

Incontinência urinária no idoso: abordagem fisioterapêutica

Urinary incontinence in the elderly: approach physiotherapy

*Janesca Mansur Guedes**
*Vanessa Sebben***

Resumo

Este artigo pretende informar, por meio de uma revisão bibliográfica, uma opção de tratamento para a incontinência urinária. Atualmente, a fisioterapia inclui-se como alternativa de tratamento, apresentando resultados satisfatórios para melhora e/ou cura dos sintomas. A incontinência urinária é um dos principais problemas enfrentados pelos idosos. A dificuldade que eles encontram em relatar o problema pode agravar a situação e levar a que sofram silenciosamente, muitas vezes procurando auxílio somente quando a perda de urina passa a intervir na sua qualidade de vida. A incontinência ainda pode repercutir nos aspectos físicos, mentais e sociais das pessoas acometidas. Diversas pesquisas estão sendo realizadas nesta área demonstrando a eficácia do tratamento fisioterapêutico, seja de forma isolada, seja concomitante com outras técnicas.

Palavras-chave: incontinência urinária, fisioterapia, idosos.

Considerações iniciais

De acordo com a Sociedade Internacional de Continência Urinária, citado nas obras de Berek (1998), Palma e Ricceto (1999) e Souza (1999), a incontinência urinária é definida como “a perda involuntária de urina, que representa um problema psicossocial e higiênico, devendo ser objetivamente demonstrável”.

Para Laycock (apud GUCCIONE, 2002) vários componentes são necessários para manter a continência. O indivíduo continente deve reconhecer a necessidade de urinar, procurar o local correto para fazê-lo, alcançar o local num período de tempo suficiente e reter a urina até que o

* Fisioterapeuta, especialização em Gerontologia, área de Concentração Geriatria.

** Fisioterapeuta, especialização em Fisioterapia Uroginecológica.

Recebido em abr. 2005 e avaliado em jul. 2005

local tenha sido seguramente alcançado, sendo, então, capaz de urinar ao chegar ao local adequado. Em idosos, principalmente aqueles que estão incapacitados ou hospitalizados, a incontinência pode resultar mais da incapacidade de chegar ao local desejado do que de qualquer comprometimento urológico verdadeiro. Muitas instituições possuem leitos ou cadeiras difíceis de alcançar e vasos sanitários difíceis de atingir, o que exacerba o problema.

Palma e Ricetto (1999) assinalam que existem nos Estados Unidos da América quinze milhões de pessoas incontinentes. Considerando o fato de que muitas mulheres incontinentes relutam em admitir seu problema, estima-se que haja, de fato, trinta milhões de pacientes portadores de incontinência urinária. Uma em cada quatro mulheres e um em cada dez homens sofrem perda de urina tão grave que resulta em problemas sociais e de higiene, mas somente um terço dessas pessoas procura ajuda. Acrescenta Moreira (2001) que o problema atinge aproximadamente 10% da população geral e é superior a 30% nas mulheres acima de sessenta anos. Nesse enfoque, Corcos et al. (1997) calculam que o número de pacientes com incontinência urinária pode chegar a 80%. Apesar dessa alta incidência, estima-se que a duração comum de tempo em que uma mulher permanece incontinente antes de buscar avaliação médica é de nove anos; apenas uma em cada doze mulheres procura assistência médica em razão desse problema e metade das que chegam ao médico não obtém qualquer melhora de seus sintomas como resultado do atendimento.

Thomas (apud GUCCIONE, 2002) identificou que apenas uma entre dez

mulheres procurará os cuidados profissionais para a incontinência. Ademais, um estudo realizado por Lewis indicou que 75% de 827 mulheres com incontinência com quarenta anos de idade até mais de setenta anos permaneceram silenciosas por três ou mais anos antes de procurar auxílio. Infelizmente, as restrições graves quanto a saírem de casa e preocupações a respeito da detecção de odores geraram a procura imediata por essas mulheres de assistência médica.

