

UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO

Curso de Fisioterapia

CAIQUE AUGUSTO GONÇALVES

**EFEITO DA CINESIOTERAPIA NA INCONTINÊNCIA
URINÁRIA PÓS PROSTATECTOMIA – ESTUDO DE
DOIS CASOS**

Bragança Paulista

2016

CAIQUE AUGUSTO GONÇALVES R.A.:00120120029

**EFEITO DA CINESIOTERAPIA NA INCONTINÊNCIA
URINÁRIA PÓS PROSTATECTOMIA – ESTUDO DE
DOIS CASOS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Fisioterapia da
Universidade São Francisco como requisito
para obtenção do título Bacharel em
Fisioterapia.

Orientadora Temática: Prof. ^a.Ms.Nathalia
Aiello Montoro.

Orientadora Metodológica: Prof.^a Ms.
Grazielle Aurelina Fraga de Sousa.

Bragança Paulista

2016

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. OBJETIVOS.....	13
2.1 OBJETIVO GERAL.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	13
3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	14
4. ARTIGO CIENTÍFICO	17
5. ANEXOS.....	30
5.1 NORMAS DA REVISTA	30
5.2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	36
5.3 ICIQ-SF	37
5.4 Cópia do Parecer de aprovação do CEP.....	38

1. Introdução

O câncer de próstata é um grande problema de saúde, sendo o segundo tipo de neoplasia mais comum em homens com aparecimento entre 60 a 80 anos de idade. A prostatectomia radical é o método cirúrgico mais eficaz, sendo considerado um método padrão para o tratamento de câncer de próstata. Contudo esta abordagem cirurgica pode causar incontinência urinaria em algum pacientes. ^{1,2,3}

Após a cirurgia de prostatectomia, a incontinência urinaria é uma complicação de tratamento complexo, interferindo negativamente na qualidade de vida do indivíduo, ocorrendo alterações nas atividades diárias e até no padrão do sono. A incontinência urinaria pode acontecer tanto nas intervenções cirúrgicas do tratamento de hiperplasia prostática benigna como na hiperplasia prostática maligna. ⁵

De acordo com as diretrizes publicadas pela Associação Europeia de Urologia e Sociedade Internacional da Continência o tratamento conservador que é realizado com a fisioterapia deve ser a primeira opção de escolha para homens portadores de incontinência urinária, e terá como objetivo no pós-operatório de prostatectomia radical restabelecer a continência o mais precocemente possível. ⁶

A incontinência urinaria pós prostatectomia é relativa para cada caso, os homens podem se recuperar em dias e outros podem seguir com sequelas definitivas. ¹⁸

A incontinência urinaria é definida na literatura como qualquer queixa de perda involuntária de urina, sendo classificados como: incontinência urinaria de esforço, incontinência urinaria de urgência e incontinência urinaria mista. ⁴

Entre os recursos fisioterapêuticos para tratamento a incontinência urinaria podemos utilizar a cinesioterapia, que consiste no treinamento da musculatura do assoalho pélvico, uso do biofeedback para melhorar a consciência corporal, a eletro estimulação dos músculos do assoalho pélvico com eletrodo endo-anal e estimulação elétrica transcultânea ou combinação destes métodos, ambos usados para fortalecimento do assoalho pélvico e inibição do músculo detrusor, respectivamente. ⁷

Em alguns indivíduos a incontinência urinária melhora em alguns dias. Semanas, ou meses sem algum tipo de intervenção, mas em outros casos é necessário um tratamento específico. ¹

A próstata é um órgão exclusivo do sistema reprodutor masculino que é formado por músculos liso e tecido fibroso. Contendo pequenas glândulas especializadas que produzem parte do líquido seminal, protegendo e nutrindo os espermatozoides. ^{8,9}

Uma próstata de um ducto chega a medir 3 cm de altura, 2,5cm de espessura e pesa cerca de 20g 10. Localiza-se abaixo da bexiga, sendo conectada pela porção primária da uretra, delimitada anteriormente pela sínfise púbica e posteriormente pelo reto e com a uretra atravessando a região. 10,11

Principalmente pós os 50 anos de vida, a próstata pode ser afetada por algumas doenças como hiperplasia benigna ou maligna. 8

A hiperplasia benigna é caracterizada pela proliferação de células do epitélio e estroma-prostático, formando um tecido adenoma. Causa um aumento do volume da glândula em volta da uretra e quando o aumento é exacerbado afeta a função vesical e uretral gerando sintomas urinários. 10

Geralmente a hiperplasia maligna prostática correspondendo a 95% dos casos adenocarcinoma. 10

Na hiperplasia maligna mais comum sendo encontrada na literatura também com adenocarcinoma de próstata, se caracteriza por alterações no tamanho, circunferência e textura da próstata apresentando também células neoplásicas. Se for tratada com sucesso em um estágio precoce pode gerar metástases que se espalham para outras partes do corpo. 10,11

A próstata é um órgão exclusivo do sistema reprodutor masculino que é formado por músculos liso e tecido fibroso. Contendo pequenas glândulas especializadas que produzem parte do líquido seminal, protegendo e nutrindo os espermatozoides. 8,9

Um histórico familiar de câncer aumenta o risco de 3 a 10 vezes mais em relação à população em geral, o que pode refletir como características herdadas quanto a estilos de vida compartilhados entre membros da família. 10 Idade, a raça negra, histórico familiar de câncer de próstata e uma dieta rica em gordura são fatores de riscos que aumentam a chances do individuo a ter algum tipo de neoplasia. 9, 11,12,13

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer a idade é o fator de risco mais comum, em pesquisas demonstram que cerca de 60% dos casos de câncer de próstata afetem homens com 65 anos ou mais idade. 10,11

Os sintomas urinários que levam o homem a procurar o médico, são divididos em obstrutivos e irritativos. 5,9,10 Os principais sintomas em relação aos obstrutivos são: dificuldade para iniciar a micção, jato de urina fraco e fino, aumento do tempo miccional e gotas retardatárias. 5,9 Os principais sintomas irritativos se destacam: aumento da frequência urinária durante o dia e durante a noite, conhecidos como polaciúria e nocturia e respectivamente e urgência miccional. 5

O toque retal é exame clínico realizado no consultório pelo médico urologista, para identificar uma possível alteração em área irregular ou endurecida na próstata, na área da glândula, que pode ser tocada através do reto e onde começam a maioria dos cânceres de próstatas. Qualquer região com um endurecimento pode ser sugestivo de hiperplasia e deve ser considerado suspeito, sendo recomendada a biópsia transuretral^{9,10}

Outro exame complementar à avaliação clínica é o exame laboratorial solicitado pelo médico, que quantifica no sangue uma glicoproteína da família das caliceínas, produzida exclusivamente pelo parênquima prostático e secretada no fluido seminal com função de liquefazer o coágulo seminal.^{10,11} O Antígeno Prostático Específico (PSA) se encontra em baixos níveis no sangue, abaixo de 4,0 ng/ml. Quando ocorre a elevação do nível de PSA há rompimento da arquitetura normal da próstata, permitindo que a substância se difunda pelos tecidos prostáticos e alcançando a circulação sanguínea.¹¹ Este fato pode ocorrer tanto no câncer de próstata quanto na hiperplasia prostática benigna. Nas hiperplasias prostáticas benignas o PSA se eleva por volta de 4-10ng/ml. No carcinoma prostático o PSA se eleva acima de 10ng/ml. Quanto mais elevado o nível do PSA é maior a chance de ser um carcinoma de próstata.^{5,11}

Para confirmação do carcinoma de próstata a biópsia guiada pelo ultrassom transuretral é o exame mais frequente.^{10,11} O método mais utilizado nos casos de carcinoma de próstata é a core biópsia ou punção de agulha grossa. Na maioria dos casos o exame é realizado com auxílio de ultrassonografia transuretral, que permite ao médico a visualização na inserção de uma agulha pela parede do reto até a próstata, retirando uma pequena amostra do tecido.⁹

A incontinência urinária afeta cerca de 5% a mais de 60% dos homens submetidos a pós prostatectomia radical, segundo Parekh, 2003.¹²

Todas as formas de incontinência urinárias são causadas por disfunções vesicais, disfunções esfínterianas ou uma combinação das duas. Quando acontece um distúrbio da função vesical a bexiga não armazenar urina sobre baixas pressões ou até gerar uma contração involuntária, que irá resultar em incontinência de urgência.¹³

Já quando ocorre uma disfunção esfínteriana, não resiste a aumentos da pressão abdominal o que pode levar a incontinência de esforço.^{13,14}

