

**SIMONE DOS REIS BRANDÃO DA SILVEIRA**

**Estudo observacional de aspectos relacionados à adesão ao  
tratamento da incontinência urinária em mulheres que realizaram  
exercícios da musculatura do assoalho pélvico**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina  
da Universidade de São Paulo para obtenção do  
título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Obstetrícia e Ginecologia  
Orientador: Prof. Dr. Ricardo Muniz Ribeiro

São Paulo

2006

## FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Silveira, Simone dos Reis Brandão da

**Estudo observacional de aspectos relacionados à adesão ao tratamento da  
incontinência urinária em mulheres que realizaram exercícios da musculatura  
do assoalho pélvico** / Simone dos Reis Brandão da Silveira. -- São Paulo, 2006.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.  
Departamento de Obstetrícia e Ginecologia.

Área de concentração: Obstetrícia e Ginecologia.

Orientador: Ricardo Muniz Ribeiro.

Descritores: 1.INCONTINÊNCIA URINÁRIA/terapia 2.SOALHO PÉLVICO  
3.ADERÊNCIAS/terapia 4.TERAPIA POR EXERCÍCIO

USP/FM/SBD-029/06

## **DEDICATÓRIA**

Aos amores de minha vida:

Deus,

Meus pais,

Meu esposo,

Meus filhos,

Medicina

Razões de minha existência e de tudo o mais...

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

Pelo apoio e carinho na ocasião de minha transferência de Curitiba para São Paulo, agradeço à amiga Silmar Cunha da Silva e ao Professor Dr. Laerte Justino de Oliveira.

Por me receber com afeição, acreditar no meu trabalho e me orientar aqui em São Paulo, agradeço ao Professor Dr. Ricardo Muniz Ribeiro

Por caminhar ao meu lado nos momentos difíceis e também nos momentos alegres, agradeço à amiga Patrícia de Rossi.

Ao Professor Dr. Paulo Rossi de Menezes, pelas orientações e por reiterar a importância deste tema na medicina.

## **AGRADECIMENTOS**

Às pacientes entrevistadas, pela confiança e paciência.

Ao Professor Dr. José Aristodemo Pinotti, por me receber no Departamento de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP-SP, o que permitiu o desenvolvimento deste trabalho.

À Professora Dr<sup>a</sup> Ângela Maggio da Fonseca, pela orientação e pelo apoio incondicionais para a conclusão desta dissertação.

Ao Professor Dr. Edmundo Chada Baracat pelas orientações na conclusão desta dissertação.

À amiga Lilian Corrêa, pelo companheirismo e em todos os momentos em que estivemos juntas.

Aos meus colegas Jorge Milhem Haddad, Adriano Brandão Haddad, Antônio Xavier e Maika Casagrande, pela grande ajuda oferecida.

Às fisioterapeutas Thaís, Mônica, Cláudia, Renata, pelo apoio na seleção e nas entrevistas dos casos.

À enfermeira Professora Dr<sup>a</sup> Raquel Rapone Gaidzinski, pelo auxílio na escrita deste trabalho.

Ao meu filho Rafael, pela ajuda com banco de dados.

Ao meu filho Felipe, pela ajuda com a epígrafe.

A todos que, de maneira direta ou indireta, ajudaram-me e estimularam-me a desenvolver um tema tão pouco estudado dentro da uroginecologia,

Minha gratidão

## EPÍGRAFE

“Ainda que eu falasse a língua dos homens e dos anjos, e não tivesse a caridade, seria como o metal que soa ou como o sino que tine. E, ainda que tivesse o dom da profecia, e conhecesse todos os mistérios e toda a ciência, ainda que tivesse toda a fé, de maneira tal que transportasse os montes, e não tivesse a caridade, nada seria. E ainda que distribuísse toda a minha fortuna para o sustento dos pobres, e ainda que entregasse o meu corpo para ser queimado, e não tivesse a caridade, nada disso me aproveitaria. A caridade é sofredora, é benigna, a caridade não é invejosa, a caridade não trata com leviandade, não se ensoberbece. Não se porta com indecência, não busca seus interesses, não se irrita, não suspeita o mal; não folga com a injustiça, mas folga com a verdade; tudo sofre, tudo crê, tudo espera, tudo suporta.”

Bíblia: Carta aos Coríntios I, 13;1-7, por São Paulo

## SUMÁRIO

Resumo

Summary

INTRODUÇÃO .....	1
OBJETIVO .....	13
MÉTODO .....	15
RESULTADOS .....	19
DISCUSSÃO .....	23
CONCLUSÕES .....	31
ANEXOS .....	33
REFERÊNCIAS .....	42

## RESUMO

Silveira, S.R.B. *Estudo observacional de aspectos relacionados à adesão ao tratamento da incontinência urinária em mulheres que realizaram exercícios da musculatura do assoalho pélvico*. São Paulo, 2006. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

A incontinência urinária na mulher é uma afecção crônica que altera a sua qualidade de vida. Um dos tratamentos propostos é o exercício da musculatura do assoalho pélvico. A eficácia desse tipo de terapêutica depende da adesão da paciente a ele. Aderir a um tratamento é seguir as orientações dadas; no caso dos exercícios da musculatura do assoalho pélvico, envolve a incorporação da terapêutica ao cotidiano. O objetivo deste estudo é descrever três aspectos relacionados à adesão ao tratamento: satisfação, expectativa e repetição ou não do tratamento. Para a sua realização foram entrevistadas 50 mulheres que aderiram ao tratamento, atendidas no setor de Uroginecologia da Disciplina de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Os resultados mostraram que 68% das mulheres estavam satisfeitas com o tratamento, 62% tinham expectativa de cura e apenas 12% não o repetiriam. Quando questionadas sobre os motivos para a não repetição do tratamento, a maior parte das mulheres referiu a não melhora do quadro clínico. Concluiu-se que a satisfação é alta nas mulheres que aderiram ao tratamento, a expectativa mais comum entre as entrevistadas é de cura e que o fator mais importante para repetir a terapêutica foi a melhora do quadro clínico.

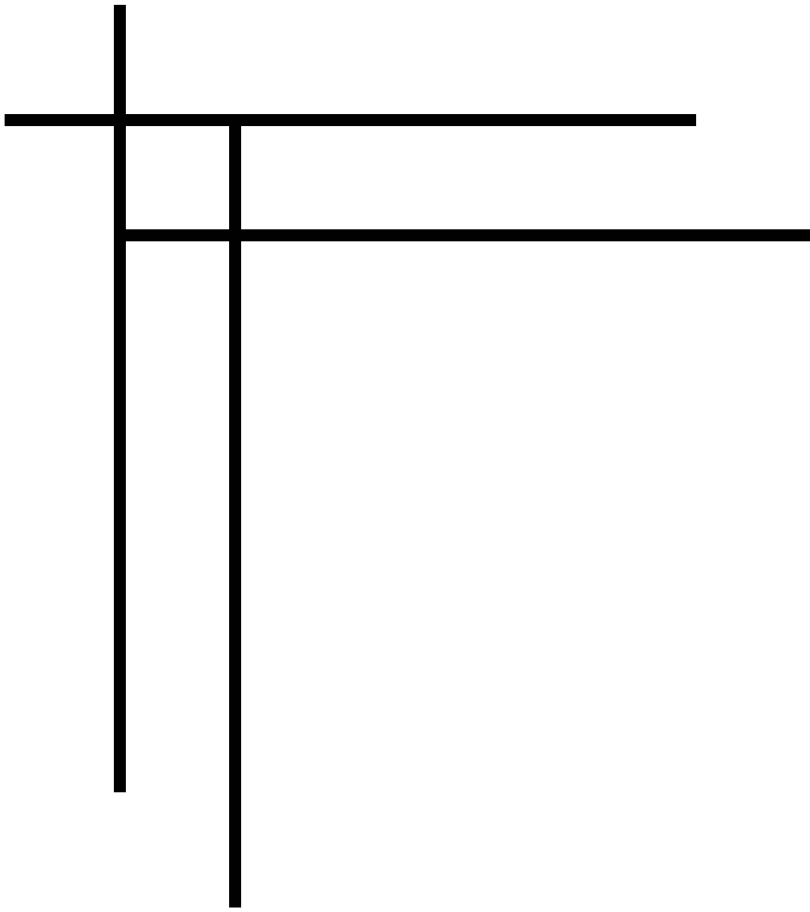


## **SUMMARY**

Silveira, S.R.B. *Observational study of adherence to treatment of female urinary incontinence with pelvic floor exercises*. São Paulo, 2006. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

The female urinary incontinence is a chronic disease which affects life quality. One of the treatments suggested is the pelvic floor exercises. The therapy depends on the patient's adherence. Adherence to treatment implies to follow all medical instructions; in case of pelvic floor exercises, it involves its incorporation to daily routine. The aim of this study is to describe three aspects regarding to the treatment adherence – satisfaction, expectation and repetition (or not). Fifty women who have followed the treatment were interviewed. They were recruited from the Urogynecology Service of Clínicas Hospital of São Paulo University Medical School. The results demonstrated that 68% of women were satisfied with the treatment, 62% expected to be cured, and only 12% hadn't undergone the treatment appropriately. When inquired about the reasons for not repeating the treatment, most of the women have mentioned that they haven't seen positive results. In conclusion, patient's satisfaction level was high, cure was the main expectation, and the good response to clinical treatment was the most important reasons to repeat the treatment.

