

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E UROGINECOLÓGICO DE MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA ATENDIDAS NO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA NA AMAZÔNIA

Sociodemographic and urogynecological profile of women with Urinary Incontinence treated at a physiotherapy service in the Amazon

Brunna Gabrielli Freitas da Costa¹

Daiana Correa Sodré¹

Carla Iasmin Lima Lemos²

Cibele Nazaré Câmara Rodrigues³

RESUMO

Objetivo: Conhecer o perfil sociodemográfico e uroginecológico de mulheres com incontinência urinária atendidas em um serviço público da Amazônia. **Metodologia:** Foi um Estudo transversal, documental e quantitativo. A amostra foi composta por mulheres com incontinência urinária que buscaram o serviço de fisioterapia no período de 2017-2020. Foram coletados os dados pessoais, antecedentes ginecológicos, antecedentes sexuais, sintomas urológicos e realizado o exame físico com a utilização do esquema *PERFECT*. **Resultados:** O estudo foi composto pelo prontuário de 51 pacientes, com idade média de $52,7 \pm 10,7$ anos, 49% casada, 46,9% dona de casa, 89,4% residiam em Belém, 88,2% renda de até um salário-mínimo, 41,1% escolaridade com ensino médio e apresentaram como antecedentes ginecológicos, que 62,7% estavam pós-menopausa, 84,3% não faziam reposição hormonal, 50% teve parto normal e 68,62% tinham vida sexual ativa. Em relação aos tipos de incontinência urinária, 54% tinham IUM, 34% IUE e 12% IUU. Na escala *PERFECT*, a média da performance muscular (P) foi 2,1. **Conclusão:** Mulheres adultas, menopausadas, multíparas apresentam incontinência urinária mista e contração dos músculos do assoalho pélvico graduada como fraca. Portanto conhecendo esse perfil podemos contribuir para que políticas públicas preventivas e de tratamento mais assertivas possam ser traçadas.

Palavras-chave: Fisioterapia. Incontinência Urinária. Saúde da Mulher.

1- Discente de Fisioterapia da Universidade Federal do Pará – UFPA, Belém – PA, Brasil

2- Fisioterapeuta; Discente do Programa de Pós Graduação em Urologia da Universidade Federal de São Paulo

3- Fisioterapeuta; Doutora em Teoria e Pesquisa do Comportamento e Docente da Universidade Federal do Pará (UFPA); Belém – PA, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To know the sociodemographic and urogynecological profile of women with urinary incontinence attended at a public service in the Amazon. **Methodology:** It was a cross-sectional, documentary, and quantitative study. The sample consisted of women with urinary incontinence who were assisted by the physiotherapy service in the period of 2017-2020. The personal data, gynecological history, sexual history and urological symptoms were collected and the physical examination was performed using the PERFECT protocol. **Results:** The study consisted of 51 medical records, with an average age of 52.7 ± 10.7 years old, 49% of the women were married, 46.9% were housewife, 89.4% of them lived in Belém, 88.2% had income up to one minimum wage, 41.1% had completed high school and they presented as gynecological antecedents, that 62.7% were postmenopausal women, 84.3% did not undergo hormone replacement therapy, 50% had normal labor and 68.62% had active sexual life. Concerning the types of urinary incontinence, 54% had IUM, 34% SUI and 12% UUI. Regarding the PERFECT protocol, the average muscle performance (P) was 2.1. **Conclusion:** Adult, postmenopausal, multiparous women have mixed urinary incontinence and pelvic floor muscle contraction graded as weak Therefore, Knowing thos profile we can contribute that assertive preventive and treatment public policies can be designed.

Keywords: Physical Therapy, Urinary Incontinence, Women's Health

INTRODUÇÃO

A International Continence Society (ICS) caracteriza Incontinência Urinária (IU) como perda involuntária de urina. A IU pode ocorrer em ambos os sexos, em diversas idades, porém é mais frequente em mulheres, sendo dividida em Incontinência Urinária de Esforço (IUE), que ocorre quando há um aumento da pressão intra-abdominal levando a um aumento da pressão vesical que sobrepõe a pressão limite de fechamento uretral -esse aumento de pressão pode ocorrer durante espirro, carregamento de peso, tosse ou salto. Já a Incontinência Urinária de Urgência (IUU), que ocorre quando há a perda involuntária de urina associada à urgência. Enquanto que a Incontinência Urinária Mista (IUM) é a união dos dois tipos de IU citados anteriormente¹. A etiologia da IU é multifatorial entre eles estão o hipoestrogenismo, fraqueza muscular, alteração do epitélio mucoso e hiper mobilidade uretral² e os fatores de risco conhecidos são sexo feminino, etnia branca, idade avançada, paridade e sobrepeso³.

