLER, 2002)

A micção voluntária é, habitualmente, iniciada da seguinte maneira: o indivíduo contrai voluntariamente os músculos abdominais, aumentando a pressão na bexiga e permitindo a entrada sob pressão da urina adicional no colo vesical e na uretra posterior, distendendo assim suas paredes. Isso estimula os receptores de estiramento, o que excita o reflexo de micção, inibindo o esfíncter uretral externo. (GUYTON; HALL, 1997)

2.12. FISIOLOGIA DA CONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA

A Continência Urinária depende da integridade do esfíncter interno no colo vesical; do mecanismo uretral passivo formado pelo segmento prostático e membranoso; do esfíncter externo no assoalho pélvico, que depende da integridade de fibras musculares estriadas de contrações rápidas, de caráter voluntário, que facilmente entram em fadiga. O esfíncter externo tem importância na continência durante aumentos súbitos da pressão intra-abdominal. (KAKIHARA, 2007)

Entretanto, para Elbadawi (1996), o mecanismo de continência é composto por estrutura muscular contínua: base da bexiga, colo da bexiga e uretra infravesical suplementada pelo rabdoesfíncter (mecanismo contínuo). A principal diferença é o mecanismo contínuo ou intermitente.

2.13. ELETROESTIMULAÇÃO

Os primeiros estudos relacionados à utilização da eletroestimulação no tratamento da incontinência urinária tem indícios por volta de 1952, posteriormente a Caldwell, que introduziu a prática clínica para o tratamento da incontinência urinária de esforço, ele utilizou implantados cirurgicamente na musculatura periuretral, embora a técnica tenha sido eficaz, apresentou elevados índices de complicações, inviabilizando sua aplicação clínica (MORENO, 2004).

Nas ultimas décadas, a eletroestimulação do assoalho pélvico vem sendo utilizada no tratamento dos diversos tipos de incontinência urinaria. Segundo Moreno (2004), acredita-se que o estímulo elétrico seja capaz de aumentar a pressão intrauretral por meio da estimulação direta dos nervos eferentes para a musculatura periuretral, além de aumentar o fluxo sanguíneo para os músculos da uretra e do assoalho pélvico, restabelecendo as conexões neuromusculares, melhorando a função da fibra muscular, hipertrofiando-a e modificando seu padrão de ação pelo aumento do numero de fibras musculares rápidas (BAZIN, 1998).

Experimentos com animais que mostraram claramente, no inicio, que a eletroestimulação era capaz de limitar e mesmo de eliminar as contrações vesicais não inibidas. Essas observações de laboratório foram amplamente retomadas por um numero muito grande de estudos realizados no homem. Todos confirmam a inibição do detrusor pela eletroestimulação. No decorrer das explorações urodinâmicas, quando aparece uma contração não inibida do detrusor, a estimulação efetuada nesse momento faz desaparecer essa contração do detrusor (GROOSE E SENGLER, 2002).

A estimulação elétrica inibe o detrusor por um reflexo medular longo que requer a integridade de vários nervos. As vias aferentes utilizadas para a estimulação são sempre as aferências do nervo pudendo interno. As eferências que entram em ação são diferentes segundo o tônus vesical. Sob baixa pressão, a eferência utilizada é o nervo hipogástrico; sob alta pressão, é o nervo eretor. O nervo hipogástrico entre outras coisas, provoca na bexiga, um relaxamento betaadrenérgico da musculatura lisa vesical (BARATA, 1999).

2.14. CÂNCER DE PRÓSTATA

2.14.1. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do câncer da próstata é feito pelo estudo histopatológico do tecido obtido pela biópsia da próstata, que deve ser considerada sempre que houver anormalidades no toque retal ou na dosagem do PSA. O relatório anatomopatológico deve fornecer a graduação histológica do sistema de Gleason, cujo objetivo é informar

sobre a provável taxa de crescimento do tumor e sua tendência à disseminação, além de ajudar na determinação do melhor tratamento para o paciente. (INCA, 2002)

Na graduação histológica, as células do câncer são comparadas às células prostáticas normais. Quanto mais diferentes das células normais forem as células do câncer, mais agressivo será o tumor e mais rápida será sua disseminação. (INCA, 2002)

2.14.2. TRATAMENTO

O tratamento do câncer da próstata depende do estadiamento clínico. Para doença localizada, cirurgia (prostatectomia), radioterapia e até mesmo uma observação vigilante (em algumas situações especiais) podem ser oferecidos. Para doença localmente avançada, radioterapia ou cirurgia em combinação com tratamento hormonal tem sido utilizados. Para doença metastática, o tratamento de eleição é hormonioterapia. (INCA, 2002)

A escolha do tratamento mais adequado deve ser individualizada e definida após discutir os riscos e benefícios do tratamento com o médico. (INCA, 2002)

2.15. INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A incontinência Urinária (IU) não é uma doença, mas sim um sintoma e um sinal de disfunção vesical e/ou do mecanismo esfinteriano uretral. (TAMANINI, 2004)

Segundo Tamanini (2004), a incontinência urinária é considerada como qualquer queixa de perda de urina involuntariamente, sendo mais prevalente em idosos, muitas vezes causando constrangimento para o indivíduo e afetando sua auto-estima.

Segundo a Sociedade Brasileira de Urologia (2006) a Incontinência Urinária pós-prostatectomia (IUPP) é uma complicação de difícil tratamento e que causa um

profundo impacto negativo na qualidade de vida do indivíduo, bem como perturba seriamente a relação médico-paciente.

2.16. CLASSIFICAÇÃO DAS INCONTINÊNCIAS URINÁRIAS

2.16.1. INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO

Ocorre durante períodos de aumento da pressão intra-abdominal (ex: espirros tosse, ou exercícios), quando a pressão intravesical supera a pressão que o mecanismo de fechamento uretral pode suportar, resultando em perda de urina. (BRANDT; ALBUQUERQUE, 1997)

2.16.2. INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE URGÊNCIA

Corresponde à presença de contração do músculo detrusor durante o período de enchimento espontâneo da bexiga urinária ou em resposta a estímulos, e visivelmente demonstrável em tentativas inibitórias por parte da paciente, ocasionando micções freqüentes e descontroladas. (BEREK, 1998)

2.16.3. INCONTINÊNCIA URINÁRIA MISTA

É caracterizada pela prevalência dos sintomas tanto de IUE quanto de IUU, em que a paciente desenvolve mudanças anatômicas vesicais e contrações não-inibidas do detrusor. Os principais sintomas apresentados são: urgência para urinar, mas nem sempre realizada; urinar freqüentemente à noite; gotejamento urinário constante; sensação de não esvaziamento da bexiga e jato urinário fraco. (BRANDT; ALBUQUERQUE, 1997)