O tratamento de incontinência urinária depende do tempo pós-operatório e do seu mecanismo patológico, de sua importância.¹⁰ Antes de iniciar o tratamento é importante

que o indivíduo saiba o posicionamento da musculatura do assoalho pélvico e sua função. ¹⁶

O tratamento fisioterapêutico pode ser iniciado logo após a retirada da sonda vesical, que ocorre após de cerca de 10 a 20 dias da cirurgia, pois os exercícios iniciados logo após a retirada aceleram a recuperação da continência urinária. ¹⁵

Uma forma de terapia é o *biofeedback* que se baseia na transmissão de conhecimentos, para o paciente, em relação ao processo biológico em questão, incontinência urinária, com objetivo do controle voluntário sobre o processo, a partir dos sintomas e sinais apresentados por ele. ²⁰

O *biofeedback* exerce uma função modulatório sobre o Sistema Nervoso Central (SNC). O treino sobre o controle voluntária eficiente da função do assoalho pélvico é capaz de reestabelecer os circuitos neuronais e aperfeiçoar a função. A plasticidade do SNC permite a ação desses mecanismos que são controlados pelo o SNC. ²¹

A cinesioterapia é definida como contrações voluntárias seletivas e repetitivas dos músculos do assoalho pélvico seguido por seu relaxamento, que tem por finalidade melhorar a eficácia do esfíncter externo da uretra durante os períodos de aumento da pressão intra-abdominal. ¹⁹

Em 1948, Kegel foi o primeiro a preconizar exercícios para a musculatura do assoalho pélvico, para aumentar a resistência uretral e promover o controle urinário. O objetivo dessa terapia é conscientizar a existência e da função do assoalho pélvico. Como em qualquer cirurgia, a musculatura geral da região tende a se inibir, por isso deve ser treinada para recuperar a força normal. ¹⁹

Outra forma de terapia para melhorar a força e função do assoalho pélvico, é a estimulação elétrica sendo realizada por via intracavitária com uso de eletrodos endo-anais (nervos pudendo e pélvico) ou transcutânea em região do nervo tibial posterior, com eletrodos transcutâneos. ²⁰

O nervo tibial posterior representa o maior ramo terminal do nervo isquiático inervado por L4, L5, S1, S2 e S3 e quando estimulado irá causar um estímulo motor e sensitivo que será projetado para medula espinhal na mesma área onde a inervação da bexiga é realizada, S2 S3 e S4. A estimulação elétrica vai agir sobre as fibras nervosas aferentes e eferentes do assoalho pélvico, resultando em contrações da musculatura Peri uretral, diretamente ou através de reflexos medulares, para inibiras contrações involuntárias do detrusora. ^{21,22}

O *Internation Consultation Incontinence Questionnaire–Shott Form* (ICIQ-SF) é um questionário simples, breve e auto administrável, escolhido para ser traduzido e adaptado para nossa cultura da língua portuguesa para avaliar rapidamente o impacto da incontinência urinaria na qualidade de vida e qualificar a perda urinária de pacientes de ambos os sexos. ¹⁷

No Stop Test o individuo começa a micção, durante o ato tenta interromper o fluxo de urina subitamente e completamente contraindo os músculos do assoalho pélvico. ²³

2. Objetivos

2.1 Objetivos Gerais

Avaliar a eficácia do tratamento fisioterapêutico na IU masculina.

2.2 Objetivos específicos:

- Avaliar os sintomas urinários dos indivíduos portadores de IU pós prostatectomia através do ICIQ-SF, antes e após tratamento.
- Identificar e quantificar o impacto da IU pós prostatectomia nas atividades de vida diárias.
- Comparar a função muscular dos MAP antes e após intervenção por meio do STOP TEST.

3. Referências

1. Kubagawa, LM, et al. A eficácia do tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária masculina após prostatectomia. *Revista brasileira de cancerologia*. 2006;52(2):179-183.
2. Liatsikos Evangelos N,Assimakopoulos Kostantinos, Stolzenburg Jens-Uwe. Qualityof Life after Radical Prostatectomy. *Urol Int*.2008;80:226–230.
3. Rosário Derek J, J Athenepista, Chris Metcalfe, Jenny L Donovan, Andy Doble, Louise Goodwin, et al. Desfechos de curto prazo da biópsia de próstata em homens testado para câncer de antígeno específico da próstata: avaliação prospectiva em estudo proteger.*BMJ*.2012;344.
4. Abrams, P. H., et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function. report from the Standardization Sub-committee of the International Continence Society. *Urology*.2003; 61:37-49.
5. Pages IH, Jarh S, Schaufele MK, Conradi E. Comparative analysis of biofeedback and physical therapy for the treatment of urinary stress incontinence in women. *Am J Phys Med Rehabil*.200;80:494-502.
6. Kakihara, CT, et al. Efeito do tratamento funcional do assoalho pélvico associado ou não à eletro estimulação na incontinência urinária após prostatectomia radical.*Revista brasileira de fisioterapia, São Carlos*.2007;11(6):481-486.
7. Smeltzer, S. C.,Bare, B. G., Brunner , Sudarth. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. Ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2002; 9:2126.
8. HOSPITAL DO CÂNCER AC CAMARGO, Câncer de próstata, 2012. Disponível em: <http://www.accamargo.org.br>, acessado em: 11 de Agosto de 2016.
9. INSTITUTO NACIONAL DO CANCER, INCA, Câncer de Próstata, disponível em: <http://www.inca.gov.br> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância -Conprev.Câncer da próstata: consenso-Rio de Janeiro: INCA, 2002. Acessado 11 de agosto de 2016.
10. Diretrizes em urooncologia / editores Walter José Koff . . . [et al.].-Rio de Janeiro : SBU -Sociedade Brasileira de Urologia, 2005.
11. Hunskaar S, Burgio K, Diokno AC, Herzog AR, Hjalmas K. Epidemiology and natural history of urinary incontinence.In: *Health Publication*; 2002; p.165-200.
12. Hülse W H. *Fisiopatologia da Incontinência Urinária Masculina. Aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico /*

organizador: Paulo César Rodrigues Palma.-Campinas,SP: Personal Link Comunicações, 2009.p.87-96.

13. Rodrigues, MHR, Fisioterapia no tratamento da incontinência urinária de esforço pós-prostatectomia radical: revisão de literatura. Revista de urologia contemporânea, São Paulo, 2010; 19,.4, out./dez.

14. Parekh Ar, Feng Mi, Kirages D, Bremner H, Kaswick J, Aboseif S. The role of pelvic floor exercises on post-prostatectomy incontinence. J Urol. 2003;170(1):130-3

15. Van Kampen M, De Weerd W, Van Poppel H, De Ridder D, Feys H, BAERTL. Effect of pelvic-floor re-education on duration and degree of incontinence after radical prostatectomy: a randomized controlled trial. Lancet 2000 8;355(9198):98-102

16. Tanamini José Tadeu Nunes, Dambros Miriam, D'Ancona Carlos Arturo Levi, Palma Paulo César Rodrigues e Netto Jr Nelson Rodrigues. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form" (ICIQ-SF. 2004;38(3):438-44

17. Peyromaure, M.; Ravery, V.; Boccon-Gibod, L.. The management of stress urinary incontinence after radical prostatectomy. Bju International, Paris. 2002; 10: 155-161.

18 Parekh AR, Feng MI, Kirages D, Bremner H, Kaswick J, Aboseif S. The role of pelvic floor exercises on postprostatectomy incontinence. J Urol. 2003;170(1):130-3

19. Truzzi JCCI. Tratamento clínico da incontinência urinária masculina. Urologia on line [periódico na Internet]. 1997 Abr-Jun [citado em Set. 2005]; 1(2): [cerca de 3 p.]. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dcir/urologia/uronline/ed0397/iумasc.htm>

20. Zermann DH, Ishigooka M, Wunderlich H, Reichelt O, Schubert J. A study of pelvic floor function pré and postradical prostatectomy using clinical neurological investigations, urodynamics and eletromyography. Eur Urol. 2000;37:72- 8.

21. Latarjet M, Ruiz Liard A. Anatomia humana. 2º Ed. Traduzido por Prates JC. São Paulo: Panamericana: 1993.

22. Van Balken M, Vandoninck V, Messelink B, et al. Percutaneous tibial nerve stimulation as neuromodulative treatment of chronic pelvic pain. Eur Urol 2003; 43:158-63.

23. Palma PCR. Urofisioterapia: aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico. 1. ed. São Paulo: Personal link comunicações; 2009.