**Estudo observacional de aspectos  
relacionados à adesão ao tratamento  
da incontinência urinária em mulheres  
que realizaram exercícios da  
musculatura do assoalho pélvico**



# INTRODUÇÃO



---

Aderir a um tratamento é aceitar e seguir a proposta terapêutica, o que implica, principalmente, concordância entre o comportamento do paciente e a prescrição médica. Assim, o termo “adesão” pressupõe autonomia e responsabilidade para aceitar ou não as orientações médicas relativas a uma determinada modalidade terapêutica. A não adesão pode ser uma escolha do paciente, a qual isentaria o médico e o sistema de saúde de responsabilidade quanto ao tratamento. Entretanto esse poder de decisão deveria despertar uma política de saúde adequada e um atendimento médico capazes de detectar o motivo da não adesão e, assim, corrigi-lo (Gonçalves et al., 1999; Kurita e Pimenta, 2003).

A preocupação do paciente é retornar às suas atividades diárias superando a limitação da doença, seja por meio do uso de medicações, de cirurgias, ou até mesmo pelo esquecimento da existência da afecção. O paciente não está preocupado em aceitar ou não a orientação médica, mas sim em lidar com a sua condição de vida da forma que lhe convenha e permita maior autocontrole e liberdade (Leite e Vasconcellos, 2003).

Pelo exposto, a adesão ao tratamento e suas conseqüências torna-se um problema a que os profissionais de saúde devem estar atentos. Como cita a Organização Mundial de Saúde (2003), a adesão representa um

---

determinante primário da efetividade do tratamento, pois, quando é baixa, atenua o ótimo benefício clínico. O impacto positivo no estado de saúde do paciente com doença crônica aumenta as taxas de adesão, trazendo benefícios econômicos, ao passo que a não adesão determina um incremento do risco clínico e, conseqüentemente, da morbidade e da mortalidade (OMS, 2003).

Para obter boa adesão ao tratamento é necessário oferecer sempre informação adequada sobre a terapêutica recomendada, pois o tratamento não se resume somente em prescrever determinado fármaco; é necessário que haja uma abordagem multidisciplinar de esclarecimento, acompanhamento e estímulo à adesão. Além disso, o alívio dos sintomas faz com que os pacientes sintam-se mais confiantes, favorecendo a adesão. Por outro lado, os efeitos colaterais podem contribuir para a descontinuidade do tratamento. A terapêutica é uma extensão da consulta médica e envolve mudanças de hábitos e estilo de vida. Cada indivíduo tem um padrão de dieta, atividades profissionais e biorritmo próprios. Aderir a um tratamento implica também a mudança e a adaptação do estilo de vida para incorporá-lo (Garcia et al., 2003).

Alguns fatores favorecem a adesão ao tratamento, como a informação, a motivação e o comportamento (Garcia et al., 2003):

- antes de qualquer intervenção, o paciente deve ser informado sobre a doença que o acomete e suas conseqüências, a influência que pode ter na sua qualidade de vida, os riscos e os benefícios de procedimentos, como também os efeitos colaterais e indesejáveis da terapêutica. Para o

---

especialista, que está habituado à terminologia médica, que tem experiência quanto à evolução da doença e que não está emocionalmente envolvido, as informações parecem óbvias e até desnecessárias; para os pacientes, porém, essas informações podem parecer extremamente complexas;

- a motivação envolve fatores emocionais e o lidar com a doença. A depressão, por exemplo, constitui impedimento importante para a adesão à terapêutica. A motivação relaciona-se aos valores pessoais de cada indivíduo e às suas expectativas em relação aos procedimentos terapêuticos. Dessa forma, quando um tratamento é capaz de suprir as expectativas, o paciente se sentirá motivado em aderir a ele;
- ao se prescrever medicação, dieta ou exercícios deve-se estar atento ao comportamento individual de cada doente. Cada indivíduo reage de maneira diferente à doença e possui uma rotina diária própria; assim, o profissional de saúde deve considerar esses aspectos antes de proceder à orientação do tratamento.

Sabe-se que as taxas de adesão a tratamentos de doenças crônicas são baixas, o que implica agravamento da afecção, recidivas, resistência aos agentes terapêuticos, sobretudo quando se trata de doenças com limitada perspectiva de sobrevida (Figueiredo et al., 2001).

Pacientes com dores crônicas possuem importante sofrimento físico e psíquico, bem como comprometimento das atividades profissionais. Em decorrência de experiências anteriores com resultados insatisfatórios, a

---

descrença que o paciente tem quanto ao seu tratamento é fator importante de não adesão. Assim, haverá piora do quadro de dor e do sofrimento físico e psíquico, com piora da qualidade de vida (Kurita e Pimenta, 2003).

No Brasil, o Programa de Controle da Tuberculose detectou que a adesão ao tratamento representa um dos principais obstáculos encontrados no controle epidemiológico da doença. Desse modo, a não adesão ao tratamento pode aumentar a incidência, a mortalidade e a forma multirresistente (Costa et al., 1998, Gonçalves et al., 1999).

No tratamento da síndrome da imunodeficiência humana adquirida, a complexidade posológica e a adesão ao tratamento são desafios à efetividade dos recursos terapêuticos disponíveis. A não adesão ao tratamento, nestes casos, além de levar a tratamento não desejado, pode contribuir para que haja resistência aos fármacos. Na eficácia do tratamento a longo prazo, o aparecimento da resistência e, conseqüentemente, a perda da ação das drogas são as principais barreiras primárias para o sucesso terapêutico (Figueiredo et al., 2001).

Como se conhece, os sintomas do trato urinário baixo têm prevalência aumentada na população com mais de 40 anos e interferem de maneira significativa na qualidade de vida, podendo determinar seqüelas psicológicas (Boyle et al., 2003; Hunskaar et al., 2003; Stach-Lempinen et al., 2003).

A incontinência urinária (IU) representa afecção importante por estar relacionada à qualidade de vida e a sintomas de depressão, ansiedade e exclusão social. Estima-se que 15 a 30% da população em geral, com idade superior a 60 anos, sofre de incontinência urinária, que é mais comum em

---

mulheres. Nos Estados Unidos, incide em 50% da população das casas de repouso e em 13 a 56% dos que vivem em abrigos para idosos. Requer assistência adequada para as atividades do cotidiano e cuidados específicos, especializados ou não. A estimativa de gasto anual naquele país em 1995 foi de 16,4 bilhões de dólares, sendo que a utilização de serviços paramédicos aumenta em 25% o gasto público nas casas de saúde (Avellanet et al., 2002; Broome, 2003; Waetjen et al., 2003).

No Brasil, realizou-se estudo descritivo populacional para avaliar a prevalência da incontinência urinária de esforço e a porcentagem de mulheres que procuram atendimento médico por essa queixa. Das pacientes entrevistadas, a incidência de queixa de perda de urina durante esforços foi de 35% e a procura por assistência médica foi de 58% (Guarisi et al., 2001).

A incontinência urinária é definida pela Sociedade Internacional de Continência como a queixa de qualquer perda involuntária de urina. Já a incontinência urinária de esforço (IUE) é conceituada como a perda involuntária de urina durante esforço, exercício físico, ao espirrar e/ou tossir (Abrams et al., 2003). Sua etiopatogenia relaciona-se ao suporte anatômico do colo vesical e da uretra proximal ou a lesão no seu mecanismo esfinteriano intrínseco. A musculatura do assoalho pélvico desempenha papel importante na manutenção do mecanismo da continência urinária na mulher. A segunda causa de IU é a bexiga hiperativa (BH), afecção crônica caracterizada pela presença de sintomas de urgência com ou sem incontinência e usualmente associada a freqüência e/ou noctúria desencadeados por contrações não inibidas do detrusor. No entanto



mulheres com ou sem urge-incontinência podem apresentar contrações involuntárias não inibidas do músculo detrusor. A etiologia da bexiga hiperativa envolve causas neurogênicas e não neurogênicas. Nos EUA, essa doença está entre as 10 primeiras condições de doença crônica, assim como o diabetes e a úlcera péptica. A bexiga hiperativa tem efeitos mais danosos sobre a qualidade de vida do que doenças como diabete e hipertensão, sendo que somente a depressão tem maior impacto (Abrams e Wein, 2000).