2.16.4. INCONTINÊNCIA VESICAL

A incontinência vesical é a perda involuntária de urina, via uretral, que ocorre conjuntamente, havendo uma necessidade imperiosa e intensa de urinar, sendo acompanhado de contratura do detrusor. Tal mecanismo é constituído pela disfunção do motor vesical que apresenta contrações não inibidas, prematuras durante a fase de enchimento. (SOUZA, 1999)

2.16.5. INSTABILIDADE URETRAL

A Instabilidade uretral provoca a incontinência quando outras deficiências estão associadas (colo aberto ou contração não inibida), manifestando-se por uma diminuição súbita e momentânea da atividade esfinteriana durante o enchimento. (GROSSE; SENGLE 2002)

2.17. MECANISMOS QUE GERAM A INCONTINÊNCIA URINÁRIA PÓS-OPERATÓRIO

Os três mecanismos relacionados à incontinência urinária pós-operatória são insuficiência esfinteriana, hiperreflexia do detrusor e obstrução infravesical residual. A hiperreflexia do detrusor é importante causa de incontinência no período precoce pós-operatório. (CHAO & MAYO, 1995)

A Incontinência urinária após a prostatectomia radical é conseqüente de lesões esfinterianas que tornam a geometria da junção uretrovesical menos favorável para manter a continência urinaria, gerando maior exigência do esfíncter uretral externo. (KAKIHARA, 2007)

2.18. AVALIAÇÃO

2.18.1. ESCALA ANALÓGICA VISUAL E ESCALA ANALÓGICA DO PROBLEMA

O paciente é instruído a escolher uma nota de 0 a 10, onde 0 correspondia a nenhum problema e 10 correspondia a grande problema, é um instrumento importante para verificarmos a evolução do paciente durante o tratamento e mesmo a cada atendimento, de maneira mais fidedigna. Também é útil para podermos analisar se o tratamento está sendo efetivo, quais procedimentos têm surtido melhores resultados, assim como se há alguma deficiência no tratamento, de acordo com o grau de melhora ou piora.

2.18.2. QUESTIONÁRIO DA QUALIDADE DE VIDA

ICIQ-SF é um questionário auto-administrável que avalia o impacto da IU na qualidade de vida e a qualificação da perda urinária dos pacientes analisados. O ICIQ-SF é composto de quatro questões que avaliam a frequência, a gravidade e o impacto da IU, além de um conjunto de oito itens de autodiagnóstico, relacionados às causas ou a situações de IU vivenciadas pelos pacientes.

2.18.3. DIÁRIO MICCIONAL

É um método desenvolvido para o paciente realizar anotações relativas à frequência, perda miccional, número de protetores utilizados e quantidade de líquido ingerido no período de 72 horas. Esse instrumento permitirá, além disso, observar os momentos em que há escape urinário.

2.18.4. PAD TEST

O pad test é considerado um método de medida simples, não invasivo e eficaz para avaliar a incontinência urinária, inclusive aquelas que não são facilmente detectadas no exame clínico ou na avaliação urodinâmica. A partir da medida da perda de urina em absorvente íntimo, é possível classificar a incontinência urinária em leve, moderada e grave

3. METODOLOGIA

3.1. CASUÍSTICA

Foram selecionados 8 pacientes com incontinência urinária pós prostatectomia radical, acompanhados nas clínicas integradas FARN, no período de Março de 2010 a Maio de 2010, totalizando 10 sessões com duração de 20 minutos.

Para critérios de inclusão da amostra foram considerados pacientes que já realizaram a retirada da sonda vesical e se encontram no mínimo após 30º dia de pós-operatório, apresentando diagnóstico de incontinência urinária com ausência de infecção urinária, quadro neurofuncional da micção normal, capacidade cognitiva preservada e que não apresentaram fatores fisiopatológicos que limitem as intervenções propostas por esta pesquisa.

Como critérios de exclusão foram adotados os seguintes parâmetros: homens que apresentarem infecção urinária ao longo do tratamento, não conseguirem realizar ou desistirem de qualquer etapa da avaliação ou tratamento propostos e aqueles que faltarem a 3 atendimentos consecutivos ou não.

Os pacientes incluídos no estudo foram divididos em 2 grupos de investigação por sorteio e avaliados prospectivamente. O grupo EET composto por 4 pacientes recebeu como tratamento fisioterapêutico a eletroestimulação na região T10 – L2. O grupo EES de investigação composto por 4 pacientes recebeu como tratamento fisioterapêutico a eletroestimulação na região S2- S4.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e todos os pacientes assinaram consentimento pós-informado.

3.2. CRONOGRAMA

2010	1ºTRIMESTRE	2ºTRIMESTRE	3ºTRIMESTRE	4ºTRIMESTRE
Revisão de Literatura	X X X	X X X	X X X	X X X
Coleta de Dados			X X X	X
Tabulação e análise dos dados				X X
Conclusão				X
Apresentação do TCC				X

3.3. CARACTERÍSTICA DA PESQUISA

Esta pesquisa é caracterizada como sendo um estudo de intervenção, do tipo quase experimental randomizado. Segundo Santarem (2002), o método quase experimental é assim denominado quando o delineamento experimental não é possível e caracteriza-se pelo estudo de casos ou grupos de casos, com a presença de uma variável a ser estudada. Estudos de casos clínicos geralmente são exemplos desse delineamento de pesquisa.

Segundo Legal (2002), o design Quase-Experimental é uma aproximação do experimento verdadeiro, contudo, a escolha não é aleatória e a variável independente, apesar de ter sido manipulada, não foi por você.

3.4. MATERIAL

- Termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO 1);
- Ficha de avaliação fisioterapêutica (ANEXO 2);
- Diário miccional de 72 horas (ANEXO 3);
- Pad test;
- Questionário de qualidade de vida (ICIQ-SF) - (ANEXO 4);
- Aparelho de Eletro Estimulação (Dualpex 961, da Quark Produtos Médicos, fabricado em Piracicaba-SP);
- Eletrodo emborrachado de superfície;
- Gel aquoso (Fortsan do Brasil ind. química farmacológica Ltda);
- Balança de precisão (Toledo, Toledo do Brasil, ind. de balança Ltda-SP, modelo 3400CI).

3.5. PROCEDIMENTOS

Após a seleção da amostra, foram realizadas reuniões com os e os objetivos desta pesquisa. Após isso, cada participante assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1) aceitando, dessa forma, fazer parte do experimento.

Todos os pacientes foram avaliados através da aplicação de uma ficha de avaliação fisioterapêutica (Apêndice 2), produzida pelos pesquisadores deste estudo que foi dividida em três partes: identificação e dados sócio demográficos, anamnese e exame físico. A anamnese constará de história atual e pregressa do sistema urológico e o exame físico constará da avaliação postural.

