



INSTITUTO
SUPERIOR
DE ANGOLA

**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO A PACIENTES COM
INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO HOSPITAL GERAL DA BARRA DO
DANDE, SEGUNDO TRIMESTRE 2023.**

Autora: Alexandrina Chaquela Nhúpo

Orientadora: Prof^ª. Manuela Veiga, MSc.

Luanda, 2024

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO A PACIENTES COM
INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO HOSPITAL GERAL DA BARRA DO
DANDE, SEGUNDO TRIMESTRE 2023.**

Trabalho de Fim de Curso apresentado ao Instituto Superior de Angola (ISA), como requisito para obtenção do título de Licenciatura em Enfermagem, sob a orientação da Professora: Manuela Veiga, MSc.

Autora: Alexandrina Chaquela Nhujó

Orientadora: Prof^a. Manuela Veiga, MSc.

Luanda, 2024

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS E SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

FICHA DE APROVAÇÃO

**PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO A PACIENTES COM
INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO HOSPITAL GERAL DA BARRA DO
DANDE, SEGUNDO TRIMESTRE 2023.**

O JÚRI

Presidente _____

1º Vogal _____

2º Vogal _____

Secretário _____

Classificação: _____

Data ____/____/____

DEDICATÓRIA

A minha família, por todo amor e apoio incondicional depositado, e por sempre acreditar no meu potencial.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado força para chegar até aqui, me ajudando a superar cada obstáculo que surgia com muita sabedoria e por nunca permitir passar pela minha cabeça a vontade de desistir.

A minha família, especialmente a, aos meus pais, aos meus irmãos, e ao meus tios, por todo esforço que fizeram para que eu concluísse meus estudos da melhor maneira possível e por sempre estarem presente me apoiando e me incentivando em tudo. Sem dúvidas tudo que conquistei até hoje devo a eles.

A minha orientadora, Prof^a. Manuela Veiga, MSc., pela orientação e apoio no preparo deste trabalho e pelos seus estímulos e conselhos profissionais, que me auxiliaram a enfrentar os desafios e acreditar na conclusão do mesmo.

A Instituição (ISA) por esses 4 anos.

Aos meus colegas e amigos , e em especial aqueles que sempre estiveram presentes em todos os momentos ao decorrer desse estudo, especialmente: O Professor Artur Vaz Monteiro, Lic.

EPÍGRAFE

Cuidar o paciente é estender a mão com carinho, ouvir com amor e lembrar a todo momento que ele nunca está sozinho.

Azulay (2018)

RESUMO

O presente trabalho de fim do curso visa abordar Protocolos de Atendimento a Pacientes com Incontinência Urinária no Hospital Geral da Barra do Dande, Segundo Trimestre 2023. A metodologia aplicada neste trabalho foi a pesquisa descritiva, quanto a modelo de abordagem utilizamos a pesquisa quali-quantitativa. Neste trabalho traçou-se as seguintes hipóteses: São utilizados orientações sobre micções de horário, aumento dos intervalos entre as micções gradualmente, reduzir alimentos que irrite a bexiga; Orientar sobre consumo de líquidos e ingestão de fibras adequadas. Traçou-se os seguintes objectivos: Objectivo Geral: Conhecer os Protocolos de Atendimento a Pacientes com Incontinência Urinária no Hospital Geral da Barra do Dande, Segundo Trimestre 2023. Objectivos Específicos: Caracterizar sóciodemográficas segundo as variáveis: faixa etária, nível académico, tempo de serviço; Explicar os tipos de Protocolos de Atendimento a Pacientes com Incontinência Urinária no Hospital Geral da Barra do Dande, Segundo Trimestre 2023; Descrever os Protocolos de Atendimento a Pacientes com Incontinência Urinária no Hospital Geral da Barra do Dande, Segundo Trimestre 2023; Propor sugestões sobre Protocolos de Atendimento para erradicar Incontinência Urinária no Hospital Geral da Barra do Dande, Segundo Trimestre 2023. Extraiu-se uma amostra de (30) indivíduos. Sugestões: Orientar os pacientes a reduzir o consumo de alimentos que irritam a bexiga; Instruir os pacientes sobre o modo de consumo de líquidos; Criar um ambiente de paz para que o paciente se sinta acolhido; Tratar os pacientes de forma humanizada; Frequentar os centros de saúde; Praticar os exercícios físicos. Conseguimos alcançar os nossos objectivos e confirmamos as nossas hipóteses.

Palavras- chave: Protocolos; Pacientes; Incontinência Urinária.

ABSTRACT

This end-of-course work aims to address Care Protocols for Patients with Urinary Incontinence at the General Hospital of Barra do Dande, Second Quarter 2023. The methodology applied in this work was descriptive research, as for the approach model, we used qualitative-quantitative research. In this work, the following hypotheses were outlined: Guidelines on urination schedules are used, increasing the intervals between urinations gradually, reducing foods that irritate the bladder; Provide guidance on fluid consumption and adequate fiber intake. The following objectives were outlined: General Objective: To understand the Care Protocols for Patients with Urinary Incontinence at the General Hospital of Barra do Dande, Second Quarter 2023. Specific Objectives: To characterize sociodemographic characteristics according to the variables: age group, academic level, length of service ; Explain the types of Care Protocols for Patients with Urinary Incontinence at the Barra do Dande General Hospital, Second Quarter 2023; Describe the Care Protocols for Patients with Urinary Incontinence in Barra do Dande General Hospital, Second Quarter 2023; Propose suggestions on Care Protocols to eradicate Urinary Incontinence at the Barra do Dande General Hospital, Second Quarter 2023. A sample of (30) individuals was extracted. Suggestions: Advise patients to reduce the consumption of foods that irritate the bladder; Instruct patients on how to consume liquids; Create an environment of peace so that the patient feels welcomed; Treat patients in a humane way; Visit health centers regularly; Practice physical exercises. With this we can say that we managed to achieve our objectives and confirmed our hypotheses.

Keywords: Protocols; Patients; Urinary incontinence.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 1-	Distribuição da amostra segundo a idade.....	39
Tabela nº 2-	Distribuição da amostra segundo a categoria profissional.....	40
Tabela nº 3-	Distribuição da amostra quanto ao tempo de serviço.....	41
Tabela nº4-	Tens prestado assistência técnica à pacientes com Incontinência Urinária?.....	42
Tabela nº 5-	Será que os profissionais da saúde têm seguido os protocolos de atendimento a pacientes com incontinência urinária?.....	43
Tabela nº 6-	Protocolos mais usados para atendimento à pacientes com incontinência urinária.....	44

ÍNDICE DE GRÁFICO

Gráfico nº 1-	Distribuição da amostra segundo a idade.....	39
Gráfico nº 2-	Distribuição da amostra segundo a categoria profissional.....	40
Gráfico nº 3-	Distribuição da amostra quanto ao tempo de serviço.....	41
Gráfico nº4-	Tens prestado assistência técnica à pacientes com Incontinência Urinária?.....	42
Gráfico nº 5-	Será que os profissionais da saúde têm seguido os protocolos de atendimento a pacientes com incontinência urinária?.....	43
Gráfico nº 6-	Protocolos mais usados para atendimento à pacientes com incontinência urinária.....	44

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPITULO I: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	5
1.1. Definições de termos e conceitos.....	5
1.2. Breve histórica sobre a incontinência urinária	6
1.3. Fisiopatologia da incontinência urinária	8
1.4. Factores de risco para incontinência urinária	9
1.5. Avaliação da incontinência urinária	11
1.6. Tratamento da incontinência urinária	12
1.1.1. Tratamento Cirúrgico	15
1.1.2. Tipos de incontinência urinária	16
1.1.3. Estrutura anatômica e fisiológica do assoalho pélvico feminino	18
1.1.4. Factores etiopatogênicos da incontinência urinária de esforço	20
1.1.5. Neurofisiologia da bexiga	21
1.1.6. O papel do fisioterapeuta no tratamento e prevenção da IUE	22
1.2.1. Técnicas fisioterapêuticas no tratamento da incontinência urinária	23
1.2.2. Abordagem preventiva da incontinência urinária na mulher	25
1.2.3. Causas da incontinência urinária	26
1.2.4. Diagnóstico da incontinência urinária	27

1.2.5. Tipos de protocolos para atendimento à pacientes com incontinência urinária	28
1.2.6. Prevenção da Incontinência Urinária.....	31
1.2.7. Importância do uso dos Protocolos	32
CAPÍTULO II- METODOLOGIA DE PESQUISA	33
2.1. Tipo de Pesquisa.....	33
2.2. Modelo de Abordagem	33
2.3. Nível de estruturação de métodos.....	34
2. 4.Técnicas de recolha de dados.....	36
2.5. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados.....	37
2.6. População e Amostra	37
2.7. Dificuldades encontradas	38
CAPÍTULO III- DISCUSSÃO E RESULTADOS.....	39
3.1. Apresentação e interpretação dos resultados	39
3.2 Discussão dos resultados.....	45
CONCLUSÃO	47
SUGESTÕES.....	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
APÊNDICES	
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como tema: “Protocolos de Atendimento a Pacientes com Incontinência Urinária no Hospital Geral da Barra do Dande, Segundo Trimestre 2023”. A incontinência urinária acomete uma porcentagem de pacientes que varia entre 5 a 45% conforme critérios diagnósticos. Está associada à deficiência esfinteriana já que o esfíncter uretral pode ser lesado no acto cirúrgico. Estudos afirmam que em equipes cirúrgicas mais habilitadas a incidência de incontinência urinária é pequena.

Embora grande parte dos pacientes apresentem perdas urinárias nos primeiros dias de pós operatório após a sonda uretral ter sido retirada, a resolução espontânea da incontinência urinária pode acontecer entre 3 meses e vinte quatro meses após a prostatectomia. Desta forma qualquer tratamento mais invasivo para a incontinência urinária deve ser postergado por pelo menos dois anos, a incontinência urinária é fator que afeta a qualidade de vida e é motivo de preocupação para esses pacientes muitas vezes maior que a disfunção erétil. Portanto mesmo que não se opte por soluções mais invasivas para este problema não se deve deixar o paciente incontinente sem um tratamento que possa ao menos minimizar o problema.

Existem evidências científicas de que a Reabilitação do Trato Urinário Inferior pode diminuir o período de recuperação da continência, antecipando resultados que poderiam tardar a aparecer espontaneamente. Orientações para ajuste alimentar e hídrico, ajuste de absorventes e mudanças de ambiente são realizadas quando necessárias, o diário miccional consiste em uma importante ferramenta para o enfermeiro na avaliação do progresso do tratamento e ainda ajuda o paciente a perceber sua melhora.

A incontinência urinária é a perda involuntária de urina pela uretra. Pessoas nessa condição possuem dificuldade para segurar o xixi e, muitas vezes, urinam antes de chegar até o banheiro. A intensidade do escape varia, mas geralmente impacta diretamente na qualidade de vida, pois limita o convívio social. O indivíduo com incontinência urinária, por medo de passar por situações constrangedoras, acaba evitando sair de casa.

Nos dias actuais no Hospital Provincial da Barra do Dande, nota-se um elevado número de casos relacionados com a incontinência urinária, pelo que, esse é uma problemática que vem afligir muitos pacientes que frequentam o referido hospital. Queremos com este estudo encontrar os factores que estão na base disso para propor as possíveis soluções.

Tendo em conta o problema constatado, formulou-se a seguinte pergunta de partida:

Quais são os Protocolos de Atendimento a Pacientes com Incontinência Urinária no Hospital Geral da Barra do Dande, Segundo Trimestre 2023?

• Hipóteses

Segundo Francisco e Pakisi (2017, p. 39), a hipótese é uma explicação, uma condição ou princípio que procura relacionar entre si as variáveis que dizem respeito a um determinado fenómeno ou problema que se queira resolver é o mesmo que dizer: uma hipótese é uma solução provisória, proposta como sugestão no processo de investigação de um problema, resultado de um processo activamente criador de representação do mundo.

Com este propósito formulou-se as seguintes hipóteses:

H1- O Hospital Geral da Barra do Dande utiliza protocolos fisioterapeutico para o atendimento a pacientes com incontinência urinária.

H2- O Hospital Geral da Barra do Dande utiliza protocolos farmacologico para o atendimento a pacientes com incontinência urinária.

• Objectivos

Para Marconi e Lakatos (2010, p.27), “dizem que toda pesquisa deve ter um objectivo determinado para saber o que se vai procurar e o que se pretende alcançar. O objectivo torna explícito o problema, aumentando os conhecimentos sobre determinado assunto”.

No presente trabalho traçou-se os seguintes objectivos:

Objectivo Geral:

Conhencer os Protocolos de Atendimento a Pacientes com Incontinência Urinária no Hospital Geral da Barra do Dande, Segundo Trimestre 2023.

Objectivos Específicos:

- Caracterizar sóciodemográficas segundo as variáveis: faixa etária, nível académico, tempo de serviço;
- Explicar os tipos de Protocolos de Atendimento a Pacientes com Incontinência Urinária no Hospital Geral da Barra do Dande, Segundo Trimestre 2023;
- Descrever os Protocolos de Atendimento a Pacientes com Incontinência Urinária no Hospital Geral da Barra do Dande, Segundo Trimestre 2023;
- Propor sugestões sobre Protocolos de Atendimento para erradicar Incontinência Urinária no Hospital Geral da Barra do Dande, Segundo Trimestre 2023.

• Delimitação e Limitação do estudo**a) Delimitação**

O presente trabalho delimita-se a abordar Protocolos de Atendimento a Pacientes com Incontinência Urinária no Hospital Geral da Barra do Dande, Segundo Trimestre 2023.

b) Limitação

O nosso trabalho foi limitado aos seguintes intervenientes: (100) Indivíduos, os quais: Técnicos Superiores, Auxiliares de enfermagem e Técnicos médio.

• Justificativa

O tema Protocolos de Atendimento a Pacientes com Incontinência Urinária é uma situação que nos chamou bastante atenção pelo facto deste ter um impacto tão grande na sociedade. Fomos motivados pelo facto deste constituir uma grande preocupação por parte dos pacientes que frequentam o Hospital Geral da Barra do Dande e não só.

Entendemos que a incontinência urinária pode atingir diversas faixas etárias e, algumas vezes, pode surgir como um sintoma de alguma doença, como infecção

urinária, cálculo vesical, tumores de bexiga, poliúria e outras doenças neurológicas, como Parkinson, sequelas de AVCs ou lesões na medula.

Com o presente estudo, queremos pesquisar os factores que levam a incontinência urinária, para posteriormente propor as sugestões que ajudem a mitigar o problema.

• **Estrutura do trabalho**

O presente trabalho está dividido da seguinte forma:

A parte introdutória que esclarece os objectivos da pesquisa e apresenta três capítulos:

- No primeiro capítulo abordou-se a fundamentação teórica.
- No segundo capítulo tratou-se da metodologia de pesquisa.
- No terceiro capítulo destacou-se os resultados e discussão.

E por fim fizemos menção das conclusões, sugestões e referências bibliográficas.

