



Revista Brasileira de Fisioterapia

ISSN: 1413-3555

rbfisio@ufscar.br

Associação Brasileira de Pesquisa e Pós-
Graduação em Fisioterapia
Brasil

Mello de Figueiredo, Elyonara; Lara, JO; Cruz, MC; Quintão, DMG; Monteiro, MVC
Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de serviço de Fisioterapia Uroginecológica da rede
pública

Revista Brasileira de Fisioterapia, vol. 12, núm. 2, março-abril, 2008, pp. 136-142

Associação Brasileira de Pesquisa e Pós-Graduação em Fisioterapia
São Carlos, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235016537010>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de Serviço de Fisioterapia Uroginecológica da rede pública

Sociodemographic and clinical profile of female users of public Urogynecological Physical Therapy Services

Figueiredo EM^{1,3}, Lara JO², Cruz MC², Quintão DMG³, Monteiro MVC³

Resumo

Objetivo: Identificar o perfil de mulheres com incontinência urinária (IU) atendidas em um serviço público de Fisioterapia Uroginecológica, em relação a características sociodemográficas e clínicas. **Materiais e métodos:** Neste estudo descritivo transversal retrospectivo, por meio de prontuários e fichas de avaliação fisioterapêutica das participantes, os seguintes dados foram levantados: idade, estado civil, grau de instrução, tipo de incontinência, fatores de risco, sinais e sintomas, função perineal (escala de *Oxford*) e qualidade de vida (IQoL). Estatística descritiva, pela distribuição de frequência e proporção, foi aplicada. **Resultados:** Dados de 58 participantes foram considerados. A maioria tinha idade entre 40 e 59 anos (81%), era casada (62%) e possuía grau de instrução fundamental (79%). A IU mista foi prevalente em 63% da amostra e a incontinência urinária de esforço (IUE) em 34%. Gestações (88%) e partos vaginais (76%) se destacaram como fatores de risco e o sintoma mais prevalente foi perda de urina ao esforço (97%). O grau 2 de função perineal foi o mais frequente (41%) e a distribuição da qualidade de vida das participantes variou entre baixa (10%), moderada (33%), boa (28%) e ótima (24%). **Conclusões:** Este estudo oferece dados que contribuem para o conhecimento do perfil das mulheres com IU atendidas em serviços públicos que prestam assistência fisioterapêutica uroginecológica e, além disso, poderá auxiliar no desenvolvimento de intervenções preventivas e reabilitadoras nestes serviços.

Palavras-chave: perfil de saúde; incontinência urinária; fisioterapia.

Abstract

Objective: To identify the sociodemographic and clinical profile of women with urinary incontinence attended at a public urogynecological physical therapy service. **Methods:** In this retrospective cross-sectional descriptive study, the following information were gathered from the participants' hospital records and physical therapy evaluation forms: age, marital status, educational level, type of incontinence, risk factors, signs and symptoms, perineal function (Oxford scale) and quality of life (QOL). Descriptive statistics using frequency distributions and proportions were applied. **Results:** Data from 58 participants were considered. Most of them were between 40 and 59 years old (81%), were married (62%) and only had elementary education (79%). Mixed urinary incontinence was the most prevalent type (63%), followed by stress urinary incontinence (34%). Pregnancy (88%) and vaginal delivery (76%) were the most prevalent risk factors and the most prevalent symptom was urinary loss under stress (97%). Perineal function grade 2 was the most frequent type (41%) and the participants' quality of life distribution ranged between poor (10%), moderate (33%), good (28%) and excellent (24%). **Conclusions:** This study provides data that contribute towards ascertaining the profile of the women with urinary incontinence who are attended in public services that offer urogynecological physical therapy. Furthermore, it may assist in developing preventive and rehabilitative interventions in such services.

Key words: health profile; urinary incontinence; physical therapy.

Recebido: 18/07/2007 – **Revisado:** 17/12/2007 – **Aceito:** 13/02/2008

¹ Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil

² Curso de Graduação em Fisioterapia, UFMG

³ Serviço de Uroginecologia, Hospital das Clínicas, UFMG

Correspondência para: Elyonara Mello de Figueiredo, Rua Perdigo Malheiros, 195/901, Cidade Jardim, CEP 30380-050, Belo Horizonte (MG), e-mail: elyonara@ufmg.br

Introdução ::::

