

Rafaela Melo Gonçalves

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO E IMPACTO NA QUALIDADE
DE VIDA DE MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA ATENDIDAS
NA ATENÇÃO BÁSICA**

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG

2013

Rafaela Melo Gonçalves

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO E IMPACTO NA QUALIDADE
DE VIDA DE MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA ATENDIDAS
NA ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Fisioterapia da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Elyonara Mello de Figueiredo,
ScD

Co-orientadora: Camila Teixeira Vaz, MsC

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG

2013

RESUMO

A incontinência urinária (IU) acomete cerca de 30 a 60% da população feminina e tem sérias implicações negativas na qualidade de vida (QV) das mulheres. **Objetivo:** Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com IU atendidas em duas Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte e a gravidade da incontinência, assim como seu impacto na QV. **Materiais e método:** Neste estudo observacional transversal foram coletados dados sociodemográficos (idade, escolaridade, estado civil e ocupação), clínicos (estado hormonal, história obstétrica, função sexual e anal), características da IU (tipo, sintomas e início dos sintomas), gravidade da IU (quantidade e frequência de perda urinária) e impacto desta na QV (ICIQ-SF). Estatística descritiva, utilizando medidas de tendência central, dispersão e frequência, foi usada. **Resultados:** Foram recrutadas 85 mulheres com média de idade de 55,04 anos (DP=12,1). Pouco mais da metade tinha entre 40 e 59 anos (50,8%), primeiro grau incompleto (44,7%), eram casadas (50,6%), donas de casa (35,3%) e se encontravam na pós-menopausa (54,1%). Gestações (95,3%) e partos vaginais (78,8%) foram as características clínicas de maior ocorrência. A IU mista foi o tipo mais prevalente (67,1%), e o sintoma mais comum foi a perda aos esforços (91,8%). O volume médio de perda urinária foi 14,52 g (DP=28,2). A maioria foi capaz de contrair os MAP (95,3%). O impacto da IU na QV distribuiu-se em muito grave (20%), grave (27,06%), moderado (29,41%), leve (15,29%) e nenhum (8,24%). **Conclusão:** Os resultados desse estudo contribuem para o conhecimento do perfil de mulheres com IU, podendo orientar a estruturação de estratégias de intervenções preventivas e reabilitadoras neste e em outros serviços.

Palavras-chave: Perfil de Saúde; Incontinência urinária; Fisioterapia; Atenção Básica; Saúde Pública.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	4
2	MATERIAIS E MÉTODO.....	7
3	RESULTADOS.....	10
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
	REERÊNCIAS.....	33
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	35
	APÊNDICE B - AvaliaçãoFisioterapêutica.....	37
	ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.....	39
	ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.....	40
	ANEXO C – ICIQ-SF.....	41
	ANEXO D – Diário Miccional.....	42

1 INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é a perda involuntária de urina e acomete cerca de 30 a 60% da população feminina ao longo de suas vidas, sendo maior a prevalência em idosas¹. Segundo a *International Continence Society* (ICS), a IU pode ser classificada como: incontinência urinária de esforço (IUE), definida como a perda involuntária de urina pelo aumento da pressão intraabdominal após tosse, espirro ou exercícios físicos; incontinência urinária de urgência (IUU), que é a queixa de perda involuntária de urina acompanhada ou imediatamente precedida por urgência (desejo inadiável de urinar); e incontinência urinária mista (IUM), que é a associação das outras duas. Dentre todas, a IUE parece ser a mais prevalente, seguida pela IUM e então pela IUU¹.

A IU tem sérias implicações físicas, psicológicas e sociais², podendo causar diminuição da qualidade de vida (QV), já que essas mulheres muitas vezes não possuem informações do tratamento adequado e da própria doença. Além disso, é uma condição de saúde que onera os indivíduos e o sistema de saúde público devido ao alto custo que pode provocar, tanto no âmbito do seu tratamento clínico ou cirúrgico como nas situações de limitações de atividades que pode causar em pacientes economicamente ativos³. Estudos permitem afirmar que a IU tem impacto na funcionalidade e na QV das mulheres que apresentam essa condição de saúde, restringindo seu contato social, interferindo na sua vida sexual e nas tarefas domésticas e ocupacionais, desencadeando um alto índice de depressão nessas mulheres. Os efeitos psicossociais podem ser mais devastadores do que as consequências da IU sobre a saúde, influenciando as atividades diárias, a interação social e a autopercepção do estado de saúde⁴.

Em 2005, a ICS definiu o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (MAP) a opção de primeira escolha para o tratamento da IU devido ao baixo custo, baixo risco de efeitos colaterais e eficácia comprovada^{5,6}, além de ser minimamente invasivo, com o objetivo de melhorar a força, a resistência e o controle dessa musculatura, e treinamento vesical. Estudos apontam que os índices de cura e/ou melhora dos sintomas de IU variam entre 56 a 84%⁷.

No Brasil, existem relativamente poucos serviços públicos de atendimento fisioterapêutico a mulheres incontinentes³, que se concentram na atenção

secundária e por isso possuem grande demanda, dificultando o acesso da população. Um estudo de Figueiredo e colaboradores³ realizado em 2008 caracterizou o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes atendidas em um nível secundário de atenção, fundamental para conhecer as usuárias e promover a discussão sobre a importância da criação de novos serviços em outros níveis de assistência.

A intervenção fisioterapêutica para mulheres com IU na Atenção Básica poderia diminuir o número de encaminhamentos para o nível secundário e, conseqüentemente, os custos ao SUS e às próprias pacientes, podendo inclusive aumentar a adesão das mulheres ao tratamento⁸.

Sabe-se hoje que a porta de entrada do sistema de saúde deve ser preferencialmente a atenção básica, por meio das unidades básicas de saúde (UBS). A partir desse primeiro atendimento e de acordo com as necessidades de cada mulher, ela receberá o tratamento na própria UBS ou será encaminhada para os outros serviços de maior complexidade (hospitais e clínicas especializadas)⁹.

Muitos casos poderiam ser atendidos na atenção primária, em unidades de menor complexidade com adequada resolutividade sobre os problemas mais comuns, não isentando a posterior utilização do nível secundário caso haja necessidade de maior densidade tecnológica e especialização no atendimento, como complementariedade. Assim, diminui-se a fila de espera desse serviço, aumenta-se o número de mulheres atendidas e possibilita-se o acompanhamento longitudinal e integral do cuidado. Vaz⁸ em estudo recente investigou a possibilidade de implementação de atendimento à mulheres incontinentes na atenção básica e evidenciou sua efetividade em reduzir a quantidade e a frequência de perda urinária, além de melhorar a QV dessas mulheres.

Conhecendo o perfil das mulheres com IU atendidas na atenção primária é possível elencar o tratamento mais eficaz à essa condição de saúde, encaminhando a paciente para a resolução de seu estado e planejando as ações, se possível, dentro de políticas já existentes. Um exemplo disto é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, orientada e capacitada para a atenção integral à mulher numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde³.

O objetivo deste estudo foi, portanto, descrever o perfil sociodemográfico e clínico, a gravidade da incontinência e o seu impacto na QV de mulheres atendidas em duas UBS de Belo Horizonte. Os resultados poderão contribuir para o conhecimento do perfil de mulheres com IU atendidas em um serviço de Fisioterapia no nível primário de atenção à saúde, possibilitando conduzir a dinâmica de funcionamento dos serviços, aumentar a circulação de informações e promoções de debates e, assim, auxiliar na criação de novas políticas de saúde e no desenvolvimento de intervenções preventivas e reabilitadoras nesse nível.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional transversal que caracteriza sociodemográfica e clinicamente mulheres com IU atendidas no Serviço de Fisioterapia de duas unidades básicas de saúde de Belo Horizonte: Centro de Saúde São Gabriel e Centro de Saúde São Marcos, além do impacto dessa condição de saúde na QV dessas mulheres.