CAPITULO I: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. Definições de termos e conceitos

- **Protocolos**

Segundo Glashan (2014, p. 45), “é o conjunto das informações, decisões, normas e regras definidas a partir de um acto oficial”.

Para a Mata (2019, p. 77), “conjunto de formalidades e preceitos que se devem observar em cerimónias oficiais ou actos solenes”.

De acordo o Pinto (2011, p. 11), “conjunto de regras, padrões e especificações técnicas que regulam o procedimento do atendimento ao paciente”.

Na nossa visão entendemos que é conjunto de princípios médicos que visam a modelar os procedimentos a adoptar para atendimento aos pacientes.

- **Paciente**

Segundo Azulay e Avello (2018, p. 82), “paciente é uma pessoa que está sendo cuidada por um médico”, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, cirurgião-dentista ou outro profissional da área da saúde referido pelo.

Para Ferreira (2010, p. 24), “paciente é um individuo que têm paciência; capaz de aguentar algo com resignação, recebe cuidados médicos e não se importa em esperar”.

De acordo Carmello e Silva (2019, p. 33), “paciente é uma pessoa, ou seja, que apresenta a paciência, a serenidade e a tranquilidade como virtudes”, são caracterizados por ser calma, saber esperar e perseverar em suas actitudes.

No nosso entender paciente é toda pessoa que recebe cuidados medicos.

- **Incontinência Urinária**

De acorddo o Lima & Müller (2016, p. 45), “é a perda involuntária da urina pela uretra, factor que ocorre nos homens e nas mulheres”.

Segundo Ribeiro e Raimundo (2015, p. 46), é a perda involuntária de urina, existindo múltiplas causas possíveis para esta patologia.

Para o Moore & Gray (2014, p.56), “é a situação em que o indivíduo apresenta perda involuntária de urina”.

Na nossa visão entendemos que é uma disfunção do assoalho pélvio, em conjunto com a incontinência fecal e o prolapso de órgãos da pelve.

1.2. Breve histórica sobre a incontinência urinária

A incontinência urinária é uma das novas epidemias do século XXI agravada pelo contínuo aumento da esperança média de vida, sendo mais frequente nas mulheres. Nos lares a prevalência de incontinência urinária em mulheres é superior a 50%. Apesar das perdas involuntárias de urina interferirem de forma devastadora na qualidade de vida das doentes, a incontinência urinária feminina continua a ser sub-diagnosticada e sub-tratada (Abreu e Baracho, 2014).

Incontinência urinária é a perda involuntária de urina. A incidência da incontinência urinária na mulher aumenta com a idade, atingindo 25% após a menopausa. estima-se que apenas uma em cada quatro mulheres sintomáticas procura ajuda médica, já que é considerada de forma errónea uma consequência natural da idade, sem tratamento eficaz sendo por isso uma epidemia silenciosa (Althof e Dean, 2014).

As morbilidades associadas à incontinência urinária incluem prolongamento de internamentos, infecções do tracto urinário, complicações devido ao uso prolongado de cateteres uretrais e as dermatites de contacto, sendo também um importantemotivo para admiss^{ão} de idosos em lares, os factores de risco mais importantes são os partos, nomeadamente por via vaginal, não conferindo a episiotomia protecção adequada. A cirurgia pélvica extensa e outros traumas na região pélvica assim como a obesidade e obstipação constituem outros factores de risco com menor impacto (Baracho, 2012).

Sintomas de incontinência urinária são comuns nos idosos, mas acometem indivíduos de todas as idades e de ambos os sexos. A história da incontinência urinária deve informar aspectos relativos ao início dos sintomas, frequência, gravidade, hábito intestinal e impacto na qualidade de vida, a qualidade de vida pode ser avaliada por diversas maneiras, mas somente questionários psicométricos e auto-aplicáveis podem medir a condição e a perspectiva do paciente, os factores de riscos que devem ser avaliados são: obesidade, paridade, fumo, ingestão de líquidos, medicamentos que atuam no sistema nervoso central e no trato urinário, hipoestrogenismo e cirurgia pélvica prévia (Anger e Saigal, 2013).

Existe outras condições que levam à incontinência, que devem ser investigadas, são: infecções do trato urinário, neoplasia vesical, litíase vesical, obstrução infravesical, fatores emocionais e sinais que podem sugerir doenças neurológicas, a incontinência urinária apresenta caráter multifatorial, sendo alguns dos principais fatores de risco: idade, paridade, tipo de parto, peso do recém-nascido, constipação intestinal, consumo de cafeína e tabagismo, é mais prevalente no sexo feminino, acometendo de 30 a 60% das mulheres durante o período do climatério e da menopausa. Porém, a sua prevalência tem se mostrado diferente de acordo com a população estudada. São escassos os estudos que tenham avaliado a sua prevalência no Brasil (Berglund & Fugl-Meyer, 2011).

No sexo masculino, a incontinência urinária é comum após a ressecção transuretral da próstata e a prostatectomia radical, que são intervenções amplamente utilizadas no tratamento do câncer da próstata, as repercussões no estilo de vida de homens e mulheres com esta patologia são inúmeras. Normalmente acabam provocando restrições na vida cotidiana, tais como: nas atividades do lar, perda da confiança em si, vergonha e medo de apresentar episódio de perda urinária em público, frustrações e limitações no desempenho das atividades profissionais e disfunção sexual (Bispo, 2013).

Portanto, a IU pode ser caracterizada como um importante problema de saúde pública. Apesar disso, poucos buscam os serviços de saúde para o seu tratamento, pois consideram erroneamente que esta condição é uma consequência natural da idade. Muitos desconhecem a atuação da fisioterapia, que é um tratamento pouco invasivo, pouco oneroso e com eficácia comprovada para a melhora e/ou a cura do desconforto sintomático (Baracho, 2012).

Mesmo sendo a fisioterapia indicada como a primeira opção de tratamento, existem poucos serviços públicos de atendimento fisioterapêutico a pacientes incontinentes, torna-se perceptível, em virtude dos fatos supracitados, que o fisioterapeuta, como membro integrante de equipes de saúde, deveria ampliar seu campo de atuação, desenvolvendo atividades para além da reabilitação, buscar inspiração nos pressupostos do campo da Saúde Coletiva que o estimule a realizar ações que previnam o aparecimento ou agravamento do problema, direcionando sua

atuação para a coletividade humana, buscando transformar hábitos e condições de vida, promovendo assim a saúde (Butler, 2010).

1.3. Fisiopatologia da incontinência urinária

Segundo Berlezi (2010, p. 58), o armazenamento de urina e posterior esvaziamento da bexiga é um processo fisiologicamente complexo, portanto para que possa ocorrer de forma adequada, é necessário que diferentes músculos, nervos parassimpáticos, simpáticos, somáticos e sensoriais trabalhem conjuntamente. A falha de qualquer uma dessas estruturas pode culminar no desenvolvimento de IU.

As causas mais comumente encontradas de IU podem ser agrupadas em dois grupos: as resultantes de alterações vesicais primárias ou secundárias; e as decorrentes de distúrbios uretrais, as alterações vesicais são principalmente representadas pela hiperatividade da musculatura detrusora, caracterizada por contrações involuntárias desse músculo, que culminam na expulsão involuntária da urina armazenada (Castro & Arruda, 2015).

De acordo Castro e Sobottka (2012, p. 70), a hiperatividade do detrusor pode ser subdividida em dois tipos: fásica e terminal. Na hiperatividade fásica, a amplitude das contrações crescem de acordo com o volume vesical e podem, ou não, levar à IU.

Na mesma senda Caetano e Tavares (2015), realçam que, na hiperatividade terminal, há uma única e involuntária contração do detrusor, que não pode ser suprimida e invariavelmente resulta em IU, com esvaziamento completo da bexiga.

A alteração vesical é a redução da complacência vesical. Em situações fisiológicas, a bexiga apresenta alta complacência, na mesma sequência de ideias, o autor realça que ela é capaz de acumular grandes quantidades de urina, sem que sua pressão interna seja consideravelmente elevada (Danforth, 2011).

Todavia, quando essa propriedade é reduzida, mesmo pequenas alterações de volume são capazes de gerar grandes pressões intravesicais, estimulando o desejo miccional do paciente. Ainda que essa situação possa decorrer de alterações elásticas da bexiga, ela é mais comumente relacionada a lesões neurológicas motoras baixas, como espinha bífida e síndrome da cauda equina (Ford e Rogerson 2010).

Apesar da relevância desse mecanismo fisiopatológico, cabe ressaltar que ainda não existem métodos internacionais e padronizados para classificar a complacência vesical em alta, média ou baixa (Figueiredo, 2012).

O principal exemplo de incontinência resultante de distúrbios uretrais é a IU de esforço, que resulta de uma insuficiência esfinteriana. Nessa situação, a pressão de resistência da musculatura uretral torna-se reduzida e, com isso, o fechamento da uretra fica incapaz de impedir o fluxo urinário, ainda que a pressão intravesical esteja normal (Diokno, 2011).

Diversos fatores podem explicar essa insuficiência esfinteriana, como alterações anatômicas e defeitos no esfíncter intrínseco da uretra. A redução nos níveis séricos de estrogênio, por exemplo, reduz a vascularização periuretral e promove a atrofia da musculatura local, estimulando o desenvolvimento desse tipo de incontinência (Foldspang, 2011).

Segundo Flisser e Blaivas, (2012, p. 69), Esse é um dos principais motivos pelos quais a IU é mais comumente encontrada em mulheres idosas. Apesar disso, diversos outros fatores também já foram correlacionados com distúrbios uretrais, como fraqueza anatômica, idade avançada, cirurgias pélvicas prévias e obesidade.

Por fim, ainda que sejam clinicamente menos comuns, outros mecanismos fisiopatológicos também podem levar ao desenvolvimento da IU. No caso da incontinência paradoxal, por exemplo, os pacientes apresentam um transbordamento de urina quando a bexiga apresenta-se mais cheia do que sua capacidade máxima (Dugan, 2011).

Na perspectiva de Delancey (2015, p. 94), esse processo pode resultar de processos obstrutivos do trato urinário inferior.

1.4. Factores de risco para incontinência urinária

De acordo Guarisi e Pinto-neto (2011, p. 85), ainda que a IU seja mais frequentemente encontrada na população feminina, sua prevalência exata e seus fatores de risco são difíceis de ser determinados, pois as metodologias empregadas variam significativamente entre os trabalhos realizados.

Nessa revisão, apenas serão abordados os fatores de risco mais comumente comentados na literatura médica. Sabe-se que essa doença possui uma prevalência

maior em mulheres caucasianas e que está 2,6 vezes mais presentes em mulheres com um histórico familiar de incontinência (Higa & Lopes, 2014).

Dessa forma, os autores realçam que ainda que os fatores de risco ambientais sejam relevantes para o desenvolvimento desse distúrbio, os fatores genéticos também merecem ser levados em consideração, a idade é aceita como um dos principais fatores de risco, pois a prevalência da IU aumenta consideravelmente após a menopausa (Girão, 2010).

Acredita-se que isso se deva principalmente à redução do estrogênio sérico em mulheres nessa faixa etária. Como previamente mencionado, os menores níveis desse hormônio culminam em atrofia da musculatura uretral e facilitam o desenvolvimento da IU (Huston, 2013).

Outros fatores também podem estar correlacionados à maior prevalência da incontinência em populações idosas, como a o aumento no índice de massa corporal nessa faixa etária e a maior presença de doenças crônicas, como diabetes e doença pulmonar obstrutiva crônica (Guire & Lytton, 2012).

Ainda que haja divergências sobre o assunto, alguns autores têm colocado que a prática de atividades físicas de alto impacto também está correlacionada com o desenvolvimento de IU. Em teoria, esses exercícios causariam um aumento da pressão intra-abdominal, o que, por sua vez, sobrecarregaria os órgãos pélvicos e danificaria as estruturas musculares adjacentes, responsáveis por oferecer suporte a esses órgãos (Honório & Santos, 2011).

A obesidade tem sido descrita como um fator causador e agravante da IU simultaneamente. Ao exemplo do que ocorre com os esportes de alto impacto, a obesidade também aumenta a pressão intra-abdominal e intravesical, alongando e enfraquecendo a musculatura do assoalho pélvico (Haddad, 2011).

Nesse contexto, os autores realçam que comprovaram que a redução de peso é benéfico para as mulheres obesas e incontinentes. Em seu trabalho, demonstrou-se que 70,59% das mulheres obesas deixavam de apresentar IU quando submetidas à cirurgia bariátrica, nessa pesquisa, a força muscular do assoalho pélvico aumentou significativamente em relação ao pré-operatório (Guccione, 2012).

É interessante notar que mesmo perdas de peso pequenas, como de 5% a 10% do peso corporal, já foram capazes de resultar em melhorias na continência

vesical das pacientes avaliadas, a paridade também tem sido mencionada como fator de risco para a IU em alguns estudos (Jovanović e Džamić, 2014).

Apesar disso, ainda há divergências literárias sobre o assunto. Alguns trabalhos demonstraram que o aumento do número de partos está diretamente correlacionado

com a ocorrência de IU, enquanto outros afirmam que não há relação estatística suficientemente significativa para que essa relação se justifique (Klüber e Cruz, 2012).

Além disso, ainda há autores que afirmam que o peso do recém-nascido também deve ser considerado como um fator de risco para o desenvolvimento dessa patologia, colocando que fetos mais pesados aumentariam ainda mais a pressão intra-abdominal materna (Higa & Lopes, 2014).

Dentre as doenças crônicas correlacionadas com a IU, a diabetes mellitus é a mais comumente citada. Acredita-se que os elevados níveis glicêmicos sejam capazes de causar lesões nos nervos autônomos da bexiga, prejudicando o mecanismo de enchimento e esvaziamento vesical, além disso, a glicosúria poderia causar um aumento na frequência urinária, agravando ainda mais o quadro de IU nesse grupo de pacientes (Berlezi, 2010).

Por fim, os autores afirmam que também se discute a possibilidade do tabagismo ser um fator de risco. O fumante frequentemente apresenta uma tosse mais violenta, podendo afetar direta ou indiretamente a bexiga e a uretra, danificando o mecanismo esfinteriano e propiciando à IU, o monóxido de carbono e a nicotina presentes no tabaco também agem reduzindo os níveis de estrogênio disponíveis, fator já relacionado previamente com a IU (Girão, 2010).

1.5. Avaliação da incontinência urinária

Segundo Kobashi (2012, p. 43), o impacto na qualidade de vida de um paciente incontinente pode ser avaliado através de questionários, como o King's Health Questionnaire (KHQ). Essas avaliações visam identificar a presença de sintomas de IU, bem como seus impactos relativos na vida do doente.

Há um consenso na literatura internacional de que os episódios de IU são responsáveis por grande constrangimento social, podendo levar os incontinentes a

desenvolverem quadros de depressão, isolamento social, estresse, baixa autoestima e sentimento de vergonha (Lopes & Higa, 2016).

Por esse motivo, coloca-se que essa desordem afeta seus portadores na esfera social, psicológica, física e econômica (Manonai & Patrachai, 2012).

