

PREVALÊNCIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA EM UM GRUPO DE PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE GINECOLOGIA DO CENTRO DE AÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER - CAISM, DE SÃO CAETANO DO SUL

PREVALENCE OF FEMALE URINARY INCONTINENCE IN A GROUP OF PATIENTS OF THE GYNECOLOGY OUTPATIENT CLINIC - SÃO CAETANO DO SUL

Rosana Maria Rosa¹ e Juliana Aparecida Boaretto²

¹ Graduanda do curso de Fisioterapia da Universidade Municipal de São Caetano do Sul - USCS.

² Docente do curso de Fisioterapia da Universidade Municipal de São Caetano do Sul - USCS.

RESUMO

Este estudo objetivou identificar e quantificar a prevalência de incontinência urinária (IU) e o grau de incômodo da perda urinária na vida diária de um grupo de mulheres, pacientes do Ambulatório de Ginecologia do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Caism), de São Caetano do Sul. Primeiramente, foi aplicado um questionário para identificar sintomas de perda urinária; quando a resposta era positiva, passava-se à aplicação do questionário de qualidade de vida validado "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (Iciq-SF). Ao final da entrevista, foi entregue um folheto informativo de cunho educativo com informações sobre a IU e a importância da busca por tratamento adequado. Todas as pacientes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Foram entrevistadas 102 mulheres (46 ± 12 anos), das quais 60% (n = 61) apresentaram IU. Um total de 69% (n = 42) das mulheres incontinentes não procurou atendimento médico, sendo que os motivos relatados foram diversos: o mais apontado (38%) foi que acreditavam que esta era uma condição normal do envelhecimento; 17% não se lembravam de relatar o problema ao médico durante a consulta; e 10% relataram vergonha, dentre outros. Em relação à interferência da IU na vida diária, 21% (n = 13) das mulheres incontinentes pontuaram valor máximo de incômodo. Concluiu-se que a IU exerce impacto negativo na qualidade de vida dessas mulheres, que existe uma alta prevalência de IU no grupo estudado, com percentual elevado de mulheres que não relatam sua condição para o profissional da saúde, na maioria das vezes devido a uma baixa valorização dos sintomas ou por acreditarem ser uma condição normal do envelhecimento.

Palavras-chave: incontinência urinária, prevalência, qualidade de vida.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify and quantify the prevalence of urinary incontinence (UI) and the degree of discomfort resulting of urinary loss in daily life of a group of women patients of the Gynecology Clinic of the Center of Integral Attention to Women's Health of São Caetano do Sul. Firstly a questionnaire was applied to identify symptoms of urinary loss; when the answer was positive, the "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF) was applied. At the end of the interview patients received a leaflet with information about UI and the importance of searching for appropriate treatment. All patients signed a free and clarified consent. Results: 102 women were interviewed (46 ± 12 years), 60% (n = 61) of which presented UI. 69% (n = 42) of the incontinent women didn't seek medical treatment for this problem, the told reasons were several: the most pointed (38%) was that they believed this was a normal condition of aging; 17% didn't remember to tell the doctor during the consultation and 10% referred shame, among others. In relation to interference of UI in daily life, 21% (n = 13) of the incontinent women scored maximum value of discomfort. We concluded that UI has a negative impact on the quality of life of these women, that a high prevalence of UI exists in the studied group, with a high percentile of women that do not reveal their condition to their attending health professional, either because they do not value the symptoms or they believe to be a normal condition of aging.

Keywords: urinary incontinence, prevalence, quality of life.

I. INTRODUÇÃO

A Sociedade Internacional de Continência (*International Continence Society*) define incontinência urinária (IU) como a queixa de perda involuntária de urina. Porém, os tipos de IU mais comuns são os seguintes: incontinência urinária de esforço (IUE), definida como a queixa de perda involuntária de urina sincrônica diante de esforço, espirro ou tosse; incontinência urinária de urgência (IUU), sendo a queixa de perda involuntária de urina associada à urgência miccional ou imediatamente precedida por ela; e a incontinência urinária mista (IUM), que une os sinais e sintomas das duas anteriores (ABRAMS *et al.*, 2003).