Em 2018, previa-se que a IU afetasse em torno de 423 milhões de pessoas, as quais dessas 303 milhões eram mulheres de países em desenvolvimento da Ásia, América do Sul e África⁴. Sabe-se que a incontinência urinária afeta de forma negativa a qualidade de vida de mulheres com IU, podem apresentar depressão e/ou ansiedade, dificuldade no trabalho, além de redução da atividade sexual⁵. Além disso, ocorre gastos econômicos com protetores higiênicos, o custo médio anual em 2019 com higiene de mulheres com IU na Alemanha foi de R\$ 3.162,76, na Espanha R\$ 4.022,54 e na Grã-Bretanha / Irlanda R\$ 2.425,80, no qual os absorventes representavam 51% do custo. Portanto, o custo é com manejo da incontinência urinária e não com o tratamento².

O diagnóstico é realizado com base no autorrelato da paciente, questionários validados, exame físico, teste do absorvente de 1h e estudo urodinâmico. Enquanto que o tratamento da IU pode ser dividido em conservador e cirúrgico, no tratamento conservador temos medidas comportamentais, medicamentos e fisioterapia. No qual esta proporciona educação em saúde para prevenir a IU e tratamento com promoção da conscientização corporal, fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico (MAP), proporcionando redução da sintomatologia. Desde 2005, recomenda-se para IUE a fisioterapia pélvica como primeira opção de tratamento⁶. Sendo assim, a fisioterapia é indicada para atender esta demanda de pacientes, principalmente vindos da rede pública, já que auxilia na retirada de pacientes da fila de espera para cirurgia de IU⁷.

A avaliação fisioterapêutica é parte do processo de tratamento das pacientes que buscam o serviço especializado, consiste em entrevista, cujo objetivo se dá para o conhecimento do contexto no qual essa pessoa está inserida a fim de identificar as dificuldades e facilidades que poderão interferir no processo terapêutico, e pela avaliação física no qual identifica-se as disfunções e incapacidades⁸, onde analisa-se a integridade neurológica, sensibilidade, inspeção e palpação do tônus muscular. Pode-se realizar também a graduação da contração dos músculos do assoalho pélvico através da palpação digital, dinamômetro, manometria ou eletromiografia⁹. Após avaliação o profissional irá traçar seu diagnóstico cinético-funcional, objetivos e condutas⁸.

Sendo assim, para abordar esta problemática é preciso conhecer em que condições essas mulheres chegam ao atendimento identificando o cenário que elas estão inseridas, para que deste modo se estabeleça formas de assistência, definindo maneiras mais assertivas de intervenção. Além disso, na Amazônia este tipo de trabalho é escasso o que justifica a execução desta pesquisa. Por isso, o estudo tem como objetivo conhecer o perfil sociodemográfico e uroginecológico de pacientes com IU atendidas na Amazônia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, documental e quantitativo. Foi realizado a partir das informações contidas nos prontuários das pacientes atendidas no serviço de fisioterapia pélvica do Centro de Saúde da Mulher e da Criança (CASMUC) localizado na Universidade Federal do Pará (UFPA) no período de 2017-2020. As pacientes foram encaminhadas pelo próprio setor ou demanda externa. Este trabalho obedece aos princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Pará (UFPA) sob o Número do Parecer: 4.393.793; CAEE: 39323220.9.0000.0018 e todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram incluídos no estudo os prontuários de 51 pacientes do sexo feminino com diagnóstico médico de IU, excluindo-se os prontuários que apresentavam outros tipos de patologias. No primeiro contato com as pacientes era preenchida a ficha de avaliação. Essa ficha foi elaborada pelos pesquisadores e era composta por perguntas sobre identificação, dados sociodemográficos, antecedentes pessoais, antecedentes obstétricos, antecedentes ginecológicos, antecedentes urinários, antecedentes sexuais e exame físico. Para avaliar a funcionalidade do MAP, utilizamos a escala *PERFECT* que mensura: performance (*Power/Pressure*), manutenção da contração (*Endurance*), repetições das contrações mantidas (*Repetitions*), número de contrações rápidas (*Fast*), cronometragem das contrações (*Every/ Contraction /Timed*)¹⁰.