Na mesma senda autores afirmam, ainda que a doença seja desagradável para as pacientes, muitas mulheres idosas com essa situação não buscam auxílio profissional, pois a consideram uma consequência natural do envelhecimento.

De acordo Kelleher e Cardozo (2011, p. 16) por exemplo, comprovaram que grande parte das mulheres com incontinência urinária, quando questionadas, classificam a própria saúde como sendo “boa” ou “normal”, o que evidencia que a população, de forma geral, não enxerga a IU como uma doença.

Os autores afirmam que esse facto é preocupante, pois pode mascarar a real gravidade do problema, visto que faz com que a IU seja subestimada e até mesmo negligenciada por diversos profissionais de saúde, ainda que os episódios de incontinência sejam desagradáveis, várias formas de abordagem terapêutica estão actualmente disponíveis para essas pacientes e apresentam bons resultados clínicos (Haddad, 2011).

Essas técnicas serão brevemente resumidas adiante. Considerando-se que muitas pacientes podem ter a perda involuntária de urina reduzida ou evitada, consideramos que a criação de políticas educativas que possam informar a população de que incontinência urinária não é uma condição normal poderia ser benéfica para diversos indivíduos (Dugan, 2011).

Na óptica de Kubagowa (2011), estimula-se os médicos a questionarem ativamente as pacientes sobre possíveis episódios de incontinência urinária, quando houver claros fatores de risco associados.

1.6. Tratamento da incontinência urinária

• Tratamento Conservador

De acordo (Honório & Santos (2011, p. 78), diversas formas de tratamento conservador foram sugeridas para tratar IU, incluindo medicamentos, exercícios específicos, biofeedback, técnicas de estimulação elétrica ou magnética, dentre muitas outras. Muitos desses métodos, ainda que antigos, permanecem

controversos na literatura médica, visto que ainda existem dúvidas quanto aos reais benefícios e efeitos colaterais de suas utilizações.

Apesar disso, os autores realçam que, independente do método terapêutico recomendado, é importante que a paciente incontinente seja submetida a uma reeducação comportamental, ela deve estabelecer um ritmo miccional frequente – de hora em hora, por exemplo – e buscar aumentar o intervalo de tempo entre as micções (Norton & Brubaker, 2010).

Dentre os medicamentos, a terapia de reposição hormonal com estrógenos tem sido descrita como uma terapêutica eficaz no controle da IU em mulheres na pós-menopausa. A reposição desse hormônio agiria sobre a uretra, aumentando sua pressão de fechamento e facilitando a reposta a agonistas dos receptores adrenérgicos (Bispo, 2013).

Ainda que diversos estudos tenham demonstrado melhora clínica dos sintomas com esse tratamento, é possível que isso se deva ao fato de que o estrógeno aumenta a sensação de bem-estar geral do usuário (Mata, 2019).

O autor enfatiza que potenciais benefícios devem ser avaliados sob a luz dos possíveis riscos dessa terapia, visto que alguns trabalhos constataram que a utilização desse hormônio está relacionada com um maior risco de desenvolver neoplasias mamárias e uterinas. Por esse motivo, o emprego dessa terapêutica para o controle da IU ainda é considerado controverso e sua dosagem ideal, via de administração e duração do tratamento nunca foram nitidamente esclarecidos (Nygaard & Svengalis, 2010).

Os agonistas α -adrenérgicos também foram sugeridos como potenciais fármacos para controlar a sintomatologia da IU. A princípio, eles agiriam estimulando a contração da musculatura uretral e aumentando a pressão de fechamento da uretra, o que impediria a perda involuntária de urina, ainda que a teoria tenha sido bem estabelecida, os trabalhos demonstraram apenas uma cura subjetiva (O'Brien, 2013).

Ainda no contexto da utilização de neurotransmissores periféricos para reverter a IU, a possibilidade de utilizar antidepressivos tricíclicos como tratamento também foi proposta. Acredita-se que eles inibiriam a recaptação da noradrenalina nas

terminações nervosas adrenérgicas da uretra, o que potencializaria seus efeitos contráteis sobre a musculatura local (Oliveira & Paula, 2012).

Todavia, ainda não foram realizados estudos conclusivos sobre o assunto e a real eficácia desse tratamento não pode ser confirmada (Pinto, 2011).

Na visão de Guire e Lytton (2012, p. 46), afirmam que a cinesioterapia tem sido proposta como uma terapêutica não farmacológica para a IU. Ela consiste basicamente em exercícios físicos repetitivos que objetivam reforçar a resistência uretral e fortalecer os músculos responsáveis pela sustentação dos órgãos pélvicos.

Os autores voltam a realçar que essas atividades, popularmente conhecidas como exercícios de Kegel, consistem basicamente na realização de rápidas contrações da musculatura pélvica, as técnicas têm se mostrado eficazes, sendo que diversos autores reportaram que, quando utilizadas, elas podem levar a uma melhora de 70% dos episódios de perdas urinárias (Diokno, 2011).

A principal dificuldade dessa abordagem é o fato de que a maior parte dos pacientes submetidos a ela desconhecem os músculos sendo exercitados. Isso pode levá-los a contrair músculos errôneos, como reto abdominal ou glúteo máximo, assim sendo, o tipo de exercício a ser indicado dependerá da força atual do assoalho pélvico, da capacidade de reconhecimento da musculatura por parte do paciente e do grau da IU. A técnica de biofeedback consiste na utilização de um dispositivo de monitoramento de eventos fisiológicos que, de outra forma, passariam despercebidos pelo paciente (Dugan, 2011).

No caso da IU, a contração muscular é monitorada através de eletromiografia, o que permite que o paciente distinga a ação do músculo elevador do ânus e do reto abdominal (Huston, 2013).

Ao desenvolver a percepção correta de quais músculos está contraindo, o paciente torna-se capaz de desenvolver o controle voluntário desses músculos, através de programas de fortalecimento da musculatura agonista e antagonista (Anger & Saigal, 2013).

Alguns estudos chegam a demonstrar uma melhora de 82% nos episódios de incontinência com a utilização dessa abordagem, os autores realçam que as técnicas de estimulação podem ser feitas através de estímulos elétricos ou magnéticos, a eletroestimulação é adquirida através da implantação de pequenos

dispositivos intravaginais ou transanais, capazes de desenvolver determinada corrente elétrica e inibir o músculo detrusor, essa inibição atua reduzindo o número de micções e aumentando, portanto, a capacidade vesical (Berglund & Fugl-Meyer, 2011).

Os autores enfatizam que a estimulação magnética perianal é uma técnica mais recente, que consiste em despolarizar os nervos do assoalho pélvico e estimular a musculatura da região, supostamente, sua utilização possui eficácia semelhante a estimulação elétrica. Ainda que ela apresente bases físicas e neurofisiológicas sólidas, a técnica ainda é relativamente recente e, portanto, apresenta poucos estudos definitivos capazes de avaliá-la e validá-la (Oliveira & Paula, 2012).

1.1.1. Tratamento Cirúrgico

Segundo O'brien (2013, p. 34), “o tratamento cirúrgico é atualmente a principal terapêutica para a IU de esforço, ainda que seja reservado para os casos refratários ao tratamento conservador”.

A escolha da técnica mais apropriada para determinado caso sempre é um desafio, pois deve levar em consideração inúmeros fatores como: correto diagnóstico, índices de recidiva, integridade do sistema esfinteriano uretral e experiência do cirurgião (Pitangui e Araujo, 2012).

A cirurgia com uso de slings na uretra é considerada como terapia de primeira escolha em pacientes com IU de esforço por lesão do esfíncter intrínseco da uretra. Essa cirurgia consiste na inserção de uma fita abaixo da uretra da paciente, visando aumentar a resistência uretral e a sustentação do colo da bexiga (Lima & Müller, 2016).

Os slings podem ser autólogos, como os provenientes da aponeurose do músculo reto abdominal, ou sintéticos, como telas (tension-free vaginal tape) (Moore & Gray, 2014).

Os autores acreditam que pacientes com hipermobilidade de uretra podem ser tratados com colpofixação retropúbica, um procedimento cirúrgico que objetiva recolocar a uretra proximal e o colo vesical em posição retropúbica, alta e fixa, para isso, a técnica de Burch é a mais comumente utilizada, mas pode apresentar

complicações como instabilidade vesical, hipercorreção, fibrose periutral e predisposição ao prolapso genital (Mata, 2019).

Por esse motivo, o uso de slings superou a colpofixação e, passou a ser a técnica mais utilizada no tratamento da IU no mundo todo, a colpofixação costuma ser reservada para pacientes que serão submetidos a cirurgias abdominais concomitantes ou estejam em locais que disponham de slings sintéticos (Palma, 2011).

1.1.2. Tipos de incontinência urinária

De acordo o Honório & Santos (2011), a IU ocorre quando a bexiga não consegue armazenar a urina ou quando é incapaz de se esvaziar completamente. Existem diversos tipos de incontinência urinária; podendo ser persistentes e/ou transitórias.

Segundo Ribeiro (2015, p. 55), “aquelas podem ser classificadas como: IU de esforço, IU de urgência, IU mista, IU por transbordamento”.

Quando uma manobra de valsalva aumenta a pressão abdominal esta pressão é transmitida igualmente para a bexiga e para a uretra, pois ambas a estão confinadas a pelve verdadeira. Pode ter origem miógena ou neurógena. Aquela pode ser acometimento da musculatura do períneo, e esta consiste numa lesão do detrusor e dos músculos do períneo (Lalos & Lalos, 2014).

Em condições normais a uretra é capaz de suportar qualquer aumento da pressão abdominal porque a porção da uretra, localizada dentro do abdômen, recebe a mesma pressão, neutralizando assim o resultado do esforço (Pitangui & Araujo, 2012).

Segundo Abreu e Baracho (2014, p. 67), realça que:

“Entretanto, quando há um relaxamento do assoalho pélvico, a bexiga e a uretra sofrem um processo de herniação, de maneira que durante o esforço a uretra se move para uma posição extra abdominal, deixando de receber o aumento da pressão abdominal” De acordo os autores, Na ausência desse aumento compensatório, a pressão vesican (bexiga) supera a uretral, ocorrendo assim à perda urinária, popularmente conhecida como bexiga caída e clinicamente como Incontinência Urinária de Esforço.

- Incontinência Urinária de Esforço

O autores Manonai e Patrachai (2012, p. 78) “é classificada didaticamente em três tipos para melhor atendimento”:

TIPO I: perda urinária discreta; ocasional, que se manifesta, sobretudo, quando a paciente está de pé e faz muito esforço;

TIPO II: perda urinária moderada, onde a bexiga e uretra estão caídas; ela se produz sistematicamente quando se faz um esforço de pé;

TIPO III: perda urinária severa por lesão na uretra.

A bexiga e a uretra podem estar no lugar, porém perde a capacidade de contrair, permanecendo a uretra sempre aberta e a perda urinária ocorre em situações de esforço leve como caminhar ou simplesmente mudar de posição (Norton & Brubaker, 2010).

A incapacidade de armazenar urina pode ser decorrente da hiperatividade da musculatura, onde o músculo da bexiga detrusor contraísse independentemente da vontade da pessoa e de maneira muitas vezes imprevisível, causando mais pressão na bexiga do que na uretra (Lalos & Lalos, 2014).

Neste caso a sensação de querer urinar existe, porém não há tempo de chegar ao banheiro, daí advém a denominação de Urge-incontinência, quando esse fenômeno não é precedido da sensação de Urgência miccional, chamamos de Incontinência Reflexa (Klüber & Cruz, 2012).

- Incontinência mista: corresponde à combinação dos dois tipos de incontinência descritos acima (de esforço e urge-incontinência).

- Incontinência por fístula urinária: é uma comunicação anômala entre um órgão do trato urinário (geralmente a bexiga, mas podendo também envolver os ureteres) e a vagina (raramente a comunicação pode ser com a uretra, útero ou intestino).

O autor enfatiza que estas comunicações anômalas são geralmente resultado de um procedimento cirúrgico prévio, processos inflamatórios, traumatismos ou irradiação (Lopes & Higa, 2016).

- Incontinência por transbordamento: ocorre quando a bexiga fica tão cheia que chega a transbordar. Pode ser causada pelo enfraquecimento do músculo da bexiga ou pela obstrução à saída de urina (Krue, 2011).

- Incontinência urinária transitória: causada por alguma situação reversível, instala de maneira aguda. A ocorrência de infecção urinária, constipação intestinal,

vaginite atrófica, distúrbios psicológicos, usos de diuréticos e tranqüilizantes podem ser causas reversíveis se devidamente abordadas (Kubagowa, 2011).

1.1.3. Estrutura anatômica e fisiológica do assoalho pélvico feminino

Todas as estruturas que estão contidas entre o peritônio pélvico e a pele da vulva (bexiga, uretra e a musculatura do assoalho pélvico) formam o assoalho pélvico. Essa região é constituída por músculos, fâscias e ligamentos que garantem o suporte dos músculos abdominais (Mata, 2019).

De acordo Pinto (2011, p. 21), as cavidades do abdome e da pelve são amplamente comunicadas, mas a porção caudal é separada anatomicamente do períneo por um conjunto de estruturas músculos-fasciais, constituindo um verdadeiro diafragma (diafragma pélvico) que é a denominação do conjunto formado pelos músculos levantador do ânus e coccígeo que limitam caudalmente a cavidade pélvica sendo responsável pelo apoio das vísceras pélvicas, principalmente o útero.

O autor realça que a porção anterior do levantador do ânus funciona na fixação e prevenção do prolapso das vísceras pélvicas; é composto por dois tipos de fibras musculares: contração lenta ou tipo I (70%), que são responsáveis pela manutenção do tônus e do suporte; fibras de contração rápida ou tipo II (30%), que responde aos aumentos súbitos da pressão intra-abdominal (Silva & Lopes, 2012).

O músculo levantador do ânus é par, apresenta simetria bilateral e desde Thompson⁶ é definido como sendo “composto de três feixes: pubo coccígeo também conhecido como pubovisceral, pubo retal e ílio coccígeo” (Shaban & Hashim, 2010).

Quando estes músculos se contraem, o colo da bexiga é levantado e ajuda a manter a força a partir de qualquer aumento da pressão intra-abdominal ou intra-uretral. O músculo levantador do ânus pode se contrair ainda mais do seu estado de contração para impedir a perda de urina sob condições de stress (Suskind & Morgan, 2015).

Muitos atletas apresentam incontinência urinária de esforço devido ao desequilíbrio entre as forças do abdômen e assoalho pélvico, resultando em grandes pressões à bexiga, culminando em perdas (Sangsawang, 2014).

Na porção mais medial e cefálica do músculo elevador do ânus tem-se o músculo pubo-coccígeo; o pubo-retal origina-se na face dorsal de um lado do púbis,

dirige-se dorsalmente, rodeia o reto e, então, dirige-se ventralmente até a face dorsal do púbis do lado oposto (Oliveira & Paula, 2012).