Este estudo faz parte de um estudo maior intitulado “Implantação de assistência a mulheres com incontinência urinária na Atenção Primária” e todos os procedimentos foram aprovados pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e da Universidade Federal de Minas Gerais (parecer ETIC 026/10). (ANEXOS A E B)

A amostra foi selecionada de forma não aleatória por conveniência por meio de um questionário de qualidade de vida, o *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF), aplicado por enfermeiras, auxiliares de enfermagem, agentes comunitárias de saúde e alunos do PET-Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), no período compreendido entre Julho de 2010 a Dezembro de 2011 e foi constituída por mulheres em diferentes faixas etárias e com queixa de IU. Foram excluídas as gestantes, as mulheres que relataram sintomas de infecção urinária e as que apresentaram alterações neurológicas que as impediam de comparecer à avaliação. Todas as participantes concordaram em colaborar com o estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (APÊNDICE A)

O ICIQ-SF é um questionário simples, breve e autoadministrável que avalia o impacto da IU na qualidade de vida. Foi traduzido e adaptado para nossa cultura. É composto de quatro questões que avaliam a frequência, a gravidade e o impacto da IU, além de um conjunto de oito itens de autodiagnóstico, relacionados às causas ou a situações de IU vivenciadas pelos pacientes. O escore total varia de 0 a 21 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, maior a gravidade e o impacto da IU na QV¹⁰. O impacto é classificado de acordo com a pontuação da questão 5: (0) nada; (1-3) leve; (4-6) moderado; (7-9) grave; (10) muito grave¹¹. Apresenta alta reprodutibilidade, com valor de correlação de *Pearson* igual a 0,89¹². (ANEXO C)

O *Pad test-24 horas* é um instrumento utilizado para medir a quantidade de perda urinária e se baseia no peso ganho do absorvente durante o período de teste, sob condições padronizadas. Diferentes padronizações do *Pad test* foram desenvolvidas, podendo ser divididas em quatro grupos de acordo com a sua duração: menor que 1 hora, 1 hora, 24 horas e 48 horas¹³. O *Pad test-24 horas*, realizado em casa, é mais representativo da gravidade da incontinência no dia-a-dia, mais confiável e, por isso, vem se tornando mais utilizado na clínica e em pesquisas¹⁴. Esse instrumento apresenta forte confiabilidade, medida pelo coeficiente de correlação intraclasse, com valor igual a 0,78¹⁵. A paciente usa absorventes durante 24 horas, trocando-os de acordo com sua necessidade. Os absorventes usados são então pesados em uma balança de precisão, sendo descontado o peso de absorventes limpos.

O Diário Miccional de 24 horas é um instrumento utilizado para medir a frequência de perda urinária. É um registro, feito pela própria paciente, do horário em que urinou, do volume urinado, episódios de urgência e de incontinência e o volume de líquido ingerido durante um dia normal de atividades. A duração ótima desses registros é de 24 horas e inclui a primeira micção de um dia até a primeira micção do dia seguinte. Os outros dados do Diário Miccional servem como fornecimento de informações ao fisioterapeuta para elaboração do treinamento vesical de cada participante. Diários Miccionais de 24 horas apresentam boa reprodutibilidade e confiabilidade¹⁶. (ANEXO D)

A avaliação fisioterapêutica aconteceu em duas consultas individuais, realizada por uma fisioterapeuta especialista em Fisioterapia em Saúde da Mulher, e era dividida em anamnese, exame físico dos MAP e medida de gravidade da IU por meio da realização do *Pad test-24 horas* e Diário Miccional. Na primeira consulta foi realizada a anamnese e a participante foi orientada a realizar o *Pad test-24 horas* e o Diário Miccional de 24 horas. Para tal, foram entregues copos plásticos milimetrados para coletar urina e quantidade de líquido ingerido. Ambos os instrumentos foram analisados na segunda consulta, quando também foi realizado o exame físico dos MAP.

Foram coletados dados sociodemográficos (idade, escolaridade, estado civil e ocupação), clínicos (estado hormonal, história obstétrica, função sexual e função anal), características da IU (tipo, sintomas e início dos sintomas) e medidas de gravidade da IU (quantidade e frequência de perda urinária). Para avaliar o impacto

da IU na QV, foi analisado o ICIQ-SF aplicado na seleção da amostra. Os dados obtidos das avaliações e do ICIQ-SF foram registrados em uma planilha do Excel – Microsoft/Windows 2007.

Estatística descritiva, utilizando medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis intervalares e frequência para as variáveis categóricas, foi usada para caracterizar a amostra com relação às características sociodemográficas e clínicas, à gravidade e ao impacto da IU na QV das mulheres que apresentaram esta disfunção. Os dados coletados foram analisados através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0.

3 RESULTADOS

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO E IMPACTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES ATENDIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA

SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL PROFILE OF UI AND IMPACT ON QUALITY OF LIFE IN WOMEN SUPPORTED IN PRIMARY CARE

Elyonara Mello de Figueiredo¹, Camila Teixeira Vaz², Rafaela Melo Gonçalves³.

¹ Fisioterapeuta Doutora docente do curso de Fisioterapia da UFMG

² Fisioterapeuta, Mestre em Ciências da Reabilitação pela UFMG.

³ Graduanda do Curso de Fisioterapia da UFMG.

Correspondência: Elyonara Mello de Figueiredo, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional - Departamento de Fisioterapia, UFMG – Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 - Campus Pampulha, CEP 31270-901, Belo Horizonte/MG, Brasil.

E-mail: elyonara@ufmg.br

Título condensado: Perfil de mulheres com Incontinência Urinária atendidas na Atenção Básica

Running Head: Profile of women with Urinary Incontinence supported in Primary Care

Palavras-chave: Perfil de Saúde; Incontinência urinária; Fisioterapia; Atenção Básica; Saúde Pública.

Key words: Health Profile; Urinary incontinence; Physiotherapy; Primary care; Public Health.

RESUMO

A incontinência urinária (IU) acomete cerca de 30 a 60% da população feminina e tem sérias implicações negativas na qualidade de vida (QV) das mulheres. **Objetivo:** Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com IU atendidas em duas Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte e a gravidade da incontinência, assim como seu impacto na QV. **Materiais e método:** Neste estudo observacional transversal foram coletados dados sociodemográficos (idade, escolaridade, estado civil e ocupação), clínicos (estado hormonal, história obstétrica, função sexual e anal), características da IU (tipo, sintomas e início dos sintomas), gravidade da IU (quantidade e frequência de perda urinária) e impacto desta na QV (ICIQ-SF). Estatística descritiva, utilizando medidas de tendência central, dispersão e frequência, foi usada. **Resultados:** Foram recrutadas 85 mulheres com média de idade de 55,04 anos (DP=12,1). Pouco mais da metade tinha entre 40 e 59 anos (50,8%), primeiro grau incompleto (44,7%), eram casadas (50,6%), donas de casa (35,3%) e se encontravam na pós-menopausa (54,1%). Gestações (95,3%) e partos vaginais (78,8%) foram as características clínicas de maior ocorrência. A IU mista foi o tipo mais prevalente (67,1%), e o sintoma mais comum foi a perda aos esforços (91,8%). O volume médio de perda urinária foi 14,52 g (DP=28,2). A maioria foi capaz de contrair os MAP (95,3%). O impacto da IU na QV distribuiu-se em muito grave (20%), grave (27,06%), moderado (29,41%), leve (15,29%) e nenhum (8,24%). **Conclusão:** Os resultados desse estudo contribuem para o conhecimento do perfil de mulheres com IU, podendo orientar a estruturação de estratégias de intervenções preventivas e reabilitadoras neste e em outros serviços.

Palavras-chave: Perfil de Saúde; Incontinência urinária; Fisioterapia; Atenção Básica; Saúde Pública.

ABSTRACT

Urinary incontinence (UI) affects approximately 30-60% of women, has several negative implications on quality of life (QoL) of women. **Objective:** To identify demographic and clinical profile of women with UI supported in two primary care units in Belo Horizonte and the incontinence severity, as well as its impact on QoL. **Methods:** In this cross-sectional observational study, were gathered demographic data (age, educational level, marital status and occupation), clinical (hormonal status, obstetric history, sexual and anal function), characteristics of UI (type, symptoms and onset of symptoms), severity measures (quantity and frequency of loss) and its impact on QoL (ICIQ-SF). Descriptive statistics, using measures of central tendency, dispersion and frequency, were applied. **Results:** Data from 85 women were recruited and the average age was 55,04 (SD=12,1). Most of them were between 40 and 59 years old (50.8%), had elementary education (44.7%), were married (50.6%), housewives (35.3%) and postmenopausal (54.1%). Pregnancy (95.3%) and vaginal delivery (78.8%) were the most frequent clinical features. Mixed UI was the most prevalent (67.1%) and the most frequent symptom was urinary loss under stress (91.8%). The mean volume of urine loss in 24 hours was 14.52 g (SD=28,2). Most proved able to contract the pelvic floor muscles (95.3%). The impact of UI on QoL ranged between very severe (20%), severe (27.06%), moderate (29.41%), mild (15.29%) and any (8.24%). **Conclusion:** The results of this study contribute to the knowledge of the profile of women with UI and may guide strategies for preventive and rehabilitative interventions in this and other services.

Key words: Health Profile; Urinary incontinence; Physiotherapy; Primary care; Public Health.