Incontinência urinária (IU) é a queixa de qualquer perda involuntária de urina¹. Essa disfunção, responsável por prejuízos físicos, psicológicos e sociais, acomete 20% a 50% da população feminina ao longo de suas vidas. De acordo com a Sociedade Internacional de Continência, a IU é descrita como um sintoma, um sinal ou por meio da observação urodinâmica, podendo ser classificada em incontinência urinária de esforço (IUE), urge-incontinência ou IU mista¹. A IUE, definida por queixa de perda involuntária de urina após tosse, espirro ou esforços físicos, é a mais prevalente na população em geral e acomete 49% das mulheres incontinentes^{1,2}. A urge-incontinência, com prevalência de 22% dos casos de IU feminina, é descrita como a queixa de perda involuntária de urina acompanhada ou precedida imediatamente de urgência, ou seja de desejo repentino e dificilmente adiável de urinar^{1,3}. A associação entre IUE e urge-incontinência, denominada IU mista, acomete 29 a 44% das mulheres incontinentes^{2,4}. Já a perda contínua de urina é chamada de IU contínua e é o tipo menos freqüente². É comum a associação entre IU e incontinência fecal e uma prevalência de 20% foi descrita⁵. Dados referentes à população brasileira, embora ainda incipientes, apontam prevalência de mulheres com IU de 30 a 43%⁶⁻⁹, sendo a IUE o tipo mais prevalente^{8,10}. Os sinais e sintomas mais comumente identificados entre as mulheres com IU são: urgência, polaciúria, noctúria, enurese noturna, urge-incontinência e perda aos esforços^{2,11}. Esses sinais e sintomas são usados para nortear o diagnóstico e a intervenção terapêutica nesta população.

Devido ao impacto negativo na qualidade de vida¹¹, aos altos custos pessoais e governamentais e à sua prevalência, uma maior importância tem sido dada a IU nos últimos anos, tanto no que diz respeito à criação de serviços específicos para atendimento à população quanto ao desenvolvimento de pesquisas científicas que possam nortear o eficiente manejo de tal disfunção².

Vários fatores podem contribuir para o aumento da prevalência da IU. Neste contexto, o aumento da idade, responsável pelo envelhecimento natural das fibras musculares, pode levar a uma hipotrofia ou a substituição destas por adipócitos ou células de tecido conjuntivo, diminuindo, assim, a capacidade dos músculos do assoalho pélvico de contribuir de maneira efetiva para o processo de continência^{12,13}. Além disso, a diminuição do estrogênio na pós-menopausa prejudica a coaptação da mucosa uretral, devido a atrofia epitelial e diminuição da vascularização local^{14,15}. O sobrepeso, presente em mulheres em período gestacional ou com elevado índice de massa corpórea (IMC), também tem sido apontado como fator de risco para a IU. A sobrecarga no assoalho pélvico pode desencadear alteração anatômica e/ou alterar a sua função de sustentação

dos órgãos pélvicos e de controle miccional¹⁶. Outro fator de risco importante é a história familiar, tendo em vista que características genéticas podem alterar a proporção entre fibras musculares tipo I e II e/ou de tecido conjuntivo^{17,18}. Os partos vaginais também aumentam o risco para a IU, devido à maior chance de lesões de fibras musculares e nervosas no assoalho pélvico. Outros fatores de risco freqüentemente associados à IU é a presença da IU gestacional e IU pós-parto^{19,20}, provavelmente devido a neuropatia resultante do estiramento e pressão sobre o nervo pudendo, que pode iniciar durante a gestação, piorar no pós-parto e progredir lentamente com o avançar da idade²¹. Segundo Dolan et al.²², a presença de IU gestacional duplica o risco de ocorrência de IU, impactando negativamente a qualidade de vida das mulheres no futuro²².

A qualidade de vida tem sido um desfecho importante em saúde. Estudos demonstram que a IU impacta negativamente na qualidade de vida tanto de mulheres quanto de homens²³⁻²⁵. Além da importância para o indivíduo especificamente, a qualidade de vida tem sido também relevante para avaliar a satisfação deste em relação aos resultados do tratamento. Já existem instrumentos específicos que quantificam a qualidade de vida – inclusive instrumentos específicos para mulheres com IU já traduzidos para a língua portuguesa^{23,24}. Esses instrumentos levam em consideração aspectos importantes da vida cotidiana do indivíduo, como o estado das relações pessoais e de trabalho, desenvolvimento de atividades físicas, ocupacionais e de lazer^{23,24}. Em mulheres com IU, são comuns o isolamento social e o aparecimento de depressão²⁵. É importante ressaltar, no entanto, que mulheres com sinais e sintomas similares de IU podem apresentar diferentes níveis de qualidade de vida. Tal fato pode estar relacionado a diferentes estratégias de enfrentamento; por exemplo, algumas mulheres consideram a IU uma consequência natural do processo de envelhecimento e passam a usar absorventes higiênicos para minimizar o impacto dessa disfunção no seu cotidiano, enquanto outras buscam tratamento especializado.