24. Bo K, Sherburn M. Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength. Phys Ther. 2005;85(3):269-82.

25. Peyromaure M, Ravery V, Boccon-Gibod L. The management of stress urinary incontinence after radical prostatectomy. *BJU Int.* 2002;90(2):155-61.
26. Bales GT, Gerber GS, Minor TX, Mhoon DA, McFarland JM, Kim HL, et al. Effect of preoperative biofeedback / pelvic floor training on continence in men undergoing radical prostatectomy. *Urology.* 2000;56(4):627-30.
27. Yalla SV. Management of urinary incontinence: progress and innovative strategies [editorial]. *J Urol.* 1998; 159:1520-2.
28. Zermann DH, Wunderlich H, Reichelt O, Schubert J. Re: early post-prostatectomy pelvic floor biofeedback [letter]. *J Urol.* 2000;164 (3 Pt 1):783-4.
29. Wille S, Sobottka A, Heidenreich A, Hofmann R. Pelvic floor exercises, electrical stimulation and biofeedback after radical prostatectomy: results of a prospective randomized trial. *J Urol.* 2003;170 (2 Pt 1):490-3
30. Truzzi JCCI. Tratamento clínico da incontinência urinária masculina. *Urologia on line [periódico na Internet].* 1997 Abr-Jun [citado em Set. 2005]; 1(2): [cerca de 3 p.]. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dcir/urologia/uronline/ed0397/iumasc.htm>
31. Kakihara CT. Cinesioterapia na redução da incontinência urinária de pacientes pós-prostatectomizados. *Fisioter Brasil.* 2003; 4(4):265-70.

4. Artigo científico

Cinesiotherapy Effect of in Urinary Incontinence After Prostatectomy- Study of Two Cases

Atuação da Cinesioterapia na Incontinência Urinária pós Prostatectomia – Estudo de Dois Casos

Introdução: O câncer de próstata é um problema na saúde dos homens, entre 60 a 80 anos de idade, sendo que um dos tratamentos desta patologia é a prostatectomia radical. Tal intervenção pode causar complicações como a incontinência urinária que se caracteriza pela perda de urina involuntária. **Objetivo:** Avaliar a eficácia do tratamento fisioterapêutico em indivíduos com incontinência urinária pós prostatectomia. **Materiais e métodos:** Foram incluídos homens que haviam realizado prostatectomia radical, encaminhados para a CEF-USF com diagnóstico de incontinência urinária. Sendo excluídos aqueles que já haviam realizado tratamento fisioterapêutico ou que apresentassem mais de duas faltas durante o tratamento. A avaliação inicial e final foi composta pelo ICIQ-SF e Stop Test. O tratamento proposto se baseou no protocolo de Kegel com contrações rápidas e contrações sustentadas dos músculos do assoalho pélvico, incorporado a atividades funcionais. **Resultados:** Voluntário A, apresentava na avaliação inicial escore no ICIQ-SF=18 e sendo classificado no Stop Test = GRAU 1. Na avaliação final apresentou escore de 5 no ICIQ-SF e foi classificado no Stop Test como GRAU=3. Voluntário B apresentou escore inicial no ICIQ-SF=7 e sendo classificado no Stop Test inicial GRAU=3. Na avaliação final apresentou escore 0 no ICIQ-SF e foi classificado no Stop Test GRAU=5. **Considerações finais:** O estudo demonstrou a eficácia do tratamento fisioterapêutico na incontinência urinária em dois voluntários que relatam melhora ou ausência dos sintomas urinários ao final do tratamento e conseqüente incremento na qualidade de vida. Sugerimos que este protocolo possa ser reproduzido em uma amostra maior de voluntários para melhor investigar e obter melhores resultados no tratamento da incontinência urinária masculina.

Palavras chaves: Fisioterapia. Prostatectomia. Incontinência urinária.

Introduction: The prostate cancer is a problem in the men's health, among 60 to 80 years of age, and one of the treatments of this pathology is the radical prostatectomy. Such intervention can cause complications as the incontinence would urinate that is characterized by the loss of involuntary urine. **Objective:** To evaluate the effectiveness of the treatment physical therapy in individuals with incontinence post prostatectomy. **Materials and methods:** They were included men that had accomplished radical prostatectomy, directed for CEF-USF with diagnosis of urinary incontinence. Being excluded those that had already accomplished treatment physical therapy or that presented more than two lacks during the treatment. The initial and final evaluation was composed by ICIQ-SF. The proposed treatment is based on the protocol of Kegel with fast contractions and sustained contractions of the muscles of the pelvic floor incorporate to functional activities. **Results:** Volunteer A, presented in the initial evaluation sustains in ICIQ-SF = 18 and being classified in Stop Test = DEGREE 1. In the final evaluation it presented score of 5 in ICIQ-SF and it was classified in Stop Test as DEGREE =3. Volunteer B presented initial score in ICIQ-SF = 7 and being classified in Stop Test initial DEGREE =3. In the final evaluation it presented score 0 in ICIQ-SF and it was classified in Stop Test GRAU =5. **Final considerations:** THE study demonstrated the effectiveness of the treatment physical therapy in the urinary incontinence in two volunteers that tell improvement or absence of the urinary symptoms to the end of the treatment and consequent increment in the life quality. We suggested that this protocol can be reproduced in a larger sample of volunteers for best to investigate and to obtain better results in the treatment of the masculine urinary incontinence.

Key words: Physiotherapy. Prostatectomia. Incontinence would urinate.

1. Introdução

O câncer de próstata é um problema na saúde, por ser o segundo tipo de neoplasia mais comum entre homens, especialmente na faixa etária de 60 a 80 anos. A prostatectomia radical consiste no método cirúrgico que visa a cura do câncer, sendo considerado um método padrão para o tratamento de câncer de próstata. Contudo, este tratamento pode causar efeitos colaterais, entre eles a incontinência urinária e a disfunção erétil.^{1,2,3}

A incontinência urinária é definida na literatura como qualquer queixa de perda involuntária de urina, sendo classificados como: incontinência urinária de esforço, incontinência urinária de urgência e incontinência urinária mista.⁴ Após a cirurgia de prostatectomia a incontinência urinária pode afetar negativamente a qualidade de vida do indivíduo por interferir diretamente nas atividades diárias e até no padrão do sono.^{1,3,4}

Todas as formas de incontinência urinárias são causadas por disfunções vesicais, disfunções esfínterianas ou uma combinação das duas. Quando acontece um distúrbio da função vesical a bexiga não armazena urina sobre baixas pressões ou até gera uma contração involuntária, que irá resultar em incontinência de urgência.⁷ Já, quando ocorre uma disfunção esfínteriana, a musculatura não resiste ao aumento da pressão abdominal, o que pode levar a incontinência de esforço.^{7,8}

Em alguns indivíduos a incontinência urinária pós prostatectomia pode melhorar em alguns dias, semanas ou meses sem sofrer nenhum tipo de intervenção. Porém, em muitos casos será necessário o tratamento específico desta disfunção.¹ Assim, a evolução do tratamento para incontinência urinária pós prostatectomia depende muitas vezes do tempo de pós-operatório, do seu mecanismo patológico e de seu impacto para o indivíduo.²²

“De acordo com as diretrizes publicadas pela Associação Europeia de Urologia e Sociedade Internacional da Continência o tratamento conservador, realizado com a fisioterapia, consiste na primeira opção para homens portadores de incontinência urinária. Assim, a abordagem fisioterapêutica no pós-operatório de prostatectomia radical tem como objetivo restabelecer a continência o mais precocemente possível.”⁵

Entre os recursos fisioterapêuticos para o tratamento da incontinência urinária podemos destacar a cinesioterapia, por meio do treinamento da musculatura do assoalho pélvico, o uso do biofeedback para melhorar a consciência corporal, a

eletroestimulação dos músculos do assoalho pélvico via endo-anal e a estimulação elétrica transcultânea para inibição de contrações involuntárias do músculo detrusor. ⁶

Para iniciar o tratamento fisioterapêutico para incontinência urinária, é importante que o indivíduo conheça a função e o posicionamento da musculatura do assoalho pélvico. ⁹ A cinesioterapia, utiliza contrações voluntárias seletivas e repetitivas dos músculos do assoalho pélvico seguido por seu relaxamento, e tem por finalidade melhorar a eficácia do esfíncter externo da uretra durante os períodos de aumento da pressão intra-abdominal. ^{1,12}

Em 1948, Arnold Kegel foi o primeiro autor a preconizar exercícios para a musculatura do assoalho pélvico, visando aumentar a resistência uretral e promover o controle urinário. O objetivo dessa terapia é conscientizar a existência e a função do assoalho pélvico. Devido ao procedimento cirúrgico de prostatectomia, a musculatura próxima à região perineal pode sofrer lesão e, por isso, deve ser treinada para recuperar ou incrementar sua força e conseqüentemente sua função. ¹²

Este estudo tem como objetivo verificar a eficácia de um protocolo de tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária em dois pacientes pós prostatectomia.