Os dados coletados foram organizados em planilhas no *software Microsoft Excel 2007®* e a interpretação foi realizada por meio de estatística descritiva com análise de frequência.

RESULTADOS

Participaram do estudo cinquenta e uma mulheres com idade média de $52,7 \pm 10,7$ anos. Observa-se que a amostra se caracteriza por mulheres adultas, em relacionamento estável, dona de casa e baixo nível econômico. A tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos contidos nos prontuários. Na tabela 2 estão descritos os antecedentes ginecológicos, a maioria estavam na pós-menopausa, não faziam reposição hormonal, tiveram parto normal e tinham a vida sexual ativa.

Tabela 1: Dados sociodemográficos (n=51)

Variáveis		N	%
Estado Civil	Solteira	17	33,3
	Casada	30	58,8
	Viúva	4	7,8
	Não respondeu	0	
Escolaridade	Alfabetizado	6	11,8
	Fundamental	3	5,9
	Médio	7	13,7
	Superior	1	2,0
	Não respondeu	34	66,7
Residência	Belém	42	82,4
	Ananindeua	4	7,8
	Interior	1	2,0
	Não respondeu	4	7,8
Ocupação	Dona de Casa	23	45,1
	Diarista	6	11,8
	Doméstica	3	5,9
	Comércio/Autônomo	15	29,4
	Estudante	1	2,0
	Professor	1	2,0
	Não respondeu	2	3,9
Renda	Até 1 salário mínimo	15	29,4
			0,0
	Não respondeu	36	70,6

Tabela 2: Antecedentes obstétricos e ginecológicos (n=51)

Antecedentes	Sim	Não
Parto normal	41	10
Parto Cesárea	24	27
Fórceps	5	46
Episiotomia	8	43
Laceração	35	16
Menopausa	32	19
TRH*	8	43
Atividade Sexual	35	16

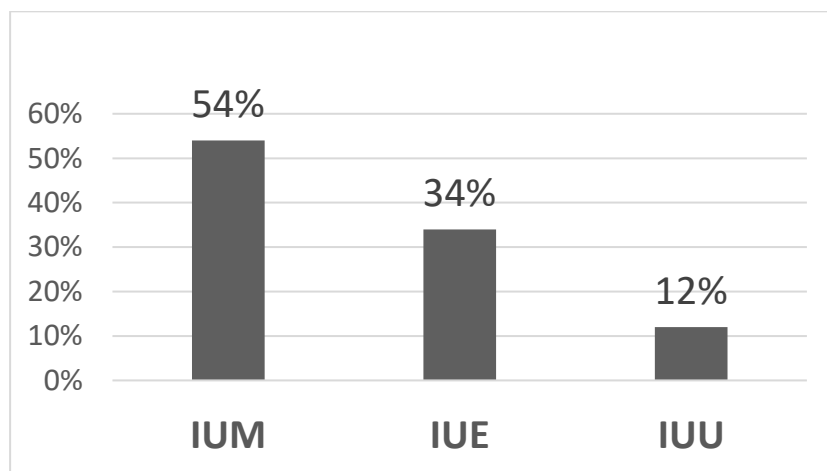
*TRH: Terapia de Reposição Hormonal

Na tabela 3, é apresentado os sintomas urinários. Mostrando que perda de urina aos esforços, desejo pós-miccional, urge-incontinência, e urgência são os sintomas mais relatados. Sobre os tipos de incontinência urinária, baseado no diagnóstico médico 54% tinham incontinência urinária mista, 34% incontinência urinária de esforço e 12% incontinência urinária de urgência (Figura 1).