Na mesma senda os autores realçam que nas mulheres, a parte ventral dos feixes do músculo levantador do ânus passa ao redor da vagina e se insere no centro do períneo.

Esse constitui o feixe pubo vaginal (homólogo ao músculo levantador da próstata nos homens). O centro do períneo é uma estrutura fibromuscular formada pelo intercruzamento de fibras do esfíncter anal, músculo da parede vaginal (músculos transversos do períneo superficial e profundo) e músculo levantador do ânus (Tamanini, 2016).

O músculo íleo coccígeo é o mais largo das três porções do levantador do ânus, originando na fáscia pélvica e na espinha isquiática e insere-se na rafe ano-coccígea e no cóccix (Wood & Anger, 2014).

Situado caudalmente ao diafragma pélvico, no períneo ventral ou trígono urogenital atravessado nas mulheres, pela uretra e vagina; tem-se o diafragma urogenital cujo principal componente é o músculo transverso profundo do períneo, soma-se a ele o músculo esfíncter da uretra (Higa & Lopes, 2014)..

O funcionamento da bexiga é comandado por este sistema complexo de nervos que se concentram no trígono, e envolve estruturas como: sistema nervoso central, sistema nervoso periférico e estruturas do trato urinário (Weinberger, 2010).

Os autores enfatizam que é a interação entre estas estruturas que estabelece um equilíbrio coordenado e harmônico determinando a continência urinária, outro fator na manutenção da continência é a disposição estrutural do sistema muscular da uretra em espiral, que apresenta um ângulo de inclinação menor que 45° e atuam como esfíncter, e durante a micção, esta musculatura se relaxa e as fibras musculares espirais tornam-se maiores que 45°(Lopes & Higa, 2016).

Na mesma sequência de ideias, autores afirmam que as fibras do músculo bulbo esponjoso e músculo obturador interno também auxilia na continência, as estruturas anatômicas da pelve dividem-se em passivas e ativas, aquelas são formadas pelos ossos pélvicos e fáscias visceral; as condensações dessas fáscias, associadas às fibras musculares lisas, formam as estruturas músculo-ligamentares que vão sustentar a bexiga e a uretra (Sousa, 2012).

Os autores Oliveira & Paula (2012, p. 66), enfatizam que a porção dessa fáscia adjacente ao útero é denominada paramétrio e, aquela adjacente à vagina, paracolpo, tendo como principais componentes os ligamentos úterosacro e cardinal. As estruturas anatômicas ativas compreendem os componentes neuromusculares, responsáveis pela manutenção do tônus e contração muscular em resposta ao aumento súbito da pressão abdominal.

Nas regiões laterais do assoalho pélvico há duas estruturas denominados arcos tendíneos do elevador do ânus e da fascia, ambas constituídas por tecido conjuntivo, importantes no suporte do músculo elevador do ânus, parede vaginal anterolateral e uretra (Kelleher & Cardozo, 2011).

1.1.4. Factores etiopatogênicos da incontinência urinária de esforço

Para Ferreira (2010, p. 77), muitos são os fatores envolvidos na fisiopatogênia da incontinência urinária de esforço, dentre eles destacam-se: a topografia extra-abdominal do colo vesical, a descida rotacional da uretra, a uretra funcionalmente curta, a lesão do mecanismo intrínseco uretral, as lesões do nervo pudendo, das fascias e dos músculos do assoalho pélvico, bem como o hipoestroestrogenismo, classicamente a etiologia é dividida em:

a) Hiper mobilidade do Colo Vesical : A fáscia endopélvica e suas conexões com o arco tendíneo, músculo elevador do ânus e parede anterior da vagina são responsáveis pelo suporte da bexiga e da uretra proximal.

O suporte fornecido por essas estruturas é dinâmico e, enquanto íntegras, permitem que elevações súbitas da pressão abdominal sejam transmitidas simultaneamente, e na mesma intensidade, ao colo vesical e à uretra proximal, mantendo-se a pressão intra-uretral superior à pressão intravesical, promovendo, conseqüentemente, a continência (Bispo, 2013)

Quando lesadas, favorecem a hiper mobilidade do colo vesical durante aumentos súbitos da pressão abdominal, impedindo o mecanismo pressórico e predispondo à incontinência urinária (Castro e Sobottka, 2012).

b) Insuficiência Esfincteriana Intrínseca: É sabido que a uretra feminina é constituída por várias camadas, sendo que as duas camadas internas correspondem à mucosa e à submucosa, as quais mantêm a luz uretral ocluída devido à sua superfície anfractuosa e constituem o esfíncter mucoso, a camada intermediária é

constituída pelo tecido esponjoso uretral e revestida, externamente, por tecido conjuntivo fibroelástico associado a tecido muscular liso, o qual predomina no terço proximal da uretra (Tamanini, 2016).

O componente muscular estriado, que corresponde à camada mais externa da uretra, também denominado de rabdoesfíncter, estende-se em 80% do comprimento uretral total (Weinberger, 2010).

Os autores realçam que nesta camada, as fibras musculares assumem orientação circular, observando-se seu espessamento no terço médio da uretra, a primeira referência específicas à lesão do mecanismo esfíncteriano intrínseco como causa de incontinência urinária foi apresentada por McGuire, os quais ampliaram a classificação proposta por Green (Huston, 2013).

Denominado a insuficiência esfíncteriana intrínseca de incontinência tipo III. Descreveram, também, que a resistência uretral é baixa nessa condição e que a perda urinária ocorre, geralmente, mediante mínimos esforços ou mesmo em repouso (Girão, 2010).

1.1.5. Neurofisiologia da bexiga

Segundo Foldspang (2011, p. 18), o músculo da bexiga (detrusor) é innervado predominantemente por fibras parassimpáticas eferentes que se originam na medula sacral (S2-S4), as quais, quando estimuladas, causam contração coordenada da musculatura lisa, facilitando o esvaziamento vesical.

De acordo Flisser e Blaivas (2012), realçam que:

O detrusor também é innervado por fibras simpáticas eferentes que se originam na medula toracolombar (T12-L1) e terminam predominantemente em receptores beta-adrenérgicos, que, quando estimulados, causam relaxamento da musculatura lisa. A acetilcolina é o principal neurotransmissor parassimpático, e a noradrenalina o simpático, o esfíncter interno é innervado por fibras eferentes simpáticas, mas elas terminam predominantemente nos receptores alfa-adrenérgicos, os quais, quando estimulados, causam a contração da musculatura lisa do esfíncter, aumentando a resistência da saída vesical.

O esfíncter externo é innervado por fibras do nervo pudendo, que se origina na medula sacral. A bexiga consegue armazenar quantidades crescentes de urina em seu interior sem variações significativas da pressão (complacência vesical) (Caetano, e Tavares, 2015).

Nesta fase o músculo detrusor (bexiga) está em repouso, que é produzida pela estimulação simpática dos receptores beta adrenérgicos presente dentro da parede

vesical, causando o seu relaxamento durante a fase de enchimento (Lopes & Higa, 2016).

Ao passo que a estimulação simpática de receptores alfa-adrenérgicos presente no colo vesical e uretra proximal causam a constrição, com conseqüente aumento da pressão (Delancey, 2015).

O enchimento da bexiga ocorre lentamente e vai distendendo sua parede de maneira que as fibras do nervo sensitivo transmitem sinais para a medula espinhal. Daí esses sinais serão transmitidos ao cérebro, dando a sensação e consciência da bexiga cheia (Diokno, 2011).

O cérebro, por sua vez, envia sinais de resposta à bexiga através da medula espinhal e ao esfíncter externo (de caráter voluntário) através do nervo periférico “podendo”; para que ele se relaxe; e a bexiga para que ela se contraia, ocorrendo dessa forma a micção (Oliveira & Paula, 2012).

Esses fenômenos ocorrem de forma sincronizada, conhecida como micção sinérgica. Com isso, em condições normais, quando a bexiga se contrai, o esfíncter se relaxa e vice-versa, caso o momento não seja adequado, o cérebro manda uma mensagem ao esfíncter para que ele se contraia e, ao mesmo tempo, outro à bexiga impedindo sua contração (Glashan, 2014).

1.1.6. O papel do fisioterapeuta no tratamento e prevenção da IUE

Em geral, a IUE sendo de origem multifatorial, necessita, portanto, de história completa, revisão de sistemas, testes e medidas. Um paciente pode auto-identificar o padrão dos sintomas urinários na forma de anotações/diário (Moore & Gray, 2014).

Segundo Lima e Müller, V. (2016, p. 42), o exame adequado dos músculos do assoalho pélvico forma o fundamento para um plano de intervenção, o autor enfatiza que as medidas internas da força da musculatura pélvica podem ser determinadas como instrumentos especiais de avaliação, como um aparelho pneumático ou eletrônico.

Para Lalos e Lalos (2014, p. 91), afirmam que o exame interno dos músculos do assoalho pélvico é compatível com a prática Fisioterapêutica, se adaptando às políticas nacionais de Fisioterapia que exigem a realização de testes e medidas da

função neuromuscular como auxílio para a avaliação ou tratamento de condições médicas específicas.

Com o avanço das pesquisas em fisiologia do trato urinário inferior e com o aprimoramento das técnicas de diagnóstico, o tratamento conservador foi assumindo um importante papel na reabilitação dessas pacientes através das diversas técnicas fisioterapêuticas, convém ressaltar que a IU não é uma condição que ponha em risco a vida dos pacientes, assim o bom senso recomenda que os tratamentos menos agressivos devam ser tentados inicialmente (Pitangui & Araujo, 2012).

Os autores realçam que o tratamento conservador da Incontinência Urinária incluem tratamento farmacológico e Fisioterapêutico, apesar dos hormônios sexuais femininos terem uma base teórica muito consistente no trato urinário inferior, o emprego clínico da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) no tratamento da IUE, que vem desde 1941, não apresentou consenso no tocante à relação risco/benefício (Silva & Lopes, 2012).

FantL e cols submeteram a literatura disponível sobre a terapêutica estrogênica na IUE em mulheres na pós-menopausa a metá-análise, concluindo que há em geral, melhora no aspecto subjetivo (Anger e Saigal, 2013).

Por outro lado, não encontraram evidências consistentes mostrando que a estrogenterapia para a IUE promova melhora dos parâmetros objetivos nas mulheres pós-menopausa. Contra indicados em mulheres com antecedentes com câncer de mama e endométrio uterino, trombose e derrame (Lalos & Lalos, 2014).

O uso de Alfa agonistas também são utilizados como tratamento farmacológico e atuam contraindo a musculatura lisa uretral, promovendo aumento da resistência, seus efeitos colaterais servem como obstáculo para que seu uso seja feito indiscriminadamente, principalmente em pacientes hipertensas, com hipertireóidismo e doenças cardiovasculares (Baracho, 2012).

1.2.1. Técnicas fisioterapêuticas no tratamento da incontinência urinária

Segundo (Krue, 2011), as principais técnicas fisioterapêuticas utilizadas para a prevenção e tratamento da incontinência urinária incluem:

- Uroterapia,
- Treinamento muscular do assoalho pélvico

- Eletroestimulação e biofeedback,

Além de outros recursos que serão adicionados de acordo com o tipo de incontinência e sintomas do paciente. A fisioterapia é um dos principais tratamentos para a incontinência urinária de diversos tipos e pode ser recomendada inclusive após algum procedimento cirúrgico como prostatectomia ou cirurgias ginecológicas (Pinto, 2011).

Segundo Delancey (2015, p. 47), recomenda-se a utilização do programa fisioterapêutico durante 3 meses, com avaliação urodinâmica e estudo radiológico, pré e pós tratamento, observaram 32% de cura da incontinência urinária e 68% de melhora acentuada, a cinesioterapia como uma modalidade terapêutica, num programa de treinamento do assoalho pélvico supervisionado é uma alternativa à cirurgia para alguns casos selecionados de incontinência de esforço.

Também naquelas pacientes que deverão ser submetidas a procedimento cirúrgico, este programa de treinamento poderá melhorar os resultados obtidos quando utilizado como terapia adjuvante (Flisser & Blaivas, 2012).

Poderá ser utilizada em casos selecionados como uma nova opção no tratamento da incontinência urinária, seja no pré-operatório, naqueles casos de falha do tratamento cirúrgico ou como tratamento isolado na expectativa de reduzir a perda de urina ou curar a incontinência urinária (Glashan, 2014).

Cones vaginais: Há na literatura vários estudos que comprovam a eficiência do tratamento com cones vaginais na IUE; podendo servir como medida auxiliar para o fortalecimento da musculatura em pacientes que estejam realizando exercícios pélvicos (Kobashi, 2012).

Na perspectiva de Kelleher e Cardozo (2011, p. 27), considera-se método complementar de escolha para a consolidação dos resultados dos exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica em razão da facilidade de execução e do baixo custo.

O princípio está baseado no estímulo do recrutamento da musculatura pubococcigea e auxiliar periférica, que devem reter os cones progressivamente mais pesados (Higa & Lopes, 2014).

Segundo Ford e Rogerson (2010, p. 12), estudaram 30 mulheres com incontinência que estavam aguardando cirurgias corretivas. Utilizando o método padrão de tratamento e encontrando 70% de aceitação por partes das pacientes, onde os resultados objetivos mostraram uma significativa correlação entre a capacidade de segurar os cones mais pesados e a redução da perda urinária.

1.2.2. Abordagem preventiva da incontinência urinária na mulher

Cada vez é mais importante pensar em prevenir problemas da musculatura do assoalho pélvico, abandonando o hábito de prestar atenção nas disfunções quando os sintomas aparecem (Foldspang, 2011).

O autor realça que o número de pessoas com IUE vem acompanhando o aumento da longevidade da população, além disso, é frequente ocorrer lesão dos músculos pélvicos durante um parto; redução dos níveis hormonais da menopausa, dentre outros citados, esses músculos, ao contrário de outros em nosso organismo, não movimentam um membro ou uma articulação, por esta razão sua atuação não é percebida e não se faz nenhuma ação no sentido de preservar a suas funções (Higa & Lopes, 2014).

De acordo Althof e Dean (2014, p. 98), realça que:

A prevenção visa à realização de exercícios que aumenta a força do esfíncter externo da bexiga fortalecer a musculatura pélvica, mais especificadamente o músculo elevador do ânus; evitar contraturas; manter a tonicidade muscular; melhorar a capacidade de recrutamento da musculatura, melhorar a transmissão de pressões na uretra e também a coordenação reflexa durante o esforço; reforçando assim o mecanismo de continência e a coordenação reflexa durante o esforço, a reeducação pélvica perineal, a contração do intróito vaginal contra a resistência, exercícios desconstruturantes; exercícios de Kegel e outros, são algumas técnicas Fisioterapêuticas que podem ser utilizadas de forma preventiva.

O fortalecimento desses músculos é muito importante não só na gestão da incontinência urinária, mas sim durante toda a vida; pois os mesmos agem como uma rede para apoiar o útero, a bexiga, intestinos e outros órgãos da bacia (Abreu & Baracho, 2014).