2. Metodologia

Trata-se de um relato de dois casos, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco, sob o parecer nº 1.774.380. Os critérios de inclusão adotados foram participantes do sexo masculino, submetidos a procedimento cirúrgico de prostatectomia radical e encaminhados para a Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade São Francisco de Bragança Paulista-SP (CEF-USF) com diagnóstico clínico de incontinência urinária. Foram excluídos os voluntários que já haviam realizado tratamento fisioterapêutico para a incontinência urinária na CEF-USF ou em outro serviço, àqueles que apresentassem mais de duas faltas durante o protocolo proposto e/ou que por razões pessoais não aceitassem participar do estudo. Três voluntários foram selecionados da lista de espera da CEF-USF a partir dos critérios adotados, sendo apenas um excluído, por já ter participado do programa de reabilitação.

O estudo foi realizado na CEF-USF, após os participantes terem assinados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. Inicialmente foram submetidos à avaliação fisioterapêutica, aplicação do questionário *International Consultation Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)*¹⁰ e Stop Test.¹⁶ O ICIQ-SF é um questionário simples, breve e auto administrável, composto de quatro questões, escolhido para avaliar rapidamente o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida e qualificar a perda urinária de pacientes de ambos os sexos¹⁰. Onde no primeiro item avalia a frequência que o voluntario perde urina, sendo pontuada de 0 a 5. O item dois avalia a quantidade de urina que o voluntario perde, sendo pontuada de 0 a 6. No item 3 avalia o quanto a perda de urina interfere em sua vida diária, sendo pontuada de 0 a 10. A pontuação total varia de 0 a 21 pontos, sendo quanto menor, melhor. Já o Stop Test, avalia a capacidade de o indivíduo ativar a musculatura do assoalho pélvico (MAP) para interromper a micção. Neste exame o indivíduo inicia a micção e durante o ato tenta interromper o fluxo de urina subitamente e completamente contraindo os MAP por 5 segundos, sendo apresentada a sua graduação. ¹⁶ Sendo classificada como grau 0 quando não consegue interromper o jato; grau 1 quando consegue interromper o jato parcialmente, mas não consegue manter a interrupção; grau 2 interrompe parcialmente o jato, e mantém por curto intervalo de tempo; grau 3 sendo que consegue interromper totalmente o jato, mantendo com tônus muscular fraco; grau 4 quando consegue interromper totalmente o jato, e mantém com bom tônus muscular; e grau 5 quando interrompe o jato totalmente, mantendo com tônus muscular forte, que esta relacionada diretamente com a ativação muscular.¹⁶

O tratamento fisioterapêutico proposto teve como objetivo a reeducação e fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico, seguindo o protocolo de contrações dos MAP, proposto por Arnold Kegel em 1948 (tabela 1)^{1,12}, acrescido de exercícios de ativos de MMII, utilizando objetos como tablado, faixa elástica, bola de 2 kg e 3 kg e bola Suíça, possibilitando o treinamento funcional. O tratamento foi proposto por 5 semanas, sendo duas vezes por semana, com duração de 50 a 60 minutos, totalizando 10 sessões.

Realizando um tratamento cinesioterapêutico com base no protocolo de Kegel e em exercícios funcionais.

Tabela 1- Protocolo de Kegel semanal.

SEMANA	CONTRAÇÕES RÁPIDAS	CONTRAÇÕES SUTENTADAS	CONTRAÇÕES RÁPIDAS
1ª SEMANA	5	10 (3'')	5
2ª SEMANA	10	15 (5'')	10
3ª SEMANA	15	20 (10'')	15
4ª SEMANA	20	30 (10'')	20
5ª SEMANA	30	40 (10'')	30
6ª SEMANA	40	50 (10'')	40
7ª SEMANA	50	50 (10'')	50
8ª SEMANA	50	50 (10'')	50

Fonte: <http://slideplayer.com.br/slide/4033328/>

O tratamento se iniciou seguindo a semana 1 do protocolo de Kegel (Tabela 1) para conscientização dos MAP; exercícios de ponte associado à adução de quadril com uma bola de 2 kg e a contração do MAP e exercícios sobre a bola suíça realizando anterversão, retroversão, deslizamento laterais e circundação associado a contração do MAP. Os voluntários também foram orientados a realizar em domicílio o exercício denominado QUICK FLICK, sendo este a solicitação da contração do MAP antes de tossir, espirrar ou realizar algum esforço, como carregar peso. ¹

Na segunda semana foi utilizado a semana 2 do protocolo de Kegel (Tabela 1); exercícios de ponte associado à adução de quadril com uma bola de 3 kg e a contração do MAP e exercícios sobre a bola suíça realizando anterversão, retroversão, deslizamento laterais e circundação associado a contração do MAP.

Na terceira semana houve evolução para a semana 3 do protocolo de Kegel (Tabela 1); exercícios de ponte associado à abdução de quadril com resistência de uma faixa elástica e a contração do MAP, exercícios sobre a bola suíça realizando anterversão, retroversão, deslizamento laterais e circundação associado a contração do MAP e exercícios de mini agachamento apoiados na bola suíça associado a contração do MAP e treino de subir e descer escada de cinco degraus associado a contração do MAP.

Na quarta semana, realizaram exercícios de acordo com a semana 4 do protocolo de Kegel (Tabela 1); exercícios de ponte associado a abdução de quadril com resistência

de uma faixa elástica e a contração do MAP, exercícios de mini agachamento apoiados na bola suíça associado a contração do MAP, exercício funcional de deslocamento lateral associado a abdução de quadril com resistência de uma faixa elástica e treino de subir e descer escada de cinco degraus associado a contração do MAP.

Na quinta semana, os voluntários continuaram seguindo o protocolo e Kegel na semana 5 (Tabela 1); exercícios de ponte associado à abdução de quadril com resistência de uma faixa elástica e a contração do MAP, exercícios de mini agachamento apoiados na bola suíça associado a contração do MAP e exercícios em um circuito funcional com deslocamento lateral associado a agachamento pegando bola de 3 kg do chão e treino de subir e descer escada de cinco degraus associado a contração do MAP.

Ao final do protocolo fisioterapêutico foram repetidos os instrumentos de avaliação inicial (ICIQ-SF e Stop Test) para reavaliação. Os dados iniciais e finais foram analisados, comparando a condição geral e quantificando os resultados obtidos, sendo representados em tabelas, utilizando recurso Microsoft Excel 2010.

3. Resultados

Foram realizadas 10 sessões de tratamento e os dados coletados em duas avaliações, sendo uma anterior ao tratamento, na primeira sessão e outra após a intervenção na décima sessão. Os resultados obtidos estão dispostos nos gráficos 1 e 2, conforme o questionário ICIQ-SF utilizado para avaliar a incontinência urinária apresentada pelos voluntários.

Voluntário A: 71 anos, aposentado, realizou prostatectomia radical em 2013, apresentando incontinência urinária desde então. Não havia realizado tratamento fisioterapêutico até o momento.

Na avaliação o voluntário relatou que perder urina todos os dias quando tosse, espirra e quando está cuidando do seu sítio.

Na avaliação inicial ao responder o ICIQ-SF obteve o escore de 18 pontos, aonde assinalou no item 1 a pontuação 4 (diversas vezes ao dia), item 2 a pontuação 4 (uma moderada quantidade), no item 3 a pontuação 10, e assinalou nas alternativas as

opções “perco quando tusso ou espirro”, “perco quando estou dormindo” e perco quando estou fazendo atividades físicas”.

No exame físico do Stop Test inicial foi classificado como grau 1, onde o paciente conseguiu interromper o jato parcialmente, perdendo urina em média quantidade em gotas.

Referiu diminuição dos sintomas na segunda semana, relatando que ajudou em uma obra em sua casa e não ocorreram episódios de perda de urina e também não está perdendo quando dorme. O voluntario faltou nas duas sessões da terceira semana, por motivos pessoais.

Na avaliação final o voluntario apresentou escore no ICIQ-SF de 5 pontos no item 1 a pontuação 1, item 2 a pontuação 2, item 3 a pontuação 2, e nas alternativas assinalou as opções “perco quando tusso ou espirro” e “perco quando estou fazendo atividades físicas”. No final do tratamento o voluntario se se encontrava satisfeito com o tratamento, referindo diminuição dos sintomas de perda de urina.

Na avaliação física, no *Stop Test* consegue interromper o jato, mas perde algumas gotas, sendo classificado como grau 3.

Voluntario B: 72 anos, aposentado, realizou prostatectomia radical em 2015, apresentando sintomas urinários desde então. Não havia realizado nenhum tratamento fisioterapêutico até o momento.