Para avaliação dos hábitos miccionais e incontinência urinária cada indivíduo recebeu um diário miccional (Apêndice 3) e foi orientado a preenchê-lo durante 03 dias consecutivos, com anotações relativas à frequência, perda miccional, número de protetores utilizados e quantidade de líquido ingerido no período de 72 horas. Esse instrumento permite, além disso, observar os momentos em que há escape urinário.

Na avaliação da incontinência, foi adotado o Pad Test de 1 hora, recomendado pela Internacional Continence Society (ICS), com o propósito de quantificar a incontinência urinária. O paciente recebeu um protetor previamente pesado na balança de precisão e, após sua colocação, foi orientado quanto à realização da seguinte sequência de tarefas:

1. Ingerir 500 ml de água sentado durante 15 minutos;
2. Andar 30 minutos;
3. Subir 20 degraus;
4. Descer 20 degraus;
5. Sentar e levantar 10 vezes;
6. Tossir 10 vezes;
7. Andar rápido durante um 1 minuto;
8. Jogar e pegar objeto no chão 5 vezes;
9. Lavar as mãos em água por um minuto.

Ao final do teste de uma hora a fralda é removida e pesada novamente. Os resultados obtidos após a pesagem serão assim classificados, segundo a ISC: normal; leve (1 a 10g); moderada (11 a 50g); grave (51 a 100g) e muito grave (mais de 100g).

Para a avaliação da qualidade de vida, foi aplicado ICIQ-SF (Anexo 1). O questionário consiste em: avaliação da incontinência urinária quanto à frequência, quantidade, impacto na vida do paciente e situações as quais ele perde urina.

Para o tratamento por meio da eletroestimulação foi utilizado o aparelho Dualpex 961 (fabricado pela Quark Produtos Médicos), corrente pulsada bifásica, utilizando-se eletrodo emborrachado de superfície aderido à superfície da pele. Os eletrodos do grupo T10-L2 foram posicionados pelo pesquisador em raiz nervosa de T10 e L2 visando ativação do nervo com os seguintes parâmetros: frequência (f) = 4

Hz, largura de pulso (t) = 1 μ s, contínua, duração da terapia (time) = 20 min. adotando o posicionamento sentado, o segundo grupo de eletroestimulação fez uso do mesmo aparelho alterando apenas o local de posicionamento do eletrodo foi colocado na raiz nervosa S2-S4, com os seguintes parâmetros: frequência (f) = 50 Hz, largura de pulso (t) = 1 μ s, contínua.

Após as 10 sessões os pacientes dos 2 grupos foram reavaliados, realizando os mesmos procedimentos citados acima, com exceção da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

3.6. ANÁLISE DOS DADOS

Para análise descritiva dos dados foram utilizados os softwares STATISTIC (StatSoft, Inc, Tulsa, OK) e SPSS for Windows 13.0 (SPSS, Chicago, IL) para as características sociais, demográficas, variáveis clínicas e de qualidade de vida.

4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1. DESCRIÇÃO DOS DADOS COLETADOS

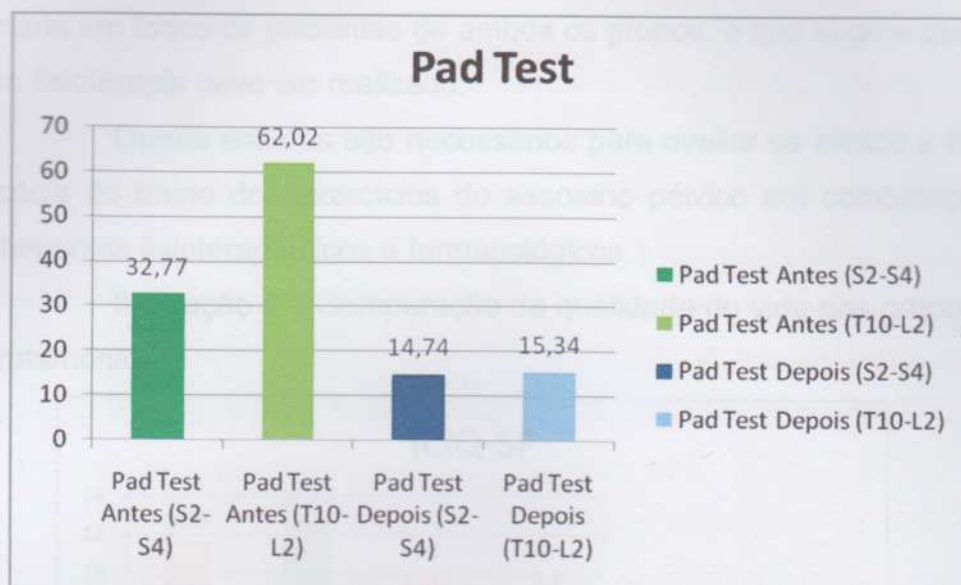
Os 8 pacientes do sexo masculino selecionados para o estudo apresentaram média de idade de $66,30 \pm 5,16$ anos (variação de 55 a 71 anos). Os pacientes pesquisados apresentaram uma baixa média de escolaridade, obtiveram uma média de $\pm 5,5$ anos (variação de 1 a 10 anos)

Os resultados das avaliações foram comparados entre a avaliação inicial e a avaliação final.

O gráfico a seguir, mostra a comparação em relação ao pad test inicial obtido pelos pacientes e Pad test final após a realização das sessões de eletroestimulação.

Inicialmente os pacientes do grupo T10 – L2 apresentavam uma média de 62,02g ($\pm 51,02$) e mediana de 63,62 com (12,25 - 109,9), e após o termino das 10 sessões, o mesmo grupo foi reavaliado, e apresentou melhora de 74%(46,68g) em relação a primeira avaliação. Enquanto que o grupo S2-S4 apresentava uma média de 32,77g($\pm 38,93$) e uma mediana de 22,73 com (2,158- 73,45) no pad test e ao termino das sessões o grupo obteve uma melhora, onde apresentou uma média de 55.01% (14,74g), assim verificando a eficácia da eletroestimulação em ambos os grupos, no entanto vê-se uma melhora maior no grupo T10-L2

Ilustração 3 - Comparação das Perdas Urinária Sofrida pelos grupos.



A Ilustração 3 mostra o comportamento do pad test dos pacientes dos grupos S2-S4 e T10-L2 no decorrer do tempo de avaliação. Observa-se que houve diminuição da média de perda urinária do pad test com o decorrer do tempo de tratamento nos dois grupos.