Historicamente, a IU vem sendo tratada por meio de cirurgias e medicamentos, ainda que, em 1948, Arnold Kegel já houvesse proposto uma série de exercícios da musculatura perineal com o objetivo de minimizar seus sinais e sintomas. Essa abordagem vem sofrendo transformações, tendo em vista que o tratamento cirúrgico é um recurso invasivo, pode trazer complicações, tem tempo de recuperação demorado, além do sucesso não ser totalmente garantido e de existirem chances de recidivas^{26,27}. Por outro lado, os efeitos da terapia medicamentosa dependem de uso contínuo e podem causar efeitos colaterais indesejáveis⁵. O tratamento fisioterapêutico foi, em 2005, indicado pela Sociedade Internacional de Continência como a opção de primeira linha para IU, devido ao baixo custo, baixo risco e eficácia comprovada²⁸⁻³⁰.

Mesmo sendo a fisioterapia indicada como a primeira opção de tratamento da IU³⁰, existem relativamente poucos serviços públicos de atendimento fisioterapêutico a mulheres incontinentes no Brasil. Além disso, é importante ressaltar que os autores do presente estudo não identificaram estudos que descrevem o perfil das mulheres com IU que procuram assistência fisioterapêutica. Portanto, o objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil clínico e sociodemográfico das mulheres com IU atendidas em um serviço público de Fisioterapia Uroginecológica, assim como caracterizar o impacto da IU na qualidade de vida dessas mulheres. As informações obtidas poderão ser úteis para nortear a adequação da dinâmica de funcionamento de serviços, ampliar a circulação de informações e promover o debate e a criação de novos serviços, além de fornecer dados que contribuirão para o conhecimento do perfil de mulheres com IU atendidas em serviço público de Fisioterapia Uroginecológica no Brasil.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo descritivo transversal retrospectivo que caracteriza, sociodemográfica e clinicamente, as mulheres atendidas no Serviço de Fisioterapia Uroginecológica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), encaminhadas por urologistas, uroginecologistas e ginecologistas do próprio serviço, no período de abril de 2006 a maio de 2007. O complexo HC-UFMG atende prioritariamente o Sistema Único de Saúde (SUS). O Serviço de Fisioterapia Uroginecológica foi criado e aprovado pela DEPE/HC-UFMG, sob parecer 04/2006, e as participantes do presente estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

O referido serviço funcionou durante oito horas semanais, em 2006, e durante 16 horas semanais, em 2007. Os atendimentos foram prestados por estudantes do curso de graduação em Fisioterapia da UFMG, devidamente treinados e supervisionados pela professora da disciplina de Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia do curso de graduação em Fisioterapia da UFMG e por uma fisioterapeuta voluntária do HC-UFMG com experiência na área de Fisioterapia em Saúde da Mulher.

Dos prontuários e fichas de avaliação fisioterapêutica, foram coletados dados sociodemográficos (idade, escolaridade, estado civil), dados clínicos e sobre o impacto da IU na qualidade de vida das mulheres atendidas. Os seguintes dados clínicos foram incluídos: tipos de IU (definidos clinicamente de acordo com a classificação de IU da Sociedade Internacional de Continência¹), sinais e sintomas da IU (polaciúria, noctúria, enurese noturna, urgência, urge-incontinência, perda aos esforços), fatores de risco para a IU (história familiar, número de gestações, tipo de parto, IU gestacional, IU pós-parto), função

perineal operacionalizada por meio da escala de *Oxford*. Por meio da observação e da palpação bidigital do canal vaginal, esta escala ordinal gradua a pressão de oclusão e elevação da vagina, em valores de 0, para ausência de contração muscular, a 5, para contração muscular forte e sustentada com elevação da vagina¹⁴. O impacto da IU na qualidade de vida das participantes foi operacionalizado pelo *Quality of Life in Persons with Urinary Incontinence* (IQoL)²³. Este instrumento, traduzido para a língua portuguesa de Portugal, se adapta bem à realidade brasileira. O IQoL foi usado no Serviço de Fisioterapia porque já vinha sendo usado pelos uroginecologistas da equipe. Os escores do IQoL variam de 0 a 100%, sendo que escores menores refletem pior qualidade de vida. Para o presente estudo, os escores IQoL foram categorizados como baixo (escores 0-25%), moderado (25,1%-50%), bom (50,1%-75%) e ótimo (75,1%-100%), a fim de permitir a descrição da distribuição de frequência desses escores entre as participantes.