Tabela 3: Sintomas urinários (n=51)

Sintomas	N	%
Noctúria	13	26,5
Gotejamento pós Miccional	22	43,1
Ardor	10	19,6
Urgência	27	52,9
Incontinência de Urgência	28	54,9
Desejo pós Micção	30	58,8
Perdas aos Esforços	40	78,4

Figura 1 – Tipo de incontinência Urinária (n=51)



Nota: IUM = Incontinência Urinária Mista; IUE = Incontinência Urinária de Esforço; IUU = Incontinência Urinária de Urgência.

No presente estudo o grau médio de contração dos músculos do assoalho pélvico foi de $2,1 \pm 1,2$, o qual é graduado como fraco. Sendo que, 12,5% sem contração, 17,5% esboço de contração, 25% contração fraca, 35% contração moderada e 10% contração forte. Na tabela 4, mostra a contração média graduada como fraca, músculos sem sustentação da contração, sem resistência e com contração rápida efetiva.

Tabela 4: Média e desvio padrão dos valores do Esquema PERFECT (n=40)

PERFECT	Média±DP	Min-Máx
P – Performance/Pressão	2,1±1,2	0 – 5
E – Endurance	2±2,4	0 – 10
R – Resistência	1±2	0 – 10
F – Fibra rápida	6±4	0 – 10

DISCUSSÃO

Este estudo buscou identificar o perfil sociodemográfico e uroginecológico de mulheres com IU atendidas no serviço de fisioterapia. Dentre os principais achados nos prontuários encontrou-se pacientes na quinta década de vida, multíparas, na pós menopausa e com principal ocupação dona de casa. Já o principal tipo de incontinência foi incontinência urinária mista e contração dos músculos do assoalho pélvico graduada como fraca.

Em relação à idade, havia pacientes desde a terceira década de vida até a sétima década, porém a maioria estava na quinta década de vida, similar ao estudo de Rodrigues *et al.*¹¹ o qual teve média de idade na faixa de 58 anos, e ao estudo de Feitosa *et al.*¹² que avaliou 452 pacientes com idade média de 55,29 anos. Outros estudos relacionam o avanço da idade com aumento na prevalência e maior impacto da incontinência urinária e outras disfunções pélvicas⁴.

A respeito dos antecedentes obstétricos, as pacientes eram multíparas com média de 3 gestações, semelhante a outros estudos com a população brasileira como de Rodrigues *et al.*¹¹ realizado no Sul do país e do Cornélio *et al.*¹³ realizado no nordeste do Brasil. Sabemos que múltiplos partos são fator de risco para a IU, já que provoca traumas repetidos no assoalho pélvico da mulher¹², além disso o estudo demonstrou que 90% das pacientes tiveram parto normal, sendo também considerado mais um fator de risco para a IU, pois este tipo de parto provoca impactos no assoalho pélvico¹⁴. Ademais o estudo de McKinnie V *et al.*¹⁵, que foi multicêntrico prospectivo e observacional, realizado com 1004 mulheres e teve como objetivo determinar os efeitos relativos da gravidez e sua prevalência de incontinência urinária e fecal, concluiu que a gravidez aumenta o risco de incontinência urinária e fecal e o parto cesáreo não diminui o risco de IU ou fecal em comparação com a gravidez com parto vaginal,

sendo que o Brasil tem uma taxa de 54% deste tipo de parto, apesar de os benefícios do parto cesáreo não serem bem quantificadas¹⁴.

Observou-se neste estudo que 62,7% das pacientes estão nos pós menopausa, resultados similares aos trazidos por Feitosa *et al.*⁸ que traz em seu estudo um valor de 66,8%. A meta-análise de Batmani *et al.*¹⁶, relata que no período da menopausa ocorre redução do hormônio estrogênio e do colágeno, ocasionando uma diminuição na elasticidade do músculo detrusor e mudanças nos músculos do assoalho pélvico e elevando a IU em mulheres. Além disso, apenas 15% das pacientes avaliadas faziam uso de TRH, informação importante visto que a redução do estrogênio pós menopausa leva a déficit na mucosa uretral e atrofia epitelial¹⁷.