Segundo Moreno (2004), a paciente incontinente tende ao isolamento social, pois tem medo de estar em público e ocorrer uma perda urinária; por isso, muitas vezes, desiste da prática de esportes e de outras atividades que possam revelar seu “problema”. Sua vida passa, então, a depender da disponibilidade de banheiros e surgem dificuldades sexuais, alterações no sono e em repouso. As mulheres, silenciosamente, têm uma queda na auto-estima, tornando-se deprimidas, angustiadas e irritadas; freqüentemente, sentem-se humilhadas e embaraçadas demais para falar sobre o problema. Além disso, há o inevitável e inexorável fator envelhecimento, que leva a que algumas mulheres adiem a procura por um serviço especializado para o tratamento, pois acreditam ser comum ou esperado que uma mulher idosa perca urina. Apenas quando a qualidade de vida está demasiadamente comprometida pela incontinência urinária, elas procuram o serviço médico.

No Brasil, conforme Cunha, Barros e Siqueira (apud SOUZA, 1999), encontrou-se prevalência de 28,6% de incontinência urinária com pessoas idosas. Pesquisa realizada em pacientes internados em asilos e

em hospital geral de Belo Horizonte, com idade média de 72,2 anos, mostrou prevalência de incontinência urinária em 48,2% dos participantes. Em estudo realizado por Guedes (2003) no município de Passo Fundo - RS com idosos institucionalizados nos asilos, com média de idade 74 anos, verificou-se que 65% dessa população sofria de incontinência urinária.

Segundo Guccione (2002), as mulheres experimentam incontinência com uma frequência duas vezes maior que os homens, com 15% a 30% sendo afetadas em todos os grupos etários. Dentre as mulheres de meia-idade, a pesquisa indica que 58% reportaram alguma perda urinária, mas apenas 25% procuraram tratamento. Dentre as mulheres não institucionalizadas com mais de sessenta anos de idade, demonstrou-se que 37,7% sofriam de incontinência. As estimativas mais baixas de prevalência da incontinência entre as residentes em asilos iniciam-se em 50% e têm um custo de US\$ 3,3 bilhões por ano (dos US\$ 7 bilhões gastos nos custos diretos totais da incontinência). A falta de controle durante a micção é um dos cinco principais motivos para a internação num asilo, juntamente com a imobilidade, o comprometimento cognitivo, quedas e as conseqüências de acidente vascular cerebral.

O impacto da idade na incontinência urinária

No conceito de Berek (1998) e Guccione (2002), a incontinência urinária não faz parte do envelhecimento normal, embora a prevalência do problema aumente com a idade, e os idosos acima de 75 anos constituem o grupo mais provável de sofrer com a incontinência. Nesse aspecto,

Souza (1999) concorda que, com a idade, o suporte do colo vesical, o comprimento funcional da uretra e a competência do assoalho pélvico, que oferece um suporte adicional à uretra, tendem a diminuir. A força de contração da musculatura detrusora diminui com a idade. A incontinência urinária é um estado anormal e, em qualquer faixa etária, não depende somente da integridade do trato urinário inferior. Alterações da motivação, da destreza manual, da mobilidade, da lucidez, e a existência de doenças associadas (diabetes *mellitus* e insuficiência cardíaca, entre outras) estão entre os fatores que podem ser responsáveis pela incontinência urinária.

Szonyi e colaboradores, por exemplo, relatam que uma causa típica de incontinência urinária nos idosos é a instabilidade do detrusor. As pessoas idosas podem ser mais suscetíveis em razão dos efeitos colaterais dos medicamentos, da falta de suporte social ou de médico necessário, ou da intervenção de várias patologias associadas que podem conduzir à instabilidade funcional (GUCCIONE, 2002).

Guccione (2002) relata que o estigma da incontinência urinária, combinado à falta de consciência profissional em relação às opções para a intervenção, resulta num tratamento nitidamente deficiente dessa condição incapacitante, com graves conseqüências para o idoso.

Para Palma e Ricetto (1999), a incidência de incontinência urinária na mulher aumenta com a idade, atingindo 25% após a menopausa. Tal situação determina reflexos importantes não apenas na qualidade de vida das pacientes, pois há relatos de aumento da incidência de depressão, neuroses e disfunção sexual.