INTRODUÇÃO

A *International Continence Society* (ICS) define a incontinência urinária (IU) como perda involuntária de urina que acomete cerca de 30 a 60% da população feminina ao longo de suas vidas, sendo maior a prevalência em idosas¹. A IU tem sérias implicações na funcionalidade das mulheres, podendo causar diminuição da qualidade de vida (QV), já que essas mulheres muitas vezes não possuem informações sobre o tratamento adequado e a própria doença, interferindo na sua vida sexual e nas tarefas domésticas e ocupacionais, desencadeando um alto índice de depressão. Além disso, é uma condição de saúde que onera os indivíduos e o sistema de saúde público devido ao alto custo que pode provocar, tanto no âmbito do seu tratamento clínico ou cirúrgico como nas situações de limitações de atividades que pode causar em pacientes economicamente ativos².

Em 2005, a ICS definiu o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (MAP) como a opção de primeira escolha para o tratamento da IU devido ao baixo custo, baixo risco de efeitos colaterais e eficácia comprovada^{3,4}, além de ser minimamente invasivo. Estudos apontam que os índices de cura e/ou melhora dos sintomas de IU variam entre 56 a 84%⁵.

No entanto, no Brasil, existem relativamente poucos serviços públicos de atendimento fisioterapêutico a mulheres incontinentes². Esses se concentram na atenção secundária, que possuem grande demanda e dificuldade de acesso da população. A intervenção fisioterapêutica para mulheres com IU na Atenção Básica poderia diminuir o número de encaminhamentos para o nível secundário e, conseqüentemente, os custos ao SUS e às próprias pacientes, podendo inclusive aumentar a adesão das mulheres ao tratamento⁶.

Muitos casos de mulheres com IU poderiam ser atendidos na atenção primária, nas unidades básicas de saúde (UBS). Estas são a porta de entrada do SUS. São unidades onde a equipe de saúde está preparada para atender com adequada resolutividade os casos de menor complexidade, ou seja, os problemas de saúde mais comuns que demandam pouco aporte tecnológico para serem resolvidos. A partir de um primeiro atendimento que identificaria as necessidades de cada mulher, ela receberia o tratamento na própria UBS ou seria encaminhada para os outros serviços de maior complexidade (nível secundário de atenção à saúde -

serviços especializados em uroginecologia)⁷. O atendimento de mulheres com IU nas UBS, contribuiria para diminuir a fila de espera a serviços no nível secundário e aumentaria consequentemente o número de mulheres atendidas. Vaz e cols⁶, em estudo recente investigaram a possibilidade de implementação de atendimento a mulheres incontinentes na atenção básica e evidenciou a efetividade de um programa de atendimento fisioterápico em reduzir a quantidade e a frequência de perda urinária, além de melhorar a QV dessas mulheres.

Conhecer o perfil das mulheres com IU atendidas na atenção primária permite planejar o tratamento mais eficaz à essa condição de saúde, encaminhando a paciente para a rápida resolução de seu estado e de forma efetiva.

Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi caracterizar sociodemográfica e clinicamente mulheres com IU atendidas em duas UBS, documentar a gravidade da incontinência, assim como caracterizar o impacto da IU na QV dessas mulheres. Os resultados poderão contribuir para o conhecimento do perfil de mulheres com IU atendidas em UBS, contribuindo para a dinâmica de funcionamento destes serviços, para aumentar a circulação de informações e promoções de debates e, assim, auxiliar na criação de novas políticas de saúde e no desenvolvimento de intervenções preventivas e reabilitadoras.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional transversal que caracterizou sociodemográfica e clinicamente mulheres com IU atendidas pela Fisioterapia em duas unidades básicas de saúde de Belo Horizonte. Além disso, investigamos o impacto da IU na QV dessas mulheres. Todos os procedimentos foram aprovados pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e da Universidade Federal de Minas Gerais (parecer ETIC 026/10). (ANEXOS A E B)

A amostra foi selecionada por conveniência por meio da aplicação do *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)*, por enfermeiras, auxiliares de enfermagem, agentes comunitárias de saúde e alunos do PET-Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Os dados foram

coletados entre julho de 2010 e dezembro de 2011. O ICIQ-SF foi aplicado nas mulheres durante o acolhimento ou enquanto elas esperavam por atendimento na UBS, garantindo a identificação dos casos de IU e o adequado encaminhamento para a Fisioterapia.

O ICIQ-SF é um questionário simples, breve que avalia o impacto da IU na QV, traduzido e adaptado para a cultura brasileira. É composto por quatro questões que investigam a frequência, a gravidade e o impacto da IU na QV, além de um conjunto de oito itens de autodiagnóstico, relacionados às causas ou a situações de IU vivenciadas pelos pacientes. O escore total varia de 0 a 21 pontos e o impacto na QV é classificado de acordo com a pontuação da questão 5: (0) nada; (1-3) leve; (4-6) moderado; (7-9) grave; (10) muito grave⁸. O ICIQ-SF apresenta alta reprodutibilidade, com índice de correlação de Pearson igual a 0,89⁹. (ANEXO C)

As mulheres que relataram perda urinária no ICIQ-SF foram contactadas para participar do presente estudo. Os critérios de inclusão foram: mulheres em diferentes faixas etárias e com queixa de IU que concordassem em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Os critérios de exclusão foram: gestantes, mulheres que relataram sintomas de infecção urinária e que apresentaram alterações neurológicas que as impediam de comparecer à avaliação.

As participantes foram submetidas a uma avaliação fisioterapêutica (APÊNDICE B) que aconteceu em duas consultas individuais, divididas em anamnese, exame físico dos MAP e medida de gravidade da IU por meio da realização do *Pad test-24* horas e Diário Miccional. Na primeira consulta foi realizada a anamnese, coleta dos dados e orientação para a realização do *Pad test-24* horas e do Diário Miccional de 24 horas. Na segunda consulta, os resultados destes instrumentos foram analisados e foi realizado o exame físico dos MAP.

O *Pad test-24* horas é um instrumento utilizado para medir a quantidade de perda urinária durante 24 horas, sob condições padronizadas. A participante usa absorventes durante as 24 horas de teste, trocando-os de acordo com sua necessidade. Os absorventes usados são então pesados em uma balança de precisão, sendo descontado o peso referente aos absorventes não usados. A diferença entre o peso dos absorventes usados e não usados indica a perda urinária da paciente. O *Pad test-24* horas apresenta bom índice de reprodutibilidade (ICC=0,78)¹⁰.

O Diário Miccional de 24 horas é um instrumento utilizado para medir a frequência de perda urinária e apresenta bons índices de reprodutibilidade ¹¹. É um registro, feito pela própria paciente, dos horários em que urinou, volumes urinados, episódios de urgência e perda urinária (se houver) e o volume de líquido ingerido. A duração ótima desses registros é de 24 horas e inclui a primeira micção de um dia até a primeira micção do dia seguinte. (ANEXO D)

Durante a avaliação das participantes foram coletados dados sociodemográficos (idade, escolaridade, estado civil e ocupação), clínicos (estado hormonal, história obstétrica, função sexual e função anal), características da IU (tipo, sintomas e início dos sintomas) e medidas de gravidade da IU (quantidade e frequência de perda urinária). O impacto da IU na QV foi investigado por meio do ICIQ-SF aplicado no recrutamento das participantes do estudo. Os dados obtidos foram registrados em uma planilha do Excel – Microsoft/Windows 2007.

Estatística descritiva, utilizando medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis intervalares e frequência para as variáveis categóricas, foi aplicada. Os dados coletados foram analisados através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0.

RESULTADOS

Foram recrutadas 85 mulheres com idades entre 26 e 81 anos. A figura 1 apresenta o fluxo detalhado da seleção da amostra.

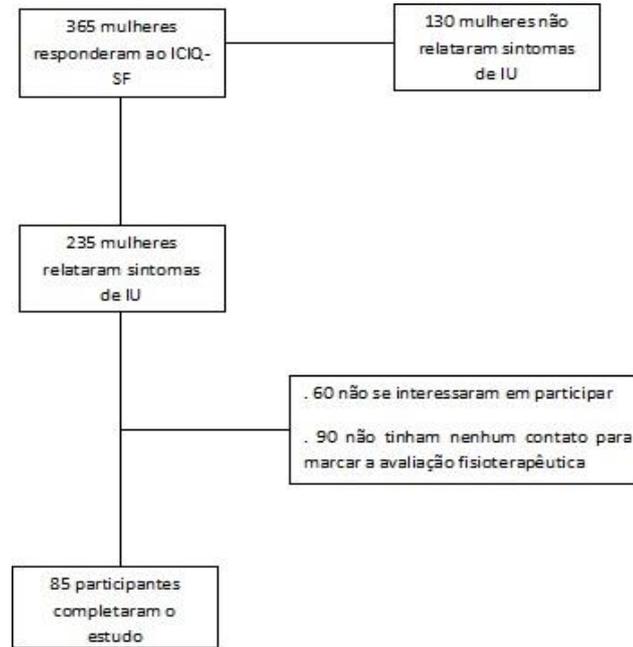


Figura 1: Fluxograma das participantes do estudo

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas das participantes, revelando que a maior proporção tinha idade entre 40 e 59 anos, primeiro grau incompleto, eram casadas e donas de casa.