Observa-se que com o aumento crescente das disfunções do trato urinário inferior, determinados aspectos estão necessitando maiores discussões dentro do Sistema Único de Saúde, corroborando a importância do Fisioterapeuta no Programa Saúde da Família para que o mesmo venha intervir na elevada prevalência de Incontinência Urinária (Huston, 2013).

É necessário facilitar o acesso dos indivíduos a esses tipos de atendimentos e conscientizá-los sobre a atuação deste profissional nas disfunções do trato urinário, promovendo a deselitização desse meio de atendimento (Manonai & Patrachai, 2012).

A principal implicação deste aspecto primário traduz a possibilidade de dar o direito a todos a se atuar neste nível, construindo uma nova história de assistência em saúde. Entretanto, avançar no campo da Saúde Pública, exige ação política concreta (Oliveira & Paula, 2012).

1.2.3. Causas da incontinência urinária

De acordo Pinto (2011, p. 64), existem múltiplas doenças e situações que podem condicionar o aparecimento de incontinência urinária. Entre os tipos mais frequentes podemos enumerar os seguintes:

- Hiperatividade vesical ou bexiga hiperativa;
- Bexiga neurogénica;
- Prolapsos pélvicos (ex prolapso anterior ou cistocelo, também conhecido como “bexiga baixa” ou “bexiga descaída”);
- Lesão do esfíncter urinário: ex. após prostatectomia radical;
- Fraqueza da musculatura pélvica, por exemplo induzida pela gravidez e parto;

Segundo Pitangui & Araujo (2012, p. 63), existem também vários fatores que promovem e/ou agravam a incontinência urinária, nomeadamente:

- Idade;
- Hábitos etílicos, cafeína e tabagismo (ser fumador);
- Obesidade (excesso de peso);
- Número de vezes que a mulher esteve grávida e partos;
- Medicação crónica;
- Menopausa.

Na óptica de Foldspang (2011), as características que distinguem os dois sexos, aborda algumas causas específicas, a saber:

• Causas da incontinência urinária masculina

Nos homens, as causas mais frequentes de incontinência urinária são:

- Bexiga Hiperativa.

Após cirurgia à próstata, mais especificamente, na fase inicial da recuperação após prostatectomia radical remoção completa da glândula prostática e, geralmente, das vesículas seminais (Glashan, 2014).

Para Kubagowa (2011, p. 93), nas restantes cirurgias prostáticas é raro surgir de novo a incontinência urinária pós-operatória, embora exista sempre um pequeno risco. Informe-se com o seu médico Urologista sobre qual o risco existente para o seu caso específico.

• Causas da incontinência urinária feminina

Segundo (Girão, 2010), no caso das mulheres, as causas mais comuns geralmente estão relacionadas com hiperatividade da bexiga e/ou com fraqueza da musculatura pélvica.

É relativamente comum observar-se incontinência de esforço em mulheres que tenham sido submetidas a cirurgia pélvica, com antecedentes de múltiplos partos múltipara, com excesso de peso ou com prolapsos genitais, nas mulheres jovens, sem excesso de peso e nulíparas sem antecedentes de partos é pouco frequente o aparecimento de incontinência de esforço, dado a força preservada da musculatura pélvica (Anger e Saigal, 2013).

A incontinência urinária de esforço na gravidez está geralmente associada ao aumento de peso que o feto exerce sobre a bexiga, comprimindo-a e levando às perdas involuntárias. Após o parto, este tipo de incontinência poder-se-á manter transitoriamente ou cronicamente (Tamanini, 2016).

1.2.4. Diagnóstico da incontinência urinária

Muitas das vezes, o exame objetivo é suficiente para documentar a existência de perdas involuntárias, alguns sinais e sintomas podem ajudar a esclarecer o tipo e a causa da incontinência urinária, por exemplo, o aumento da frequência urinária, a existência de vontades súbitas e inadiáveis para urinar são sugestivas de bexiga hiperativa. Se a estas queixas se somar a dor ou ardência a urinar é provável que estejamos perante uma infeção urinária (Berglund & Fugl-Meyer, 2011).

Segundo Castro e Arruda (2015, p. 42), normalmente, no contexto do estudo de uma incontinência urinária é comum realizarem-se alguns exames no sentido de

quantificar o volume de perdas e classificar essa incontinência nos grupos atrás enumerados.

Os exames mais comumente realizados são:

- Ecografia pélvica / ecografia vesical (da bexiga);
- Estudo analítico da urina e cultura da urina;
- Estudo urodinâmico;
- Cistoscopia;

O doente deve procurar o médico Urologista, especialista em Urologia para avaliação e determinação de um tratamento atempado, de modo a evitar possíveis complicações, conforme descreveremos de seguida (Ferreira, 2010).

1.2.5. Tipos de protocolos para atendimento à pacientes com incontinência urinária

• Distração

Na visão de Diokno (2011), pode-se realizar as seguintes técnicas quando surge a vontade súbita para urinar (urgência):

1. Contrair rapidamente e várias vezes a musculatura pélvica;
2. Respirar profundamente e relaxar a musculatura pélvica;
3. Executar exercícios mentais/atividades relaxantes manuais: sudoku, pintar um livro, palavras cruzadas.

• Treino vesical

De acordo Ribeiro, Raimundo (2015), é importante treinar a sua bexiga para que esta se adapte a tolerar volumes maiores de urina:

- 1ª semana, urinar cada 2 horas;
- Semanas seguintes, aumentar o tempo em 15 a 30 minutos entre cada

micção: 2:30 na 2ª semana, 3h na 3ª semana até conseguir tolerar até 4h entre cada micção

Os autores realçam que é fundamental utilizar as técnicas de distração para aguentar o aumento de tempo entre as micções.

Para Weinberger (2010, p. 64), a maior parte dos casos de incontinência urinária, nomeadamente nos casos de incontinência de esforço, deve ser realçada a

importância da fisioterapia, especialmente dirigida à reabilitação da musculatura do pavimento pélvico e a execução dos exercícios de kegel.

• Exercícios de Kegel

Identifique os músculos responsáveis pela continência urinária. Estes músculos são os mesmos que tem de contrair para segurar a urina quando tem uma forte vontade para urinar (Tamanini, 2016).

Quando não tiver de urinar, siga estes passos simples:

- Aperte e segure os músculos do assoalho pélvico por cinco segundos;
- Relaxe os músculos pélvicos.

O autor diz que devem ser realizados 10 a 20 exercícios de Kegel, três a quatro vezes por dia.

Para Sousa (2012), outra maneira de apertar os músculos do assoalho pélvico passa por:

- Apertar os músculos do seu ânus (como se estivesse com flatulência num local em que não pode deixar sair);
- Relaxar os músculos do assoalho pélvico após cada tentativa; Repetir este exercício 10 a 20 vezes.

O mesmo autor (Girão, 2010), enquanto estiver a realizar os exercícios de Kegel, lembre-se:

- Não segure a respiração;
- Não empurre para baixo. Aperte firmemente os músculos e imagine que está a tentar levantar esse músculo;
- Não aperte os músculos do estômago, das nádegas ou das coxas;
- Relaxe os músculos do assoalho pélvico entre cada contração.

Os exercícios, para serem eficazes, devem ser realizados no mínimo durante 3 meses. Se deixar de praticar os exercícios e voltar a perder urina deverá retomar novamente os exercícios diariamente (Honório & Santos, 2011).

De acordo com Wood & Anger (2014), o doente nunca se deve automedicar ou tentar qualquer tipo de tratamento alternativo sem indicação médica sob pena de poder agravar o seu quadro clínico. Deve tomar a medicação conforme a prescrição médica e acabar a terapêutica apenas quando for indicado.

• Cirurgia

Segundo O'Brien (2013), o tratamento cirúrgico da incontinência urinária pode ser basicamente dividido em 3 grandes grupos, a saber:

- Injeção de toxina botulínica;
- Colocação de uma fita suburetral;
- Colocação de um esfíncter urinário.

O autor enfatiza que, o tipo de cirurgia a adotar varia consoante a quantidade de perdas, o tipo de incontinência urinária e o sexo do utente.

No caso dos homens com perdas ligeiras, associadas ao esforço, por exemplo, na sequência de uma cirurgia pélvica pode ser ponderada a colocação de uma rede, também conhecido por sling por debaixo da uretra de modo a dar sustentação e evitar ou diminuir as perdas (Tamanini, 2016).

Na perspectiva de Lima e Müller (2016), na incontinência urinária de esforço no sexo feminino também existe a possibilidade de se colocar uma rede entre a uretra e a parede anterior da vagina, evitando desse modo as perdas involuntárias.

Nos casos de perdas mais volumosas e muito frequentes pode ser ponderada a colocação de um esfíncter urinário: este consiste num tipo de balão que envolve a uretra e que é ativado ou desativado conforme a necessidade miccional (Pitangui & Araujo, 2012).

Os autores afirmam que estes dispositivos requerem maior destreza manual da parte do utente e apresentam maior risco de complicações a longo prazo, nas situações de incontinência de urgência, nomeadamente nas pessoas que não

tolerem os efeitos secundários da medicação oral ou que não apresentem sucesso terapêutico, deve ser recomendada a injeção de toxina botulina na parede da bexiga (Lopes & Higa, 2016).

Este tratamento tem excelentes resultados nas situações de hiperatividade vesical sendo realizado em ambulatório e com riscos cirúrgicos muito reduzidos. Nalguns casos, pode ser necessário permanecer algaliado, com uma sonda dentro da bexiga por alguns dias após a intervenção cirúrgica (Huston, 2013).

Apesar da eficácia imediata, esta é limitada, geralmente com duração de 3 a 9 meses. A operação pode ser repetida futuramente quando terminar a eficácia do fármaco e caso regressem os sintomas (Ford & Rogerson, 2010).

1.2.6. Prevenção da Incontinência Urinária

De acordo com Lima & Müller (2016, p.45), “embora seja difícil evitar completamente, você pode tomar algumas medidas para prevenir a incontinência urinária”. Veja essas 5 recomendações:

- Mantenha o peso ideal o autor real que a associação entre incontinência e excesso de peso se dá pelo enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico, causado pela gordura abdominal, o que leva à chamada incontinência de estresse.

Consequentemente, quando se está acima do peso, aumenta o risco de que uma simples tosse ou uma risada leve à perda de urina involuntária. Pelo mesmo motivo, em alguns casos, a perda de peso pode ser suficiente para aliviar o problema De acordo com (Girão, 2010).

- Não fume

De acordo com o autor, entre os vários efeitos colaterais do tabagismo, há também um risco aumentado de incontinência. Além disso, a nicotina tem sido associada à incontinência de urgência, caracterizada pela súbita necessidade de fazer xixi.

- Loga, pilates e atividades físicas moderadas

Alguns estudos mostraram que atividades leves como ioga e pilates podem ajudar a prevenir a incontinência. Já atividades pesadas como crossfit, podem agravar o quadro (Haddad, 2011).

Segundo o autor, é certo que, atividades moderadas, e que ajudam a manter o peso, são maneiras eficazes para prevenção da incontinência urinária.

- Reduza o álcool e a cafeína

Eles irritam a bexiga, e estão fortemente associados à incontinência de urgência. A mesma recomendação também se aplica a bebidas carbonatadas, adoçantes artificiais, alimentos apimentados e frutas cítricas (sucos incluídos) (Sousa, 2012).

- Evite esforços ao defecar

O autor Girão (2010), realça que os músculos do assoalho pélvico podem pagar pelas consequências. Em vez disso, peça conselhos ao seu médico sobre como resolver problemas intestinais; uma dieta rica em fibras pode ajudar bastante

1.2.7. Importância do uso dos Protocolos

De acordo Ribeiro (2015), é de auxiliar na uniformização dos tipos de tratamentos para determinados diagnósticos e mais, organizam e facilitam a tomada de decisões.

Para todo profissional, não basta saber que protocolo é o conjunto das informações, decisões e normas adotadas nas unidades sanitária. Ele precisa se adequar a essas medidas que têm por objetivo a padronização das actividades na entidade. Os profissionais de saúde precisam respeitar e cumprir as orientações desse protocolo, instrumento necessário à uniformização das atividades do local (Sousa, 2012).

Na perspectiva de Lima e Müller (2016), respeitar o protocolo é essencial ao bom funcionamento das unidades sanitárias, isso ganha uma proporção muito maior. Além de obrigatório e extremamente necessário, esse instrumento de padronização das condutas no geral, auxiliam na uniformização dos tipos de tratamento para determinados diagnósticos e mais, organizam e facilitam a tomada de decisões.

Apesar da importância desse instrumento, inclusive para a segurança das pessoas e até preservação de vidas, não são poucos os que ignoram as exigências de um protocolo. Isso acontece inclusive, com respeito às recomendações sobre prevenção (Foldspang, 2011).

Uma das estratégias relevantes a serem adotadas pelos hospitais para evitar incidentes e até mortes são os protocolos de saúde. Estamos falando de instrumentos que ajudam os gestores e sua equipe a lidarem com problemas na assistência ao paciente, além de impactarem na gestão dos serviços hospitalares ((Flisser & Blaivas, 2012).

CAPÍTULO II- METODOLOGIA DE PESQUISA

2.1. Tipo de Pesquisa

A pesquisa foi descritiva, observacional, prospectivo de tipo transversal. A escolha do tipo de pesquisa descritiva, prospectiva e transversal, permitirá fazer a colheita de dados bem como detalhar todas as informações coletadas que possibilitará assim a compressão dos diversos que estarão implícitos no fenómeno em estudo

Segundo Ramos e Naranjo (2014, p.54), “os estudos descritivos prospectiva e transversal, procuram especificar as propriedades importantes de pessoas, grupos, comunidades ou qualquer outro fenómeno que seja submetido a análise”.

Por sua vez Zassala (2017, p.42), “reforça que é a pesquisa que procura determinar a natureza e grau de condições existentes”.

A escolha do tipo de pesquisa descritiva prospectiva e transversal permitiu-nos a colecta de dados bem como a descrição das condições existentes, possibilitando assim a compreensão dos diversos factores e elementos que estão implícitos no fenómeno em estudo.

2.2. Modelo de Abordagem

O presente trabalho esteve centrado tecnicamente na abordagem mista (qualitativa e quantitativa).

A abordagem qualitativa é uma abordagem que não emprega dados estatísticos como centro do processo de análise de um problema (Oliveira, 2012).

Segundo Oliveira (2012, p.115), “é utilizada no desenvolvimento das pesquisas descritiva na qual se preocupa descobrir e classificar a relação entre variáveis assim como na investigação da relação de causalidade entre os fenómenos”.

A abordagem quantitativa indica, significa quantificar dados, opiniões nas formas de colecta de informações, enquanto que a abordagem qualitativa possibilita a recolha de informação mais profunda, rica e precisa e, faz a descrição dos fenómenos que ocorrem durante o processo docente educativo (Silva, 2013).

Optamos pela abordagem mista (qualitativa-quantitativa), pois a abordagem qualitativa permitiu-nos a recolha das informações proveniente dos nosso interlocutores, enquanto que a abordagem quantitativa permitiu-nos a interpretação das informações dos intervenientes na investigação em dados numéricos.