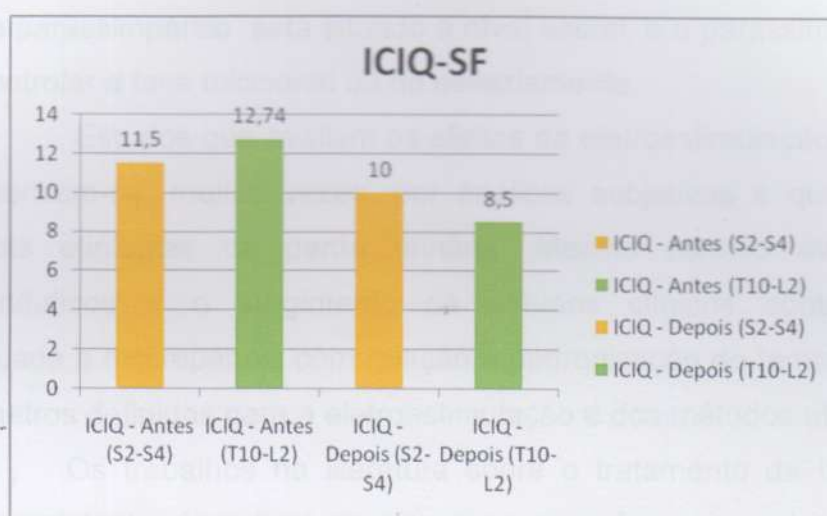
Neste estudo, para melhor avaliação da incontinência urinária, além do *pad test* de uma hora, também foram utilizados também o número de fraldas (protetores) (Donellan et al, 1997). Onde os pacientes ao início do tratamento apresentavam uma média de $2,2(\pm 0,97)$, variação de 1 a 4) protetores, e ao final do tratamento, essa média apresentou-se menor média de $1,5(\pm 0,57)$ variação de 1 a 2).

O resultado final do tratamento foi satisfatório, os pacientes relataram melhora após o término das 10 sessões de atendimento fisioterapêutico, relatando que suas perdas de urina haviam diminuído e estavam conseguindo segurar a urina por mais tempo, demonstrando assim que a eletroestimulação, utilizado única e exclusivamente no tratamento da IU tem eficácia considerável, pois se conseguiu reduzir a perda urinária dos pacientes e conseqüentemente aumentar a qualidade de vida dos pacientes, medida através de reavaliação, com o questionário de qualidade de vida (ICIQ -SF), e conforme a ilustração 4 o grupo T10-L2 após o tratamento apresentou uma melhora em relação ao grupo S2- S4 o que pode ser considerado um dado relevante.

Neste trabalho houve melhora adicional com o tratamento da eletroestimulação no grupo T10-L2. Entretanto, houve melhora da continência urinária em todos os pacientes de ambos os grupos, o que sugere que, o tratamento com fisioterapia deve ser realizado.

Outros estudos são necessários para avaliar os efeitos a longo prazo e a eficácia do treino dos exercícios do assoalho pélvico em combinação com outros tratamentos fisioterapêuticos e farmacológicos.

Ilustração 4 – Comparação da qualidade de vida dos grupos antes e após o tratamento.



4.2. ANÁLISE DOS DADOS

Segundo INCA, 2002 o CA de próstata mais do que qualquer outro tipo, é considerado um câncer da terceira idade, já que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos, o que condiz com a média de idade da amostra desse estudo

A incontinência urinária determina problemas econômicos, físicos, sociais e psicológicos, alterando de forma importante à saúde dos pacientes. Possuem fisiopatologia complexa, promovendo o surgimento de distintas abordagens terapêuticas, conservadoras ou não, dependendo do mecanismo envolvido na gênese da perda urinária. A terapêutica conservadora proporciona no homem uma abordagem minimamente invasiva, não onerosa, podendo aliviá-lo do grande desconforto provocado pelo sintoma. Entretanto, o seu sucesso depende da

motivação e do empenho tanto do paciente quanto do terapeuta ali presente. (RUBINSTEIN, 1999).

Durante o período de tratamento dos pacientes, observou-se claramente que a eletroestimulação tem papel fundamental na reabilitação da incontinência urinária, visto que os pacientes foram submetidos única e exclusivamente a eletroestimulação, autores como Grosse, relatam que a eletroestimulação, no nível das raízes nervosas T10-L2, se justifica, pois é onde estão localizados as terminações nervosas simpáticas que é responsável pelo enchimento vesical, e a eletroestimulação na raiz nervosa S2- S4, também é justificável, uma vez que o centro parassimpático está situado a nível sacral, e o parassimpático é responsável por controlar a fase miccional ou de esvaziamento.

Estudos que avaliam os efeitos da eletroestimulação no tratamento da IU caracterizam-se, muitas vezes, por análises subjetivas e que desconsideram as distintas etiologias da perda urinária. Mesmo com o avanço nos métodos propedêuticos e o surgimento de estudos clínicos controlados, permanece acentuada a discrepância com relação à padronização do tempo de tratamento, dos parâmetros definidos para a eletroestimulação e dos métodos utilizados.

Os trabalhos na literatura sobre o tratamento da incontinência urinária após prostatectomia radical são escassos, quando comparados com a incontinência urinária feminina e relatam técnicas diferentes de tratamento fisioterapêutico, não havendo consenso na literatura quanto à melhor opção, como observado por Hunter et al, 2006.

No presente trabalho observa-se redução nos valores do *pad test* inicial para o *pad test* final, tanto no grupo T10-L2 como no grupo S2-S4. Entretanto, quando comparamos os dois grupos de pacientes com relação ao *pad test*, há diferença, no qual o grupo T10-L2 teve uma melhor resposta nos valores avaliados.

Para HELENA, 2006, a incontinência urinária não é uma condição de risco para a saúde, mas doença afeta principalmente a qualidade de vida, por isso tratá-la é tão importante. A perda de urina faz com que muitos pacientes se isolem com medo de passar por alguma situação constrangedora durante suas atividades diárias ou pela falta de um banheiro disponível. A pessoa com Incontinência Urinária adapta sua rotina para fugir do desconforto dos sintomas: deixa de viajar, de ir a uma festa e evita mesmo atividades rotineiras, como trabalhar, ir ao banco e fazer compras

assim justificando uma melhora maior no grupo T10-L2, pois este teve uma melhora maior em relação as perdas, fato que interfere diretamente na qualidade de vida.

De acordo com o estudo de Helena, 2006, da Unicamp, 40,9% dos pacientes com a IU sofrem com restrições sexuais; 15,2%, ocupacionais; 18,9%, domésticas e 33,5%, sociais. Se o problema não for tratado, o isolamento pode, inclusive, resultar quadros de depressão. No caso dos idosos, a disfunção pode aumentar o risco de queda, uma vez que os pacientes correm para ir ao banheiro.