TABELA 1 – Características sociodemográficas

Variáveis	(N = 85)
Idade (anos), média (DP)	55,04 (12,1)
Até 39, n (%)	10 (11,9)
40-59, n (%)	43 (50,8)
Acima de 60, n (%)	32 (38,0)
Escolaridade, n (%)	
Analfabeta	7 (8,2)
1º grau incompleto	38 (44,7)
1º grau completo	9 (10,6)
2º grau incompleto	7 (8,2)
2º grau completo	19 (22,4)
3º grau incompleto	3 (3,5)
3º grau completo	2 (2,4)

Estado civil, n (%)

Solteira	6 (7,1)
Casada	43 (50,6)
União estável	3 (3,5)
Divorciada	17 (20,0)
Viúva	16 (18,8)

Trabalho, n (%)

Aposentada	23 (27,1)
Dona de casa	30 (35,3)
Trabalha fora	27 (31,8)
Desempregada	5 (5,9)

Com relação às características clínicas, incluindo a ocorrência de outras disfunções do assoalho pélvico além da IU, mais da metade das participantes se encontrava na pós-menopausa, havia tido gestações e partos vaginais. A maior parte das mulheres negou ter atividade sexual e, dentre as que responderam de forma afirmativa (n=40) a satisfação sexual foi de 62%. A maioria relatou não ter incontinência anal nem constipação. (Tabela 2)

TABELA 2 – Características clínicas das mulheres com IU

Características	(n = 85)
Estado hormonal, n (%)	
Pré-menopausa	24 (28,2)
Menopausa	15 (17,6)
Pós-menopausa	46 (54,1)
História obstétrica, média (DP)	
Gestações	
Não	4 (4,7)
Sim	81 (95,3)
Média (DP)	4,15 (3,4)
Partos vaginais	
Média, (DP)	3,14 (3,1)
Partos cesáreos	
Média (DP)	0,52 (0,9)

Função sexual n (%)

Atividade sexual	40 (47,1)
Sim	45 (52,9)
Não	62 (27,4)
Satisfação sexual (%), média (DP)*	

Função anal, n (%)

Incontinência fecal	
Sim	24 (28,2)
Não	61 (71,8)
Incontinência para gases	
Sim	35 (41,2)
Não	50 (58,8)
Constipação	
Sim	22 (25,9)
Não	63 (74,1)

Com relação à incontinência urinária, a Tabela 3 demonstra que a maioria das participantes apresentou IU mista. Os sintomas de maior ocorrência foram respectivamente: perda urinária aos esforços, urgência, noctúria e urge-incontinência. As participantes relataram que o início dos sintomas se deu, em média, há 5,97 anos. O cálculo da mediana para a frequência urinária foi 9 vezes (IQ=3,75) e 1 vez para frequência noturna (IQ=1), 1 vez para perda urinária (IQ=3) e 1 vez para episódios de urgência (IQ=3) em 24 horas. O *Pad test-24 horas*, mostrou que as participantes tiveram perda urinária média de 14,52g (DP=28,2) e, com a realização do Diário Miccional, que a capacidade vesical média das mulheres era de 214,06 ml. As participantes relataram média de 6,4 de impacto na QV avaliada pelo ICIQ-SF, sendo a maioria classificada como impacto moderado, seguido por grave. Três mulheres não entregaram os absorventes utilizados no *Pad test-24 horas* e 14 não responderam sobre o início dos sintomas.

TABELA 3 – Tipos de Incontinência Urinária e sintomas e impacto na QV em mulheres.

Variáveis	(n = 85)
Tipo de IU, n (%)	
IUE	21 (24,7)
IUU	7 (8,2)
IUM	57 (67,1)
Sintomas de IU n (%)	
Perda aos esforços	
Sim	78 (91,8)
Não	7 (8,2)
Urgência	
Sim	64 (75,3)
Não	21 (24,7)
Urge-incontinência	
Sim	62 (72,9)
Não	23 (27,1)
Noctúria	
Sim	63 (74,1)
Não	22 (25,9)
Enurese	
Sim	31 (36,5)
Não	54 (63,5)
Início dos sintomas em anos, média (DP)*	5,97 (6,68)
Frequência urinária em 24 horas, mediana (IQ)	9 (3,75)
Frequência urinária noturna, mediana (IQ)	1 (1)
Frequência de perda urinária em 24 horas, mediana (IQ)	1 (3)

Frequência de urgência em 24 horas, mediana (IQ)	1 (3)
Capacidade vesical média, média (DP)	214,06 ml (107,78)
Quantidade de perda urinária em 24 horas, média (DP)**	14,52 g (28,21)
ICIQ-SF	
Impacto na QV, média (DP)	6,4 (3,08)
Nenhum (0), n (%)	7 (8,24)
Leve (1-3), n(%)	13 (15,29)
Moderado (4-6), n (%)	25 (29,41)
Grave (7-9), n (%)	23 (27,06)
Muito grave (10), n (%)	17 (20)

*n = 71; **n = 82

A Tabela 4 descreve as funções dos MAP, relevando que a maioria das mulheres foi capaz de contrair esses músculos e sustentar a contração por pelo menos 6 segundos. No entanto, esta contração ocorreu com uso excessivo de músculos sinergistas, especialmente os abdominais.

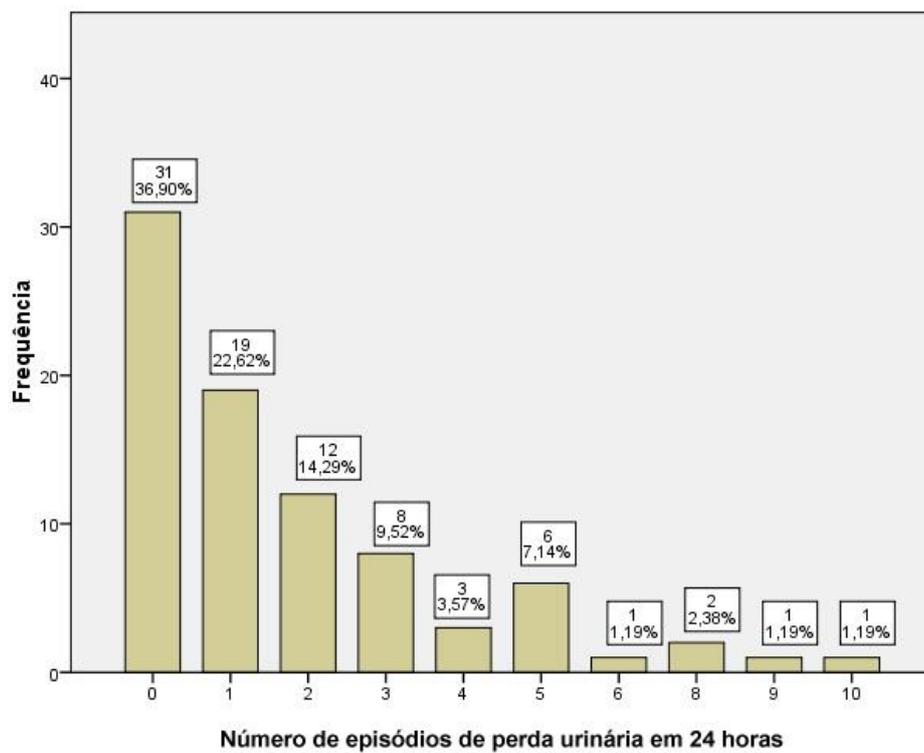
TABELA 4 – Funções dos MAP.

Características	(N = 85)
Capacidade de contração, n (%)	
Não	4 (4,7)
Sim	81 (95,3)
Contração prioritariamente dos MAP	15 (18,5)
Uso excessivo de músculos sinergistas	66 (81,5)
Abdominais	30 (37)
Adutores	1 (1,2)
Glúteos	4 (4,9)
Abdominal e adutores	6 (7,4)
Abdominal e glúteos	12 (14,8)
Adutores e glúteos	5 (6,2)
Abdominal, adutores e glúteos	8 (9,9)

Resistência muscular, n (%)

3 segundos	20 (24,7)
4 segundos	15 (18,5)
5 segundos	4 (4,9)
6 segundos	42 (51,9)

A Figura 2 representa a frequência das medidas de gravidade da IU: número de episódios de perda urinária (N=84) e quantidade de perda urinária em 24 horas (N=82).