Estatística descritiva, por meio de distribuição de frequência e proporção, foi aplicada para caracterizar as participantes com relação às variáveis sociodemográficas e clínicas. Os dados, coletados por duas pesquisadoras independentes, foram armazenados e analisados através do programa *Excel* (*Windows XP*).

Resultados

Por funcionar em um hospital público, o Serviço de Fisioterapia Uroginecológica atende especialmente usuárias do SUS e, no período avaliado, 63 mulheres com queixa de IU foram atendidas. Em função de informações incompletas, cinco prontuários e fichas de avaliação foram excluídos e, portanto, os dados analisados são referentes a 58 pacientes.

Com relação às características sociodemográficas, 7% das participantes tinham entre 20 e 39 anos, 81% entre 40 e 59 e 12%, 60 anos ou mais. Sessenta e dois por cento eram casadas, 19% solteiras, 7% viúvas e 12% divorciadas. A maior parte das participantes (79%) possuía grau de instrução fundamental completo ou incompleto.

Considerando-se as características clínicas, a distribuição dos casos de IU atendidos no serviço revelou que a maioria dos casos foi de IU mista (63%), seguida por casos de IUE (34%), conforme Figura 1. O estudo urodinâmico não foi realizado em todas as pacientes, sendo esse, portanto, um diagnóstico clínico. O tempo de perda urinária das pacientes atendidas variou entre 1 a 23 anos (média= 4,14 anos; dp= 4,14 anos; mediana= 3 anos). A maioria das mulheres não sofreu nenhuma intervenção terapêutica prévia para IU (72%), 21% delas sofreram algum tipo de intervenção cirúrgica (perineoplastia e/ou técnicas específicas para tratamento de IU, como a operação

de *Burch e Sling*), 5% receberam terapia medicamentosa prévia e 2% tiveram a combinação de cirurgia e medicamento. A prevalência de incontinência fecal associada à IU foi de 16%.

Com relação aos sinais e sintomas de IU, a perda ao esforço foi observada em 97% das participantes, sendo que as principais situações causadoras de perda urinária foram tosse, espirro, riso e a atividade de carregar peso. Quarenta e seis por cento das participantes apresentaram perda em jato, 28% em gotas e 14% perda completa de urina, ou seja, perda de grande quantidade de urina associada à sensação de esvaziamento completo da bexiga. Setenta e quatro por cento das participantes relataram urgência; 58%, a polaciúria; 52%, a noctúria e 34%, a enurese noturna (Figura 2). Visando minimizar o desconforto advindo desses sintomas, 64% das participantes relataram o uso de algum tipo de protetor, sendo 29% o uso de absorventes higiênicos, 12% de toalha e 3% de papel higiênico; as demais (17%), o uso variado destes protetores.

Em relação aos fatores de risco para a IU, 48% das participantes relataram história familiar negativa, 47% história positiva e 5% não souberam informar. Considerando-se os fatores de risco para IU relacionados à gestação e parto, 21% apresentaram IU gestacional; 21%, IU pós-parto e 14% apresentaram esses fatores combinados (Figura 3). Dentre as participantes que relataram IU pós-parto, 92% realizaram partos vaginais.

Oitenta e oito por cento das participantes relataram a ocorrência de gestações, sendo que 42% engravidaram de uma a três vezes e 36% de quatro a seis vezes. Com relação ao tipo de

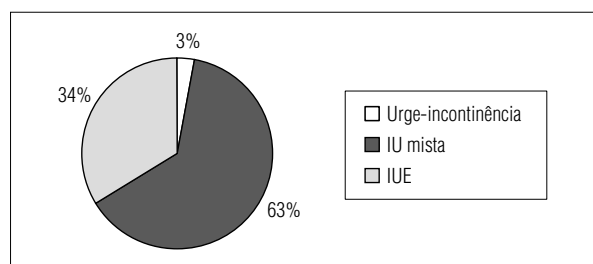


Figura 1. Distribuição da frequência percentual dos tipos de incontinência urinária.