Na avaliação inicial ao responder o ICIQ-SF obteve o escore 7 pontos, aonde assinalou no item 1 a pontuação 2, item 2 a pontuação 2, item 3 a pontuação 3, e nas alternativas assinalou as opções “perco quando estou fazendo atividades físicas” e “perco sem razão alguma”.

Na avaliação física, no Stop Test consegue interromper o jato, mas perde algumas gotas, sendo classificado como grau 3.

O paciente também referiu diminuição dos sintomas, relatando que está realizando suas AVD's sem episódios de perda de urina.

Ao final do tratamento o paciente também se encontra satisfeito, referindo não ter mais os sintomas de perda de urina.

Na avaliação final o paciente ao responder o ICIQ-SF obteve o escore 0, aonde assinalou no item 1 a pontuação 0, no item 2 a pontuação 0, no item 3 a pontuação 0, e nas alternativas assinalou a opção “nenhuma”.

Na avaliação física, no *Stop Test* conseguiu interromper o jato completamente, sendo classificado como grau 5.

Tabela 2. Resultados do ICIQ-SF inicial e final. Dados coletados pelo autor.

	ICIQ-SF INICIAL		ICIQ-SF FINAL	
Voluntario A	18 pontos	Perde urina varias vezes ao dia em moderada quantidade. Quando tosse ou espirra e quando faz atividades físicas.	5 pontos	Perde urina uma vez na semana em pouca quantidade. Quando tusso espirro e quando faço atividade física.
Voluntario B	7 pontos	Perde urina 2 ou 3 vezes na semana em pequena quantidade. Quando tusso ou espirro e sem razão alguma.	0 pontos	Sem queixas.

Tabela 3. Resultados do STOP TEST inicial e final. Dados coletados pelo autor.

	STOP TEST INICIAL	STOP TEST FINAL
Voluntario A	Grau 1	Grau 3
Voluntario B	Grau 3	Grau 5

4. Discussão

Entre as várias modalidades de tratamento conservador da incontinência urinária após prostatectomia radical, não há consenso na literatura quanto à melhor opção entre os diversos tratamentos fisioterapêuticos. ^{1.8.13.}

O tratamento conservador mais utilizado para incontinência urinária após prostatectomia é o treinamento funcional do assoalho pélvico.^{1.8.13.20}

A eletroestimulação também é utilizada para o tratamento tanto de pacientes com incontinência urinária de esforço quanto para pacientes com incontinência de urgência. Alguns autores sugerem que a incontinência urinária é recuperada mais rapidamente quando o treinamento funcional do assoalho pélvico é associado à eletroestimulação^{6.14.15}. Mas no presente estudo obtiveram-se resultados significativos mesmo sem o uso da eletroestimulação.

Uma ferramenta de avaliação bastante relatada na literatura e que também foi utilizada neste estudo foi o ICIQ-SF, que é um questionário simples e de fácil entendimento para os pacientes, para avaliar rapidamente o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida além de qualificar a perda urinária de pacientes de ambos os sexos¹⁶.

Esta ferramenta de avaliação se mostrou bastante eficaz na análise da incontinência urinária dos voluntários e também para acompanhar a evolução do tratamento, relacionada à persistência ou não das queixas urinárias e impacto na qualidade de vida.

O Stop Test foi utilizado no presente estudo, e também é utilizado em outros poucos estudos encontrados na literatura. Sendo um teste que avalia e mostra exatamente a função do MAP, mostrando ser uma ferramenta eficaz na avaliação. Lembrando que é uma ferramenta de avaliação, não deve ser utilizada como forma de tratamento.^{16.19}

Outros estudos avaliam a função do MAP utilizando a escala de Oxford modificada que consiste em uma avaliação palpável onde se pode determinar a classificação funcional da musculatura. Os pacientes são avaliados da seguinte maneira: Grau 0 - sem contração perineal visível, nem à palpação (ausência de contração); Grau 1 - sem contração perineal visível, contração reconhecível somente à palpação; Grau 2 - contração perineal fraca, contração fraca à palpação; Grau 3 - contração perineal presente e resistência não oppositora à palpação; Grau 4 - contração perineal presente e resistência oppositora não mantida mais do que cinco segundos à palpação; e Grau 5 - contração perineal presente e resistência oppositora mantida mais do que cinco segundos à palpação.^{16.18.19} É uma forma subjetiva de avaliação, levando em conta que pode ser variável para cada examinador.

Ao realizar a cinesioterapia para aumentar a resistência uretral e promover o controle urinário, foi observado neste estudo, a evolução dos pacientes com o tratamento notou-se aumento da força de contração perineal e melhora na consciência da contração. O objetivo dessa terapia é a conscientização da existência e da função do assoalho pélvico. Como em qualquer cirurgia, a musculatura geral da região permanece inibida, por isso ela deve ser treinada para recuperar o nível de força normal.^{1,21} Estudos observaram que a cinesioterapia é eficaz quanto à redução dos sintomas urinários, como: a diminuição da perda urinária devido ao aumento da força de contração da musculatura pélvica, aumento do intervalo entre as micções e consequentemente diminuição da frequência urinária, diminuição do grau de incontinência e também maior satisfação dos pacientes.^{18,13,14,20}

Estes dados evidenciam com o presente estudo no qual foi verificado, diminuição ou ausência de episódios de perda urinária ao tossir ou espirrar e melhora na qualidade de vida segundo questionário ICIQ-SF. O tratamento conservador mais utilizado na incontinência urinária após prostatectomia é o treinamento funcional do assoalho pélvico. A eletroestimulação também é utilizada para o tratamento tanto de pacientes com incontinência urinária de esforço quanto para pacientes com incontinência de urgência. Alguns autores sugerem que a continência urinária é recuperada mais rapidamente quando o treinamento funcional do assoalho pélvico é associado à eletroestimulação.

Entretanto, neste trabalho, o tratamento apenas com a conscientização do assoalho pélvico e o *biofeedback* mostrou-se eficaz, levando em conta a satisfação e os relatos dos voluntários já na segunda semana do tratamento, que poderia ser notado com mais evidência se houvesse um número maior de voluntários. Já que o estudo foi composto por apenas dois voluntários submetidos ao mesmo tratamento. E, quando comparados os resultados iniciais e finais dos dois pacientes, observa-se melhoras significativas em ambos pacientes, semelhantes ao observado por outros autores, entretanto houve melhoras em um tempo menor.

Outros estudos compararam pacientes que realizaram treinamento funcional dos músculos do assoalho pélvico e eletroestimulação com pacientes que realizaram somente treinamento funcional do assoalho pélvico e observaram melhora progressiva nos primeiros três meses de reabilitação em todos os pacientes. Os autores concluíram que, independentemente do tipo de tratamento, ocorre rápida recuperação inicial da

incontinência urinária e, após 12 meses, apenas de 15% a 20% dos pacientes se apresentavam incontinentes.^{6,7,8,20} Neste presente estudo, também houve melhora das queixas de incontinência após 2 semanas do início do tratamento, o que se difere do tempo esperado da literatura, onde se encontra o tempo esperado em cerca de 3 meses, mas deve se levar em conta o número de voluntários e o tempo de aplicação do protocolo de tratamento que devia ser maior para melhor acompanhamento dos resultados.

A literatura trás que a ação da musculatura estriada é capaz de promover a inibição do detrusor neste contexto diz que a estimulação em modo crônico fortalece a musculatura estriada e a hipertrofia, as fibras de contração rápida e lenta. Acredita-se que a eletroestimulação é uma terapia neuromoduladora a qual afeta os sinais neurais que controlam a incontinência, porém isso é alcançado apenas pela estimulação em modo crônico.^{8,13,14}

O presente estudo mostra a eficácia do tratamento segundo o protocolo semanal de Kegel, mesmo sendo até a 5 semana apenas, associado a exercícios funcionais sem utilizar a estimulação elétrica, foi observado início da melhora na segunda semana (quarta) sessão relatadas pelos voluntários do estudo, sendo comprovada na pós avaliação com o ICIQ-SF e o Stop Test. Mesmo não tendo o tratamento da eletroestimulação o protocolo proposto se mostrou melhora dos sintomas rapidamente levando em conta estudos encontrados na literatura.

5. Conclusão

De acordo com resultados obtidos no presente estudo, foi possível observar que o protocolo de fisioterapia proposto foi eficaz no tratamento da incontinência urinária pós prostatectomia, além de influenciar positivamente nas atividades de vida diárias. Há poucos estudos descrevendo a atuação fisioterapêutica na incontinência urinária masculina. Sugere-se que a abordagem proposta por cinesioterapia possa ser aplicada em um maior número de voluntários e com acompanhamento em longo prazo, para possibilitar a real avaliação do impacto e reprodutibilidade deste protocolo.