## **EXERCÍCIOS DA MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO**

Os exercícios da musculatura do assoalho pélvico (MAP) foram estudados por Kegel no tratamento da IU em 1948, tendo apresentado índice de melhora de 84%. Estudos randomizados subseqüentes avaliaram essa modalidade terapêutica, confirmando sua eficácia. Os músculos do assoalho pélvico estão distribuídos em forma de platô desde a sínfise púbica até o cóccix, através de toda a parede do osso ilíaco. A disposição dessas fibras dá suporte estrutural aos órgãos pélvicos, mantendo sua estática. Essas fibras musculares acham-se dispostas em várias direções, conferindo a cada grupo muscular funções diferentes e independentes. A função de contração voluntária é bem conhecida e descrita como contração capaz de comprimir e elevar a uretra, a vagina e o reto, tendo como resultado o fechamento uretral, a estabilização e a resistência ao esforço físico. A

---

disposição de outros grupos musculares, como glúteo, abdominais e adutor da coxa não tem posição anatômica capaz de promover um suporte ativo para evitar a descida da bexiga e da uretra (Cammu e Nysten, 1995; Arvonen et al., 2001, Sugaya et al., 2003, Barros, 2004, Bo, 2004; Bo et al., 2005).

O tratamento fisioterápico das lesões musculares e fasciais do assoalho pélvico de mulheres com IU tem como objetivo a integração automática e subconsciente desse grupamento muscular durante a mudança de postura e os movimentos do dia-a-dia. Essa integração se dá por meio da hipertrofia muscular, que ocorre em um período de mais ou menos 6 meses de treinamento da musculatura (Bo, 2003). Segundo Chiarelli et al. (2003), o fator prognóstico mais importante para a eficácia desse tipo de tratamento é a adesão. A efetividade dos exercícios da MAP requer alta motivação da paciente, principalmente no início (3 a 6 meses), uma vez que sua realização exige orientações especializadas e treinamento apropriado. Este, quando inadequado, pode gerar resultados insatisfatórios e frustração (Cammu et al., 2000, Mouritsen e Shiotz, 2000). Castro, em 2005, estudando técnicas fisioterápicas para o tratamento da IUE, observou que o acompanhamento periódico por profissional capacitado é importante para orientar a correta realização dessas técnicas, além de motivar a adesão.

A terapia comportamental, por ser uma modalidade terapêutica que tenta desenvolver estratégias para minimizar ou eliminar a perda urinária, pode ser associada aos exercícios da MAP. Muitas vezes essa terapia é considerada erroneamente como a associação entre a restrição hídrica e a micção programada. Portanto é fundamental explicar à paciente, o

---

funcionamento do trato urinário normal, o hábito urinário e o diário miccional e, finalmente, os regimes de treinamento para enchimento e esvaziamento vesical, educando-a quanto a esses aspectos. A educação constitui o aspecto principal na terapia comportamental (Chapple, 2000; Payne, 2000). Outra modalidade terapêutica associada com os exercícios da MAP é a utilização dos cones vaginais. Estes são constituídos por uma série de pesos variados que são colocados na vagina e que irão permitir o recrutamento de fibras musculares de contração lenta e rápida (Haddad, 1999).

Os exercícios da MAP são recomendados no tratamento da IUE. Os estudos revelam taxa de cura de aproximadamente 70%, mas o sucesso desta terapêutica diminui durante o seguimento em consequência da baixa adesão (Alewijnsse et al., 2003; Sugaya et al., 2003; Bo, 2004).

A falta de abordagem sistemática dos fatores relacionados à adesão contribui para que esta seja menor. Neste sentido, várias tentativas para melhorá-la têm sido propostas, como a realização de programas de estímulo aos exercícios perineais (Alewijnsse et al., 2002, 2003a, 2003b).

Estimular a adesão à fisioterapia da MAP envolve processo de mudança de hábitos comportamentais. Fatores como as expectativas próprias e a severidade dos sintomas devem ser considerados neste processo de mudança. A promoção da adesão aos exercícios pélvicos envolve integração do novo comportamento na vida diária, além da tentativa de atenuar o comportamento negativo que os sintomas da IU trazem. Alguns fatores são importantes para a promoção desta mudança, como motivação,

---

conhecimento, reforço e influência de aspectos sexuais (Bishop et al, 1992; Diokno e Yuhico, 1995; Alewijnse et al., 2001; 2002).

- **Motivação:** é o estado de compreensão e ansiedade pela mudança. Esta troca pode ocorrer a partir de um tempo ou de uma situação para outra; conseqüentemente, a pessoa pode voltar ou avançar na adesão. Neste sentido, a motivação é fator crítico, porque a realização dos exercícios da MAP requer dedicação pessoal para obtenção de melhora. A melhoria do quadro clínico depende da continuidade dos exercícios; por isso, é necessário apoiar as pacientes a fim de que mantenham a motivação a curto e a longo prazo (Mouritsen e Schiotz, 2000; Alewijnse et al., 2002).
- **Conhecimento:** tem sido identificado como influenciador na adesão à terapêutica e considerado como o fator que interfere na determinação da crença, nas estratégias de auto cuidado, atitudes, expectativas, valores e doença. Uma medida que corrobora para a adesão ao tratamento é a transmissão do modo que os exercícios devem ser realizados, além de encorajar as pacientes à sua realização. Assim, profissionais da área de saúde devem se envolver em programas de educação e de demonstração dos exercícios da MAP, estimulando, desta maneira, a adesão (Cammu, 1995; Alewijnse et al., 2002; Chiarelli et al., 2003). Alewijnse et al. (2003), investigando adesão ao tratamento fisioterápico da IU a longo prazo, concluíram que a informação era um dado importante para as mulheres que realizavam a fisioterapia do assoalho pélvico.

- Reforço: a avaliação própria dos sintomas estimulou o reforço positivo para a troca de comportamento e adesão ao tratamento. Programas de promoção de estratégias para aumentar a adesão a este tratamento podem envolver recursos multimídia, guias de exercícios, chamadas telefônicas para lembrar o paciente da realização dos exercícios, visitas de acompanhamento e reforço da terapêutica (Alewijjnse et al., 2003).
- Influência dos aspectos sexuais: pode existir associação entre sexualidade e assoalho pélvico como área do corpo desconhecida. O tabu social do corpo e da sexualidade feminina em combinação com o da incontinência urinária fazem do assoalho pélvico uma área imperceptível. Além disso, mulheres que sofreram abuso sexual, de acordo com Alewijjnse et al. (2002), com frequência procuram ignorar a existência do assoalho pélvico.

Esses autores desenvolveram um programa de educação para promoção da adesão aos exercícios da MAP em mulheres com incontinência urinária. Na avaliação dos fatores determinantes da adesão, por meio de revisão de publicações, estudaram a mudança de comportamento. Para que essa mudança ocorra, a pessoa passa por três estágios: pré-contemplação; preparação/contemplação; ação / manutenção.

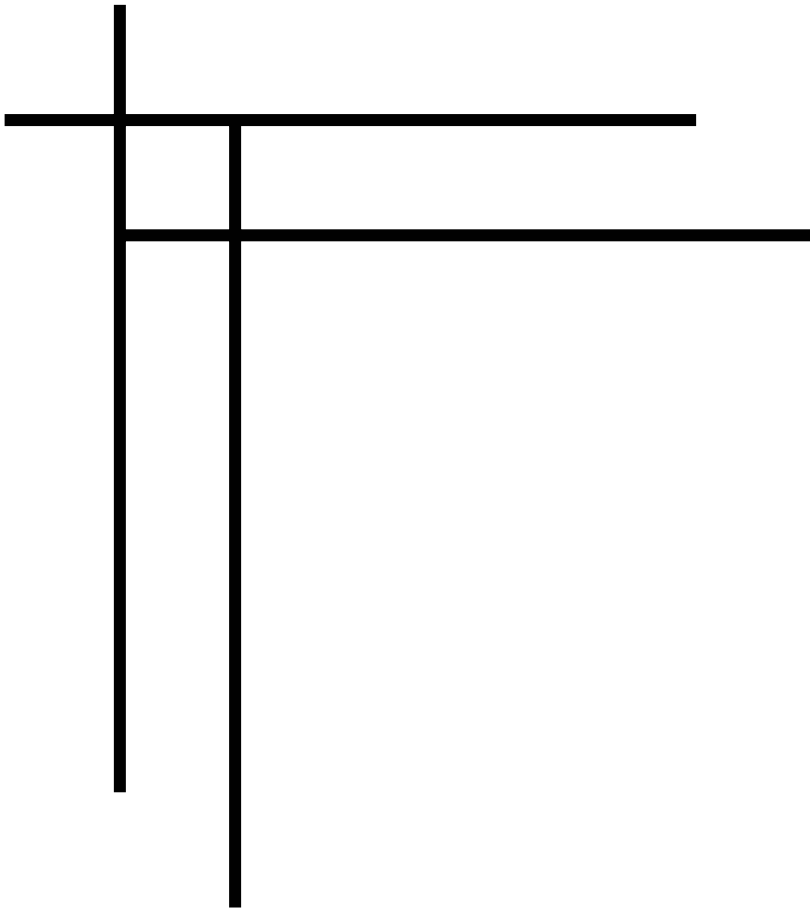
- Na fase de pré-contemplação as pessoas não têm intenção de trocar ou de adotar novos comportamentos, pois são treinadas a incorporá-los durante a vida e desenvolver estratégias para mantê-los. Nesta fase os

fatores que mais influenciam na adesão são a crença, as estratégias de autocuidado e o que a doença representa para cada indivíduo.