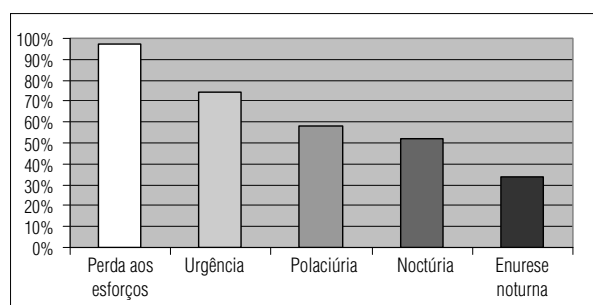


Figura 2. Distribuição da frequência percentual dos sinais e sintomas da incontinência urinária.

parto, 54% das participantes realizaram apenas parto vaginal, 12% apenas cesárea e 22% ambos os tipos.

A distribuição de frequência da função perineal revelou que a maioria das participantes apresentou grau 2 de pressão endovaginal, seguidas por graus 3 e 1 (Figura 4). Finalmente, em relação à qualidade de vida, 52% das participantes apresentaram escores superiores a 50%; 43%, abaixo de 50% e 5% não responderam o IQoL (Figura 5).

Discussão

Os resultados do presente estudo revelaram que a maioria das mulheres com IU atendidas no Serviço de Fisioterapia Uroginecológica apresenta faixa etária entre 40 e 59 anos. Este resultado é similar ao descrito por Mendonça et al.¹⁰, que investigaram 410 mulheres brasileiras atendidas em serviço especializado e encontraram maior prevalência de casos de IUE em mulheres na faixa etária entre 41 a 50 anos. Por outro lado,

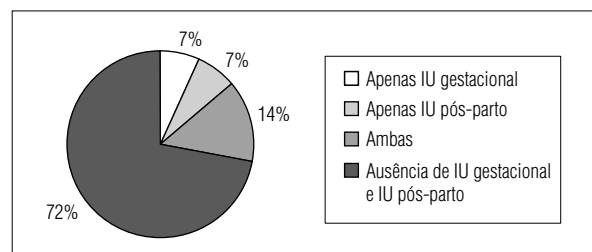


Figura 3. Distribuição da frequência percentual da IU gestacional e IU pós-parto.

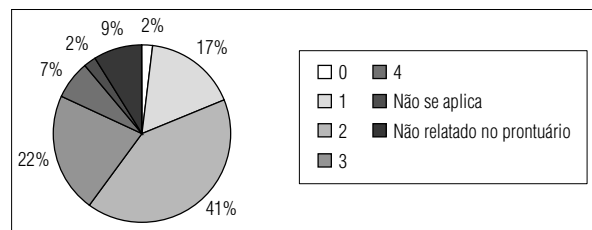


Figura 4. Distribuição da frequência percentual da função perineal, de acordo com a escala de Oxford.

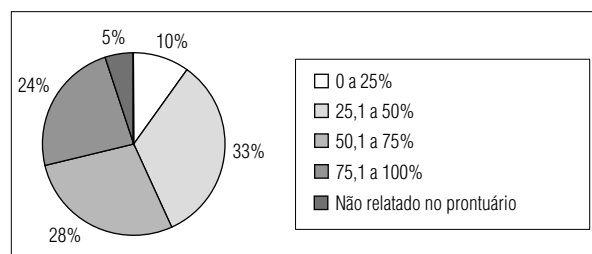


Figura 5. Distribuição da frequência percentual dos escores do questionário de qualidade de vida (IQoL).

considerando que a prevalência da IU aumenta com o avançar da idade³¹, poderia ser esperado maior número de mulheres idosas com IU sendo atendidas no referido serviço. A desinformação de que a IU é uma consequência natural do processo de envelhecimento e de que não há tratamento para mesma^{8,32}, a presença de patologias crônicas nas mulheres mais idosas assim como a relativa menor importância dada à disfunção urinária comparada a outras disfunções podem, em conjunto ou isoladamente, explicar a predominância de mulheres na referida faixa etária.

O nível de escolaridade mais baixo observado na amostra investigada, similar a outros estudos envolvendo população brasileira⁷⁻⁹, indica que os profissionais do serviço devem estar atentos para abordar adequadamente a paciente, tendo em vista que parte do tratamento fisioterapêutico para IU, especialmente para os casos de IU mista e urge-incontinência, inclui terapia comportamental, na qual a efetividade depende da adequada compreensão das informações sobre como lidar com os sintomas associados à disfunção urinária³³.