A IU exerce impacto negativo na qualidade de vida (QV) do indivíduo. A vida social de mulheres incontinentes passa a depender da disponibilidade de banheiros, e elas se tornam deprimidas, preocupam-se com o embaraço do odor de urina e acabam angustiadas e irritadas (*apud* FONSECA *et al.*, 2005). Constitui, ainda, um problema social e higiênico, fazendo com que a mulher deixe de sair, viajar, divertir-se e fazer coisas de que gosta, podendo desencadear depressão e levar o cuidador ao estresse (MORENO, 2004).

O impacto da IU na vida diária do indivíduo é percebido de forma diferente entre os sujeitos, sendo importante o uso de instrumentos que avaliem e quantifiquem essa percepção, até mesmo a fim de guiar índices de cura e melhora dos sintomas urinários de estudos pré e pós-tratamentos e, especialmente, como forma de valorização da opinião do paciente sobre sua própria condição de saúde.

A continência urinária é obtida pela ação de vários fatores que atuam sinergicamente. Os músculos do assoalho pélvico (AP) desempenham importante papel na sustentação dos órgãos pélvicos, na atividade sexual, na continência urinária e fecal (MORENO, 2004). A musculatura do AP está adaptada para a manutenção do equilíbrio entre períodos longos de contração, assim como a obtenção de aumento repentino do tônus para compensar aumentos da pressão intra-abdominal, como nos momentos de tosse e espirro, por exemplo (POLDEN & MANTLE, 2000; SILVA & SILVA, 2003). Além da importância do AP na manutenção da continência urinária e da estática pélvica, existe o sistema esfinteriano da uretra, formado pelo esfíncter externo e interno da uretra, sendo que o esfíncter interno é composto de musculatura lisa, que responde pela manutenção da pressão intrauretral durante o repouso e contribui para a coaptação da mucosa uretral (efeito selante da uretra) (GIRÃO *et al.*, 2002).

A inervação dos músculos do AP é realizada principalmente pelo nervo pudendo e suas ramificações, sendo tanto sensitiva quanto motora; portanto, uma lesão total ou parcial do nervo pudendo determina menor tônus dos músculos do AP (GIRÃO *et al.*, 2002; AMARO *et al.*, 2005). Neste contexto, a gravidez e o parto vaginal são os principais fatores de risco para a IU. Isso se deve aos processos fisiológicos sequenciais durante a gestação e o parto, que lesam o suporte pélvico, o corpo perineal, o esfíncter anal e podem causar neuropatia do nervo pudendo, em decorrência de estiramento, deixando assim o AP debilitado, o que pode tornar-se um fator determinante, em longo prazo, para o surgimento de perdas urinárias (WIJMA *et al.*, 2001). Todavia, a ação da neuroplasticidade faz com que, em média, dois meses após o parto, a função da musculatura do AP seja restaurada em 60% dos casos (JÓZWIK & JÓZWIK, 2001).

Há também outras condições associadas para o surgimento da IU, como fatores congênitos, distúrbios do tecido conjuntivo, neuropatias pélvicas, cirurgia pélvica, obesidade, distúrbios respiratórios e estresse ocupacional (AMARO *et al.*, 2005). Porém, destaca-se como um dos principais fatores desencadeantes da IU a lesão do mecanismo esfinteriano uretral interno, caracterizando IU intensa com perda de urina aos mínimos esforços.

Em longo prazo, as manifestações tardias do hipoestrogenismo determinam alterações da pele e dos órgãos urogenitais, bem como o aparecimento de doenças cardiovasculares e osteoporose (MASSE *et al.*, 2005). O trofismo da túnica vascular e da mucosa uretral, que é hormônio-dependente, também contribui para a continência urinária. Assim, em situações de hipoestrogenismo, há uma diminuição da espessura da mucosa e menor irrigação sanguínea uretral (GIRÃO *et al.*, 2002).

Amaro *et al.* (2005) relataram que, apesar de vários trabalhos apontarem as ações dos estrógenos na manutenção da continência urinária e os efeitos nocivos de sua ausência, não existe consenso acerca dos efeitos da reposição hormonal sobre portadoras de IU ou, mesmo, se a menopausa é fator de risco.

Outros autores afirmaram que provavelmente o hipoestrogenismo é apenas um dos fatores envolvidos no processo de envelhecimento, fator contributivo e não causador da IU (AMARO *et al.*, 2005), corroborando os relatos de Grosse & Sengler (2002), que apontaram de fato uma elevação sensível da prevalência de IU entre 54 e 60 anos.