- Na fase de preparação / contemplação, a pessoa faz planos ativos para a troca, mas o comportamento ainda não está incorporado à rotina diária, havendo influência da percepção dos valores, normas, atitudes, expectativas, prognóstico e severidade dos sintomas.
- A fase de ação/manutenção envolve o autocuidado, a prática, o esclarecimento das instruções, as sugestões de ações, as barreiras específicas (disciplina, tempo, energia, efetividade do tratamento, dificuldades, efeitos colaterais, desconforto, esquecimento, integração dos exercícios na vida diária, flutuação da efetividade e associação com sexo), o estímulo próprio (progresso, suporte social, qualidade de vida, auto-estima, estima corporal) e o estímulo externo (reforço terapêutico, suporte social e exemplos de atitudes).

Os referidos autores concluíram que o conhecimento e a influência dos aspectos sexuais foram fatores determinantes em todos esses estágios.

Portanto, como a adesão é um fator relevante no tratamento da IU, devem-se desenvolver estudos baseados nesses dados de literatura que visem à melhoria da qualidade de vida de mulheres com essa afecção.



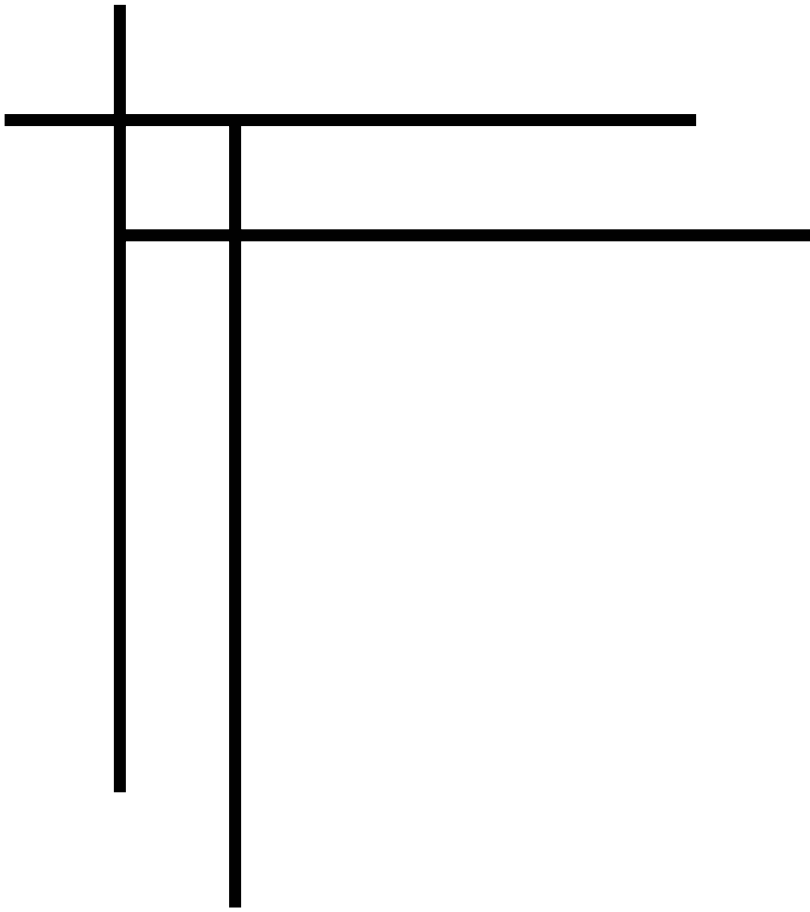
**OBJETIVO**



Propusemo-nos a estudar, em mulheres com incontinência urinária que aderiram ao tratamento com exercícios da musculatura do assoalho pélvico:

1. A expectativa quanto ao tratamento;
2. A satisfação com o tratamento;
3. A sua justificativa para repetirem ou não o tratamento.





**MÉTODO**



## CASUÍSTICA

Foram entrevistadas 50 mulheres em tratamento para incontinência urinária com exercícios de Kegel, atendidas no Setor de Uroginecologia da Disciplina de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no período de abril de 2002 a novembro de 2003.

O diagnóstico da incontinência urinária baseou-se na história clínica, exame uroginecológico e em avaliação urodinâmica.

A idade das pacientes variou de 35 a 78 anos, com média etária de 56,5 anos. Treze (26%) tinham diagnóstico clínico e urodinâmico de bexiga hiperativa, 33 (66%) de incontinência urinária de esforço e 4 (8%) de incontinência urinária mista. Das 37 mulheres com incontinência urinária de esforço e mista, 9 tinham pressão de perda ao esforço maior que 90 cmH<sub>2</sub>O, 12 pressão de perda menor que 90 cmH<sub>2</sub>O e 16 não apresentaram perda ao estudo urodinâmico. (Anexo 1)

## MÉTODO

Estudo observacional, descritivo, realizado por meio de questionário contendo as seguintes perguntas:

1. A senhora está satisfeita com o tratamento proposto?
2. O que a senhora espera do tratamento?
3. Se fosse necessário, a senhora repetiria o tratamento? Por quê?

As alternativas para as perguntas 1 e 3 foram SIM ou NÃO e para a pergunta 2, CURA ou MELHORA (Anexo 2).

O questionário foi aplicado no sexto mês do tratamento. (Anexo 3)

A adesão ao tratamento foi considerada quando a mulher referia estar realizando os exercícios da musculatura do assoalho pélvico todos os dias conforme a orientação dada pela equipe de fisioterapia e comparecia aos retornos solicitados.

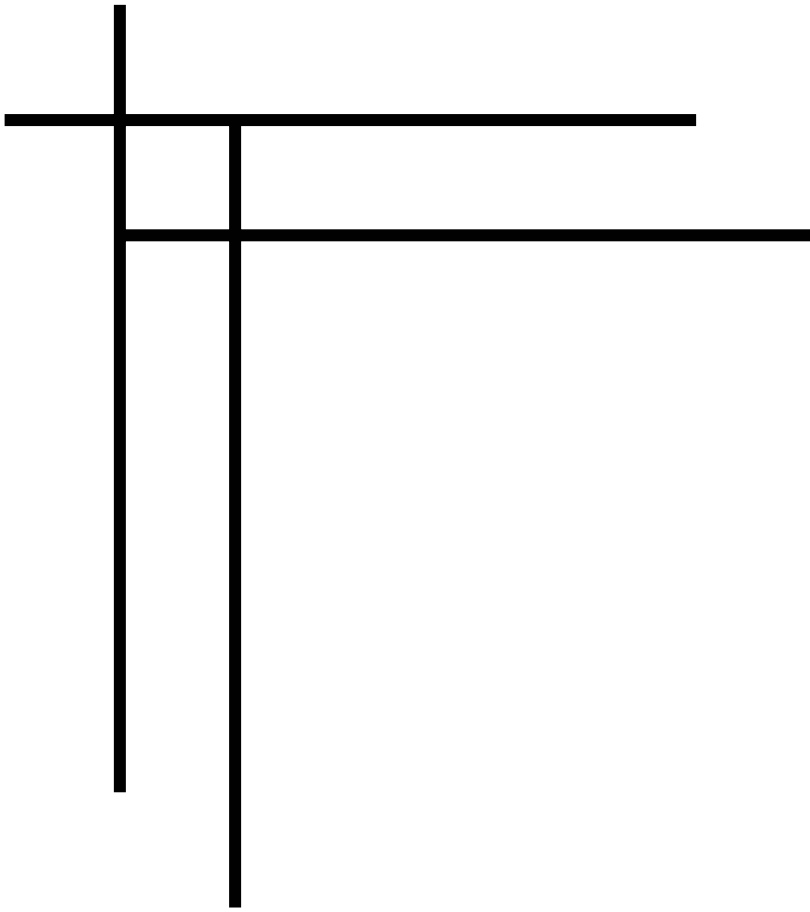
Os exercícios da musculatura pélvica foram orientados por fisioterapeutas, e as mulheres retornavam ao ambulatório para avaliação da realização adequada ou não dos exercícios no primeiro mês e, após, depois, trimestralmente, ou em intervalos menores, se fossem detectadas falhas ou dificuldades na sua realização.

Os exercícios foram padronizados para qualquer tipo de incontinência urinária da seguinte maneira:

- trinta contrações da musculatura do assoalho pélvico, com duração de 5 segundos, seguida de 5 segundos de relaxamento, 2 vezes ao dia.

Todas as entrevistas foram realizadas em ambiente particular.

O estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Todas as mulheres assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 4).