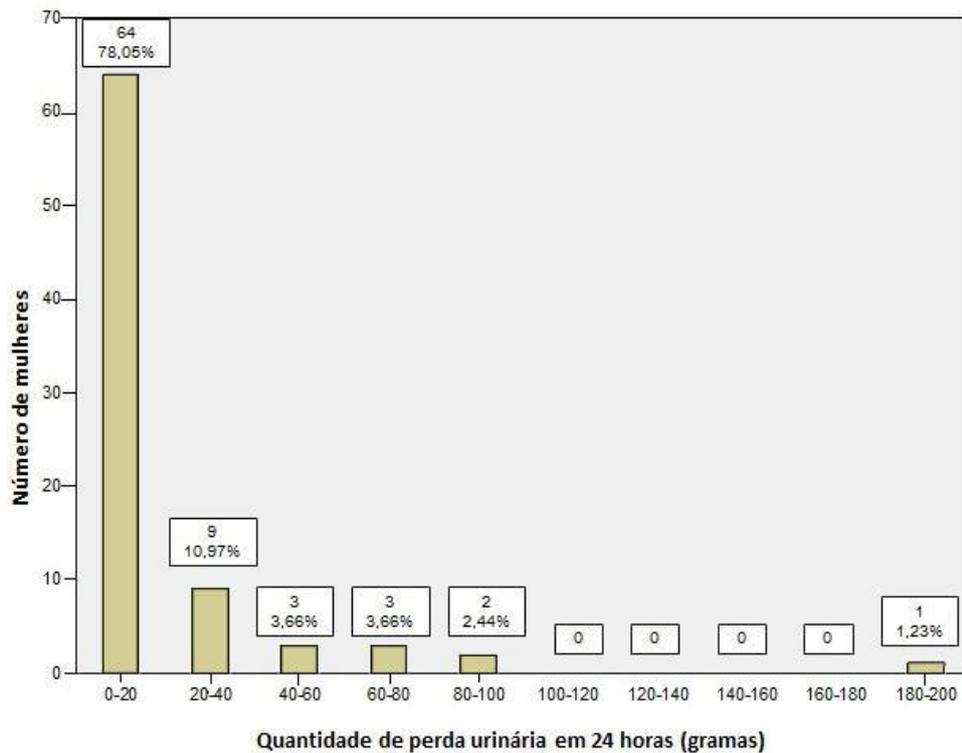


Figura 2: Gravidade da IU.

DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo que caracteriza mulheres com sintomas de perda urinária usuárias de unidades básicas de saúde no Brasil. Apesar de o número de participantes ser baixo, os resultados apresentados aqui são similares a estudo prévio envolvendo usuárias de serviço no nível secundário de atenção à saúde², além de ser similar a estudos epidemiológicos internacionais.

Os resultados do presente estudo revelaram que a maioria das mulheres com IU atendidas pela Fisioterapia em duas unidades básicas de saúde estavam na meia-idade. Este resultado é similar ao descrito por Figueiredo e colaboradores² (2008), que investigaram 58 prontuários de mulheres com IU atendidas no serviço de Fisioterapia Uroginecológica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais e encontraram maior prevalência de IU na faixa etária de 40 a 59 anos (81%). Outros estudos nacionais¹² e internacionais^{13,14,15} também revelaram que a prevalência da IU aumenta em idades mais avançadas, se elevando de forma gradual até os 50 anos e apresentando um pico que chega a 30% no início da meia-

idade e, então, um aumento constante entre os idosos. Considerando que a prevalência da IU aumenta com o avançar da idade, poderia ser esperado que um maior número de mulheres idosas com IU recebessem atendimento fisioterápico. No entanto, ainda acredita-se que a perda de urina é algo normal e a IU inerente ao processo de envelhecimento, não sendo o problema diagnosticado nem abordado de forma adequada pelos profissionais da saúde¹⁶.

A maioria das participantes apresentou 1º grau incompleto. A maior ocorrência deste nível de escolaridade, também observado em outros estudos^{2,12,17,18,19}, indica que os profissionais do serviço devem ser preparados para abordar a paciente de forma adequada, utilizando de linguagem simples e compreensível, uma vez que boa parte do tratamento da IU depende do entendimento das orientações e exercícios. Observa-se que a baixa escolaridade é uma característica prevalente no serviço público, uma vez que os usuários que buscam esse serviço possuem piores condições socioeconômicas associadas.

Foi observado predomínio de mulheres casadas, resultado similar aos estudos realizados por Beltrami e colaboradores²⁰ (2009) e Santos e Santos¹² (2010), e a maioria de donas de casa, seguido por mulheres que trabalham fora, dados similares aos achados de Figueiredo e colaboradores² (2008) e Knorst²¹ (2011). A IU pode impactar negativamente as atividades de mulheres economicamente ativas, interferindo em suas atividades domésticas e laborais. Assim, a intervenção deve ser feita precocemente, evitando o afastamento da população de suas tarefas ocupacionais e as complicações emocionais, psicológicas e econômicas que isso pode acarretar.

Quanto ao estado hormonal, a maioria das participantes se encontrava na pós-menopausa. Diferentemente do presente estudo e apesar da menopausa ser considerada um dos fatores de risco para a IU, em outros estudos^{17,22,23} não foi observada prevalência significativa de incontinência peri ou pós-menopausa.

A maioria das participantes estiveram grávidas e haviam sido submetidas a parto normal, resultados também encontrados no estudo realizado por Dellú e colaboradores²⁴ (2008), que sugere que três ou mais gestações e três ou mais partos vaginais podem ser fatores associados a sintomas urinários, uma vez que o parto vaginal pode lesar diretamente o trato urinário, mas também o tecido conectivo de suporte uretral, danificar estruturas vasculares, nervosas e/ou as próprias fibras da musculatura pélvica²⁵. Alguns estudos^{26,27} demonstram que existe uma forte

evidência de que o treino dos MAP reduz os sintomas de IU durante a gestação e no pós-parto imediato, demonstrando a importância de abordagens preventivas da IU durante a gestação a fim de reduzir sua ocorrência em fases posteriores.

Estudos^{16,28,29} mostram que a IU tem grande impacto na sexualidade e, mais especificamente, na satisfação sexual, que pode ser afetada não só pela presença de alterações fisiológicas, mas principalmente pelas consequências do impacto emocional e perda de auto-estima. No entanto, no presente estudo, o número de mulheres que relataram ter vida sexual ativa foi similar ao de mulheres que negaram. Dentre as mulheres que responderam positivamente, a satisfação sexual se mostrou em nível aceitável. Dugan e colaboradores³⁰ (1998) afirmam que a IU não tem consequências devastadoras para muitas pessoas, e pode aceitar-se como natural uma redução da vida sexual com o aumento da idade principalmente se a isso se juntar a IU, pois as mulheres que convivem com essa disfunção por muito tempo se ajustam satisfatoriamente.

A incontinência anal (incapacidade de conter fezes líquidas ou sólidas e gases) comumente coexiste com a IU, particularmente nos idosos. No presente estudo apenas uma pequena porcentagem das participantes relatou incontinência para fezes. Tal resultado pode ser explicado pela faixa etária mais baixa predominante no estudo. A incontinência para gases, no entanto, foi queixa de quase metade das participantes. Tais resultados indicam que além da IU, a incontinência anal também acomete estas mulheres. A literatura reporta que as disfunções do assoalho pélvico geralmente co-ocorrem³¹, portanto devem ser investigadas em conjunto. Nossos resultados indicam que durante a avaliação de mulheres com IU, deve-se também investigar sobre a ocorrência da incontinência anal.

Com relação ao tipo de IU, a maioria das participantes apresentou IUM, seguida pela IUE. Esse resultado difere de grande parte do que é citado na literatura, mas é similar a alguns estudos que baseiam a avaliação da IU apenas nas queixas clínicas^{16,20,32} e relatam ser a IUE a mais comum em mulheres mais jovens, a IUM mais frequente na idade próxima à menopausa e a IUU, nas mais idosas³³. As proporções de tipos de incontinência urinária diferem pela idade. Uma pesquisa envolvendo mulheres idosas sugere que a IUM é a mais predominante³⁴ e outra pesquisa abrangendo mulheres jovens e de meia-idade sugere que a IUE predomina nessa faixa etária³⁵. Um estudo recente realizado por Hannestad e colaboradores¹³

(2000) que inclui todas as faixas etárias demonstra um aumento bastante regular na prevalência de IUM em toda a faixa etária, e uma diminuição da prevalência de IUE. É importante ressaltar que não foi realizado o estudo urodinâmico com as participantes desse estudo, visto que a avaliação era simples e objetiva, de forma que fosse viável de ser realizada na Atenção Primária.