A literatura cita a IUE como o tipo mais prevalente de IU, seguido pela IU mista e pela urge-incontinência^{8,9,34}. Os dados aqui apresentados revelam que a maioria das participantes apresentava IU mista seguida da IUE e poucas apresentavam urge-incontinência isoladamente. O critério de encaminhamento das pacientes para a intervenção fisioterapêutica pode ter contribuído para tal resultado. Como ainda não existe definição global acerca de quais tipos e gravidade de IUE melhoram ou não com a intervenção fisioterapêutica, os profissionais do serviço definiram seus próprios critérios de encaminhamento. Um critério considerado é a gravidade da IUE, definida pela pressão de perda de urina durante o estudo urodinâmico. Casos de IUE com pressões de perda inferiores a 90cmH₂O não vinham sendo rotineiramente encaminhados para tratamento fisioterápico. Tal fato pode ter contribuído, portanto, para a maior prevalência de casos de IU mista na amostra investigada, podendo não refletir a realidade da população de mulheres com IU. Futuros estudos, que documentem a distribuição de cura e melhora de casos de IUE tratados com fisioterapia serão úteis no sentido de definir critérios objetivos de encaminhamento para tratamento fisioterápico, podendo oferecer mais uma modalidade de tratamento para mulheres com casos graves de IUE.

A prevalência de queixa de incontinência fecal associada à IU na amostra estudada foi similar à descrita na literatura⁵. Existe, portanto, a necessidade da adequada preparação dos profissionais para oferecer uma abordagem ampla, que considere não somente aspectos uroginecológicos, mas também de proctologia.

Alguns autores citam perda aos esforços^{2,21}, urgência^{2,21}, polaciúria⁶, noctúria⁶ e enurese noturna⁶ como sinais e sintomas prevalentes em mulheres com IU. No presente estudo, todos

esses foram observados, com destaque para a perda aos esforços e a urgência (Figura 2). Tais resultados revelam a necessidade de se considerar os sintomas acima desde a avaliação da paciente, para que se possa planejar o tratamento mais adequado para cada caso. No entanto, os dados sobre sinais e sintomas não devem ser supervalorizados, pois não informam acerca do impacto desses na qualidade de vida das pacientes, o que pode ser o desfecho mais almejado pelas mesmas. Futuros estudos investigando a relação entre os sinais e sintomas da IU e a qualidade de vida das mulheres afetadas são necessários para o desenvolvimento de estratégias mais efetivas de intervenção fisioterapêutica, considerando o indivíduo dentro de seu contexto social.

Uma alta prevalência de uso de algum tipo de protetor, provavelmente com o objetivo de minimizar o desconforto causado pela perda urinária, foi observada neste estudo, diferente do estudo de Silva e Santos⁷, que encontraram prevalência de uso de protetores em 25,9% dos 77 pacientes hospitalizados investigados. Essa relativa baixa prevalência de uso de protetores pode estar relacionada ao fato de a amostra daquele estudo ter sido composta também por homens, em contrapartida à do presente estudo, constituída somente por mulheres. O comportamento observado nas participantes do presente estudo pode refletir uma estratégia de enfrentamento da IU, indicando a necessidade de se analisar essas e outras possíveis estratégias de enfrentamento, no sentido de se avançar na compreensão de como diferentes mulheres lidam com suas disfunções urinárias. Tal conhecimento poderia orientar medidas preventivas do agravamento da disfunção urinária, tendo em vista que o uso de um mesmo protetor por longos períodos pode induzir a ocorrência de lesões epiteliais e infecção urinária, e, em longo prazo, levar à hiperatividade do músculo detrusor da bexiga³⁵.

Aproximadamente metade das participantes deste estudo relatou história familiar de IU. Esse resultado é similar a um estudo prévio¹⁸ e sugere a necessidade de se trabalhar preventivamente com mulheres com história familiar positiva de IU, objetivando prevenir e/ou diminuir o impacto negativo dessa disfunção em suas vidas.

Sabe-se que o aumento do peso na gestação¹⁶ assim como o parto vaginal^{7,21,22} podem elevar o risco da ocorrência de IU. No presente estudo, 88% das participantes apresentaram gestações e 76%, o parto vaginal. Esses resultados reforçam a importância da investigação desses fatores de risco para a IU e apontam para a necessidade de se trabalhar preventivamente com gestantes que pretendem realizar partos vaginais, assim como informá-las da importância do controle do peso corporal neste período. Adicionalmente, foi observado que dois terços das mulheres que apresentaram IU durante a gestação também apresentaram IU no pós-parto. Mais uma vez, os resultados observados revelam a importância da abordagem preventiva

durante a gestação, através da conscientização e treinamento da musculatura do assoalho pélvico¹⁹, a fim de se reduzir a prevalência da IU em fases posteriores de suas vidas.