6. Bibliografia

- 1.Kubagawa, LM, et al.,. A eficácia do tratamento fisioterapêutico da incontinência urinaria masculina após prostatectomia. Revista brasileira de cancerologia. 2006;52(2):179-183.
- 2.Liatsikos Evangelos N.Assimakopoulos Kostantinos, Stolzenburg Jens-Uwe. Qualityof Life after Radical Prostatectomy. Urol Int.2008;80:226–230.
- 3.Rosário Derek J, J Athenepista, Chris Metcalfe, Jenny L Donovan, Andy Doble, Louise Goodwin, et al. Desfechos de curto prazo da biópsia de próstata em homens testado para câncer de antígeno específico da próstata: avaliação prospectiva em estudo proteger.BMJ.2012;344.
- 4.Abrams, P. H., et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function. report from the Standardization Sub-committee of the International Continence Society. Urology.2003; 61:37-49.
- 5.Pages IH, Jarh S, Schaufele MK, Conradi E. Comparative analysis of biofeedback and physical therapy for the treatment of urinary stress incontinence in women. Am J Phys Med Rehabil.2008:494-502.
- 6.Kakihara, CT, et al. Efeito do tratamento funcional do assoalho pélvico associado ou não à eletro estimulação na incontinência urinaria após prostatectomia radical.Revista brasileira de fisioterapia, São Carlos.2007;11(6):481-486.
- 7.Hülse W H. Fisiopatologia da Incontinência Urinária Masculina. Aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico / organizador: Paulo César Rodrigues Palma.-Campinas,SP: Personal Link Comunicações, 2009.p.87-96.
- 8.Rodrigues, MHR, Fisioterapia no tratamento da incontinência urinaria de esforço pós-prostatectomia radical: revisão de literatura. Revista de urologia contemporânea, São Paulo, 2010; 19,.4, out./dez.
- 9.Van Kampen M, De Weerd W, Van Poppel H, De Ridder D, Feys H, BAERTL. Effect of pelvic-floor re-education on duration and degree of incontinence after radical prostatectomy: a randomized controlled trial. Lancet 2000 8;355(9198):98-102
- 10.Tanamini José Tadeu Nunes, Dambros Miriam, D'Ancona Carlos Arturo Levi, Palma Paulo César Rodrigues e Netto Jr Nelson Rodrigues. Validação para o português do

"International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form" (ICIQ-SF. 2004;38(3):438-44

11. Peyromaure M.; Ravery V.; Boccon-Gibid, L.. The management of stress urinary incontinence after radical prostatectomy. *Bju International*, Paris. 2002; 10: 155-161.

12. Parekh AR, Feng MI, Kirages D, Bremner H, Kaswick J, Aboseif S. The role of pelvic floor exercises on postprostatectomy incontinence. *J Urol*. 2003;170(1):130-3

13. Truzzi JCCI. Tratamento clínico da incontinência urinária masculina. *Urologia on line* [periódico na Internet]. 1997 Abr-Jun [citado em Set. 2005]; 1(2): [cerca de 3 p.]. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dcir/urologia/uronline/ed0397/iumasc.htm>

14. Zermann DH, Ishigooka M, Wunderlich H, Reichelt O, Schubert J. A study of pelvic floor function pré and postradical prostatectomy using clinical neurological investigations, urodynamics and eletromyography. *Eur Urol*. 2000;37:72- 8.

15. Van Balken M, Vandoninck V, Messelink B, et al. Percutaneous tibial nerve stimulation as neuromodulative treatment of chronic pelvic pain. *Eur Urol* 2003; 43:158-63.

16. Palma PCR. Urofisioterapia: aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico. 1. ed. São Paulo: Personal link comunicações; 2009.

17. Zermann DH, Wunderlich H, Reichelt O, Schubert J. Re: early post-prostatectomy pelvic floor biofeedback [letter]. *J Urol*. 2000;164 (3 Pt 1):783-4.

18. Wille S, Sobottka A, Heidenreich A, Hofmann R. Pelvic floor exercises, electrical stimulation and biofeedback after radical prostatectomy: results of a prospective randomized trial. *J Urol*. 2003;170 (2 Pt 1):490-3

19. Truzzi JCCI. Tratamento clínico da incontinência urinária masculina. *Urologia on line* [periódico na Internet]. 1997 Abr-Jun [citado em Set. 2005]; 1(2): [cerca de 3 p.]. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dcir/urologia/uronline/ed0397/iumasc.htm>

20. Kakihara CT. Cinesioterapia na redução da incontinência urinária de pacientes pós-prostatectomizados. *Fisioter Brasil*. 2003; 4(4):265-70.

21. Parekh Ar, Feng Mi, Kirages D, Bremner H, Kaswick J, Aboseif S. The role of pelvic floor exercises on post-prostatectomy incontinence. *J Urol*. 2003;170(1):130-3

5. ANEXOS

5.1 Normas da Revista Científica

Diretrizes para Autores

NORMAS PARA SUBMISSÃO E PUBLICAÇÃO DO MANUSCRITO

Regras de submissão dos manuscritos:

Os manuscritos submetidos para publicação devem destinar-se exclusivamente a **Revista Fisioterapia & Reabilitação**. Os autores devem declarar que o artigo ou pesquisa é original; não foi apresentado para publicação em outro periódico simultaneamente; não há interesses pessoais, de agências financiadoras ou de organizações; e que foi conduzido dentro dos princípios éticos e legais vigentes. Também devem declarar total aprovação e responsabilidade pelo seu conteúdo e elaboração. Em caso de mais de um autor, deve ser indicado o responsável pelo trabalho para correspondência.

Os conceitos e informações contidos nos textos são de completa responsabilidade do(s) autor(es), não refletindo, necessariamente, a opinião do Comitê Editorial da revista.

Todos os manuscritos serão submetidos à avaliação de um Comitê Científico; posteriormente os autores serão notificados pelos editores sobre a decisão, tanto no caso de aceitação do manuscrito como da necessidade de alterações e revisões ou ainda rejeição do trabalho.

Os direitos autorais dos textos publicados, inclusive de tradução, serão automaticamente transferidos para **Pesquisa em Fisioterapia (Physiotherapy Research)**, sendo vedadas tanto a reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos, como a tradução para outro idioma sem a autorização dos editores. A publicação secundária deve indicar a fonte original. Dessa forma, todos os manuscritos quando enviados a publicação, deverão ser acompanhados de um documento de transferência de direitos autorais, contendo as assinatura(s) dos autor(es), conforme modelo disponibilizado no site da revista.

O conteúdo do manuscrito é de inteira responsabilidade dos autores. A revista não disponibilizará correções da língua portuguesa e/ou inglesa. As datas de recebimento e aceite do texto serão indicadas em sua publicação bem como informadas na plataforma.

Modificações no texto poderão ser feitas a critério do Editor-Chefe e/ou Editores Associados. A revista reserva-se o direito de efetuar nos originais, alterações de ordem normativa, estrutural, ortográfica e gramatical, com vistas a manter o padrão culto da língua.

Apresentação dos manuscritos:

Os artigos destinados a Pesquisa em **Pesquisa em Fisioterapia (Physiotherapy Research)** poderão ser redigidos em inglês ou português, e deverão seguir o estilo dos Requisitos Uniformes para Originais submetidos a Revistas Biomédicas, conhecido como Estilo de Vancouver, versão publicada em outubro de 2005, elaborada pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) e baseado no padrão ANSI, adaptado pela U.S. National Library of Medicine.

Os textos em português devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português.

O texto (incluindo tabelas, quadros e esquemas) e as ilustrações devem ser submetidos via eletrônica (submissão online da revista). O texto deverá ser digitado em fonte Arial tamanho 12, folhas de papel tamanho A4, com espaçamento de 1,5 e margens de 3 cm para superior e esquerda e 2 cm para inferior e direita. As páginas deverão ser numeradas com algarismos arábicos no ângulo superior direito da folha. O título do artigo (em inglês e em português), assim como os subtítulos que o compõem deverão estar em negrito. Os títulos e subtítulos das seções devem estar organizados em caixa alta, recuo na margem a esquerda e sem numeração progressiva. Não serão aceitas as referências inseridas como notas de rodapé. Notas explicativas deverão estar no final do texto.

O arquivo digital deverá ser fornecido em arquivo gerado em programa de edição de texto Microsoft Word do Windows no formato doc ou docx.