**RESULTADOS**



Como se pode observar na Tabela 1, 19 (38%) mulheres esperavam melhora clínica e 31 (62%) esperavam curar-se; a maioria delas (44 - 88%) repetiriam o tratamento e tão somente 6 (12%) não o fariam novamente; 35 (70%) estavam satisfeitas com o tratamento proposto e apenas 16 (32%) estavam insatisfeitas.

**Tabela 1-** Frequência e porcentagem de respostas observadas

PERGUNTA	CATEGORIAS	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
			(%)
O que espera do tratamento?	Cura	31	62,0
	Melhora	19	38,0
Faria novamente o tratamento?	N	6	12,0
	S	44	88,0
Está satisfeita com o tratamento proposto?	N	15	30,0
	S	35	70,0
	TOTAL	50	100,0

Legenda: S – sim

N - não

A Tabela 2 ilustra os motivos pelos quais as 44 mulheres que aderiram ao tratamento o repetiriam. A maioria delas, 23 (59%), o fariam por terem tido melhora do quadro clínico.

**Tabela 2** - Justificativas das mulheres que repetiriam o tratamento

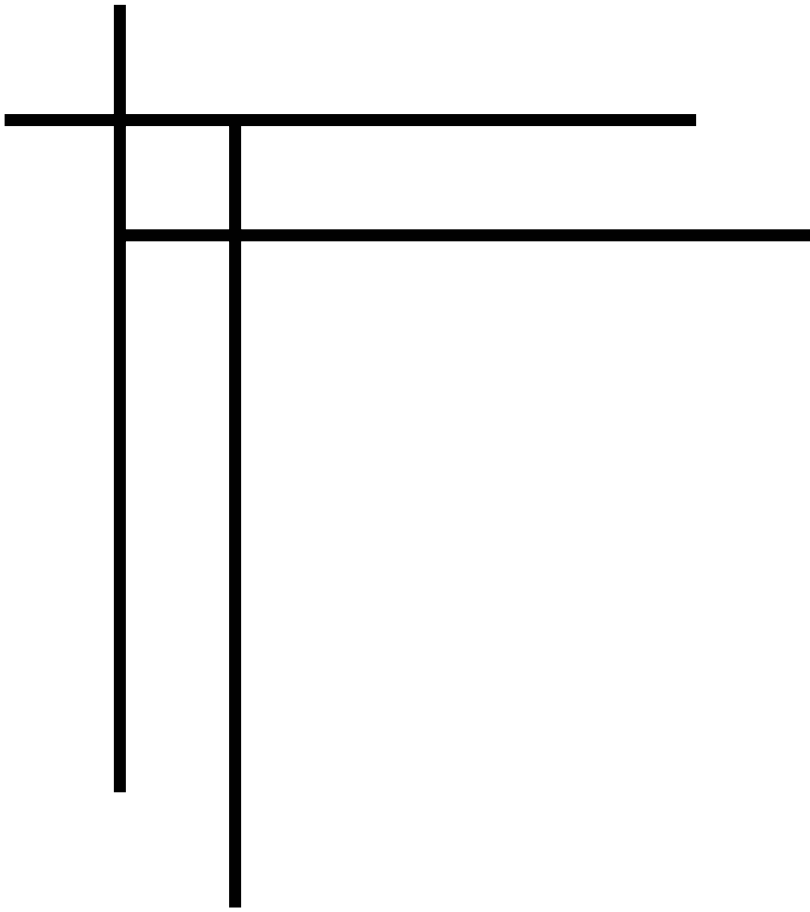
<b>JUSTIFICATIVA</b>	<b>FREQÜÊNCIA</b>	<b>PORCENTAGEM (%)</b>
Melhora	24	54,5
Cura	9	20,4
Indicação médica	5	11,3
Medo de cirurgia	3	6,8
Esperança de melhorar	2	4,5
Receber mais orientações	1	2,2
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>

Os motivos pelos quais as mulheres não repetiriam o tratamento estão elencados na Tabela 3. A maioria (50%) delas não o repetiria por não terem melhorado com a realização dos exercícios da musculatura do assoalho pélvico.

**Tabela 3** - Justificativas das mulheres que não repetiriam o tratamento

JUSTIFICATIVA	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
		(%)
Não obteve melhora	3	50,0
Não foi orientada adequadamente	2	33,3
Perda de tempo para realização do tratamento	1	16,6
TOTAL	6	100,0





**DISCUSSÃO**



Os exercícios de Kegel constituem terapêutica indicada tanto para o tratamento da IUE como para a incontinência de urgência. As taxas de cura, tanto para a IUE como para incontinência urinária mista variam entre 56% e 70%. Para sua eficácia a correta realização dos exercícios é fundamental. A orientação a ser dada à paciente se refere ao grupo muscular que deve ser trabalhado e ao grupamento que deve ser anulado, além da intensidade e amplitude de contração. Após o aprendizado, a paciente deverá incorporar a realização dos exercícios de Kegel à sua rotina diária. Além disso, não há consenso quanto à frequência de manutenção dos exercícios e ao tempo de duração da terapia. Os resultados desse método terapêutico não são imediatos, portanto sua eficácia não se relaciona somente com a correta realização dos exercícios, mas com a adesão ao tratamento (Alewijns et al., 2002; Bo, 2004; Castro, 2005)

As maiores dificuldades na realização dos exercícios de Kegel são a falta de conhecimento do próprio corpo, a assimilação da orientação que está sendo dada e a incorporação dos exercícios ao dia-a-dia. Além disso, as experiências próprias com a doença (situações desconfortáveis, falhas de tratamentos anteriores) e fatores externos (interferência de parentes, amigos, exemplo de outras pacientes), sociais, de trabalho e da

própria doença (gravidade, interferência na qualidade de vida, prognóstico) podem influenciar a adesão a esse tipo de tratamento (Alewijns et al., 2001, 2003).

Siu et al, em 2003, estudando mulheres com IU que realizavam exercícios da MAP, concluíram que a adesão ao tratamento representa o fator mais importante para a redução da perda urinária, tendo mais influência do que todas as outras variáveis demográficas analisadas e do que a morbidade. Segundo Mouritsen et al 2000, as taxas de abandono variam de 0 a 37%, o que reduz substancialmente os índices de cura. Mas essa modalidade terapêutica envolve mudança de comportamento, compreensão da maneira como os exercícios são realizados e a incorporação deles na rotina pessoal. Vários programas para promover a adesão ao treinamento da MAP são estudados e envolvem o incremento da educação e o estímulo pessoal.

Mouritsen et al, 2000, mostraram que a motivação é fator crítico, porque esses exercícios exigem considerável esforço para que ocorra a melhora da perda urinária. Em nosso estudo, a fim de obter mais motivação, as mulheres eram acompanhadas com intervalos curtos no início da terapia. Já Castro, 2005, inicialmente tentou comparar os regimes ambulatorial e domiciliar para o tratamento da incontinência urinária de esforço com técnicas fisioterápicas. Esse objetivo foi frustrado pela baixa adesão ao tratamento no primeiro mês no grupo que realizava a terapia domiciliar (95,3%). Essas observações revelam que, no tratamento da incontinência urinária com exercícios perineais, o acompanhamento por profissional treinado pode estimular a adesão.

Segundo Alenwijnse et al., 2001, o grande motivo para a adesão aos exercícios da MAP é a intenção. Esta sofre influência social, da expectativa, da atitude pessoal e de variáveis externas. A mudança de comportamento só ocorre se existe a intenção. Estudando os fatores preditivos de adesão aos exercícios da MAP, os autores concluíram que os fatores que influenciaram positivamente na intenção de aderir são a gravidade da perda de urina e a dificuldade e a habilidade de realizar os exercícios. Por outro lado, os fatores que atuaram negativamente foram a falta de tempo para realizar a terapêutica, a gravidade do quadro clínico e a presença de outras doenças mais graves do que a incontinência urinária. Para os autores não houve relação entre o escore de qualidade de vida e a intenção de aderir ou não ao tratamento.

Nosso estudo mostra que a expectativa da maioria das mulheres que aderiram ao tratamento era a cura. Ao mesmo tempo que essa expectativa reforça a adesão, ela se presta também como fator de influência negativa, uma vez que o nível de exigência é maior nestas mulheres e que os exercícios de Kegel exigem correta realização e integração com as atividades diárias para que se obtenha eficácia máxima. No estudo apresentado por nós, as mulheres eram acompanhadas e estimuladas para a correta realização dos exercícios. Esse fato poderia justificar que a expectativa de cura influenciou positivamente a adesão ao tratamento, uma vez que a variável de dificuldade de realização e incorporação ao dia-a-dia foi minimizada pelo acompanhamento de fisioterapeutas. Além disso, os

exercícios de Kegel eram indicados para pacientes com altas pressões de perda urinária, ou seja, com quadro clínico mais ameno.