Neste estudo, boa parte da amostra (46,93%) tinha como ocupação ser dona de casa, tal qual o estudo de Feitosa *et al.*¹² encontrou que a maior parte das pacientes (52,3%) era dona de casa ou aposentada, o que pode gerar uma sobrecarga no assoalho pélvico devido às atividades que possam envolver um maior esforço físico ou repetitivas.

Autores citam a IUE como o tipo mais prevalente de IU, seguido pela IUM e pela IUU¹⁷ como o estudo epidemiológico de EPICONT realizado na população europeia que identificou que a IUE é o tipo de incontinência mais prevalente em mulheres mais jovens e de meia idade, tendo seu pico na quinta década de vida, e que os outros dois tipos de IU continuam a aumentar com o passar dos anos^{18,19}. Contudo, no presente estudo a incontinência urinária mista foi o tipo mais encontrado, similar com o trabalho de Rodrigues *et al.*¹¹, o qual também foi realizado na população brasileira e avaliou 176 mulheres sendo 76,2% com IUM. Quanto aos sintomas urinários, 26,53% das pacientes do estudo apresentavam noctúria, enquanto no estudo de Cornélio *et al.*¹³ 80% das pacientes avaliadas relataram noctúria, apresentado como o terceiro sintoma mais presente em IU. No presente estudo, os sintomas mais relatados foram a perda aos esforços, desejo pós micção e a urgência.

No que se refere à contração dos músculos do assoalho pélvico, De Luccas *et al.*²⁰ verificou a funcionalidade dos músculos do assoalho pélvico e observou que mulheres que tinham a força graduada como fraca tinham maiores chances de apresentar alterações uroginecológicas, coloproctológicas, e disfunções sexuais. Neste estudo, a média da força muscular dos MAP, segundo o esquema PERFECT correspondeu a 2,1 referindo uma presença de contração fraca, bem como o estudo de Sousa *et al.*¹⁸ onde as pacientes antes da intervenção fisioterapêutica apresentaram uma média de força de $1,3 \pm 0,9$. Indicando que as pacientes apresentaram baixas percepções corporais e fraca capacidade de contração da musculatura do assoalho pélvico antes da intervenção.

As limitações deste estudo estão relacionadas ao fato de ser um estudo transversal com análise de prontuário, no qual os dados foram coletados para atividade assistencial. Além disso, devido a pandemia de Covid-19 decretada no início de 2020, ficou impossibilitada a continuação da coleta de dados.

CONCLUSÃO

A pesquisa contribui para o conhecimento do perfil uroginecológico de mulheres com incontinência urinária na Amazônia ao notar um perfil de pacientes com idade média de 55 anos, com predomínio de incontinência urinária mista, nível médio de escolaridade, baixa renda, no período da menopausa e contração dos músculos do assoalho pélvico graduada como fraca. Então, políticas públicas preventivas e de tratamento mais assertivas podem ser traçadas conhecendo o perfil dessa população.

Referências

1. Abrams Paul, Cardozo L, Wagg A, Wein A. Incontinence. 6 ed. Tokyo: 2017. 17 p.
2. Agnieszka IM, Daria KB, Caroline N, Sabina T. Incontinência urinária em mulheres: métodos modernos de fisioterapia como suporte para tratamento cirúrgico ou terapia independente. *Journal of Clinical Medicine*. 2020;9 (4):1211.
3. Araujo GTB. O custo da incontinência urinária no Brasil-Experiência do serviço de Uroginecologia da UNIFESP [tese de mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2009. 48 p.
4. Seshan V, Muliira JK. Incontinência urinária autorreferida e fatores associados à gravidade dos sintomas em mulheres adultas residentes na comunidade: implicações para a promoção da saúde da mulher. *Saúde da mulher BMC*. 2013;13:8.
5. Alappattu M, Neville C, Beneciuk J, Bishop M. Urinary incontinence symptoms and impact on quality of life in patients seeking outpatient physical therapy services. *Physiotherapy theory and practice*. 2016;32:107-112.
6. Feldner Jr, PC, Sartori MGF, Lima GR, Baracat EC, Girão MJBC. Diagnóstico clínico e subsidiário da incontinência urinária. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2006;28(1):54-62.
7. Dumoulin C, Morin M, Danieli C, Cacciari L, Mayrand MH, Tousignant M, Abrahamowicz M. Group-Based vs Individual Pelvic Floor Muscle Training to Treat

Urinary Incontinence in Older Women: A Randomized Clinical Trial. *JAMA internal medicine*. 2020;180:1284-1293.