Outro fator causal da IU é a localização anatômica do colo vesical, que deve estar acima do bordo inferior da sínfise púbica (topografia intra-abdominal). Durante o aumento da pressão abdominal (tosse), esta pressão é transmitida para a bexiga e para a uretra proximal, exercendo pressão de fechamento sobre ela. Na descida excessiva do colo vesical, esse mecanismo compensador deixa de existir, ocorrendo perda de urina aos esforços (GIRÃO *et al.*, 2002).

A IU é muitas vezes erroneamente interpretada como parte natural do envelhecimento. Sabe-se que a espessura dos músculos do AP parece diminuir com a idade; conseqüentemente, ocorre diminuição da força e da massa muscular, sendo este um processo gradativo (AMARO *et al.*, 2005; SIROLA & RIKKONEN, 2005).

Segundo Moreira, Yasuda & Kimura (2001), a IU atinge aproximadamente 10% da população, e é superior a 30% nas mulheres acima de 60 anos. Guedes & Sebben (2006), porém, calcularam que o índice de pacientes idosos com IU pode chegar a 80%.

Em qualquer faixa etária, a continência urinária não depende somente da integridade do trato urinário inferior. Alterações da motivação, da destreza manual, da mobilidade, da lucidez e a existência de doenças associadas estão entre os fatores que podem ser responsáveis pela IU, sem que haja comprometimento significativo do trato urinário inferior. Essas alterações são frequentemente encontradas no idoso e podem agravar ou causar IU (REIS *et al.*, 2003).

Nos últimos 60 anos, as mulheres têm acrescido seu peso em, aproximadamente, 20% ou mais (LUFT & VRIHEAS, 1998), e, assim, a obesidade tem sido identificada como um fator de risco para o estabelecimento da IU (Dwyer, Lee & Hai, 1988; Brown *et al.*, 1996). Acredita-se que a obesidade contribua para o aumento da pressão intra-abdominal transmitida para os órgãos pélvicos, favorecendo a IU por estresse (LUFT & VRIHEAS, 1998; OSTERGARD *et al.*, 2006). Além disso, o excesso de peso pode contribuir para o enfraquecimento dos músculos e das fáscias pélvicas, por meio de ação mecânica e de lesões neurológicas das estruturas do AP (AMARO *et al.*, 2005). Brown *et al.* (1999) demonstraram que mulheres com IMC (índice de massa corpórea) maior que 30kg/m² tinham o risco de IU aumentado em 40% quando comparado com mulheres cujo IMC era menor que 25kg/m². Esses dados suportam uma correlação positiva entre obesidade e IU.

Amaro *et al.* (2005) relataram que revisões sistemáticas e relatos de caso identificaram melhora de

sintomas urinários após cirurgia bariátrica ou perda de peso, e piora do quadro de IU após ganho ponderal.

Outros fatores que merecem destaque são os seguintes: a IU durante a prática esportiva, sendo maior a prevalência em esportes que envolvem atividades de alto impacto, condição observada em atletas que praticam ginástica, atletismo e alguns jogos com bola (BROSO & SUBRIZI, 1996; BO, 2004); o tabagismo tem sido apontado como contribuinte para a IU, pois causa danos às estruturas de sustentação devido à tosse crônica, e pelas contrações induzidas pela nicotina no músculo detrusor e pelas alterações na síntese e na qualidade do colágeno (RETZKY & ROGERS JUNIOR, 1995; OSTERGARD *et al.*, 2006).

2. MATERIAIS E MÉTODO

2.1. Participantes

Foram entrevistadas 102 mulheres com idade média de 46 anos (DP ± 12 anos), que aguardavam consulta clínica no Ambulatório de Ginecologia Geral do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Caism), de São Caetano do Sul. Não foram incluídas as gestantes.

2.2. Materiais

Quanto aos materiais utilizados, inicialmente aplicou-se um questionário adaptado de avaliação subjetiva de perda urinária, elaborado pelas autoras do estudo, com perguntas relacionadas aos dados pessoais, à história ginecológica e obstétrica, aos hábitos de vida, a peso e altura estimados e à queixa de perda urinária. Quando a resposta era positiva para IU, perguntava-se à entrevistada se ela já havia relatado o problema ao médico. A resposta era anotada e aplicava-se o questionário de qualidade de vida (QV), o “*International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form*” (Iciq-SF), desenvolvido e validado por Tamanini *et al.* (2004). Em relação ao questionário de QV, verificam-se seis questões: a primeira e a segunda são dados pessoais; a terceira indica a frequência com que a mulher perde urina; a quarta questão refere-se à quantidade da perda urinária percebida pela própria paciente; a questão cinco refere-se a quanto a perda urinária interfere na vida diária da mulher numa escala de zero a dez, na qual o zero representa a resposta de “não interfere” e o dez, que a IU “interfere muito”; finalmente, a sexta questão investiga em quais ocasiões ocorre a perda urinária.