A expectativa é um aspecto que pode interferir fortalecendo ou não a adesão. Na amostra por nós estudada, 38% esperavam melhora e o restante, 62%, a cura. Sendo a incontinência urinária uma doença crônica e a perda de urina uma condição situacional, que ocorre com a tosse por exemplo, a expectativa de melhora neste grupo de mulheres justifica-se, uma vez que o objetivo é amenizar ou mesmo controlar a perda nessas eventualidades e não obrigatoriamente a cura completa da doença. Dessa maneira, o estudo individual de cada caso, com anamnese adequada, investigação diagnóstica precisa e indicação correta da terapêutica com exercícios de Kegel, contribui para melhorar a adesão.

Nossa casuística compreendeu somente as mulheres que aderiram ao tratamento. A análise dos aspectos relacionados à adesão mostrou que a satisfação e a expectativa são elementos importantes. Nessa amostra, a maioria achava-se satisfeita com o tratamento, mas porcentagem considerável (32%) estava insatisfeita. Contudo não se pode analisar a satisfação com o tratamento como um fator que envolve somente os resultados. A satisfação inclui fatores intrínsecos à realização dos exercícios, a incorporação deles à rotina diária e as experiências com a doença tanto no âmbito pessoal como social. Nesse sentido, estudar o grupo de mulheres que aderiram ao tratamento mas que estavam insatisfeitas é também importante para assegurar a adesão aos exercícios da musculatura do assoalho pélvico.

Estudamos, ainda, a justificativa para repetir ou não os exercícios. Pequeno número (12%) não o repetiria. Mesmo aderindo ao tratamento, 3 dessas mulheres não melhoraram com a terapêutica instituída. Deve-se levar em conta, na análise desses resultados, se a indicação terapêutica foi adequada, se os resultados eram os esperados e se essas mulheres estavam satisfeitas com o método terapêutico instituído. Da mesma forma, a maioria (72%) repetiria o tratamento por se sentirem curadas ou melhores. Essa observação faz-nos refletir que o objetivo principal é superar a doença.

Hayn et al., 2000, estudaram 32 mulheres que realizaram exercícios da musculatura do assoalho pélvico e das que aderiram ao tratamento, 4 (21%) não o repetiriam e 15 o fariam novamente. O principal motivo encontrado pelos autores para a não repetição foi o custo do tratamento. Já em nosso estudo, as pacientes não tinham custos com a orientação e realização dos exercícios; assim, eliminou-se um fator que poderia interferir na adesão ao tratamento. Na nossa análise, nas 6 (12%) mulheres que não repetiriam o tratamento, o motivo mais referido foi a discreta melhora da incontinência urinária. Portanto nossos resultados evidenciam que os exercícios devem satisfazer as suas expectativas. No estudo de Hayn et al., 2000, as mulheres entrevistadas não citaram como causa de não repetição a não melhora da afecção. Esse fato poderia ser decorrente da pequena casuística, somente 19 aderiram ao tratamento. Outro motivo citado por esses autores foi a falta de tempo para a realização dos exercícios.

Alewijnse et al., 2001, avaliaram fatores preditivos de intenção em aderir aos exercícios da musculatura do assoalho pélvico. Observaram que um dos fatores que influenciaram negativamente na adesão foi a falta de tempo para realizar o tratamento, o que também foi referido em nossa casuística. Esse motivo foi citado por 1 das 6 mulheres que não repetiriam o tratamento em nosso estudo. Essa justificativa enseja a análise de que, provavelmente, apesar de aderirem, as mulheres estudadas não tinham a intenção de incorporar a terapia a sua rotina diária.

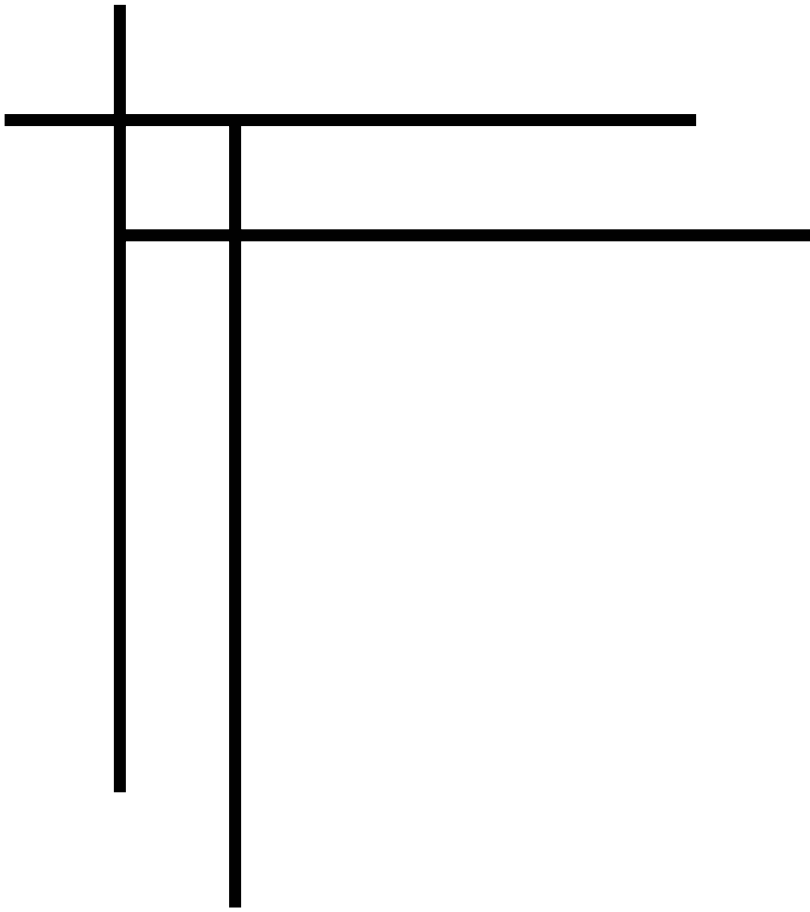
Sugaya et al., 2003, compararam mulheres que realizaram exercícios da MAP por meio de instruções com panfletos e as que, além dessas instruções, recebiam orientações verbais. Naquelas que receberam orientações verbais, a taxa de satisfação foi de 48%, enquanto nas que não receberam foi de apenas 15%. A taxa de satisfação em nossa pesquisa foi de 68%. Esse dado explicaria por que, na realização dos exercícios da musculatura do assoalho pélvico, é fundamental a orientação de um especialista e a sua correta realização, o que foi rigorosamente feito em nosso grupo de estudo. Nesse sentido, as mulheres por nós estudadas receberam instruções de profissional especializado em verificar a correta realização dos exercícios e corrigir os erros.

Indrekvam et al., 2002, estudando a adesão ao tratamento com eletroestimulação, obtiveram 12% de descontinuidade. Os motivos para tal foram os efeitos colaterais do método, a ineficácia do tratamento, o incômodo prático e o custo. A terapia com Kegel realizada em nosso estudo não traz efeitos colaterais nem há custos, mas a ineficácia do tratamento foi

um fator importante para justificar a não repetição. A melhora ou cura dos sintomas foi a justificativa para refazer o tratamento em 74% dos casos analisados por nós.

É importante salientar que a interrupção dos exercícios pode determinar o retorno dos sintomas de perda urinária. Assim, é necessário desenvolver programas a longo prazo de estímulo à adesão aos exercícios de Kegel.



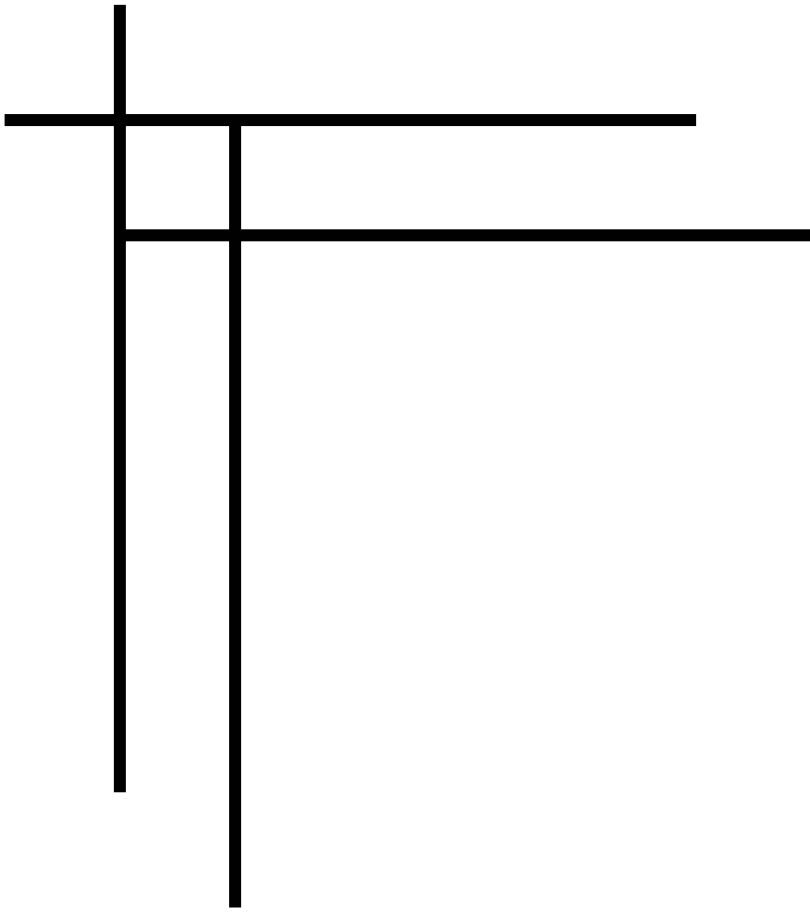


**CONCLUSÕES**



Nosso estudo permitiu chegar às seguintes conclusões:

- A satisfação com o tratamento foi alta;
- A maior expectativa foi de cura;
- O fator mais importante na intenção de repetir ou não o tratamento foi a melhora do quadro de perda urinária.