Quanto aos sintomas da IU, a perda aos esforços foi o mais frequente entre as participantes, seguido por urgência, noctúria e urge-incontinência, resultado semelhante aos encontrados por Abrams e colaboradores³⁶ (2003) e Figueiredo e colaboradores² (2008). Esses dados são de grande relevância para que se possa orientar e planejar estratégias mais efetivas de intervenção fisioterápica para cada caso.

O início dos sintomas das participantes se deu há aproximadamente 6 anos, em média. Vários estudos^{13,37,38,39} revelaram que a gravidade da incontinência tende a aumentar com a idade avançada, o que demonstra a importância de se tratar essa disfunção de forma precoce afim de prevenir seu agravamento. Sabe-se que uma proporção elevada das mulheres não consulta um médico espontaneamente⁴⁰, seja por não conhecer sua condição ou por sentimentos de vergonha e medo¹⁶. Muitas também desenvolvem estratégias para minimizar o desconforto e conseguir conviver com essa disfunção, como o uso de protetores, se ajustando e não percebendo grandes limitações em sua rotina. É necessário que as mulheres conheçam as causas e consequências da IU e reconheçam a importância de buscar tratamento para sua resolução para prevenir maiores restrições no futuro.

Segundo a ICS, pode-se considerar uma frequência urinária aumentada quando o indivíduo tem necessidade de esvaziar a bexiga 8 ou mais vezes em 24 horas e normalmente não deve-se acordar durante a noite para urinar. No presente estudo, a média de frequência diurna e noturna foram maiores que os valores preditivos. O aumento da frequência urinária pode ocorrer na presença de capacidade vesical normal quando há ingestão excessiva de líquido ou quando a capacidade da bexiga está restrita por hiperatividade detrusora, complacência deficiente ou aumento da sensação da bexiga¹.

Por meio do ICIQ-SF, a maioria das mulheres do presente estudo relatou que o impacto da IU na QV foi moderado, seguido por grave e muito grave. Isso demonstra a importância da queixa das pacientes e a necessidade desse aspecto ser cada vez mais considerado e adequadamente abordado.

Quanto à função dos MAP, a literatura diz que mais que 30 % das mulheres não são capazes de contrair o assoalho pélvico corretamente⁴¹. No presente estudo, contudo, das mulheres que eram capazes de contrair os MAP, apenas 15% delas não se mostrou capaz de realizar a contração de forma correta. Essa diferença de resultados pode se justificar pelo fato da avaliação ter sido feita somente por meio de observação visual.

A maioria das participantes apresentou 1 ou mais episódios de perda e 1 ou mais episódios de urgência, demonstrando que a IU pode interferir negativamente na rotina dessas mulheres. A vergonha e o medo de apresentar um episódio em público ou na participação dos eventos sociais com amigos e familiares, frustrações e limitações no desenvolvimento do trabalho profissional e disfunção sexual se estiverem molhadas ou perderem urina durante o orgasmo levam a restrições das atividades no lar e perda da confiança em si, impactando nos âmbitos físicos, econômicos e psicossociais¹⁶.

Em um estudo realizado por O'Sullivan e colaboradores⁴² (2004), sugeriu-se que os valores para os graus de gravidade da perda urinária no *Pad test-24horas* deveriam ser 1,3–19 g (< 20 g) para incontinência leve, 20–74 g para incontinência moderada e 75 g ou mais para incontinência grave. No presente estudo, a maioria das participantes poderiam ser classificadas como incontinentes leves, no entanto é importante ressaltar que 17,07% das mulheres apresentaram incontinência moderada, o que reitera a necessidade de uma intervenção planejada e efetiva.

CONCLUSÃO

O presente estudo caracterizou sociodemográfica e clinicamente mulheres com IU, além do impacto causado na QV dessas mulheres, atendidas pela Fisioterapia em duas UBS do município de Belo Horizonte. Os resultados encontrados poderão contribuir na elaboração da avaliação e de intervenções preventivas e reabilitadoras para mulheres com IU neste e em outros serviços, objetivando a ampliação da oferta de tratamento para essa disfunção, até então concentrada somente na atenção secundária. Conhecer o perfil dessas mulheres orientará a estruturação de serviços para esse fim.

REFERÊNCIAS

1. MILSON, I *et al.* Epidemiology of Urinary (IU) and Faecal (FI) and Pelvic Organ Prolapse (POP). In: Abrams. P. *et al.* **Incontinence: 4th International Consultation on Incontinence**. 4.ed. Paris: Health Publication, p. 35-112, 2009.
2. FIGUEIREDO, EM *et al.* 4. Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de serviço de Fisioterapia Uroginecológica da rede pública. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 12, n. 2, p. 136-42, mar./abr. 2008.
3. NEUMANN, PB *et al.* Physiotherapy for females stress urinary incontinence: a multicentre observational study. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v.45, p.226-232. 2005.
4. DANNECKER, C *et al.* EMG-biofeedback assisted pelvic floor muscle training is an effective therapy of stress urinary incontinence or mixed incontinence: a 7-year experience with 390 patients. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v.273, p.93-97. 2005.
5. FELICÍSSIMO, MF *et al.* Fatores limitadores à reabilitação da musculatura do assoalho pélvico em pacientes com incontinência urinária de esforço. **Acta fisiátrica**, v.14, n.4, dez. 2007.
6. VAZ, CT. Implantação de assistência a mulheres com incontinência urinária na Atenção Primária. Belo Horizonte: UFMG, 2012. 73 p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, Escola de educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.
7. MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, Cartilha Entendendo o SUS, p.5. 2006.
8. RICCETTO, CLZ *et al.* Is there correlation between urodynamic findings and International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) Score? **J Urol** 2005; 173(Suppl 4):357.
9. FONSECA, ESM *et al.* Validação do questionário de qualidade de vida (*King's Health Questionnaire*) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 5, p. 235-242, maio 2005.
10. GROUTZ, A *et al.* Noninvasive outcome measures of urinary incontinence and lower urinary tract symptoms: a multicenter study of micturition diary and pad tests. **J Urology**, v. 164, n.3, p. 698-701, 2000.
11. STASKIN, D *et al.* Initial assessment of urinary and fecal incontinence in adult male and female patients. In: Abrams, P. *et al.* **Incontinence: 4th International Consultation on Incontinence**. 4.ed. Paris: Health Publication, p. 331-362, 2009.

12. SANTOS, CRS; SANTOS, VLGG. Prevalência da incontinência urinária em amostra randomizada da população urbana de Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. set-out 2010.
13. HANNESTAD, YS *et al.* A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT study. **J. Clin. Epidemiol.**, 53: 1150, 2000.
14. HUNSKAAR, S *et al.* Epidemiology and natural history of urinary incontinence. In: Abrams P, Khoury S, Wein A.: Incontinence, 197-226. Plymouth: Scientific International, 1999.
15. TOZUN, M *et al.* Prevalence of urinary incontinence among women and its impact on quality of life in a semirural area of Western Turkey. **Gynecol Obstet Invest.** 2009; 67(4): 241-9.
16. LOPES, MHB; HIGA R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. **Ver Escola Enferm USP** 2006; 40(1): 34-41.
17. GUARISI, T *et al.* Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública** v.35(5), p.428-35. 2001.
18. BLANES, L; PINTO, RC; SANTOS, VL. Urinary incontinence. Knowledge and attitudes in São Paulo. **Braz J Urol.** 2001;27:281-8.
19. SILVA, APM; SANTOS, VLGG. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. **Rev Esc Enferm.** 2005;39(1):36-45.
20. BELTRAMI, A *et al.* Percepção das pacientes do ambulatório de uroginecologia quanto ao acolhimento e à abordagem terapêutica conservadora na incontinência urinária. **Einstein**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 328-333, set. 2009.
21. KNORST, M. R.; RESENDE, T. L.; GOLDIM, J. R. Perfil clínico, qualidade de vida e sintomas depressivos de mulheres com incontinência urinária atendidas em hospital-escola. **Rev Bras Fisioter.** v. 15, n. 2, 2011. p. 109 – 116.
22. THOM, DH; BROWN JS. Reproductive and hormonal risk factors for urinary incontinence in later life: a review of the clinical and epidemiologic literature. **J Am Geriatr Soc.** 1998 Nov;46(11):1411-7.
23. SOUZA, CEC *et al.* Estudo comparativo da função do assoalho pélvico em mulheres continentemente e incontinentemente na pós-menopausa. **Rev. Bras. Fisioter.** vol.13 no.6 São Carlos Nov./Dec. 2009 Epub Nov 13, 2009
24. DELLÚ, MC; ZÁCARO, PMD; SCHMITT, ACB. Prevalência de sintomas urinários e fatores obstétricos associados em mulheres adultas. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.12, nº 6. 2008.
25. CAMARGO, FO *et al.* Variáveis do parto vaginal e desencadeamento de problemas no assoalho pélvico. **Femina: Belo Horizonte**, v. 33, n. 6, p. 463-7, 2005.