Os trabalhos que envolvam estudo com seres humanos, bem como prontuários clínicos deverão estar de acordo com os princípios da Declaração de Helsinki e declarações futuras. Todas as pesquisas que envolvam seres humanos publicadas neste periódico devem ter sido conduzidas em conformidade com esses princípios e com outros similares dispostos nos respectivos Comitês de Ética em Pesquisa das respectivas instituições de origem dos autores. No caso de experimentos com animais, estes devem seguir os mesmos princípios de ética envolvidos e devem ser seguidos os guias da Instituição dos Conselhos Nacionais de Pesquisa sobre o uso e cuidados dos animais de laboratório.

A Pesquisa em **(Pesquisa em Fisioterapia) Physiotherapy Research** apoia as diretrizes para registro de ensaios clínicos do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e da Organização Mundial de Saúde, valorizando a iniciativa de registro e divulgação de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Desta forma, somente serão aceitos para publicação os artigos que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados. O número de identificação deverá ser registrado no final do resumo.

Composição dos artigos:

Na elaboração dos artigos deverá ser obedecida a seguinte estrutura:

a) página de rosto:

- título do artigo em Inglês (que deve ser conciso, mas informativo);

- título do artigo em português (idem ao item anterior);

b) resumo e palavras-chave:

- Título e subtítulo, se necessário, do trabalho em inglês e em português.

- Resumo: deverá ter no mínimo 150 e no máximo de 250 palavras, ressaltando-se no texto as seções introdução, objetivo, material e métodos, resultados e considerações finais. Os autores devem deixar explícitas as respectivas seções no resumo.

- Palavras-chave: (correspondem às palavras ou expressões que identificam o conteúdo do artigo). Para determinação das palavras-chave, os autores deverão consultar os Descritores em Ciências da Saúde – DeCS (consulta eletrônica pelo endereço: <http://decs.bvs.br/>). Deve-se usar ponto final para separar as palavras-chave, que devem ter a primeira letra da primeira palavra em letra maiúscula. Os autores deverão apresentar no mínimo 3 e no máximo 6 palavras-chave.

- abstract e key words: sua redação deve ser a tradução do resumo e os descritores respectivos em inglês das palavras-chave.

c) texto

- No caso de investigações científicas, o texto deverá conter os seguintes capítulos: introdução, materiais e método, resultados, discussão e agradecimentos (quando houver). No caso de artigos de revisão, comunicações breves, relatos de experiência e de casos clínicos, pode haver flexibilidade na denominação destes capítulos.

- A Introdução deve ser curta, clara e objetiva definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas que serão abordadas no manuscrito. Nos métodos, o tipo de estudo é citado, as fontes de dados, a população alvo, amostra, amostragem, cálculo da amostra, critérios de seleção, procedimentos, materiais, tipo de análise dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. Os Resultados devem se limitar a descrever os resultados encontrados sem interpretações e comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas, quadros e figuras. A seção de Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos resultados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados, as considerações finais e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Os artigos de pesquisa qualitativa podem juntar a seção em Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas sempre respeitando a lógica da estrutura dos artigos.

- Agradecimentos: (quando houver) - agradeça pessoas que tenham contribuído de maneira significativa para o estudo. Os autores do manuscrito são responsáveis pela obtenção da autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos.

- Fontes de financiamento: especifique auxílios financeiros citando o nome da organização de apoio ou fomento. Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, citando cidade, estado e país. No caso de estudos realizados sem recursos financeiros, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

d) Formas de citação no texto:

- No manuscrito deverá ser utilizado o sistema numérico de citação, no qual somente os números-índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados. Números sequenciais devem ser separados por hífen; números aleatórios devem ser separados por vírgula. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares nas citações. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

- Em casos de citações diretas até 3 linhas utiliza-se aspas duplas, fonte 12 e espaçamento 1,5. Citações diretas com mais de 3 linhas, utiliza-se recuo a esquerda de 4 cm, fonte 10 e espaçamento simples.

e) Referências:

- As referências devem ser ordenadas e numeradas de acordo com o Estilo Vancouver, conforme orientações fornecidas pelo International Committee of Medical Journal Editors no "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (<http://www.icmje.org>). Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o "List of Journals Indexed in Index Medicus" (<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>) e impressos sem negrito, itálico ou grifo, devendo-se usar a mesma apresentação em todas as referências. Os

sobrenomes dos autores devem ser seguidos pelos seus prenomes abreviados sem ponto ou vírgula. Usar a vírgula somente entre os nomes dos diferentes autores.

- Nas publicações com até seis autores, citam-se todos; nas publicações com sete ou mais autores, citam-se os seis primeiros e, em seguida, a expressão latina “et al.”. Incluir ano, volume, número (fascículo) e páginas do artigo logo após o título do periódico. A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores. Recomenda-se que os autores utilizem no máximo 30 referências, exceto para estudos de revisão.

Exemplos de referências:

Livro:

Izquierdo I. A arte de esquecer. Rio de Janeiro: Vieira & Lent; 2007.

Capítulo de livro:

Quevedo J, Comim CM. Psicofármacos e Neurotrofinas. In: Sena, EP, Miranda-Scippa AMA, Quarantini, LC, Oliveira, IR. Psicofarmacologia Clínica. Rio de Janeiro: MedBook; 2011. p 157-161.

Artigo de periódico:

Darabas KC, Comim CM, Tuon L. Análise da Funcionalidade e Qualidade de Vida em Pacientes Portadores de Doenças Neuromusculares. Fisiot. Brasil, 2009 Jan-Jul;10(1):421-247.

Artigo com mais de 6 autores:

Comim CM, Martinello C, Gonzalez AI, Catanhel A, Souza KO, Tuon L et al. Análise da Fadiga Central e seu Impacto na Qualidade de Vida dos Pacientes Portadores de Doenças Neuromusculares. Fisiot. Brasil, 2009 Jan-Jul; 10(1):308-313.

Tese e dissertação:

Hellmann F. Reflexões sobre os referenciais de análise em bioética no ensino da Naturologia no Brasil à luz da bioética social [dissertação de mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2009.

Trabalho apresentado ou publicado em congresso:

Muradas TB, Comim CM. Avaliação das alterações cognitivas, psiquiátricas e níveis de biomarcadores em pacientes portadores de distrofias musculares progressivas. In: Anais do IX JUNC e IX Seminário de Pesquisa; 2014, out28-30; Tubarão(Br): UNISUL; 2014. p. 28.

f) Tabelas, quadros, esquemas e gráficos:

- Devem ser numerados consecutivamente em algarismos arábicos. As legendas das tabelas, esquemas, gráficos e dos quadros devem ser colocadas na parte superior dos mesmos e quando for necessário, incluir logo abaixo destes uma listagem dos símbolos, abreviaturas e outras informações que facilitem sua interpretação. As tabelas deverão ser abertas nas laterais direita e esquerda. Todas as tabelas e todos os quadros, esquemas e gráficos, sem exceção, devem ser citados no corpo do texto e devem ser colocadas ao final do texto em páginas separadas. É permitido até 5 ilustrações por manuscrito.

Obs.: Os gráficos deverão ser considerados como “figuras” e constar da seqüência numérica juntamente com as imagens.

g) Abreviaturas e nomenclaturas:

- Deve ser utilizada a forma padronizada, procura-se evitar abreviaturas no título e no resumo. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência no manuscrito, a menos que se trate de uma abreviatura conhecida internacional ou nacionalmente. As regras de nomenclaturas biológicas deverão ser observadas rigidamente, como nomes científicos de plantas e fungos.

h) Autoria:

- As pessoas listadas como autores devem ter participado na elaboração do manuscrito de modo que possam assumir responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autores pressupõe: concepção, delineamento, análise ou interpretação dos dados; redação do artigo; revisão crítica e aprovação da versão final.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".
2. O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF.
3. URLs para as referências foram informadas quando possível.
4. O texto está em espaço simples; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento na forma de anexos.
5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre a Revista.
6. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em Assegurando a avaliação pelos pares cega foram seguidas.

Declaração de Direito Autoral

Declaração de Direito Autoral

Considerando a aceitação do trabalho acima descrito, Eu transfiro para todos os direitos, título e interesse nos direitos autorais do artigo mencionado acima para Revista Fisioterapia & Reabilitação. Este documento se aplica a todas as traduções do mesmo, assim como a apresentação preliminar, sob quaisquer meios de divulgação, do trabalho aceito e ainda não publicado. Se alguma mudança na autoria (ordem, acréscimo ou eliminação) ocorrer após a submissão do trabalho, um documento de concordância de todos os autores deve ser enviado para ser mantido nos arquivos do Editor-Chefe. O nome de um autor(a) somente poderá ser removido mediante solicitação do(a) mesmo(a).