**ANEXOS**



**Anexo 1****CASUÍSTICA**

<b>N</b>	<b>INICIAIS</b>	<b>REGISTRO</b>	<b>ID</b>	<b>DIAG UROD</b>
1	ACB	2660637I	69	BH
2	ALR	3308687C	53	IUE-PPE 122
3	AMJ	2905854J	48	IUE-PPE 110
4	AMJ	29863051G	58	IUE
5	APF	5083183I	70	BH
6	ASR	3341574B	51	BH
7	BFS	2125806A	64	IUE-PPE 88
8	CCA	13564402J	46	IUE-PPE 130
9	EGAS	3318575F	48	BH
10	EMSS	2644209B	51	IUE-PPE 69
11	ESC	3371304B	51	IUE-PPE 111
12	FAA	3361718G	54	IUE-PPE 60
13	HGV	2894681C	69	IUE-PPE 92
14	HMF	3144321E	67	IUE
15	ICPM	2129401B	67	BH
16	IFA	3065564E	48	BH
17	IMBG	2843212H	51	IUE
18	LOS	5254925C	49	IUM-PPE 34

continua

## CASUÍSTICA - continuação

<b>N</b>	<b>INICIAIS</b>	<b>REGISTRO</b>	<b>ID</b>	<b>DIAG UROD</b>
19	LS	2317001I	57	IUE-PPE 74
20	MAO	2112087G	78	IUM-PPE 106
21	MAS	3332358B	70	IUE-PPE 82
22	MBS	2520431J	47	IUE-PPE 73
23	MCSB	2145063F	64	IUE
24	MHLQ	7027581F	56	BH
25	MILZ	2839202I	50	IUE
26	MJD	2767532I	73	IUE
27	MJSF	3364620A	69	IUE
28	MLAS	3349921H	42	IUM PPE 56
29	MLBN	3289374H	51	IUE
30	MLSM	2234935C	55	IUE-PPE 100
31	MMGF	3295549G	66	BH
32	MMS	2764147J	50	IUE
33	MMSD	3355277G	47	BH
34	MN	3282913E	77	IUE
35	MNA	3153960B	56	IUE-PPE 100
36	MPS	9835739C	59	IUE

continua

## CASUÍSTICA - conclusão

<b>N</b>	<b>INICIAIS</b>	<b>REGISTRO</b>	<b>ID</b>	<b>DIAG UROD</b>
37	MQM	3368053D	51	BH
38	MSO	2447002E	59	IUE
39	MVCS	3281311C	55	IUE
40	NFS	2893738A	57	IUE-PPE 74
41	RGSB	3320330J	55	IUE
42	RRO	2492324B	42	IUE-PPE 91
43	RSP	13449393B	35	IUM-PPE 50
44	TBA	2062621F	52	IUE
45	TK	3521816D	70	BH
46	TT	2777906C	67	IUE-PPE 68
47	VBS	3378351J	48	IUE
48	VMTC	3135271F	51	BH
49	ZMS	3213928A	56	BH
50	ZRNOB	13550408H	48	IUE-PPE 70

**LEGENDA**

N – número

ID – idade (anos)

DIAG UROD – diagnóstico urodinâmico

PPE – pressão de perda ao esforço – em cmH<sub>2</sub>O

IUE – incontinência urinária de esforço

IUM – incontinência urinária mista

BH – bexiga hiperativa

**Anexo 2****Instrumento de coleta de dados:**

Estudo observacional de aspectos relacionados à adesão ao tratamento da incontinência urinária em mulheres que realizaram exercícios da musculatura do assoalho pélvico

Orientador: PROF. DR. RICARDO MUNIZ RIBEIRO

Autora: DR<sup>a</sup> SIMONE DOS REIS BRANDÃO DA SILVEIRA

1. A senhora está satisfeita com o tratamento proposto?

Sim

Não

2. O que a senhora espera do tratamento?

Melhora da perda de urina

Cura completa da perda de urina

3. Se fosse necessário, a senhora repetiria o tratamento? Por quê?

Sim

Não

**Anexo 3****RESULTADOS**

<b>N</b>	<b>SATISFAÇÃO</b>	<b>REPETIÇÃO</b>	<b>POR QUE</b>	<b>EXPECTATIVA</b>
1	S	S	Melhora	M
2	S	S	Melhora	C
3	S	S	Melhora	M
4	S	S	Melhora	M
5	S	S	Melhora	M
6	N	N	Sem melhora	M
7	S	S	Cura	M
8	S	S	Melhora	C
9	S	S	Melhora	C
10	S	S	Melhora	C
11	S	S	Medo cirurgia	M
12	N	S	Medo cirurgia	C
13	S	S	Melhora	M
14	N	S	Indicação	C
15	S	S	Melhora	M
16	N	S	Melhora	C
17	S	S	Melhora	C
18	S	S	Indicação	M

continua



**RESULTADOS - continuação**

<b>N</b>	<b>SATISFAÇÃO</b>	<b>REPETIÇÃO</b>	<b>POR QUE</b>	<b>EXPECTATIVA</b>
19	N	S	Esperança	C
20	S	S	Cura	M
21	S	S	Cura	C
22	N	S	Melhora	C
23	S	S	Indicação	C
24	S	S	Melhora	C
25	S	S	Cura	C
26	S	S	Melhora	C
27	S	S	Cura	C
28	S	S	Melhora	C
29	N	S	Indicação	C
30	N	N	Sem melhora	C
31	S	S	Cura	C
32	S	S	Melhora	C
33	S	S	Cura	C
34	S	S	Melhora	M
35	N	N	Sem melhora	C
36	N	S	Receb orient	C

continua

**RESULTADOS - conclusão**

<b>N</b>	<b>SATISFAÇÃO</b>	<b>REPETIÇÃO</b>	<b>POR QUE</b>	<b>EXPECTATIVA</b>
37	S	N	Sem tempo	C
38	S	S	Esperança	M
39	N	N	Sem orient	C
40	N	N	Sem orient	C
41	S	S	Melhora	M
42	N	S	Melhora	M
43	S	S	Melhora	M
44	S	S	Melhora	C
45	S	S	Melhora	C
46	N	S	Medo cirurgia	M
47	S	S	Cura	C
48	S	S	Melhora	M
49	S	S	Cura	M
50	N	S	Indicação	C

**LEGENDA**

S – sim

N – não

M – melhora

C – cura

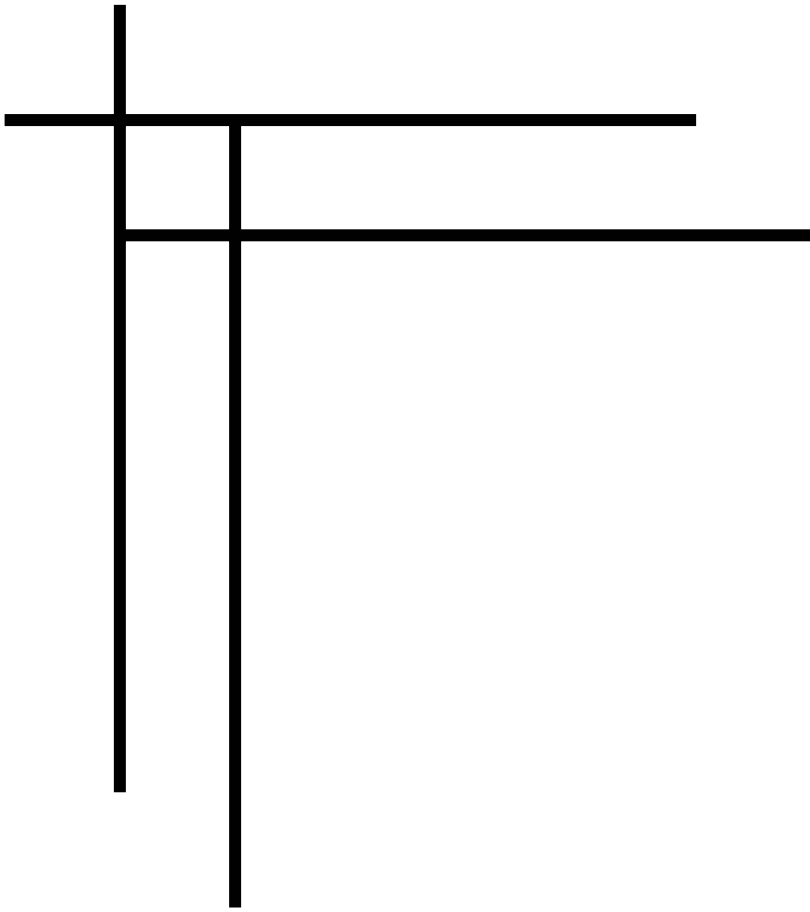
Sem Orient – não foi orientada adequadamente