Similar a estudo prévio³⁶, a função perineal observada foi baixa, indicando que as mulheres que compuseram a amostra investigada apresentam pouca percepção corporal e baixa capacidade de contração dos músculos do assoalho pélvico. Entretanto, é importante ressaltar que mulheres que apresentaram o mesmo grau de função perineal podem relatar diferentes sintomas de IU e do seu impacto na sua vida diária. Um possível fator associado a esta variação seria a existência de diferentes mecanismos de continência, como os que não dependem diretamente da função do assoalho pélvico, mas do sistema de suporte uretral e do sistema de fechamento dos esfíncteres uretrais^{37,38}.

Estudos recentes vêm documentando o impacto negativo da IU na qualidade de vida das mulheres^{11,25,39}. Questionários específicos para mulheres com IU, como o IQoL utilizado neste estudo, são importantes para avaliar o impacto da doença sob o ponto de vista do paciente e sua percepção de melhora após o tratamento²⁴. No presente estudo, observou-se que pouco mais

da metade das mulheres apresentou escores no IQoL acima de 50%, indicando impacto relativamente pequeno da UI na qualidade de vida. Tal resultado pode estar relacionado ao fato de que, no serviço investigado, as mulheres com sintomas graves de perda urinária vinham sendo encaminhadas diretamente para a cirurgia, sem passar pelo atendimento fisioterapêutico. Os resultados apresentados refletem, portanto, um critério específico do serviço e devem ser analisados com cautela, tendo em vista que podem não refletir a realidade da população de mulheres com IU. Ainda que na amostra investigada o impacto da IU na qualidade de vida tenha sido relativamente pequeno, isso não diminui a importância das queixas das pacientes, pois, por menor que seja o impacto da IU na sua qualidade de vida, esse deve ser considerado e adequadamente abordado.

Esses resultados contribuirão para o direcionamento do foco de abordagem na avaliação e intervenções preventivas e reabilitadoras para mulheres com IU neste e em outros serviços, além de ampliar o conhecimento do perfil das mulheres com IU atendidas em serviços públicos que prestam assistência fisioterapêutica uroginecológica.

Referências bibliográficas

- Griffiths D, Kondo A, Bauer S, Diamant N, Liao L, Lose G, et al. Dynamic testing. In: Abrams P, Cardozo L, Koury S, Wen A, editores. Incontinence – Basic & Evaluation. International Continence Society; 2005. p. 585-674.
- Abrams PH, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, 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.
- Berghmans LC, Hendriks HJ, De Bie RA, Van Waalwijk van Doorn ES, Bø K, van Kerrebroek PE. Conservative treatment of urge urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials. *BJU Int*. 2002;85:254-63.
- Dmochowsky R, Staskin D. Mixed incontinence: definitions, outcomes, and interventions. *Curr Opin Urol*. 2005;15:374-9.
- Fialkow MF, Melville JL, Lentz GM, Miller EA, Miller J, Fenner DE. The functional and psychosocial impact of fecal incontinence on women with urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;189(1):127-9.
- Silveira ABFN, Fogaça D, Júnior JK, Busato D, Francisco JAF. Transobturador sling: results of a center of urogynecology in Curitiba in the year 2004. *Rev Col Bras Cir*. 2007;34:123-6.
- Silva APM, Santos VLCG. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(1):36-45.
- Blanes L, Pinto Rde T, Santos VL. Urinary incontinence. Knowledge and attitudes in São Paulo. *Braz J Urol*. 2001;27:281-8.
- Guarisi T, Pinto Neto AM, Osís MJ, Pedro AO, Paiva LHC, Faúndes A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(5):428-35.
- Mendonça M, Reis RV, Macedo CBMS, Barbosa KSR. Prevalência da queixa de incontinência urinária de esforço em pacientes atendidas no serviço de ginecologia do Hospital Júlia Kubitschek. *J Bras Ginecol*. 1997;107:153-5.
- van der Vaart CH, de Leeuw RJ, Roovers JP, Heintz APM. The effect of urinary incontinence and overactive bladder symptoms on quality of life in young women. *BJU Int*. 2002;90:544-9.
- Danforth KN, Townsend MK, Lifford K, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;194(2):339-45.
- Grodstein F, Fretts R, Lifford K, Resnick N, Curhan G. Association of age, race, and obstetric history with urinary symptoms among women in the Nurses' Health Study. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;189(2):428-34.
- Baracho E. Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;2007.
- Goldstein SR, Johnson S, Watts NB, Ciaccia AV, Elmerick D, Muram D. Incidence of urinary incontinence in postmenopausal women treated with raloxifene or estrogen. *Menopause*. 2005;12(2):160-4.
- Subak LL, Whitcomb E, Shen H, Saxton J, Vittinghoff E, Brown JS. Weight loss: a novel and effective treatment for urinary incontinence. *J Urol*. 2005;174(1):190-5.
- Laycock J, Standley A, Crothers E, Naylor D, Frank M, Garside S, et al. Clinical Guidelines for the Physiotherapy Management of Females aged 16-65 with Stress Urinary Incontinence. Londres: Chartered Society of Physiotherapy; 2001.
- Mushkat Y, Burovsky I, Langer R. Female Urinary stress incontinence – does it have a familial prevalence? *Am J Obstet Gynecol*. 1996;174(2):617-9.