2.3. Nível de estruturação de métodos

- **Nível teórico**
- **Análise/Síntese**

Segundo Ramos e Naranjo (2014, p.103), realça que:

A análise é um procedimento teórico mediante o qual um todo complexo se decompõe nas suas diversas partes e qualidades. Permite a divisão mental de todo nas suas múltiplas relações e componentes e a síntese estabelece mentalmente a união entre as parte previamente analisadas e possibilita a descoberta das relações essenciais e as características gerais entre elas.

Este método auxiliou-nos a analisar os factores que incidem na incontinência urinária para, posteriormente, sintetizar os factores que predominam essa problemática.

- **Histórico/Lógico**

Para resolver a essência de um objecto é preciso produzir o processo histórico real do seu desenvolvimento mais isso só é possível se conhecermos a essência do objecto estudado.

Segundo Marconi e Lakatos (2010, p. 91), “o método histórico consiste em investigar acontecimentos, processos e instituições do passado para verificar sua influência na sociedade de hoje”.

Por sua vez Ramos e Naranjo (2014), afirmam que o método histórico esta ligado ao conhecimento das diferentes fases dos objectos na sua sucessão

cronológica, para conhecer a evolução e desenvolvimento do objecto ou fenómeno de investigação torna-se necessário revelar a sua histórica as fases principais dos seus desenvolvimentos e as ligações históricas fundamentais.

Já o método lógico investiga as leis gerais e essenciais do funcionamento e desenvolvimento dos fenómenos factos e processos (Duarte e Mesquita, 2017).

Este método auxiliou-nos em fazer uma retrospectiva histórica do problema, isto é, procurando entender os factores que incidiram no passado sobre a incontinência urinária.

• Hipotético/Dedutivo

Segundo Marconi e Lakatos (2010, p. 91), “o método hipotético/dedutivo inicia pela percepção de uma lacuna nos conhecimentos acerca da qual formula hipótese e pelo processo de inferência dedutiva, testa a predição da ocorrência de fenómeno abrangido pela hipótese”.

Ramos e Naranjo (2014), reafirmam que consiste num sistema de procedimentos metodológicos que consiste em fazer algumas afirmações na qualidade de hipótese verificadas mediante a dedução a partir delas das conclusões e da confrontação destas últimas acções.

Com este método tivemos a possibilidade de encontrar as possíveis soluções sobre a cura da incontinência e as precauções a considerar, abrindo variantes que possam mitigar o problema.

• Nível empírico/experimental

Os métodos de nível empírico/experimental para a pesquisa foi, o inquérito por questionário aplicadas aos membros da direcção, aos professores, aos alunos e pais e encarregados de educação, assim como a observação não estruturada.

Este método permitiu-nos alcançar os objectivos propostos na nossa pesquisa através da utilização das diferentes técnicas, assim como na confirmação das hipóteses levantadas.

• Nível estatístico/matemático

Os métodos estatísticos para Diogo (2012, p. 85), “revelam as tendências e relações dos fenómenos. E podem ser descritivos e inferenciais”.

Este método permitiu-nos clarificar a investigação ao quantificar os dados coletados na investigação de campo.

2. 4.Técnicas de recolha de dados

Para a recolha de dados foi utilizado as seguintes técnicas:

- Observação
- Inquérito
- Pesquisa bibliográfica.

Na visão de Silva (2013), é necessário observar basicamente por meio dos sentidos (a visão, audição, tacto, olfacto, paladar), para tirar um conhecimento claro e preciso de um objecto de pesquisa. Tal objecto pode ser um ambiente onde pessoas se relacionam.

Para Diogo (2012, p.121), “a observação permite que o estudo do fenómeno por investigar sirva como objectivo formulado, planeado, registado e relacionado a partir do simples para o geral, ao invés de ser visto o fenómeno como um facto curioso”.

O tipo de observação foi participante ou directa não estruturada segundo Mesquita e Duarte (2017), o observador embora presente assuma o papel de espectador anónimo; para além de estar visivelmente presente participa activamente na situação que pretende observar.

Segundo Alves (2012), inquérito é uma técnica usada para recolha de dados que o investigador pode optar através da realização de entrevistas ou da aplicação de questionário.

Na visão de Ramos e Naranjo (2014, p.144), “é uma técnica de aquisição de informação de interesse sociológico, mediante um questionário previamente elaborado através da qual se pode conhecer a opinião ou a avaliação do sujeito seleccionado numa amostra sob um assunto dado”.

Segundo Marconi & Lakatos (2010, p. 66), diziam que:

A pesquisa bibliográfica trata-se do levantamento, seleção e documentação de toda bibliografia já publicada sobre o assunto que está sendo pesquisados, em livros, revistas, jornais, boletins, monografias, teses, dissertações, materiais cartográficas, com objectivo de colocar o pesquisador em contacto directo com todo material já escrito sobre o mesmo.

Para Oliveira (2012), pesquisa bibliográfica tem por finalidade conhecer as diferentes formas de contribuição científica. Normalmente faz-se levantamento bibliográfico realizado em bibliotecas, faculdades, universidades e especialmente naqueles acervos que fazem parte do catalogo colectivo e das bibliotecas virtuais.

A pesquisa bibliográfica permitiu-nos o contacto com as informações já existente acerca dos factores de risco em pacientes com tuberculose pulmonar, bem como as suas causas.

2.5. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados

- Grelha de observação aplicou-se aos membros de direcção do Hospital em estudo.
- Inquerito por questionário onde usou-se o guião de questionário que aplicou-se aos membros de direcção do Hospital, profissionais de saúde e pacientes.
- Pesquisa bibliográfica onde usou-se: Livros e materiais dos autores para consultamos as referências bibliográficas relacionado ao tema em estudo.

2.6. População e Amostra

•População

Para Silva e Menezes (2013, p. 43), “considera que população é a totalidade de indivíduos que possuem as mesmas características defendidas para um determinado estudo”.

A população da nossa investigação foi constituída por cem (100) Indivíduos, os quais: dois (02) Técnicos Superior, trinta (30) Auxiliares de enfermagem e sessenta e oito (68) Técnicos médio.

•Amostra

Na visão de Marconi & Lakatos (2010, p. 55), “amostra é a parte da população ou do universo, seleccionada de acordo com uma regra”.

Na nossa população extraímos uma amostra de trinta (30) indivíduos na qual temos: dois (2) Técnicos Superior, dez (10) Auxiliares de enfermagem e dezoito (18) Técnicos médio.

Quadro nº 1- População e Amostra

Designação	População	Amostra	Percentagem
Técnicos Superior	02	02	6,66%
Auxiliares de enfermagem	30	10	33,33%
Técnicos médio	68	18	60%
Total	100	30	100%

Fonte: Elaboração própria

A população da nossa investigação foi constituída por cem (100) Indivíduos na qual extraímos uma amostra de trinta (30) indivíduos onde extraímos: Dois (2) Médicos, dez (10) Enfermeiros e dezoito (18) Enfermeiros.

2.7. Dificuldades encontradas

No percurso da nossa investigação nos deparamos com algumas situações que dificultaram a nossa pesquisa sendo as principais as seguintes:

- Dificuldades financeiras;
- Escassez de tempo dado para a realização do trabalho;
- Dificuldade de compreensão de uso das normas e técnicas;
- Dificuldades em termos de recolha e selecção do material para elaborar a fundamentação teórica;
- Dificuldades quanto a recolha de dados no campo de estudo.

CAPÍTULO III- DISCUSSÃO E RESULTADOS

Neste capítulo apresentou-se todos os dados recolhidos em gráficos acitadas abaixo e tabelas, sem tresmalhar as regras mitológicas que a nossa instituição recomenda.

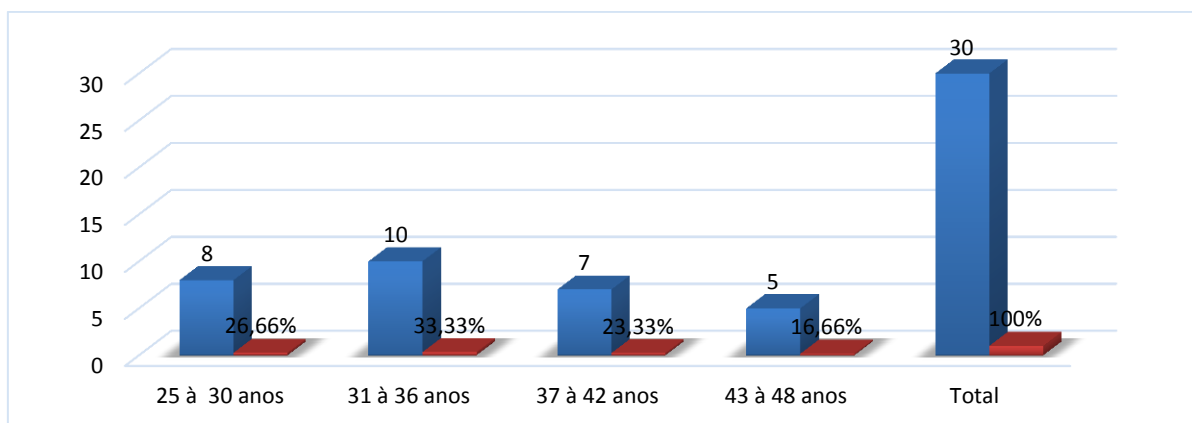
3.1. Apresentação e interpretação dos resultados

3.1.1 Tabela nº 1- Distribuição da amostra segundo a idade.

Faixa etária	Frequência	Percentagem
25 à 30 anos	8	26,66%
31 à 36 anos	10	33,33%
37 à 42 anos	7	23,33%
43 à 48 anos	5	16,66%
Total	30	100%

Fonte: Elaboração própria.

Gráfico nº1- Distribuição da amostra segundo a idade.



Fonte: Elaboração própria.

De acordo com a tabela e o gráfico 01, entendemos que a faixa predominante é a dos 31 à 36 anos, que perfaz 33,33%, seguida pela faixa dos 25 à 30 anos que perfaz 26,66%, posteriormente pela faixa dos 37 à 42 anos que perfaz 23,33%

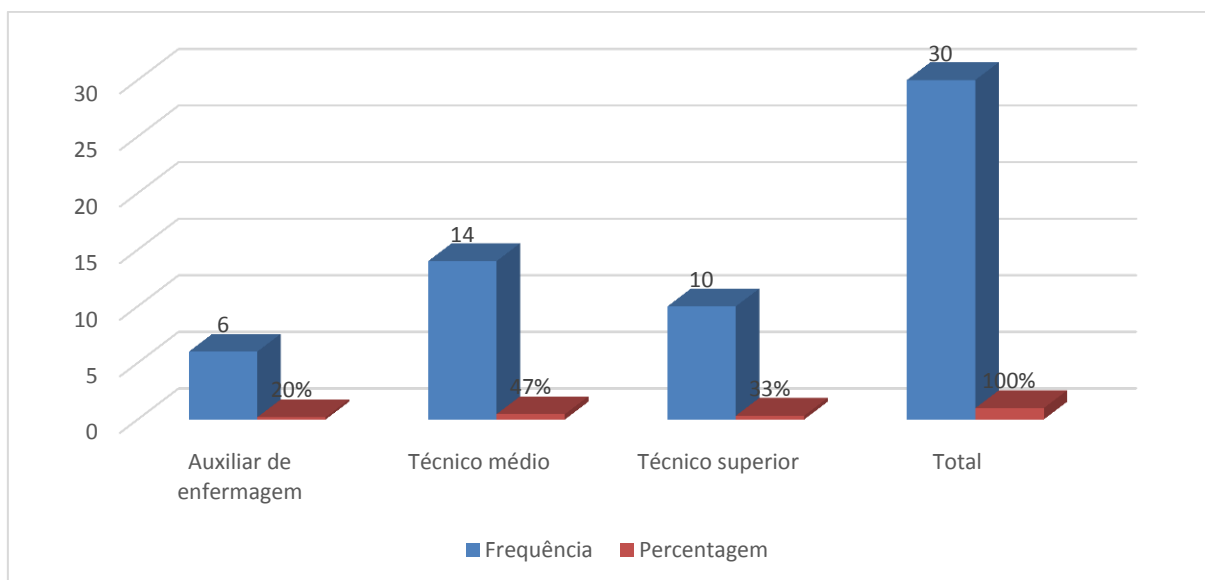
Comparando os dados da nossa investigação com do autor Butler (2010), os mesmos aparentam isso nos faz concluir que a maior parte dos profissionais do Hospital Geral da Barra do Dande tem idade de 31 à 36 anos.

Tabela nº 2- Distribuição da amostra quanto a categoria profissional

Descrição	Frequência	Porcentagem
Auxiliar de enfermagem	6	20%
Técnico médio	14	47%
Técnico superior	10	33%
Total	30	100%

Fonte: Elaboração própria.

Gráfico nº 2- Distribuição da amostra quanto a categoria profissional



Fonte: Elaboração própria.

Segundo a tabela e o gráfico 02, o nível predominante é o médio, isto é, 14 técnicos que perfaz 46,66%, seguido pelo nível superior com 10 técnicos que perfaz 33,33% e finalmente pelo nível básico com 6 técnicos que perfaz 20%, correspondendo assim a 100% da nossa pesquisa.

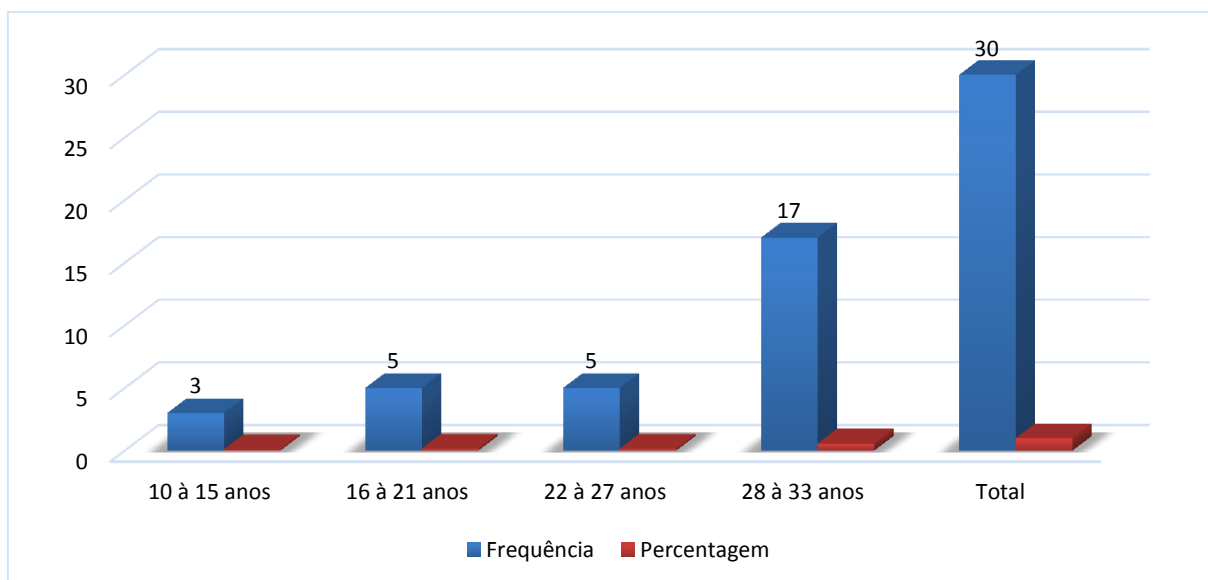
De acordo com os dados obtido na nossa pesquisa de campo comparando com da pesquisa de Camelo & Silva (2019), constata-se uma semelhança por isso concluímos que a maior parte dos profissionais do Hospital Geral da Barra do Dande são técnicos médios.