26. MØRKVED, S *et al.* Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial. **Obstetrics and Gynecology**, v.101, n.2, p.313-319, fev.2003.
27. CHÁVEZ, V.G.; SÁNCHEZ, M.P.V.; RASCH, J.R.K. Efecto de los ejercicios del piso pélvico durante el embarazo y el puerperio en la prevención de la incontinencia urinaria de esfuerzo. **Ginecología y Obstetricia de México: Cidade del México**, v.72, p. 628-36, 2004.
28. SILVA, MJE. Satisfação sexual e auto-conceito na mulher com incontinência urinária. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2008. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2008.
29. FARIA, K; PEDROSA, LAK. Avaliação da qualidade de vida e função sexual de mulheres com e sem incontinência urinária. **Rev. Eletr. Enf.** 2012 abr/jun;14(2):366-73.
30. DUGAN, E *et al.* The quality of life of older adults with urinary incontinence: Determining generic and condition-specific predictors. **Quality of Life Research**. 1998 7, 337-344.
31. BUMP, RC; NORTON, PA. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. **Obstet Gynecol Clin North Am**. 1998 Dec;25(4):723-46. Review.
32. INDRREKVAN, S; FOSSE, OAK; HUNSKAAR, SA. Norwegian national cohort of 3198 women treated with home-managed electrical stimulation for urinary incontinence. **Scand J Urol Nephrol**. 2001;35(1):26-31.
33. SIMEONOVA, Z *et al.* The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women from an urban Swedish population. **Acta Obstet Gynecol Scand**. 1999; 78(6):546-51.
34. DIOKNO, AC *et al.* Prevalence of urinary incontinence and other urological symptoms in the non-institutionalized elderly. **J. Urol.**, 136: 1022, 1986.
35. SAMUELSSON, E *et al.* A population study of urinary incontinence and nocturia among women aged 20-59 years. Prevalence, well-being and wish for treatment. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, 76: 74, 1997.
36. ABRAMS, PH *et al.* The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the sub-committee of the International Continence Society. **Urology, Mainz**, v.61, p.37-49. 2003.
37. YARNELL, JW *et al.* The prevalence and severity of urinary incontinence in women. **J. Epidemiol. Community Health**, 35: 71, 1981.
38. SOMMER, P *et al.* Voiding patterns and prevalence of incontinence in women. A questionnaire survey. **Br. J. Urol.**, 66: 12, 1990.

39. GAVIRA IGLESIAS, FJ *et al.* Prevalence and psychosocial impact of urinary incontinence in older people of a Spanish rural population. **J. Gerontol. Biol. Sci.**, 55: M207, 2000.
40. GUARISI, T *et al.* Procura de **Serviço Médico por Mulheres com Incontinência Urinária**. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.23 n.7 Rio de Janeiro ago. 2001
41. BØ, K *et al.* Measurement of pelvic floor muscle function and strength and pelvic organ prolapse. In: BO, K. *et al.* Evidence-Based Physical Therapy for the pelvic floor: bridging science and clinical practice. 1a ed. Elsevier. 2007;45-112.
42. O'SULLIVAN, R *et al.* Definition of mild, moderate and severe incontinence on the 24-hour pad test. **BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology** August 2004, Vol. 111, pp. 859–862.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção primária oferece uma alternativa de atendimento mais rápido por sua menor complexidade e maior abrangência, oferecendo maior acessibilidade, menor custo, maior conhecimento sobre o assunto pela população e conseqüentemente uma maior adesão das pacientes. Os resultados encontrados contribuirão na elaboração da avaliação e de intervenções preventivas e reabilitadoras para mulheres com IU neste e em outros serviços, objetivando a ampliação da oferta de tratamento para essa disfunção, até então concentrada somente na atenção secundária.

REFERÊNCIAS

1. MILSON, I *et al.* Epidemiology of Urinary (IU) and Faecal (FI) and Pelvic Organ Prolapse (POP). In: Abrams. P. *et al.* **Incontinence: 4th International Consultation on Incontinence**. 4.ed. Paris: Health Publication, p. 35-112, 2009.
2. BORGES, JBR *et al.* Avaliação da qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária pelo uso do Kings Health questionnaire. **Einstein** (São Paulo), v.7, n.3, set. 2009.
3. FIGUEIREDO, EM *et al.* 4. Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de serviço de Fisioterapia Uroginecológica da rede pública. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 12, n. 2, p. 136-42, mar./abr. 2008.
4. LOPES, MHB; HIGA R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. **Ver Escola Enferm USP** 2006; 40(1): 34-41.
5. NEUMANN, PB *et al.* Physiotherapy for females stress urinary incontinence: a multicentre observational study. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v.45, p.226-232. 2005.
6. DANNECKER, C *et al.* EMG-biofeedback assisted pelvic floor muscle training is an effective therapy of stress urinary incontinence or mixed incontinence: a 7-year experience with 390 patients. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v.273, p.93-97. 2005.
7. FELICÍSSIMO, MF *et al.* Fatores limitadores à reabilitação da musculatura do assoalho pélvico em pacientes com incontinência urinária de esforço. **Acta fisiátrica**, v.14, n.4, dez. 2007.
8. VAZ, CT. **Implantação de assistência a mulheres com incontinência urinária na Atenção Primária**. Belo Horizonte: UFMG, 2012. 73 p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, Escola de educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.
9. MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, **Cartilha Entendendo o SUS**, p.5. 2006.
10. TAMANINI, JTN *et al.* Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Form” (ICIQ-SF). **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 438-444, jun. 2004.
11. RICCETTO, CLZ *et al.* Is there correlation between urodynamic findings and International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) Score? **J Urol** 2005; 173(Suppl 4):357.

12. FONSECA, ESM *et al.* Validação do questionário de qualidade de vida (*King's Health Questionnaire*) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 5, p. 235-242, maio 2005.
13. TUBARO, A *et al.* Imaging and other investigations. In: Abrams, P. *et al.* **Incontinence: 4th International Consultation on Incontinence**. 4.ed. Paris: Health Publication, p. 541-630, 2009.
14. KARANTANIS, E *et al.* The 24-Hour Pad Test in Continent Women and Men: Normal Values and Cyclical Alterations. **Int J Obst Gynaecol**, v. 110, p. 567-571, 2003.
- 15- GROUTZ, A *et al.* Noninvasive outcome measures of urinary incontinence and lower urinary tract symptoms: a multicenter study of micturition diary and pad tests. **J Urology**, v. 164, n.3, p. 698-701, 2000.
- 16- STASKIN, D *et al.* Initial assessment of urinary and fecal incontinence in adult male and female patients. In: Abrams, P. *et al.* **Incontinence: 4th International Consultation on Incontinence**. 4.ed. Paris: Health Publication, p. 331-362, 2009.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisadoras: Camila Teixeira Vaz.

Orientadora: Elyonara Mello de Figueiredo.

TÍTULO DO PROJETO: Implantação da Assistência a Mulheres com incontinência Urinária na Atenção Primária.

Você está sendo convidada a participar de um estudo sobre a implantação da assistência a mulheres que apresentam perda de urina na atenção primária. Esse tratamento envolve a realização de exercícios para a musculatura do períneo, que auxilia na contenção da urina.

PROCEDIMENTOS: Você responderá a um questionário e se apresentar sintomas de perda urinária será submetida a uma avaliação fisioterapêutica, constando de uma entrevista e de avaliação da musculatura do períneo. Para isso, será realizada a observação da capacidade ou não de contração desta musculatura. Você deverá também realizar o teste do absorvente em 24 horas, que consiste no uso de absorventes durante 24 horas e ainda realizar o diário miccional, que consiste em fazer anotações da sua rotina de ida ao banheiro, quantidade de líquido ingerido e frequência de perda de urina durante 24 horas. Após estes exames, você poderá escolher em participar do grupo de tratamento ou realizar os exercícios em casa, diariamente. Para o grupo de tratamento, você terá que comparecer uma vez por semana, durante 50 minutos para a realização de exercícios para os músculos do períneo, alongamentos, exercícios respiratórios e receberá orientações quanto a hábitos urinários adequados. Você fará no máximo 12 sessões de tratamento. Você será submetida a uma ou duas reavaliações, semelhantes à avaliação inicial, dependendo da sua evolução. Receberá alta se obtiver cura/melhora das perdas urinárias ou será encaminhada para um serviço especializado caso não haja melhora das perdas. A fim de assegurar seu anonimato, você receberá um número de identificação no início do estudo, e seu nome não será revelado em nenhuma situação. Os resultados do estudo serão divulgados e poderão ser apresentados em eventos e revistas científicas, sem, no entanto, divulgar o seu nome.