Pelas observações de Ribeiro e Haddad (1997), Palma e Riccetto (1999), Pickles et al. (1998), Bastos (1998) e Bickley e Hoekelman (2001), a idade avançada, que propicia o aparecimento da dissinergia do detrusor, o número de partos, ou seja, pacientes múltiparas, e as circunstâncias que levam à perda da urina, como a tosse, riso, erguer peso, andar, correr, saltar, são de fundamental importância para o diagnóstico de incontinência urinária do esforço.

Diagnóstico - classificação

De acordo com Berek (1998), o diagnóstico diferencial de incontinência urinária é extenso, entretanto quase sempre é tratável, quase sempre pode ser melhorada e, freqüentemente, pode ser curada, amiúde se utilizando intervenções não cirúrgicas relativamente simples.

As diferentes causas de incontinência urinária podem se manifestar por meio de diversos sintomas na mulher, os quais podem ser classificados e definidos como: incontinência urinária de esforço – que é a perda involuntária de urina ocorrida quando há aumento súbito da pressão intra-abdominal, não precedida de desejo miccional; freqüência urinária – definida como mais de sete micções diurnas, ou em intervalos entre as micções menores que duas horas; incontinência por urgência – cuja perda involuntária de urina pode acompanhar a urgência diante do desejo imperioso de urinar, e a paciente não consegue evitar a perda de urina; perda insensível de urina – ocorre sem que a paciente perceba, só vindo a tomar conhecimento no momento da troca de vestuário; incontinência incons-

ciente – aquela ocorrida sem urgência e sem reconhecimento da perda; incontinência urinária mista – que é a associação da incontinência de urgência e de esforço.

Os estudos de Ribeiro e Rossi (2000), Ribeiro e Haddad (2000), Ribeiro e Rossi (1997) e Pickles et al. (1998) evidenciaram que as cirurgias prévias para a correção do prolapso genital e cirurgias abdominais podem levar à incontinência urinária do esforço, bem como as doenças cardiovasculares, respiratórias, neurológicas e a diabetes pela ação dos medicamentos. A respeito Pickles et al. (1998) assinalam que os medicamentos dotados de ação sedativa ou hipnagoga podem provocar confusão mental e reduzir a capacidade do paciente para inibir as contrações da bexiga e que a ação de diuréticos aumenta a diurese e a tendência para micções imperiosas. Sabe-se que a ingestão de líquido em quantidade excessiva também pode agravar essa situação. O mesmo autor relata que o chá, o café e as bebidas a base de cola contêm cafeína, devendo ser reduzido ou eliminado o consumo dessas substâncias.

Para Bastos (1998), Ribeiro e Haddad (2000) e Berek (1998), o exame de urina é fundamental para descartar infecção urinária, que poderá ser a causa do distúrbio de micção.

Os estudos baseados em Pickles et al. (1998), Bastos (1998), Berek (1998) e Ribeiro e Haddad (2000) citam o prolapso uterovaginal, instabilidade do colo vesical, o não-reflexo do esfíncter anal e a falta de sensibilidade em S2-S4 como sendo motivos de exclusão de pacientes para tratamento conservador.

Tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária

Conforme Polden e Mantle (2000), o tratamento da incontinência urinária começa com o seu diagnóstico adequado e a avaliação dos fatores precipitantes. Como medida profilática, toda mulher deve ser estimulada desde jovem a fazer das contrações do assoalho pélvico um hábito diário, e nunca é tarde demais para começar. Depois disso, as opções são as cirurgias ou as fisioterapias, de acordo com a natureza e a gravidade do estado e preferências do médico e da paciente.

As formas de tratamento não cirúrgico da incontinência urinária têm sido estudadas desde há muito tempo. Dessa forma, o tratamento fisioterapêutico tem se tornado um importante fator contribuinte para melhora ou cura da perda da urina. Dentre os recursos usados pela fisioterapia, citam-se a cinesioterapia (exercícios de contração da musculatura), cones vaginais, eletroestimulação, *biofeedback*, terapia comportamental.

Cinesioterapia

Kegel (apud BEREK 1998, e CARRIÉRE, 1999) nas suas obras, foi o primeiro pesquisador nos Estados Unidos a identificar a gravidade do problema e a investigar o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico. Ele desenvolveu a consciência da paciente quanto ao músculo pubococcígeo e instruiu-a em exercícios para fortalecer este músculo com um dispositivo de *biofeedback* pneumático grosseiro denominado “perineômetro”. Enfatizou a importância da instrução supervisionada e do incentivo à realização desses exercícios e relatou boas

taxas de sucesso no alívio da incontinência de esforço sintomático com seu programa.