Receb Orient – receber mais orientações

## **Anexo 4**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

A senhora está sendo convidada a participar do projeto “ESTUDO OBSERVACIONAL DE ASPECTOS RELACIONADOS À ADESÃO AO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES QUE REALIZARAM EXERCÍCIOS DA MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO”, com o objetivo de verificar as causas que levam as mulheres a manterem ou abandonarem o tratamento da Incontinência Urinária. Para tanto, será realizado um questionário aplicado por mim enquanto a senhora aguarda o seu atendimento, sem prejudicar sua consulta. As perguntas e as respostas terão um sigilo em relação a sua pessoa, da mesma forma o seu nome não aparecerá em momento algum quando este trabalho for publicado ou apresentado em congressos, a não ser que a senhora permita. As informações prestadas neste questionário serão importantes para ajudar os médicos a entender melhor os fatores que colaboram para a continuidade ou desistência do tratamento. O entrevistador estará à sua disposição para esclarecer qualquer dúvida sobre a pesquisa, através de contato no ambulatório de Uroginecologia da Disciplina de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, no quinto andar do Hospital das Clínicas. Se a senhora não quiser participar da pesquisa, não sofrerá nenhum tipo de discriminação durante o seu atendimento e tratamento.



## REFERÊNCIAS



Alewijnse D, Mesters I, Metsemakers J, Adriaans J, Borne van den B. Predictors of intention to adhere to physiotherapy among women with urinary incontinence. *Health Educ Res.* 2001; 16(2):173-186.

Alewijnse D, Mesters I, Metsemakers J, Borne van den B. Predictors of long-term adherence to pelvic floor muscle exercise therapy among women with urinary incontinence. *Health Educ Res.* 2003; 18(5):511-24.

Alewijnse D, Metsemakers JFM, Mesters IEPE, Borne van den B. Effectiveness of pelvic floor muscle exercise therapy supplemented with a health education program to promote long-term adherence among women with urinary incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2003; 22(4):284-95.

Alewijnse D, Mesters IEPE, Metsemakers JFM, Borne van den BHW. Program development for promoting adherence during and after exercise therapy for urinary incontinence. *Patient Educ Couns.* 2002; 48(2):147-60.

Arvonen T, Jonasson AF, Lenné RT. Effectiveness of two conservative modes of physical therapy in women with urinary stress incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2001; 20:591-99.

Avellanet M, Fiter M, Cirera E, Coll M. Prevalence of urinary incontinence in Andorra: impact on women's health. *BMC Women's Health.* 2003; 3(1):5-13.

Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et. al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the international continence society. *Urology.* 2003; 61:37-49.

Abrams P, Wein AJ. Introduction: overactive bladder and its treatments. *Urology*. 2000; v.55 (i.5, Suppl 1):1-2.

Bo K. Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work?. *Int Urogynecol J*. 2004; 15:76-84.

Bo K. Pelvic floor muscle strength and response to pelvic floor muscle training for stress urinary incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2003; 22:654-58.

Bo K. , Kvarstein B, Nygaard I. Lower urinary tract symptoms and pelvic floor muscle exercise adherence after 15 years. *Obstet Gynecol*. 2005; 105:999-1005.

Bishop KR, Dougherty M, Mooney R, Gimotty P, Williams B. Effects of age, parity and adherence on pelvic muscle response to exercise. *JOGNN*. 1992; v.21 n.5:01-406.

Broome BAS. The impact of urinary incontinence of self-efficacy and quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2003; 1:35-41.

Boyle P, Robertson C, Mazzetta C, Keech M, Hobbs FDR. The prevalence of lower urinary tract symptoms in men and women in four centers. The UrEpiK study. *BJU International*. 2003; 92:409-14.

Barros JPF. Tratamento de mulheres com incontinência urinária de esforço por lesão esfíncteriana intrínseca pela cinesioterapia de acordo com a avaliação funcional inicial do assoalho pélvico [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2004.

Cammu H, Nylén MV, Amy JJ. A 10-year follow-up after Kegel pelvic floor muscle exercises for genuine stress incontinence. *BJU International*. 2000; 85: 655-58.

Cammu H, Nysten MV. Pelvic floor muscle exercises: 5 years later. *Urology*. 1995; v.45 (1): 113-17.

Castro RA. Estudo prospectivo, randomizado e controlado em mulheres com incontinência urinária de esforço, tratadas com exercícios perineais, terapia com cones e eletroestimulação funcional do assoalho pélvico [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 2005.

Costa JSD, Gonçalves H, Menezes AMB, Devens E, Piva M, Gomes M, Vaz M. Controle epidemiológico da tuberculose na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: adesão ao tratamento. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 1998; 14(2):409-415.

Chiarelli P, Murphy B, Cockburn J. Women's knowledge, practises, and intentions regarding correct pelvic floor exercises. *Neurourol Urodyn*. 2003; 22(3):246-49.

Chapple CR. Muscarinic receptor antagonists in the treatment of overactive bladder. *Urology*. 2000; v.55 (i.5, Suppl 1):33-46.

Diokno A, Yuhico MJ. Preference, compliance and initial outcome of therapeutic options chosen by female patients with urinary incontinence. *J Urol*. 1995; v.154(5):1727-30.

Figueiredo MF, Sinkoc VM, Tomazim CC, Gallani MCBJ, Colombrini MRC. Adesão de pacientes com AIDS ao tratamento com anti-retrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2001; 9(4):50-5

Garcia R, Schooley RT, Badaró R. An adherence trilogy is essential for long-term HAART success. *BJID*. 2003; 7(5):307-14.

Gonçalves H, Costa JSD, Menezes AMB, Knauth D, Leal OF. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 1999; 15(4):777-787.

Guarisi T, Pinto-Neto AM, Osis MJ, Pedro AO, Costa-Paiva LHS, Faúndes A. Procura de serviço médico por mulheres com incontinência urinária. *RBGO*. 2001; 23(7):439-43.

Haddad JM. Tratamento de mulheres portadoras de incontinência urinária de esforço através de cones vaginais: avaliação clínica e ultra-sonográfica [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1999.

Hayn MA, Greco SJ, Capuano K, Byrnes. Compliance with pelvic floor exercise program: maintaining bladder symptom relief. *Urologic Nursing*. 2000; v.20 i.2:129-131

Hunnskaar S, Burgio K, Diokno A, Herzog AR, Hjalmas K, Lapitan MC. Epidemiology and natural history of urinary incontinence in women. *Urology*. 2003; 62(Suppl4A):16-23.

Indrekvam S, Hunnskaar S. Side effects, feasibility, and adherence to treatment during home-managed electrical stimulation for urinary incontinence: a Norwegian national cohort of 3,198 women. *NeuroUrol Urodyn*. 2002; 21(6):546-52.

Kurita GP, Pimenta CAM. Adesão ao tratamento da dor crônica: estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003; 61(2-B):416-25.

Leite SN, Vasconcelos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003; 8(3):775-82.



Lempinen-Stach B, Hakala AL, Laippala P, Lehtinen K, Metsanoja R, Kujansuu. Severe depression determines quality of life in urinary incontinent women. *Neurourol Urodyn*. 2003; 22:563-68.

Mouritsen L, Sciutz HA. Pro et contra pelvic floor exercises for female stress urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000; 79:1043-45.

Payne CK. Behavioral therapy for overactive bladder. *Urology*. 2000; v.55 (i.5, Suppl 1):3-6.

Sugaya K, Owan T, Hatano T, Nishijima S, Miyazato M, Mukouyama H et. al. Device to promote pelvic floor muscle training for stress incontinence. *International Journal of Urology*. 2003; 10:416-22.

Siu LS, Chang AM, Yip SK, Chang AMZ. Compliance with a pelvic muscle exercise program as a casual predictor of urinary stress incontinence amongst Chinese women. *Neurourol Urodyn*. 2003; 22:659-63.

World Health Organization. Adherence to long-term therapies. Evidence for action 2003.

Waetjen LE, Subak LL, Shen H, Lin F, Wang TH, Vittinghoff, Brown JS. Stress urinary incontinence surgery in the United States. *Obstetrics & Gynecology*. 2003;v.101 i.4:671-76.