Embora o conceito de qualidade de vida (QV) seja subjetivo, multidimensional e influenciado por vários fatores relacionados à educação, economia e aos aspectos socioculturais, não há consenso quanto a sua definição. Apesar disso, a maioria dos autores concorda que ao avaliar a QV, deve-se contemplar os domínios físico, social, psicológico e espiritual, na tentativa de buscar a experiência pessoal de cada indivíduo. (Conde, 2005)

Os valores médios do escore do ICIQ-SF dos grupos avaliados diminuíram o que revela melhora na qualidade de vida. Fato esse pode ser explicado pela observação feita por Arruda et al (2007) que correlacionou a diminuição dos episódios de perda urinária e da frequência miccional com a melhora na qualidade de vida.

Para Wille (2003) e Hunter (2004), a eletroestimulação pode ser utilizada como terapia única ou como segunda opção de tratamento, quando outros métodos falham, ou em combinação com a cinesioterapia.

Segundo Hirakawa (1993), a continência é recuperada mais rapidamente, quando a cinesioterapia é somada eletroestimulação nos nervos somáticos que tem dois efeitos: ativação do esfíncter e inibição do músculo detrusor.

5. CONCLUSÃO

A fisioterapia, embora não tenha ainda grande aceitação na IU, é uma alternativa eficaz de tratamento para pacientes com, sendo que a maioria dos pacientes podem atingir melhoras de 50 a 90% em seus sintomas com o tratamento conservador. Nesse estudo todos os pacientes apresentaram redução nas suas queixas, no entanto vê-se a necessidade de um número maior da amostra e também no tempo de tratamento.

Já no que tange a qualidade de vida, os pacientes apresentaram evolução considerável, pois os mesmos, após o tratamento, apresentaram bons resultados diminuindo seus valores no teste de qualidade de vida

Independente do tipo de IU, ICIQ-SF evidenciou impacto negativo na Qualidade de vida (QV) dos pacientes com queixa de incontinência. A maioria dos pacientes atendidos considerou o problema da bexiga tido como fator que muito afeta a saúde. Nenhum dos fatores sociodemográficos e culturais mostrou-se significativamente associado à QV das pacientes.

A eletroestimulação mostrou-se bastante eficaz, representando assim uma terapêutica útil em homens com Incontinência Urinaria, pois os dois grupos tiveram uma redução em suas perdas urinárias, contribuindo assim para uma melhora na qualidade de vida desses pacientes e concluindo assim que a eletroestimulação tem papel fundamental sobre a reabilitação da musculatura lesada.

No entanto os limites deste estudo são o pequeno tamanho da amostra, somente 08(oito), pois se trata de um projeto piloto, como é um tratamento novo e pouco difundido, se levado em consideração nos dias de hoje, há muito preconceito em relação à forma de tratamento

Cordeiro DM, Pêlico-Neto AM, Cabello C, Sá DS, Costa-Paiva E, Martinez EZ. Menopausal symptoms and quality of life in women aged 45 to 65 years with and without breast cancer. *Menopausa*. 2005;12(4):436-43.

DANGELO, A.G; FATTINI, C.A. *Anatomia Humana*. 3.ed Atheneu: São Paulo, 2007.

6. REFERENCIAS

ARRUDA, R. M.; SOUSA, G. O.; CASTRO, R. A. Hiperatividade do detrusor: Comparação entre oxibutina, eletro estimulação funcional do assoalho pélvico e exercícios perineais. Estudo randomizado. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, n. , p.252-258, 2007.

BARBOSA, J.M. M; MARQUES, L.M.; Incontinência anal. In: SOUZA, Elza Lúcia baracho lotti. **Fisioterapia aplicada á obstetrícia - aspecto de ginecologia e neonatologia**. Rio de janeiro: Medsi editora médica e científica 2002. Cap. 31, p. 382-383.

CATALONA W.J.; SHITH D.S.; BASLER J.W. **Detection of organ-confined prostate cancer is increased through prostate specific antigen-based screening**. JAMA 1993; 270:. 948-954

CERVO A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 5ª ed. São Paulo: Prentice Hall, 2006.

COSTA, R. J. W.; **Tratamento da Incontinência Urinaria em Paciente Pós Prostatectomizado através de Eletroestimulação**, Cascavel, 2005.

Conde DM, Pinto-Neto AM, Cabello C, Sá DS, Costa-Paiva L, Martinez EZ. Menopause symptoms and quality of life in women aged 45 to 65 years with and without breast cancer. *Menopause*. 2005;12(4):436-43.

DANGELO, J.G; FATTINI, C,A. **Anatomia Humana**. 3.ed.Atheneu: São Paulo, 2007.

FILHO G.B., **Bogliolo Patologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

GOMES, C. N.; ARAP, S.; TRIGO-ROCHA, F. E. Voiding dysfunction and urodynamic abnormalities in elderly patients. **Revista Hospital Das Clinica da Faculdade de Medicina de São Paulo**, São Paulo, n. p.206-215, 2004.

GOMES, R.; RABELLO, L. E. F. S.; NASCIMENTO, F. C. A prevenção do câncer de próstata: Uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p.235-246, 2008.

GRESSLER, L. A. **Introdução à pesquisa: Projetos e Relatório**. Edições Loyola, p. 59, 300 p., 2004.

GROSSE, D.; SENGLER, J.; **Reeducação Perineal**. ed. Barueri: São Paulo, Manole, 2002.

Hunter KF, Moore KN, Cody DJ, Glazener CMA. Conservative management for prostatectomy urinary incontinence (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2006. Oxford: Update Software.

INCA. **Câncer de Próstata**. Disponível em:
<http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=339> Acesso em: 12 ago. 2009.

INCA. **Incidência de câncer no Brasil**. Disponível em:
<<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/>>. Acesso em: 12 ago. 2009.

KAKIHARA, C T; SENS, Y A S; FERREIRA, U. Efeito do Treinamento Funcional do Assoalho Pélvico Associado ou não à Eletro estimulação na Incontinência Urinária Após Prostatectomia Radical. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n. 6, p.481-486, 2007.

KUBAGAWA, L. M.; PELLEGRINI, J. R. F.; LIMA, V. P. A Eficácia do tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária masculina após prostatectomia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, n. , p.179-183, 2006.

LOW, J.; REED, A., - **Eletroestimulação explicativa, princípios e praticas**. 3. ed.São Paulo: Manole; 2001.

MORENO, A. L.; **Fisioterapia em Uroginecologia**. Barueri: Manole. 2004.

MORENO, A.L.; Avaliação fisioterapêutica. In: MORENO, A.L.; **Fisioterapia em uroginecologia**. Barueri, SP: Manole, 2004. Cap. 9,1, p. 101-106.