Nesta forma de tratamento a paciente é informada oralmente a interromper e iniciar seu jato de urina algumas vezes por dia ao urinar. As mulheres eram instruídas a segurar, soltar e contrair os músculos do períneo e a se exercitar três vezes por dia durante 20 minutos (ou trezentos contrações por dia) anotando num diário. Kegel (1951) relatou que o controle urinário foi restaurado em 84% de uma série de quinhentas mulheres. Contudo, 70% das mulheres “curadas” apresentavam o tipo simples de incontinência urinária de esforço (IUE); os casos restantes eram complicados por vários outros fatores.

Cones vaginais

O cone vaginal é uma forma de oferecer resistência à musculatura do assoalho pélvico e pode ser utilizado durante a realização de diversos exercícios cinesioterápicos e caminhadas. A utilização do cone estimula as contrações voluntárias e involuntárias dos músculos elevadores do ânus.

Segundo Baracho (2002), em 1985, o S. Plevnik ampliou o tratamento conservador para incontinência urinária de esforço genuína com a utilização dos cones vaginais, acreditando encontrar resultados positivos, como nos exercícios de Kegel, principalmente porque o cone vaginal estava diretamente relacionado com o uso de um *biofeedback*. O cone introduzido no canal vaginal tende a deslizar, e essa sensação de perda proporciona um vigoroso *biofeedback* tátil e cinestésico, levando o assoalho pélvico a se contrair de forma reflexa na tentativa de retê-lo.

Os cones vaginais levam a bons resultados porque, além de fortalecer os músculos

do assoalho pélvico pela resistência, promovem propriocepção, aumentando, assim, a motivação, e evitam contrações excessivas indesejáveis de abdominais e glúteos (PALMA et al., 1997, apud MOREIRA, 2001)

Comercialmente, os cones são encontrados em diferentes formas e pesos, que geralmente variam entre 25g (o mais leve) e 75g (o mais pesado). A terapêutica dos cones vaginais no tratamento da incontinência urinária não está totalmente esclarecida, havendo ainda muita controvérsia em relação à forma e a duração do tratamento. A maioria dos autores descreve o uso dos cones somente durante as atividades diárias ativas da mulher (MORENO, 2004).

Eletronestimulação

A estimulação elétrica é um meio utilizado para propiciar a contração passiva da musculatura perineal. Pode ser realizada por meio de eletrodos endovaginais e/ou retais conectados a um gerador de impulsos elétricos, os quais promovem a contração perineal.

De acordo com Grosse (2002), as primeiras utilizações da estimulação elétrica no tratamento da incontinência urinária datam de década de 1960; tratava-se de estimuladores implantáveis, cujos resultados foram relativamente modestos. Em 1970, uma escola sueca lançou as bases da eletronestimulação com os trabalhos de M. Fall. Os escandinavos e a escola iugoslava aprimoraram a técnica com o objetivo de diminuir a atividade do detrusor e reforçar a musculatura perineal. A urodinâmica aperfeiçoou a técnica, tanto que hoje a eletronestimulação se revela um meio muito eficaz para a conscientização do assoalho pélvico, mesmo que suas fi-

nalidades principais sejam a inibição do detrusor e o reforço muscular.

Os resultados de estudo de Castro (apud MORENO, 2004) foram bem otimistas. Tratando de 34 pacientes com incontinência urinária de esforço com eletronestimulação funcional do assoalho pélvico durante três meses, em duas sessões semanais, com 20 minutos de duração cada, o autor utilizou eletrodos vaginais e corrente bipolar alternada, com frequência fixa de 50 Hz e intensidade variável de acordo com a sensibilidade da paciente. Em conclusão, observou índice de melhora e cura das pacientes de 82,3%.