RISCOS: Você terá o risco apenas de constrangimento por participar deste projeto.

BENEFÍCIOS: Os resultados do estudo ajudarão a esclarecer se é ou não viável a prestação de assistência a mulheres com problemas semelhantes aos seus, na atenção básica.

PAGAMENTO: Você não receberá nenhuma forma de pagamento. Custos de transporte para o local da coleta de dados e seu retorno deverão ser arcados por você. Os absorventes utilizados para realização do teste do absorvente, bem como os copos plásticos serão fornecidos pela pesquisadora.

RECUSA OU ABANDONO: A sua participação é voluntária, e você tem o direito de se recusar a participar por qualquer razão e em qualquer momento do estudo. Mesmo se você não quiser participar deste estudo, o tratamento no CSSG/SMSBH será garantido para você.

Depois de ler as informações acima, se for da sua vontade participar deste estudo, por favor, preencha o consentimento abaixo.

CONSENTIMENTO:

Declaro que li e entendi a informação contida acima. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e eu recebi uma cópia deste formulário de consentimento.

Eu, _____,
concordo em participar deste estudo.

Local e data

Assinatura do Participante

Local e data

Assinatura do Pesquisador

Telefones para contato:

Responsáveis pelo Estudo:

- Camila Teixeira Vaz (tel.: 3375-6265/9701-5146), aluna do curso de pós-graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).
- Elyonara Mello de Figueiredo (tel.: 3499-4783/8852-3795), ScD, professora Adjunta do Departamento de Fisioterapia da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional – UFMG.
- Comitê de Ética em Pesquisa – Prefeitura de Belo Horizonte. Avenida Afonso Pena, 2336 - 9º andar, Bairro Funcionários - Belo Horizonte – MG
- CEP: 30130-007 Tel: (31) 3277-5309 Fax (31) 3277-7768.
- Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG. Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II, 2o andar, sala 2005 - Pampulha - Belo Horizonte-MG. CEP 31270-901 Tel.: (31) 3409-4592.

APÊNDICE B

AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA – UROGINECOLOGIA

Data Avaliação: ___ / ___ / ___ Avaliador: _____

Dados Pessoais	
Nome: _____	Equipe: _____
Telefones: _____	ACS: _____
Prontuário: _____	
Endereço: _____	
Data de nascimento: _____	Idade: _____
Estado Civil: () solteira () casada () união estável () divorciada () viúva	
Escolaridade: () analfabeto ou sabe escrever o nome; () 1º G incompleto; () 1º G completo; () 2º G incompleto; () 2º G completo; () 3º G incompleto; () 3º G completo	
Ocupação: _____	
Queixa Principal: _____	
Diagnóstico Clínico: () IUE () IUU () IUM	

História Progressiva
Início dos sintomas: _____
Tratamentos prévios (medicamentos, fisioterapia): () não () sim: Qual? Por quanto tempo? _____
Cirurgias pélvicas prévias: () não () sim
Qual(is)? _____ Data/Ano de realização: _____
G ___ PN ___ PC ___ A ___ Aumento de peso nos últimos anos () sim () não
() Pré-Menopausa () Menopausa () Pós-menopausa TRH: () sim () não

Alterações Sistêmicas
Funções Miccionais:
- Sintomas de infecção (desconforto para urinar, dor, urina fétida): () sim () não
- Infecções urinárias recorrentes: () sim () não
- Urgência: () sim () não Urge-incontinência: () sim () não
- Incontinência de esforço: () não () sim : () tosse; () espirro; () riso; () correr; () pular; () ativ.sexual; () carregar peso; () andar () mudança de decúbito; () outros: _____
- Perda acontece em: () gotas () jato () completa
- Frequência de perda: () todos os dias e/ou noites; () 1 ou várias vezes/sem; () 1 ou várias x/mês; () <1x/mês; () nunca
- Uso de protetores: () não () sim; Qual? _____ Número/dia: _____
- Hábitos miccionais e dietéticos:
Ingestão de cafeína: () não () sim: _____
Noctúria: () sim: _____ vezes/ noite () não
Enurese (IU durante o sono): () sim () não
Ingestão hídrica em 24h: _____
Ingere líquido antes de dormir? () não () sim
Frequência miccional diurna: _____
Função Sexual:
Atividade sexual: () sim () não Satisfação (0-10): _____
Funções do Sistema Digestório:
Constipação intestinal: () sim () não
Frequência: () < 3x/sem () > 3x/sem
() esforço evacuatório doloroso; () esvaziamento incompleto; () fezes ressecadas;
() dor abdominal; () ajuda manual; () Uso de laxantes ou outro p/ auxílio: _____

Incontinência para fezes: () sim () não Incontinência para gases: () sim () não
Alimentação:

Dor pélvica: () sim () não

Outras disfunções (Disfunções renais, endócrinas, CV, mentais, etc):

Medicamentos em uso: _____

**Impacto da condição de saúde nas atividades e participação
e estratégias de enfrentamento**

0	10

Completamente restrito ou limitado	Sem restrição ou limitação

Exame Físico

Capacidade de contração dos MAP:

- () Contração realizada corretamente Tempo de sustentação da contração: ___seg.
() Sem contração
() Inconclusivo
() Movimento do AP para fora
() Uso excessivo de músculos acessórios: _____

Sugestão de Conduta:

- () Encaminhamento para ginecologia
() Sessões individuais para melhora da capacidade de contração dos MAP
() Encaminhamento para grupo de incontinência urinária
() Orientações para realizar exercícios e treino vesical em casa

Objetivo principal: () melhora da capacidade de contração muscular
() reeducação dos hábitos miccionais

Obs: Explicar procedimentos relativos ao teste do absorvente e diário miccional

Resultado do teste do absorvente: _____ g. Uso de _____ absorventes.

Anexar diário miccional e ICIQ-SF com data.

Data de início das sessões de tratamento/grupo: ___ / ___ / ___

Observações:

ANEXO A**Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos****Parecer: 0026.0.410.410-10A****Pesquisadora responsável: Elyonara Mello de Figueiredo**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CEP/SMSA/BH aprovou em 15 de julho de 2010, o projeto de pesquisa intitulado “IMPLANTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA A MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA”, bem como seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final deste, se em prazo inferior a um ano.

**Celeste de Souza Rodrigues****Coordenadora do CEP/SMSA/BH**

Celeste de Souza Rodrigues - BM 37316-1
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - SMSA/BH

ANEXO B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 0026.0.410.203-10

Interessado(a): **Profa. Elyonara Mello de Figueiredo**
Departamento de Fisioterapia
EEFFTO - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 29 de setembro de 2010, o projeto de pesquisa intitulado **"Implantação de assistência a mulheres com incontinência urinária na Atenção Primária"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO C

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 Masculino

3. Com que frequência você perde urina? (assinale uma resposta)

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------|---|
| 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)

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|---|
| 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)

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)

- | | |
|---|--------------------------|
| 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"/> |

INSTRUÇÕES PARA PREENCHER O DIÁRIO MICCIONAL

O diário que você está recebendo é muito importante para o seu tratamento, pois, através dele, saberemos como sua bexiga está funcionando.

- Você deverá anotar, na primeira coluna, todos os horários que urinou durante 24 horas. Então, comece a anotar desde a hora que acordar de um dia (1ª vez que urinar) até a hora em que acordar do outro dia (1ª vez que urinar), INCLUSIVE À NOITE.
- Todas as vezes que urinar, leve um pote para o banheiro e urine dentro dele. Depois transfira a urina do pote para o copo de plástico milimetrado que você está recebendo. Veja quantos mL de urina você urinou e anote na segunda coluna.
- Todas as vezes que tiver um desejo insuportável de urinar, marque um X na terceira coluna: (Urgência).
- Todas as vezes que perder urina sem querer, marque um X na coluna 4 (Perda urinária) e escreva o motivo da perda de urina na coluna 5 ao lado: (Motivo de perda).

Você também deverá medir a quantidade de líquido que tomar durante 24 horas, ou seja, desde a primeira vez que tomar alguma coisa em um dia até a primeira vez que tomar alguma coisa no outro dia, INCLUSIVE À NOITE, até completar um dia. Para medir a quantidade de líquido, primeiro coloque o que você vai beber no copo ou na xícara que você tem costume. Depois passe o líquido para o outro copo de plástico milimetrado que você está recebendo para medir a quantidade que você vai beber. Anote a quantidade na coluna (Volume de líquido que bebeu – mL) e o (Tipo de líquido - café, suco de laranja, água...) na coluna 7, ao lado (Tipo de líquido que bebeu).