NACCARATO, A.; PERCHON, L., CONVENÇÃO BRASIL LATINO AMÉRICA, CONGRESSO BRASILEIRO E ENCONTRO PARANAENSE DE PSICOTERAPIA CORPORAIS, 2004, Foz do Iguaçu. **Estudo do Impacto da disfunção erétil na qualidade de vida de pacientes pós prostatectomia radical**. Foz do Iguaçu: Centro Reichiano, 2004. CD-ROM.

POLDEN, M.; MANTLE J. **Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo: Santos Editora, 2002.

RUBINSTEIN, I. **Urologia**. São Paulo: BYK, [S.I.]; 1999.

SOUTO, C. A. V.; RHODEN, E. L.; CONTI, R. Urethral catheter removal 7 or 14 days after radical retropubic prostatectomy: Clinical implications and complications in a randomized study. **Revista Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina de São Paulo**, São Paulo, n. , p.262-265, 2004.

ZANATTA, O.M.L. INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO FEMININA

TAMANINI, J. T. N.; DAMBROS, M.; ANCONA, C. A. L. D. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form" (ICIQ-SF). **Revista Saúde Pública**, São Paulo, n. , p.438-444, 2004.

TANZBERGER, R. Incontinência. In: CARRIERE, Beate. **Bola Suíça – Teoria Exercícios básicos e aplicação clínica**. 1 ed. São Paulo: Manole,1999.cap.14,p. 325-356.

TANZBERGER, R. Incontinência. In: CARRIERE, Beate. **Bola Suíça – teoria exercícios básicos e aplicação clinicam**. 1 ed. São Paulo: Manole,1999.cap.14,p. 325-356.

TAVARES, A. VALENTIN, E. K.; Terapêutica Urogenital: Reabilitação do assoalho pélvico In: BORGES,F. **Dermato-Funcional: Modalidades terapêuticas nas disfunções estéticas** .cap. 21 São Paulo: phorte, 2006.

TORTORA, G. **Princípios de Anatomia e Fisiologia**. Rio de Janeiro: GuanabaraKoogan, 2002. 1047 p.

WALSH, P. C. **Radical Retropubic Prostatectomy**. In: WALSH, Patrick C.;RETIK,Alan B.; STAMEY,Thomas A; VAUGHAN,Darracott E.;Campbell's Urology. 6 ed., 2002, v.3,cap.78,p.2865-2885. Integral. 2004; 20(2).

Wille S, Sobottka A, Heidenreich A, Hofmann R. Pelvic floor exercises, electrical stimulation and biofeedback after radical prostatectomy: results of a prospective randomized trial. J Urol 2003; 170:490-3.

**ZANATTA, G.M.L. INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO FEMININA:
UMA ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA**

ANEXOS

ANEXO "A"- Questionário de Qualidade de Vida.

ICIQ - SF																								
Nome do Paciente: _____ Data de Hoje: ____/____/____ Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficariamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS. 1. Data de Nascimento: ____/____/____ (Dia / Mês / Ano) 2. Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐																								
3. Com que freqüência voce perde urina? (assinale uma resposta) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right;">Nunca</td> <td style="text-align: right;">☐ 0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma vez por semana ou menos</td> <td style="text-align: right;">☐ 1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Duas ou três vezes por semana</td> <td style="text-align: right;">☐ 2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma vez ao dia</td> <td style="text-align: right;">☐ 3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Diversas vezes ao dia</td> <td style="text-align: right;">☐ 4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">O tempo todo</td> <td style="text-align: right;">☐ 5</td> </tr> </table>		Nunca	☐ 0	Uma vez por semana ou menos	☐ 1	Duas ou três vezes por semana	☐ 2	Uma vez ao dia	☐ 3	Diversas vezes ao dia	☐ 4	O tempo todo	☐ 5											
Nunca	☐ 0																							
Uma vez por semana ou menos	☐ 1																							
Duas ou três vezes por semana	☐ 2																							
Uma vez ao dia	☐ 3																							
Diversas vezes ao dia	☐ 4																							
O tempo todo	☐ 5																							
4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde (assinale uma resposta) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right;">Nenhuma</td> <td style="text-align: right;">☐ 0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma pequena quantidade</td> <td style="text-align: right;">☐ 2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma moderada quantidade</td> <td style="text-align: right;">☐ 4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma grande quantidade</td> <td style="text-align: right;">☐ 6</td> </tr> </table>		Nenhuma	☐ 0	Uma pequena quantidade	☐ 2	Uma moderada quantidade	☐ 4	Uma grande quantidade	☐ 6															
Nenhuma	☐ 0																							
Uma pequena quantidade	☐ 2																							
Uma moderada quantidade	☐ 4																							
Uma grande quantidade	☐ 6																							
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) <table style="width: 100%; border: none; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Não interfere</td> <td colspan="6"></td> <td>Interfere muito</td> </tr> </table>		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Não interfere											Interfere muito
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														
Não interfere											Interfere muito													
ICIQ Escore: soma dos resultados 3 + 4 + 5 = _____																								
6. Quando você perde urina? (Por favor assinale todas as alternativas que se aplicam a você) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right;">Nunca</td> <td style="text-align: right;">☐</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco antes de chegar ao banheiro</td> <td style="text-align: right;">☐</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco quando tusso ou espiro</td> <td style="text-align: right;">☐</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco quando estou dormindo</td> <td style="text-align: right;">☐</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco quando estou fazendo atividades físicas</td> <td style="text-align: right;">☐</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo</td> <td style="text-align: right;">☐</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco sem razão óbvia</td> <td style="text-align: right;">☐</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco o tempo todo</td> <td style="text-align: right;">☐</td> </tr> </table>		Nunca	☐	Perco antes de chegar ao banheiro	☐	Perco quando tusso ou espiro	☐	Perco quando estou dormindo	☐	Perco quando estou fazendo atividades físicas	☐	Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo	☐	Perco sem razão óbvia	☐	Perco o tempo todo	☐							
Nunca	☐																							
Perco antes de chegar ao banheiro	☐																							
Perco quando tusso ou espiro	☐																							
Perco quando estou dormindo	☐																							
Perco quando estou fazendo atividades físicas	☐																							
Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo	☐																							
Perco sem razão óbvia	☐																							
Perco o tempo todo	☐																							

"Obrigado por você ter respondido às questões"

Figura - Versão em português do ICIQ-SF.

ANEXO "B"- Questionário de Função Erétil

IIFE- Índice Internacional de Função Erétil

Nome: _____

Data: _____

Responda as seguintes questões da forma mais próxima da realidade. Ao responder. Considere as seguintes definições:

- 1- Atividade sexual: Inclui penetração carícias preliminares e masturbação.
- 2- Penetração: penetração vaginal
- 3- Estímulo sexual: preliminares com a parceira ver filmes ou revistas eróticas etc
- 4- Ejaculação: saída de sêmen (ou a sensação)

1) Quantas vezes você foi capaz de ter uma ereção durante a atividade sexual?