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

4.2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA INCONTINENCIA URINÁRIA PÓS PROSTATÉCTOMIA – ESTUDO DE DOIS CASOS

Eu, _____, RG nº _____, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário (a) do projeto de pesquisa supracitado, sob a responsabilidade da professora orientadora Nathalia Aiello e do pesquisador Caique Augusto Gonçalves do Curso de Fisioterapia da Universidade São Francisco.

Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

- 1 - O objetivo da pesquisa é: Avaliar os sintomas urinários dos indivíduos portadores de incontinência urinaria pós prostatectomia através do ICIQ-SF, identificar e quantificar os sintomas mais frequentes da Incontinência urinaria em indivíduos com incontinência urinaria pós prostatectomia, avaliar a satisfação dos indivíduos com o tratamento fisioterapêutico.
- 2- Durante o estudo onde será avaliado inicialmente e após o tratamento que consiste em 10 sessões (5 semanas) de fisioterapia para incontinência urinaria, com o protocolo de Kegel e exercícios funcionais.
- 3 - Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a sua participação na referida pesquisa;
- 4- A participação nesta pesquisa (não) apresenta riscos conhecidos à sua saúde mental, psíquica, física, mas este serão minimizados ao máximo com cuidado e atenção constantes dos pesquisadores, bem como ambiente seguro para a intervenção.

5 - Estou livre para interromper a qualquer momento sua participação na pesquisa, bem como ele estará livre para interromper a sua participação, não havendo qualquer prejuízo decorrente desta decisão;

6 – Os dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos na pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada;

7 - Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa pelo telefone: (11) 2454-8981;

8 - Poderei entrar em contato com a responsável pelo estudo, profa. Nathalia Aiello Montoro, sempre que julgar necessário pelos telefones (11) 99835-6235;

9- Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com os pesquisadores responsáveis.

_____, ____ de _____ de 2016

5.3 QUESTIONÁRIO *INTERNATIONAL CONSULTATION INCONTINENCE QUESTIONNAIRE - SHORT FORM (ICIQ-SF)*

ICIQ - SF																							
Nome do Paciente: _____ Data de Hoje: ____/____/____ Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.																							
1. Data de Nascimento: ____/____/____ (Dia / Mês / Ano) 2. Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>																							
3. Com que frequência você perde urina? (assinale uma resposta) <table style="width: 100%; margin-left: 200px;"> <tr><td>Nunca</td><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td></tr> <tr><td>Uma vez por semana ou menos</td><td><input type="checkbox"/></td><td>1</td></tr> <tr><td>Duas ou três vezes por semana</td><td><input type="checkbox"/></td><td>2</td></tr> <tr><td>Uma vez ao dia</td><td><input type="checkbox"/></td><td>3</td></tr> <tr><td>Diversas vezes ao dia</td><td><input type="checkbox"/></td><td>4</td></tr> <tr><td>O tempo todo</td><td><input type="checkbox"/></td><td>5</td></tr> </table>		Nunca	<input type="checkbox"/>	0	Uma vez por semana ou menos	<input type="checkbox"/>	1	Duas ou três vezes por semana	<input type="checkbox"/>	2	Uma vez ao dia	<input type="checkbox"/>	3	Diversas vezes ao dia	<input type="checkbox"/>	4	O tempo todo	<input type="checkbox"/>	5				
Nunca	<input type="checkbox"/>	0																					
Uma vez por semana ou menos	<input type="checkbox"/>	1																					
Duas ou três vezes por semana	<input type="checkbox"/>	2																					
Uma vez ao dia	<input type="checkbox"/>	3																					
Diversas vezes ao dia	<input type="checkbox"/>	4																					
O tempo todo	<input type="checkbox"/>	5																					
4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde (assinale uma resposta) <table style="width: 100%; margin-left: 200px;"> <tr><td>Nenhuma</td><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td></tr> <tr><td>Uma pequena quantidade</td><td><input type="checkbox"/></td><td>2</td></tr> <tr><td>Uma moderada quantidade</td><td><input type="checkbox"/></td><td>4</td></tr> <tr><td>Uma grande quantidade</td><td><input type="checkbox"/></td><td>6</td></tr> </table>		Nenhuma	<input type="checkbox"/>	0	Uma pequena quantidade	<input type="checkbox"/>	2	Uma moderada quantidade	<input type="checkbox"/>	4	Uma grande quantidade	<input type="checkbox"/>	6										
Nenhuma	<input type="checkbox"/>	0																					
Uma pequena quantidade	<input type="checkbox"/>	2																					
Uma moderada quantidade	<input type="checkbox"/>	4																					
Uma grande quantidade	<input type="checkbox"/>	6																					
5. Em geral quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito) <table style="width: 100%; margin-left: 100px; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Não interfere</td> <td colspan="6">Interfere muito</td> </tr> </table>		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Não interfere					Interfere muito					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10													
Não interfere					Interfere muito																		
ICIQ Score: soma dos resultados 3 + 4 + 5 = _____																							
6. Quando você perde urina? (Por favor assinale todas as alternativas que se aplicam a você) <table style="width: 100%; margin-left: 200px;"> <tr><td>Nunca</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Perco antes de chegar ao banheiro</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Perco quando tusso ou espiro</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Perco quando estou dormindo</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Perco quando estou fazendo atividades físicas</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Perco sem razão óbvia</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Perco o tempo todo</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>		Nunca	<input type="checkbox"/>	Perco antes de chegar ao banheiro	<input type="checkbox"/>	Perco quando tusso ou espiro	<input type="checkbox"/>	Perco quando estou dormindo	<input type="checkbox"/>	Perco quando estou fazendo atividades físicas	<input type="checkbox"/>	Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo	<input type="checkbox"/>	Perco sem razão óbvia	<input type="checkbox"/>	Perco o tempo todo	<input type="checkbox"/>						
Nunca	<input type="checkbox"/>																						
Perco antes de chegar ao banheiro	<input type="checkbox"/>																						
Perco quando tusso ou espiro	<input type="checkbox"/>																						
Perco quando estou dormindo	<input type="checkbox"/>																						
Perco quando estou fazendo atividades físicas	<input type="checkbox"/>																						
Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo	<input type="checkbox"/>																						
Perco sem razão óbvia	<input type="checkbox"/>																						
Perco o tempo todo	<input type="checkbox"/>																						
“Obrigado por você ter respondido às questões”																							

Figura - Versão em português do ICIQ-SF.

FONTE: Tanamini José Tadeu Nunes, Dambros Miriam, D'Ancona Carlos Arturo Levi, Palma Paulo César Rodrigues e Netto Jr Nelson Rodrigues. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form" (ICIQ-SF. 2004;38(3):438-44.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Incontinência urinária pós prostatectomia: estudo de caso

Pesquisador: Nathália Aiello

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60084716.3.0000.5514

Instituição Proponente: Universidade São Francisco-SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.758.343

Apresentação do Projeto:

Incontinencia urinaria pos prostatectomia: estudo de caso, com 3 pacientes da clínica de fisioterapia da USF (TCC)

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a eficacia da intervencao fisioterapeutica para o tratamento da incontinencia urinaria apos prostatectomia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Nao apresenta risco

Beneficios:

Tratamento dos sintomas urinaros e acompanhamento clinico apos prostatectomia

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Adequada em termos éticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Adequada em termos éticos.

Endereço: SAO FRANCISCO DE ASSIS 218

Bairro: JARDIM SAO JOSE

CEP: 12.916-900

UF: SP

Município: BRAGANCA PAULISTA

Telefone: (11)2454-8981

Fax: (11)4034-1825

E-mail: comite.etica@saofrancisco.edu.br

Continuação do Parecer: 1.758.343

Considerações Finais a critério do CEP:

APÓS DISCUSSÃO EM REUNIÃO DO DIA 29/09/2016, O COLEGIADO DELIBEROU PELA APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISAS.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_794292.pdf	16/09/2016 11:08:13		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_794292.pdf	16/09/2016 10:59:37		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEIUPRT.docx	16/09/2016 10:59:11	Nathália Aiello	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCaique.docx	16/09/2016 10:56:02	Nathália Aiello	Aceito
Outros	AutorizacaoCEF.pdf	16/09/2016 10:55:19	Nathália Aiello	Aceito
Folha de Rosto	folharostoCaique.pdf	16/09/2016 10:53:34	Nathália Aiello	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRAGANCA PAULISTA, 03 de Outubro de 2016

Assinado por:
Alessandra Gambero
(Coordenador)

Endereço: SAO FRANCISCO DE ASSIS 218**Bairro:** JARDIM SAO JOSE**CEP:** 12.916-900**UF:** SP**Município:** BRAGANCA PAULISTA**Telefone:** (11)2454-8981**Fax:** (11)4034-1825**E-mail:** comite.etica@saofrancisco.edu.br