Tabela nº 3- Distribuição da amostra quanto ao tempo de serviço

Anos de serviço	Frequência	Porcentagem
10 à 15 anos	3	10%
16 à 21 anos	5	16,66%
22 à 27 anos	5	16,66%
28 à 33 anos	17	56,66%
Total	30	100%

Fonte: Elaboração própria.

Gráfico nº 3- Distribuição da amostra quanto ao tempo de serviço



Fonte: Elaboração própria.

De acordo a tabela e o gráfico 03, notamos que os profissionais com o tempo de serviço que constituiu a nossa pesquisa foram os de 28 à 33 anos, seguidos pelos profissionais de 22 à 27 e de 16 à 21 anos que perfaz 16,66% para cada intervalo e finalmente os de 10 à 15 anos que perfaz 10%, correspondendo assim a 100% da nossa pesquisa.

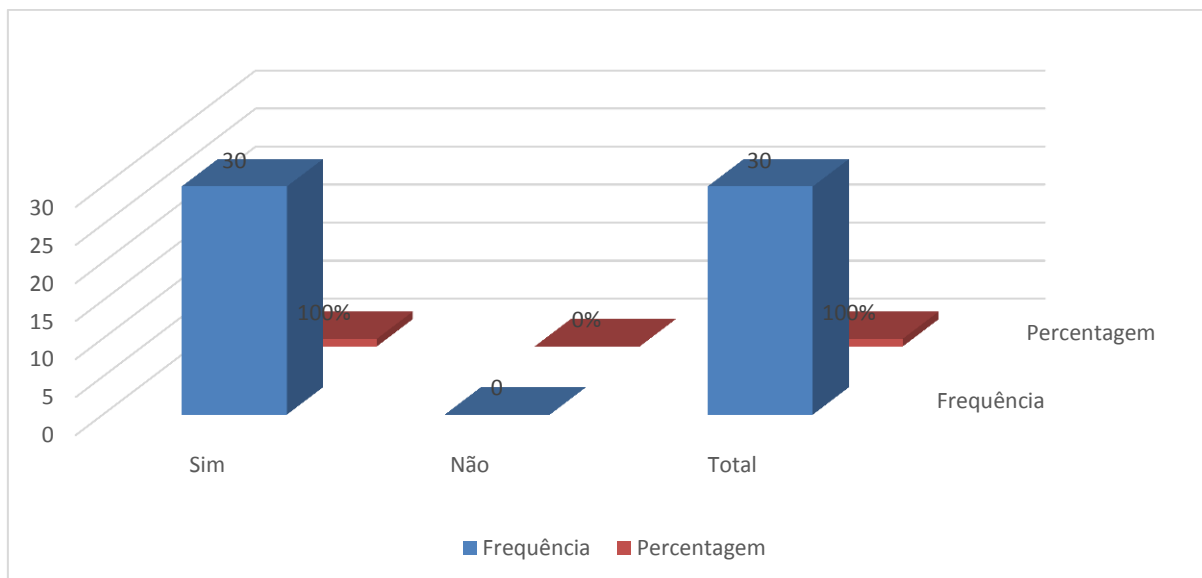
Portanto comparando os dados da pesquisa realizado por Figueiredo (2012), Nos revelam uma semelhança por isso concluímos que, a maior parte dos profissionais do Hospital Geral da Barra do Dande tem o tempo de serviço de 28 à 33 anos.

Tabela nº 4- Tens prestado assistência técnica à pacientes com Incontinência Urinária?

Descrição	Frequência	Porcentagem
Sim	30	100%
Não	00	00%
Total	30	100%

Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº 4- Assistência técnica à pacientes com Incontinência Urinária?



Fonte: Elaboração própria.

Segundo a tabela e o gráfico 04 sobre a pergunta: Tens prestado assistência técnica à pacientes com Incontinência Urinária? Tivemos resultados satisfatórios, pois o número total dos nossos inqueridos responderam positivamente, isto é, trinta (30) indivíduos que perfazem 100% da nossa pesquisa.

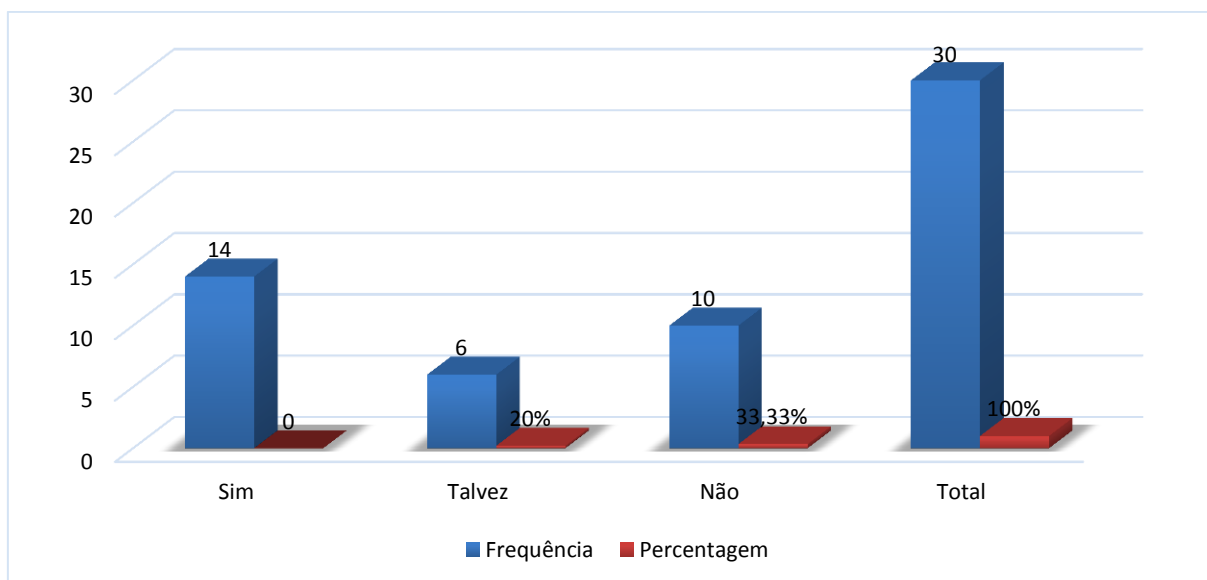
De acordo com os dados dos nossos da investigação feito pelo autor Foldspang (2011), nos mostra uma semelhança que os dados da nossa pesquisa de campo inso nos confirma que no Hospital Geral da Barra do Dande a maior parte dos profissionais prestam assistência técnica à pacientes com Incontinência Urinária.

Tabela nº 5- Tens seguido os protocolos de atendimento a pacientes com incontinência urinária?

Descrição	Frequência	Porcentagem
Sim	14	46,66%
Talvez	6	20%
Não	10	33,33%
Total	30	100%

Fonte: Elaboração própria.

Gráfico nº 5- Protocolos de atendimento a pacientes com incontinência urinária?



Fonte: Elaboração própria.

Segundo a tabela e o gráfico 05 sobre a pergunta: Será que os profissionais da saúde têm seguido os protocolos de atendimento a pacientes com incontinência urinária? Tivemos catorze (14) que responderam sim, perfazendo 46,66%, dez (10) que responderam não, perfazendo 33,33% e finalmente seis (6) que perfaz 20% responderam talvez, correspondendo assim a 100% da nossa pesquisa.

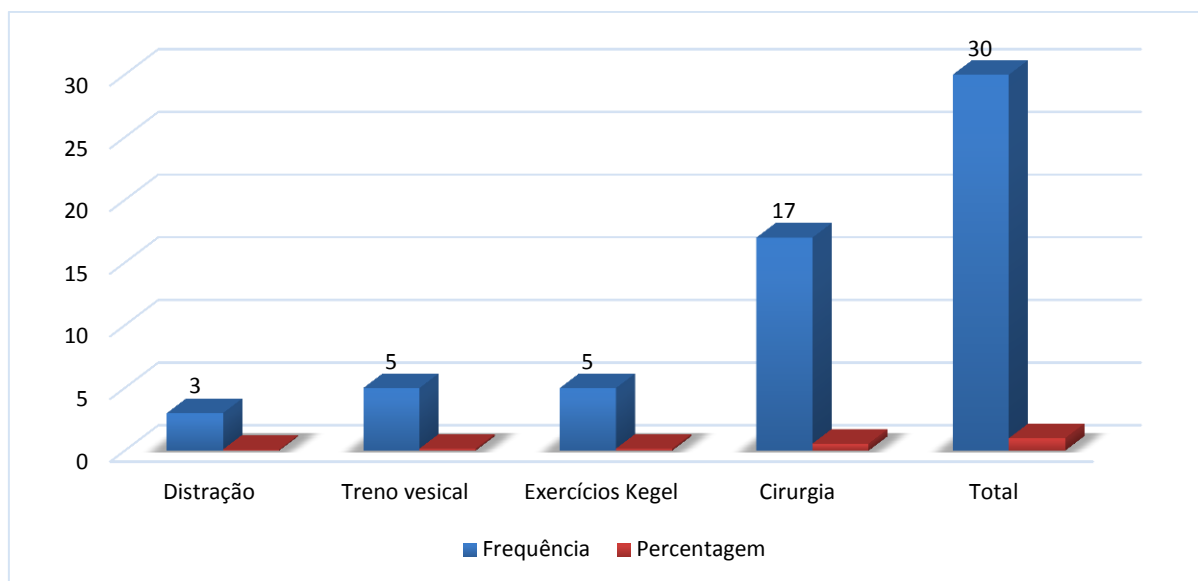
De acordo com os dados da nossa pesquisa de campo constatamos uma semelhança com os do autor Kubagowa (2011), isso nos fez concluir que os profissionais do Hospital Geral da Barra do Dande, têm seguido os protocolos de atendimento a pacientes com incontinência urinária.

Tabela nº 6- Tipos de protocolos mais usados para atendimento à pacientes com incontinência urinária

Tipos de procolos	Frequência	Porcentagem
Distração	3	10%
Treno vesical	5	16,66%
Exercícios Kegel	5	16,66%
Cirurgia	17	56,66%
Total	30	100%

Fomte: Elaboração própria

Gráfico nº 6- Protocolos mais usados para atendimento à pacientes com incontinência urinária



Fonte: Elaboração própria

De acordo com a tabela e o gráfico 01, entendemos que a faixa predominante é a dos 31 à 36 anos, que perfaz 38,33%, seguida pela faixa dos 25 à 30 anos que perfaz 26,66%, posteriormente pela faixa dos 37 à 42 anos que perfaz 23,33%

Comparando os dados da nossa investigação com do autor Butler (2010), os mesmos aparentam isso nos faz concluir que a maior parte dos profissionais do Hospital Geral da Barra do Dande tem idade de 31 à 36 anos.

3.2 Discussão dos resultados

Em função dos dados representados através de tabelas e gráficos, queremos fazer a discussão dos mesmos no sentido de estabelecermos as comparações e presumindo factos que possam influenciar no fenómeno em estudo.

De acordo com a tabela e o gráfico 01, entendemos que a faixa predominante é a dos 31 à 36 anos, que perfaz 38,33%, seguida pela faixa dos 25 à 30 anos que perfaz 26,66%, posteriormente pela faixa dos 37 à 42 anos que perfaz 23,33%

Comparando os dados da nossa investigação com do autor Butler (2010), os mesmos aparentam isso nos faz concluir que a maior parte dos profissionais do Hospital Geral da Barra do Dande tem idade de 31 à 36 anos.

Segundo a tabela e o gráfico 02, o nível predominante é o médio, isto é, 14 técnicos que perfaz 46,66%, seguido pelo nível superior com 10 técnicos que perfaz

33,33% e finalmente pelo nível básico com 6 técnicos que perfaz 20%, correspondendo assim a 100% da nossa pesquisa.

De acordo com os dados obtido na nossa pesquisa de campo comparando com da pesquisa de Camelo & Silva (2019), constata-se uma semelhança por isso concluímos que a maior parte dos profissionais do Hospital Geral da Barra do Dande são técnicos médios.

De acordo a tabela e o gráfico 03, notamos que os profissionais com o tempo de serviço que constituiu a nossa pesquisa foram os de 28 à 33 anos, seguidos pelos profissionais de 22 à 27 e de 16 à 21 anos que perfaz 16,66% para cada intervalo e finalmente os de 10 à 15 anos que perfaz 10%, correspondendo assim a 100% da nossa pesquisa.

Portanto comparando os dados da pesquisa realizado por Figueiredo (2012), Nos revelam uma semelhança por isso concluímos que, a maior parte dos profissionais do Hospital Geral da Barra do Dande tem o tempo de serviço de 28 à 33 anos.

Segundo a tabela e o gráfico 04 sobre a pergunta: Tens prestado assistência técnica à pacientes com Incontinência Urinária? Tivemos resultados satisfatórios, pois o número total dos nossos inqueridos responderam positivamente, isto é, trinta (30) indivíduos que perfazem 100% da nossa pesquisa.

De acordo com os dados dos nossos da investigação feito pelo autor Foldspang (2011), nos mostra uma semelhança que os dados da nossa pesquisa de campo inso nos confirma que no Hospital Geral da Barra do Dande a maior parte dos profissionais prestam assistência técnica à pacientes com Incontinência Urinária.

Segundo a tabela e o gráfico 05 sobre a pergunta: Será que os profissionais da saúde têm seguido os protocolos de atendimento a pacientes com incontinência urinária? Tivemos catorze (14) que responderam sim, perfazendo 46,66%, dez (10) que responderam não, perfazendo 33,33% e finalmente seis (6) que perfaz 20% responderam talvez, correspondendo assim a 100% da nossa pesquisa.

De acordo com os dados da nossa pesquisa de campo constatamos uma semelhança com os do autor Kubagowa (2011), isso nos fez concluir que os

profissionais do Hospital Geral da Barra do Dande, têm seguido os protocolos de atendimento a pacientes com incontinência urinária.

De acordo com a tabela e o gráfico 01, entendemos que a faixa predominante é a dos 31 à 36 anos, que perfaz 38,33%, seguida pela faixa dos 25 à 30 anos que perfaz 26,66%, posteriormente pela faixa dos 37 à 42 anos que perfaz 23,33%

Comparando os dados da nossa investigação com do autor Butler (2010), os mesmos aparentam isso nos faz concluir que a maior parte dos profissionais do Hospital Geral da Barra do Dande tem idade de 31 à 36 anos.