8. Baracho, Elza. *Fisioterapia aplicada à saúde da mulher*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018. 412 p.
9. Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C, Cottenden A, Davila W, de Ridder D, Dmochowski R, Drake M, Dubeau C, Fry C, Hanno P, Smith JH, Herschorn S, Hosker G, Kelleher C, Koelbl H, Khoury S, Madoff R, Milsom I, Moore K, Newman D, Nitti V, Norton C, Nygaard I, Payne C, Smith A, Staskin D, Tekgul S, Thuroff J, Tubaro A, Vodusek D, Wein A, Wyndaele JJ Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society*. 2010;29(1):213-240.
10. Laycock J, Jerwood D. Pelvic Floor Muscle Assessment: The PERFECT Scheme. *Physiotherapy*. 2001;87:631-642 p.
11. Rodrigues MP, Barbosa LJF, Ramos JGL, Maurer L, Catarino BM, Thomaz RP, Paiva LL. Perfil das pacientes do ambulatório de uroginecologia de um Hospital Público de Porto Alegre com relação à incontinência urinária e à qualidade de vida. *Clin Biomed Res*. 2016;36(3):135-141.
12. Feitosa SM, Yuaso DR, Santos ACC, Alves GA, Sartori MGF, Girão MJBC, Castro RA. Perfil clínico, funcional e sociodemográfico das pacientes com incontinência urinária atendidas em um serviço público de fisioterapia uroginecológica. *Fisioterapia Brasil*. 2012;13(2):96 - 101.
13. Cornélio TCP, Carvalho BML, Soares MBS, Santos CR, Figueiras MC. Avaliação do perfil sociodemográfico e do impacto da Incontinência Urinária na qualidade de vida em mulheres atendidas no Município de Parnaíba-Piauí. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2012;10(34)
14. Tähtinen RM, Cartwright R, Tsui JF, Aaltonen RL, Aoki Y, Cárdenas JL, Dib RE, Joronen KM, Juaid SA, Kalatan S, Kochana M, Kopec M, Lopes LC, Mirza E, Oksjoki SM, Pesonen JS, Valpas A, Wang L, Tikkinen KA. Impacto a longo prazo do tipo de parto na incontinência urinária de esforço e na incontinência urinária de urgência: uma revisão sistemática e meta-análise. *European Urology*. 2016;70(1):148-158.

15. McKinnie V, Swift SE, Wang W, Woodman P, O'Boyle A, Kahn M, Valley M, Bland D, Schaffer J. O efeito da gravidez e modo de parto na prevalência de incontinência urinária e fecal. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193(2):512-7;
16. Batmani S, Jalali R, Mohammadi M, Bokae S. Prevalência e fatores relacionados à incontinência urinária em mulheres idosas em todo o mundo: uma revisão sistemática abrangente e meta-análise de estudos observacionais.. *BMC Geriatr.* 2021 Mar 29;21(1):212
17. Figueiredo EM, Lara JO, Cruz MC, Quintão DMG, Monteiro MVC. Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de serviço de Fisioterapia Uroginecológica da rede pública. *Brazilian Journal of Physical Therapy.* 2008;12(2):136-142
18. .Sousa JG, Ferreira VR, Oliveira RJ, Cestari CE. Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em idosas com incontinência urinária. *Isioterapia em Movimento.* 2011;24(1):39-46.
19. Ebbeseb MH, Hunskaar S, Rortveit G, Hannestad SH. Prevalência, incidência e remissão da incontinência urinária em mulheres: dados longitudinais do estudo norueguês HUNT (EPINCONT). *BMC Urology.* 2013;13(27)
20. De Luccas Batista NMT, Oliveira NA, Nunes EFC, Latorre GFS, Força e coordenação motora da musculatura do assoalho pélvico e a função sexual feminina. *IJHE- Interdisciplinary Journal of Health Education.* 2017;2(1):10-15.