- 0-não houve atividade sexual
- 1-quase nunca ou nunca
- 2-poucas vezes (menos da metade)
- 3-às vezes (metade das vezes)
- 4-muitas vezes (mais da metade das vezes)
- 5-quase sempre ou sempre

2) Quando você teve ereções com estímulo sexual. Com que frequência estas ereções foram rígidas o suficiente para permitir a penetração?

- 0-não houve atividade sexual
- 1-quase nunca ou nunca
- 2-poucas vezes (menos da metade)
- 3-às vezes (metade das vezes)
- 4-muitas vezes (mais da metade das vezes)
- 5-quase sempre ou sempre

3) Quando você tentou penetração com que frequência você conseguiu?

- 0- você não tentou penetração
- 1-quase nunca ou nunca
- 2-poucas vezes (menos da metade)
- 3-às vezes (metade das vezes)
- 4-muitas vezes (mais da metade das vezes)
- 5-quase sempre ou sempre

4) Durante a penetração com que frequência você foi capaz de manter sua ereção até o fim?

- 0- você não tentou penetração
- 1-quase nunca ou nunca
- 2-poucas vezes (menos da metade)
- 3-às vezes (metade das vezes)
- 4-muitas vezes (mais da metade das vezes)
- 5-quase sempre ou sempre

5) Durante a penetração qual foi a dificuldade em manter sua ereção até o fim?

0-não tentei penetração

1-extremamente difícil

2-muito difícil

3-difícil

4-pouco difícil

5-sem dificuldade

6) Quantas vezes você tentou penetração?

0-não tentei

1-uma a duas tentativas

2-três a quatro tentativas

3-cinco a seis tentativas

4-sete a dez vezes

5-onze ou mais tentativas

7) Quando você tentou penetração com que frequência foi satisfatória para você?

0-não tentei

1-quase nunca ou nunca

2-poucas vezes (bem menos da metade)

3-matade das vezes

4-muitas vezes (bem mais da metade)

5-quase sempre ou sempre

8) Ao penetrar o quanto isto te foi agradável?

0-não penetrei

1-não foi agradável

2-quase não agradável

3-pouco agradável

4-muito agradável

5-extremamente agradável

9) Quando você teve estímulo sexual ou penetração com que frequência você ejaculou?

0-não tive estímulo ou penetração

1-quase nunca ou nunca

2-poucas vezes (bem menos da metade)

3-matade das vezes

4-muitas vezes (bem mais da metade)

5-quase sempre ou sempre

10) Quando você teve estímulo sexual ou penetração com que frequência você teve sensação de orgasmo ou clímax?

0-não tive estímulo ou penetração

1-quase nunca ou nunca

2-poucas vezes (bem menos da metade)

3-matade das vezes

4-muitas vezes (bem mais da metade)

5-quase sempre ou sempre

11) Com que frequência você teve desejo sexual?

1-quase nunca ou nunca

2-poucas vezes (bem menos da metade)

3-matade das vezes

4-muitas vezes (bem mais da metade)

5-quase sempre ou sempre

12) Como você classificou o seu desejo sexual?

- 1-muito baixo ou quase nada
- 2-baixo
- 3-moderado
- 4-alto
- 5-muito alto

13) Qual foi a sua satisfação sexual com a sua vida sexual?

- 1-muito insatisfeito
- 2-moderadamente insatisfeito
- 3-igualmente satisfeito e insatisfeito
- 4-moderadamente satisfeito
- 5-muito satisfeito

14) Qual foi a sua satisfação com seu relacionamento sexual com sua parceira?

- 1-muito insatisfeito
- 2-moderadamente insatisfeito
- 3-igualmente satisfeito e insatisfeito
- 4-moderadamente satisfeito
- 5-muito satisfeito

15) Como você classificou a sua confiança em obter e manter uma ereção?

- 1-muito baixa
- 2-baixa
- 3-moderada
- 4-alta
- 5-muito alta

APÊNDICES

Interpretação clínica das respostas do IIEF - 5

Pontuação Interpretação da disfunção

- 0 - 6 grave
- 7 - 12 moderada
- 13 - 18 moderada a leve
- 19 - 24 leve
- 25 - 30 sem disfunção

APÊNDICE "A"



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**ESCLARECIMENTOS:**

Este é um convite para você participar da pesquisa "ANÁLISE COMPARATIVA DA QUALIDADE DE VIDA E OS ASPECTOS CLÍNICOS DOS PACIENTES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA PÓS PROSTATECTOMIA RADICAL SUBMETIDOS À ELETROESTIMULAÇÃO", sob a coordenação da Fisioterapeuta Lilian Lira Lisboa Galvão.

Sua participação é voluntária e você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Objetivos do estudo: Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar o efeito da terapêutica comportamental e eletroestimulação na incontinência urinária de pacientes submetidos a prostatectomia radical pela técnica de videolaparoscopia.

Procedimentos: Caso você decida aceitar o convite você responderá um questionário de qualidade de vida com questões sobre avaliação da saúde, incontinência urinária como doença, limitação no desempenho de atividades, relações pessoais, preocupações, limitações, psiquismo, sono, energias e sintomas, avaliação urológica constando de um sumário de urina e estudo urodinâmico, este constará da acoplagem de eletrodos de superfície em região proximal das pernas e introdução de uma sonda uretral para injeção de soro fisiológico e observar através da tela de um computador o funcionamento da bexiga, assim como a integridade da musculatura do assoalho pélvico, a avaliação e tratamento fisioterapêuticos constarão de orientações quanto aos horários de idas ao banheiro para urinar e eletroterapia de superfície três vezes por semana, por vinte minutos cada sessão, num total de 20 sessões, e no final do tratamento você será novamente submetido a avaliação fisioterapêutica, urológica e questionário.

Riscos: Esta pesquisa apresenta risco mínimo. Não serão realizados procedimentos que comprometam sua integridade física, psicológica, intelectual ou social. Não

serão aplicados testes que envolvam corte, coletas de sangue nem qualquer tipo de pergunta que possa vir a causar algum constrangimento. Você será submetido apenas a 1(um) procedimento de natureza invasiva, sendo este a colocação da sonda uretral realizada por profissional médico urologista.

Benefícios: Como benefícios, através deste estudo você estará contribuindo para aperfeiçoar o tratamento da incontinência urinária, ou seja, da perda de urina que acontece com frequência em homens submetidos a cirurgia de retirada radical de próstata resultando na melhora das queixas urinárias e melhor qualidade de vida.

Indenização: Não haverá ressarcimento ao voluntário, uma vez que este projeto não implica em gastos para o mesmo. Embora o estudo não acarrete prejuízo de nenhuma forma para os participantes, em caso de você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, a indenização será feita por parte das pesquisadoras responsáveis pelo projeto.