Biofeedback

O *biofeedback* é definido como um equipamento utilizado para mensurar efeitos fisiológicos internos ou condições físicas das quais o indivíduo não tem conhecimento. Fornece uma informação imediata ao paciente para, posteriormente, levá-lo a um controle voluntário dessas funções. Considerando que muitas mulheres não têm propriocepção da sua região urogenital e são incapazes de contrair voluntariamente seus músculos do assoalho pélvico, o *biofeedback* é um método eficaz na reeducação dessa região e, também, no fortalecimento desses músculos, uma vez que fornece parâmetros de uma contração máxima. O *biofeedback* auxilia o paciente a se autoconhecer e a desenvolver o controle voluntário de suas contrações do assoalho pélvico (MORENO, 2004).

Terapia comportamental

Segundo Moreno (2004), a terapia comportamental é uma associação de técnicas

cuja base é a idéia de que pacientes com incontinência urinária podem ser educados sobre a patologia e podem desenvolver estratégias para minimizar ou eliminar a incontinência. Entre as principais técnicas citam-se o treinamento vesical, a ingesta hídrica, a educação sobre o trato urinário inferior e suas patologias e a cinesioterapia.

Recentemente, foi realizado um estudo com 197 mulheres com instabilidade vesical ou incontinência urinária mista com sintomas predominantes de urge-incontinência. As pacientes foram divididas em três grupos: um realizou terapia comportamental, outro utilizou oxibutinina e o terceiro grupo, placebo. Houve uma melhora subjetiva de 74,1% no grupo que realizou terapia comportamental; de 50,9% no grupo que utilizou o medicamento e de 26,9% no com placebo. Também houve melhora significativa no número de episódios de incontinência urinária. Ao término da terapia, somente 14% do grupo de terapia comportamental declararam que gostariam de mudar o tratamento, em relação a 75% nos outros grupos.

Utilizando um programa intensivo de fisioterapia durante três meses, com avaliações urodinâmicas e radiológicas pré-tratamento e pós-tratamento, Benvenuti (apud BEREK, 1998) curou 32% de suas pacientes com incontinência de esforço verdadeira e constatou acentuada melhora dos sintomas nas 68% remanescentes. Os resultados de Tanzberger (apud CARRIÈRE, 1998) nos últimos dez anos confirmam que pacientes com insuficiência do assoalho pélvico e com sintomas de incontinência urinária de esforço podem

obter melhora significativa três meses após o início dos exercícios, desde que não tenham lesão neural. Depois que o paciente tiver retreinado os músculos do assoalho pélvico e os esfíncteres, não há necessidade de continuar se exercitando continuamente, a menos que seja incapaz de manter os ganhos alcançados.

Numa revisão de literatura sobre a eficácia do exercício da musculatura pélvica, Wells reportou taxas de melhoria da incontinência que variam de 31 a 96%. Burns et al. usaram um desenho de pesquisa razoável com 123 mulheres idosas residentes na comunidade. O exercício da musculatura pélvica (consistindo em quatro grupos de 20-10 contrações rápidas e dez contrações sustentadas, com aumentos de dez por grupo durante um período de quatro semanas, para atingir a repetição mínima de duzentas), juntamente com o *biofeedback*, mostrou ser eficaz na diminuição da incontinência. Os benefícios do exercício da musculatura pélvica foram mantidos, e a melhoria funcional continuou por um mínimo de seis meses depois da intervenção. Nygaard et al. mostraram que 56% das pessoas que completaram uma série de exercícios da musculatura pélvica exibiram uma taxa de melhoria de mais de 50%, a qual prosseguiu quando as pessoas foram avaliadas depois de seis meses da série inicial de tratamento. Os pesquisadores recomendam intensamente o início do tratamento com o exercício da musculatura pélvica independentemente da idade do paciente, considerando outros problemas de saúde, história cirúrgica ou distância da instituição de tratamento (GUCCIONE, 2002).

Considerações finais

O tratamento da incontinência urinária deve ser realizado por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar.

A fisioterapia pode atuar tanto no pré como no pós-operatório, contribuindo para os resultados cirúrgicos obtidos e, assim, mantendo o paciente continente e melhorando a sua qualidade de vida.

Os profissionais, com os seus conhecimentos sobre o assunto, podem selecionar os pacientes que se beneficiariam com o tratamento fisioterapêutico para a melhora ou cura da incontinência urinária, evitando cirurgias desnecessárias. Desse modo, torna-se necessário realizar pesquisas e aprofundar o assunto para oferecer aos idosos um tratamento eficaz.