CONCLUSÃO

Depois de pesquisas feitas com toda rigorosidade aplicada, queremos concluir a nossa pesquisa em função de todos os passos e ferramentas utilizadas. Sendo assim, chegou-se as seguintes conclusões:

Encontra partida no Hospital Geral da Barra do Dande, a maior parte dos profissionais tem idade de 31 à 36 anos. Com isso podemos dizer que o Hospital em estudo possui uma boa cama juvenil para o exercício das funções.

De acordo com os dados obtido na nossa pesquisa de campo constatamos que a maior parte dos profissionais do Hospital Geral da Barra do Dande são técnicos médios.

A maior parte dos profissionais do Hospital Geral da Barra do Dande tem o tempo de serviço de 28 à 33 anos. Neste contexto podemos dizer que esses profissionais estão munidos de vasta experiência no que tange ao trabalho.

Durante a nossa pesquisa de campo constatamos que no Hospital Geral da Barra do Dande a maior parte dos profissionais prestam assistência técnica à pacientes com Incontinência Urinária.

Os profissionais de Saúde do Hospital Geral da Barra do Dande, têm seguido os protocolos de atendimento a pacientes com incontinência urinária.

No Hospital Geral da Barra do Dande, usa-se mais o protocolo cirurgicu.

Com esse propósito podemos dizer que os objectivos foram alcançados as hipóteses confirmados.

SUGESTÕES

Ao Hospital Geral da Barra do Dande

- Que dem sempre formações de capacitação aos profissionais para o melhoramento no atendimento a pacientes com incontinência urinária.

Aos profissionais da saúde:

- Orientar os pacientes a reduzir o consumo de alimentos que irritam a bexiga;
- Instruir os pacientes sobre o modo de consumo de líquidos;
- Criar um ambiente de paz para que o paciente se sinta acolhido;
- Tratar os pacientes de forma humanizada;
- Sugerir o modo de alimentação do paciente.

Aos pacientes:

- Acatar as orientações dos profissionais para evitar a incontinência urinária;

- Frequentar os centros de saúde regularmente;
- Praticar os exercícios físicos

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, F. K. (2012). Metodologia científica. 1ª Edição. Porto. Editora: Escolar editora.
- Abreu, N.S., Baracho, E. S (2014). *Qualidade de vida na perspectiva de idosas com incontinência urinária*. Rev Bras fisioter. São Carlos.
- Althof, S.; Dean, J. (2014). *Could urological questionnaires completely replace physiological testing*. BJU Int.
- Anger, J. T.; Saigal, C. S. (2013). *The prevalence of urinary incontinence among community dwelling adult women: results from the National Health and Nutrition Examination Survey*. Journal of Urology.
- Azulay e Azulay (2018). *Pacientes com doenças infecciosas*. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Berglund, A. L. & Fugl-Meyer, K. (2011). *Some sexological characteristics of stress incontinence women*. Scandinavian Journal of Urology and Nephrology.
- Baracho, E. (2012). *Fisioterapia aplicada à obstetrícia: aspectos de ginecologia e neonatologia*. 3 ed. Rio de Janeiro: Medsi.
- Bispo, J. P. (2013). *Fisioterapia como de estudo e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais*. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro.
- Butler, R. N. (2010). *Urinary incontinence: keys to diagnosis of the older woman*. Geriatrics.
- Berlezi, E. M. (2010). *Incontinência Urinária em mulheres pós-menopausa: um problema de saúde pública*. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro.
- Camelo, C. V.; & Silva, V. T. (2019). *Professional profile of nurses working in intensive care units of a teaching hospital*.
- Castro, R. A.; Arruda, R.M. (2015). *Female urinary incontinence: effective treatment strategies*. Climacteric.
- Castro, L. A.; Sobottka, W. (2012). *Efeitos da cirurgia bariátrica na função do assoalho pélvico*. Arq. Bras. Cir. Dig. São Paulo.
- Caetano, A. S.; Tavares, M. C. F. (2015). *Incontinência urinária e a prática de atividades físicas*. Rev Bras Med Esporte vol.13 no. Niterói.

Duarte e Mesquita (2017) *Metodologia da pesquisa*. 2ª Edição. São Paulo: Editora Atlas.

Danforth, K. F. (2011). *Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women*. American Journal of Obstetrics and Gynecology.

Dugan, E. (2011). *The quality of life of older adults with urinary incontinence: Determining generic and condition specific predictors*. Quality of Life Research. Oxford: UK.

Delancey, J. O. (2015). *Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: the hammock hypothesis*. Am J Obstet Gynecol.

Diokno, A. C. (2011). *Epidemiology of female incontinence*. Saunders Company. 2ºed. Philadelphia: W.B.

Diogo, P. (2012). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 2ª Edição. São Paulo: Editora Atlas.

Ferreira (2010), *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Figueiredo, E. M. (2012). *Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de Serviço de Fisioterapia Uroginecológica da rede pública*. Revista Brasileira de Fisioterapia. São Carlos: SP.

Foldspang, A. (2011). *Parity as a correlate of adult female urinary incontinence prevalence*. Journal of Epidemiology & Community Health.

Flisser, A. J. & Blaivas, J. G. (2012). *Evaluating incontinence in women*. Urol Clin North Am.

Ford, A. A.; Rogerson, L. (2010). *Mid-urethral sling operations for stress urinary incontinence in women*. Cochrane Database Syst Rev.

Francisco, C. & Pakisi, A. (2017). *Introdução a metodologia de investigação científica*. Luanda: Bc Livtec.

Glashan, R. Q. (2014). *Terapia Comportamental no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas não institucionalizadas*. Revista Estima.

Guarisi, T. & Pinto-neto, A. M. (2011). *Procura de Serviço Médico por mulheres com incontinência urinária*. rev Bras Ginecol obstet.

- Girão, M. J. B. C. (2010). *Incontinência Urinária de Esforço: fisiopatologia. Uroginecologia*. São Paulo. Ed. Artes Médicas.
- Guire, E. J.; Lytton, B. (2012). *The value of urodynamic testing in stress urinary incontinence*. J. urol.
- Guccione, A. (2012). *Fisioterapia Geriátrica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Haddad, M. (2011). *Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina*. rev Bras Fisioter.
- Higa, R. M. & Lopes, M. H. B. (2014). Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. rev esc enferm: USP.
- Huston, K. (2013). *Incontinence and older Women*. I care of the other woman. Clin Geriatric Med.
- Honório, M. O & Santos, S. M. A. (2011). *incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida*. Rev Bras enferm.
- Jovanović, M.; Džamić, Z (2014). *Trans-Obturator-Tapeoutside-in approach in surgical treatment of female stress urinary incontinence*. Acta Chir Iugosl.
- Klüber, L. M.; Cruz, I. B. M. (2012). *A influência da fisioterapia na qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária: revisão*. Revista de Medicina da PUCRS. Porto Alegre.
- Krue, S. (2011). *The influence of infant birth weight on post-partum stress incontinence in obese women*. Archives Gynecology and Obstetrics. Berlin.
- Kobashi, K. C. (2012). *Evaluation of patients with urinary incontinence and pelvic prolapse*. 11ª ed. Campbell-Walsh Urology. New York.
- Kubagowa, L. M. (2011). *A eficácia do tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária masculina após prostatectomia*. Revista Brasileira de Cancerologia.
- Kelleher, C. J.; Cardozo (2011). *Quality of life and urinary incontinence*. Current opinion in obstetrics & gynecology.
- Lima, C. L. M.; Müller, V. (2016). *Incontinência urinária pós prostatectomia: tratamento*. Projeto Diretrizes: AMB/CFM - SBU.
- Lopes, M. H. B. L. & Higa, R. (2016). *Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher*. Revista da Escola de Enfermagem USP. São Paulo.

- Lalos, O.; Lalos, A. (2014). *Impact of urinary and climacteric symptoms on social and sexual life after surgical treatment of stress urinary incontinence in women: a long-term outcome*. Journal of Advanced Nursing. Oxford.
- Marconi, M. e Lakatos, E. (2010). *Técnicas de pesquisa*. 2ª Edição. São Paulo: Editora Atlas.
- Manonai, J.; Patrachai, S. (2012). *Female urinary incontinence: a cross-sectional study form a Thai rural area*. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.
- Moore, K. N. & Gray, M. (2014). *Urinary Incontinence in Men*. Nursing Research.
- Mata, L. R. F. (2019). *Validação por peritos de intervenções de enfermagem para a alta de pacientes submetidos à prostatectomia*. Universidade Federal de São Carlos. (Dissertação).
- Norton, P. & Brubaker, L. (2010). *Urinary incontinence in women*. Lancet.
- Nygaard, I.; Svengalis, S. L. (2010). *Urinary incontinence in elite nulliparous athletes*. Obstet Gynecol.
- Oliveira, K.A.C.; Paula, A. B. (2012). *Técnicas fisioterapêuticas no tratamento e prevenção da incontinência urinária de esforço na mulher*. Revista Eletrônica F@pciência. Apucarana-PR.
- O'brien, J. (2013). *Urinary incontinence: prevalence need for treatment and effectiveness of intervention by nurse*. British Medical Journal.
- Oliveira, A. (2012). *Como elaborar projecto de pesquisa*. 4ª Edição São Paulo: Editora Platano.
- Pinto, D. B. (2011). *Prostatectomia radical versus qualidade de vida*. Acta médica. Porto Alegre.
- Pitangui, A. C. R.; Araujo, R. C. (2012). *Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de idosas institucionalizadas*. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.
- Palma, P. (2011). *Incontinência Urinária*. 6ª Edição: Editotora São Paulo: contexto.
- Ramos, S. e Naranjo, E. (2014). *Metodologia de Investigação Científica*. 2ª Edição. Lobito- Angola: Editora Escolar.
- Robinson, D.; Cardozowan, L. (2014). *Urinary incontinence in the young woman: treatment plans and options available*. Womens Health (Lond).

- Ribeiro, J.; Raimundo, A. (2015). *Satisfação sexual e percepção de saúde em mulheres com incontinência urinária*. Análise Psicológica Lisboa. Porto.
- Silva, M. A. (2013). *Metodologia e Técnicas de Pesquisa*. 2ª Edição. São Paulo: Editora Brasil-Curitiba.
- Silva L. & Lopes, M. H. B. M. (2012). *incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento*. rev esc enferm USP.
- Shaban, A.; Hashim, H. (2010). *The medical management of urinary incontinence*. autonomic neuroscience: Basic and Clinical.
- Suskind, A. M.; Morgan, D. M. (2015). *A Screening Tool for Clinically Relevant Urinary Incontinence*. Neurourol Urodyn.
- Sangsawang, B. (2014). *Risk factors for the development of stress urinary incontinence during pregnancy in primigravidae: a review of the literature*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.
- Sousa, C. A. P. B. (2012). *A prevalência da incontinência urinária em pacientes prostatectomizados*. Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas. Agrárias e da Saúde.
- Silva, E. E Menezes, E. (2013). *Metodologia da Pesquisa e elaboração de dissertação*.
- Tamanini, J. T. (2016). *Incontinência urinária: prevalência e fatores de risco em mulheres atendidas no Programa de Prevenção do Câncer Ginecológico*. Boletim Epidemiológico Paulista. São Paulo.
- Wood, L. N. & Anger, J.T. (2014). *Urinary incontinence in women*. BMJ.
- Weinberger, M. W. (2010). *Differential diagnosis or urinary incontinence*. Urodynamics. theory and practice. Baltimore: Willians.
- Zassala, C. (2017). *Iniciação a Pesquisa Científica*. 4º Edição. Luanda-Angola. Editora: Mayamba.

APÊNDICE

QUESTIONÁRIO

Autora	Alexandrina Chaquela Nhúpo
Orientadora	Prof ^ª . Manuela Veiga, MSc.
Título do TFC: Licenciatura em ciências da Enfermagem	Protocolos de Atendimento a Pacientes com Incontinência Urinária no Hospital Provincial da Barra do Dande, Segundo Trimestre 2023.

Alexandrina Chaquela Nhúpo, estudante finalista do Instituto Superior de Angola encontrando-me a elaborar meu Projeto Final do Curso para a obtenção do título de Licenciatura em ciências da Enfermagem.

Venho por intermédio deste, respeitosamente a solicitar sua colaboração a fim de responder algumas questões exclusivamente em: Protocolos de Atendimento a Pacientes com Incontinência Urinária no Hospital Provincial da Barra do Dande, Segundo Trimestre 2023.

Grata pela sua colaboração.

Com respeito aos técnicos de enfermagem:

1- Qual é a sua faixa etária?

Assinala com um X no lado direito da tabela

25-30	
30-35	
35-40	
40-45	

2- Qual é o seu nível acadêmica como profissional de enfermagem?

Assinala com um X no lado direito da tabela

Técnicos superiores	
Técnicos médio	
Auxiliares de enfermagem	

3- Qual é o seu tempo de serviço?

Assinala com um X no lado direito da tabela

10 a 15 anos	
15 a 20 anos	
20 a 35 anos	
35 a 30 anos	

4- Tens prestado assistência técnica à pacientes com Incontinência Urinária?

Assinala com um X no lado direito da tabela

Sim	
Não	

5. Tens seguido os protocolos de atendimento a pacientes com incontinência urinária?

Assinala com um X no lado direito da tabela

Sim	
Talvez	
Não	

MUITO OBRIGADA!

ANEXOS



À

DIRECÇÃO DO HOSPITAL GERAL DA
BARRA DO DANDE

BENGO

CREDENCIAL

Ref.: 380/DAC/ISA/023

Melhores Cumprimentos,

Excelência,

O Instituto Superior de Angola – ISA, sua criação foi aprovada pelo Decreto Presidencial nº 168/12 de 24 de Julho, possui a sede em Luanda, bairro da Pedreira, município de Cacuaco, e aposta na formação de quadros qualificados e na investigação científica para dar respostas as necessidades locais e nacionais de acordo com as orientações emanadas pelo Executivo Central.

Havendo a necessidade de credenciar e enviar nos diferentes locais para pesquisar a temática do Trabalho de Fim de Curso para obtenção do grau de Licenciatura em **ENFERMAGEM** o (a) estudante:

NOME: **ALENXANDRINA CHAQUELA NHÚPO**TEMA: **PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A PACIENTES COM INCONTINÊNCIA
URINÁRIA NO HOSPITAL GERAL DA BARRA DO DANDE NO II
TRIMESTRE DE 2023.**

Vimos por intermédio desta, solicitar os vossos ofícios, no sentido de autorizar o estudante a realizar a pesquisa/recolha de dados na instituição que vossa excelência mui dignamente dirige.

Certo da vossa especial atenção de sempre, reiteramos os nossos respeitosos cumprimentos.

INSTITUTO SUPERIOR DE ANGOLA, em Luanda aos 24 de Janeiro 2024.

O Vice-Presidente Para os Assuntos Científicos

MOISÉS KAFALA NETO