19. Mørkved S, Bø K, Schei B, Salvesen KA. Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2003;101(2):313-9.
20. Chaliha C, Stanton SL. Urological problems in pregnancy. *BJU Int.* 2002;89:469-76.
21. Viktrup L, Lose G. Lower urinary tract symptoms 5 years after the first delivery. *Int Urogynecol J.* 2002;11:336-40.
22. Dolan LM, Hosker GL, Mallett VT, Allen RE, Smith ARB. Stress incontinence and pelvic floor neurophysiology 15 years after the first delivery. *BJOG.* 2003;110:1107-14.
23. Patrick DL, Martin ML, Bushnell DM, Marquis P, Andrejasich CM, Buesching DP. Cultural adaptation of a quality-of-life measure for urinary incontinence. *Eur Urol.* 1999;36:427-35.
24. Tamanini JTN, D'Ancona CAL, Botega NJ, Netto Jr NR. Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. *Rev Saúde Pública.* 2003;37(2):203-11.
25. Huang AJ, Brown JS, Kanaya AM, Creasman JM, Ragins AI, Van den Eeden SK, et al. Quality-of-life impact and treatment of urinary incontinence in ethnically diverse old women. *Arch Intern Med.* 2006;166:2000-6.
26. Cammu H, Van Nylen M, Amy JJ. A 10-year follow-up after Kegel pelvic floor muscle exercises for genuine stress incontinence. *BJU Int.* 2000;85:655-8.
27. D'ancona CAL, Júnior NRN. Aplicações clínicas da urodinâmica. 3a ed. São Paulo: Atheneu; 2001.
28. Neumann PB, Grimmer KA, Grant RE, Gill VA. Physiotherapy for female stress urinary incontinence: a multicentre observational study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2005;45:226-32.
29. Dannecker C, Wolf V, Raab R, Hepp H, Anthuber C. EMG-biofeedback assisted pelvic floor muscle training is an effective therapy of stress urinary or mixed incontinence: a 7-year experience with 390 patients. *Arch Gynecol Obstet.* 2005;273:93-7.
30. Abrams PH, Cardozo L, Khoury S, Wein A. Urinary incontinence – adult conservative management. 3rd International Consultation Committee of the International Continence Society, 2005.
31. Hunskaar S, Burgio K, Diokno A, Herzog AR, Hjälmås K, Lapitan MC. Epidemiology and natural history of urinary incontinence in women. *Urology.* 2003;62(4 Suppl 1): 16-23. Review.
32. Melville JL, Katon W, Delaney K, Newton K. Urinary incontinence in women. *Arch Intern Med.* 2005;165(5):537-42.
33. Subak LL, Quesenberry CP, Posner SF, Cattolica E, Soghikian K. The effect of behavioral therapy on urinary incontinence: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2002;100(1):72-8.
34. Diokno AC, Estanol MV, Mallett V. Epidemiology of lower urinary tract dysfunction. *Clin Obstet Gynecol.* 2004;47(1):36-43.
35. Brazzelli M, Shirran E, Vale L. Absorbent products for containing urinary and/or faecal incontinence in adults. *The Cochrane Library.* 2007;1.
36. Thompson JA, O'Sullivan PB, Briffa NK, Neumann P. Assessment of voluntary pelvic floor muscle contraction in continent and incontinent women using transperineal ultrasound, manual muscle testing and vaginal squeeze pressure measurements. *Int Urogynecol J.* 2006;17:624-30.
37. Ashton-Miller JA, Howard D, Delancey JOL. The functional anatomy of the female pelvic floor and stress continence control system. *Scand J Urol Nephrol Suppl.* 2001;207:1-7.
38. Bø K. Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work? *Int Urogynecol J.* 2004;15:76-84.
39. Nygaard I, Turvey C, Burns TL, Crischilles E, Wallace R. Urinary incontinence and depression in middle-aged United States women. *Obstet Gynecol.* 2003;101(1):149-56.