Abstract

This article intends to inform, through a bibliographical revision, an option of treatment for the urinary incontinence. Currently, the physiotherapy is included as this resulted alternative of treatment presenting satisfactory for improvement and cure of the symptoms the urinary incontinence is one of the main problems faced for the elderly. However, the difficulty that the same ones find in telling the problem can aggravate the situation and the people suffer quiet, many times, looking for aid only when the loss of piss starts to intervene in its quality of life. The incontinence, still can reverberate in the physical, mental and social aspects of the people for it attack. Diverse research is being carried through in this area demonstrating the effectiveness of the fisioterapêutico treatment, either it of

isolated or concomitant form with others techniques.

key words: urinary incontinence, physiotherapy, elderly.

Referências

- BARRACHO, E. *Fisioterapia aplicada à obstetrícia: aspectos de ginecologia e neonatologia*. 3. ed. São Paulo: Medsi, 2002. 547 p.
- BASTOS, A. C. *Ginecologia*. 10. ed. São Paulo: Atheneu, 1998. p. 210-220.
- BEREK, J. S. *Novak tratado de ginecologia*. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 965 p.
- BICKLEY, L. S.; HOELKELMAN, R. A. *Bates propedêutica médica*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 732 p.
- CARVALHO, E. T. de F.; P., M. N. *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu, 2000. 447 p.
- CARRIÈRE, B. *Bola suíça: teoria, exercícios básicos e aplicação clínica*. São Paulo: Manole, 1999. 383p.
- CORCOS, J.; DAVIS, S. et al. *Incontinência urinária e fecal: o uso de biofeedback eletromiográfico para treinar a musculatura do chão pélvico*. Disponível em: <<http://www.bfe.org/protocol/pro04por.htm>>. Acesso em: 23 set. 2001.
- GROSSE, D.; SENGLER, J. *Reeducação perineal*. São Paulo: Manole, 2002. 146 p.
- GUCCIONE, A. A. *Fisioterapia geriátrica*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 470 p.
- KAUFFMAN, T. L. *Manual de reabilitação geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 389 p.
- MOREIRA, E. et al. Tratamento cirúrgico e conservador da incontinência urinária de esforço. *Revista Fisioterapia em Movimento*, v. XIII, n. 2, p. 9-13. out. 2000/mar. 2001.

Incontinência urinária no idoso...

MORENO, A. L. *Fisioterapia em uroginecologia*. São Paulo: Manole, 2004. 187 p.

PALMA, P.; RICCETTO, C. Incontinência urinária na mulher. In: BARATA, H. S.; CARVALHAL, G. F. *Urologia: princípios e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. p. 209- 235.

PICKLES, B.; COMPTON, A.; SIMPSON, J. M. et al. *Fisioterapia na terceira idade*. São Paulo: Santos, 1998. 498 p.

POLDEN, M.; MANTLE, J. *Fisioterapia em obstetria e ginecologia*. 2. ed. São Paulo: Santos, 2000. 441 p.

RAMOS, J.; DEOS, L.; LIMA, C. et al. Incontinência urinária. In: FREITA, F.; MENKE, C.; RIVOIRE, W. et al. *Rotinas em ginecologia*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 161-179.

RIBEIRO, R.; ROSSI, P. Incontinência urinária de esforço. In: HALBE, H. W. *Tratado de ginecologia*. 3. ed. São Paulo: Roca, 2000. p. 662-678.

RIBEIRO, R.; HADDAD, J. Incontinência urinária de esforço. In: PIATO, S. *Tratado de ginecologia*. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p. 442-461.

RIBEIRO, R.; HADDAD, J. Incontinência urinária de esforço. In: OLIVEIRA, H.; LEMGRUBER, I.; COSTA, O. *Tratado de ginecologia*. Fefrasgo, Rio de Janeiro: Revinter, 2000. v. II, p. 866-870.

Endereço

Janesca Mansur Guedes
Rua Eduardo de Britto, 237/401
Vila Annes
Passo Fundo - RS
CEP: 99010-180
E-mail: janescaguedes@yahoo.com.br