Confidencialidade da pesquisa: Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Você ficará com uma cópia deste Termo e em caso de dúvidas a respeito desta pesquisa ou necessidade de entrar em contato com os

Antonio Barbosa de Oliveira Junior, Tatianne da Silva Alves e Surya de Paula Oliveira Constantino

Clinicas Integradas da FARN- Rua Prefeita Eliane Barros, 2000, Tirol, CEP: Cep: 59014-540 - Natal-RN,
Telefone: (84) 3215-2960 E-mail: tatiannefisio@hotmail.com; Barbosa.jr@hotmail.com;
suryazinho@hotmail.com

pesquisadores, poderá entrar em contato através dos endereços e telefones a seguir:

Caso haja dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa o contato poderá ser feito através do seguinte

endereço:

Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN, Praça do Campus Universitário, Caixa Postal 1666. Bairro Lagoa Nova, Natal-RN.

Pesquisador Responsável

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa e como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa "ANÁLISE COMPARATIVA DA QUALIDADE DE VIDA E OS ASPECTOS CLÍNICOS DOS PACIENTES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA PÓS PROSTATECTOMIA RADICAL SUBMETIDOS À ELETROESTIMULAÇÃO"

Assinatura: _____

APÊNDICE "A"- Ficha de Avaliação Fisioterapêutica

FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIOGRANDE DO
NORTE

CLINICAS INTEGRADA DA FARN

SETOR DE FISIOTERAPIA

FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ - _____

Estado Civil: _____ Escolaridade (em anos): _____

Tel.: _____ Profissão/Função: _____ Renda familiar: _____

Data da Avaliação: ____/____/____

1. ANAMNESE

Doenças

associadas: _____

Data da cirurgia: ____/____/____ Medicação

Atual: _____

Pratica atividade física? () Sim () Não

Qual?: _____

Outras

intervenções: _____

Fuma: () Sim () Não Quantos por dia: _____

Bebida alcoólica: () Sim () Não Com que frequência: _____

Ingestão de café: () Sim () Não Quantidade: _____

Tempo de queixas urinárias: _____

Número de micções ao dia: _____ Número de micções à noite: _____

Dificuldade para urinar: () Sim () Não

Perde urina antes de chegar ao banheiro? () Sim () Não

Perde urina aos: () Pequenos esforços (caminhada, trocar de posição, relação sexual)

() Médios esforços (tossir/ espirar e risada).

() Grandes esforços (pular, exercícios c/ peso, corrida, ginástica, dança)

Quantidade de urina perdida: () Gota () Completa () Jato

Infecções urinárias: () Sim () Não Há quanto tempo _____

Utiliza protetor higiênico? () Sim () Não Qtos p/ dia: _____

Intestino: () Constipação () Incontinência () Normal 24 horas

Atividade sexual: () ativo () inativo

Grau de insatisfação: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Observações: _____

APÊNDICE "B"- Diário miccional

DIÁRIO MICCIONAL

Data: __/__/__ Paciente: _____

Número de absorventes utilizados do início ao final deste diário: _____

1. Hora que urinou: _____. Até este horário perdeu urina na roupa: **sim**() **não**() A perda de urina na roupa foi: em **gotas**() **jato**() **ou perdeu toda a urina**() Quanto de líquido (em ml) ingeriu até agora: _____

Até agora você: **tossiu**() **espirrou**() **fez esforço**() **não fez esforço nenhum**()

2. Hora que urinou: _____. Até este horário perdeu urina na roupa: **sim**() **não**() A perda de urina na roupa foi: em **gotas**() **jato**() **ou perdeu toda a urina**() Quanto de líquido (em ml) ingeriu até agora: _____

Até agora você: **tossiu**() **espirrou**() **fez esforço**() **não fez esforço nenhum**()

3. Hora que urinou: _____. Até este horário perdeu urina na roupa: **sim**() **não**() A perda de urina na roupa foi: em **gotas**() **jato**() **ou perdeu toda a urina**() Quanto de líquido (em ml) ingeriu até agora: _____

Até agora você: **tossiu**() **espirrou**() **fez esforço**() **não fez esforço nenhum**()

4. Hora que urinou: _____. Até este horário perdeu urina na roupa: **sim**() **não**() A perda de urina na roupa foi: em **gotas**() **jato**() **ou perdeu toda a urina**() Quanto de líquido (em ml) ingeriu até agora: _____

Até agora você: **tossiu**() **espirrou**() **fez esforço**() **não fez esforço nenhum**()

5. Hora que urinou: _____. Até este horário perdeu urina na roupa: **sim**() **não**() A perda de urina na roupa foi: em **gotas**() **jato**() **ou perdeu toda a urina**() Quanto de líquido (em ml) ingeriu até agora: _____

Até agora você: **tossiu**() **espirrou**() **fez esforço**() **não fez esforço nenhum**()

6. Hora que urinou: _____. Até este horário perdeu urina na roupa: **sim**() **não**() A perda de urina na roupa foi: em **gotas**() **jato**() **ou perdeu toda a urina**() Quanto de líquido (em ml) ingeriu até agora: _____

Até agora você: **tossiu**() **espirrou**() **fez esforço**() **não fez esforço nenhum**()

7. Hora que urinou: _____. Até este horário perdeu urina na roupa: **sim**() **não**() A perda de urina na roupa foi: em **gotas**() **jato**() **ou perdeu toda a urina**() Quanto de líquido (em ml) ingeriu até agora: _____

Até agora você: **tossiu**() **espirrou**() **fez esforço**() **não fez esforço nenhum**()

8. Hora que urinou: _____. Até este horário perdeu urina na roupa: **sim**() **não**() A perda de urina na roupa foi: em **gotas**() **jato**() **ou perdeu toda a urina**() Quanto de líquido (em ml) ingeriu até agora: _____

Até agora você: **tossiu**() **espirrou**() **fez esforço**() **não fez esforço nenhum**()

9. Hora que urinou: _____. Até este horário perdeu urina na roupa: **sim**() **não**() A perda de urina na roupa foi: em **gotas**() **jato**() **ou perdeu toda a urina**() Quanto de líquido (em ml) ingeriu até agora: _____

Até agora você: **tossiu**() **espirrou**() **fez esforço**() **não fez esforço nenhum**()

10. Hora que urinou: _____. Até este horário perdeu urina na roupa: **sim**() **não**() A perda de urina na roupa foi: em **gotas**() **jato**() **ou perdeu toda a urina**() Quanto de líquido (em ml) ingeriu até agora: _____

Até agora você: **tossiu**() **espirrou**() **fez esforço**() **não fez esforço nenhum**()