2.3. Procedimentos

Primeiramente, a pesquisa foi autorizada pelo responsável do local de estudo. O trabalho investigativo teve início em 06 de agosto de 2007 e término em 24 de setembro de 2007. Às pacientes que aceitaram participar da pesquisa foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido e declaração de voluntário. A partir de então, foram aplicados os questionários.

A todas as participantes do estudo foi entregue um folheto informativo, inclusive às mulheres que não apresentavam perda urinária. No referido folheto, havia informações sobre a definição de IU e a importância da conscientização da população na busca por tratamento adequado, esclarecendo que a IU atinge mulheres de qualquer idade.

Os dados obtidos foram tabulados e demonstrados por meio de gráficos.

3. RESULTADOS

Em relação ao perfil dessas mulheres, 44 encontravam-se na pós-menopausa, 18 eram nulíparas, 84 eram múltíparas, sendo 2,8 a média de gestações, 35 eram fumantes, 42 eram sedentárias e 61 (60%) relataram apresentar perda involuntária de urina (Figura 1).

Das 61 mulheres que apresentavam episódios de perda de urina, 36 encontravam-se na pós-menopausa, dez eram nulíparas, 51 eram múltíparas, sendo três a média de gestações. Quanto ao estilo de vida, 19 mulheres eram fumantes e 28 eram sedentárias.

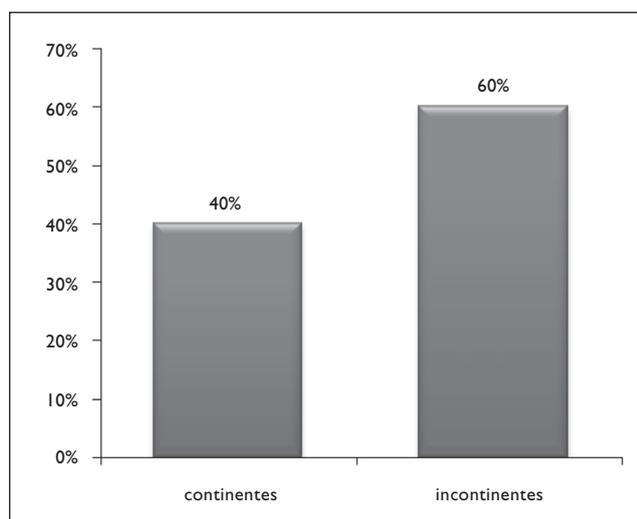


Figura 1: Prevalência de IU no grupo estudado

Na Figura 2, estão os resultados quanto ao IMC das mulheres incontinentes. É importante relatar que este cálculo foi realizado com peso e altura estimados relatados pelas pacientes.

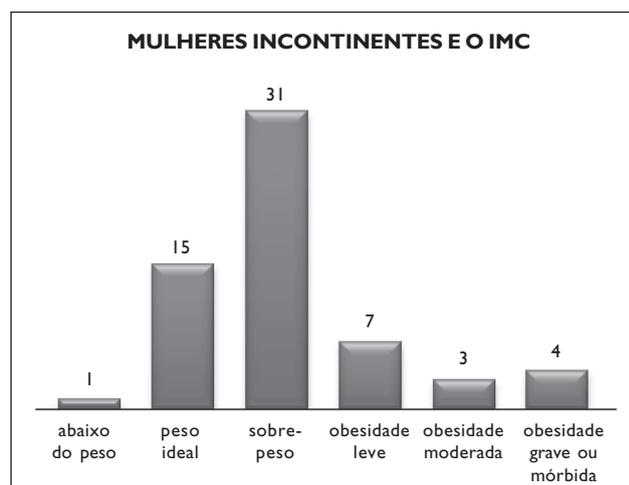


Figura 2: Número de mulheres incontinentes distribuídas conforme valores do IMC estimados

Os resultados apontaram que, do total de mulheres incontinentes, 31% (n = 19) procuraram auxílio médico por conta dos sintomas de perda de urina e 69% (n = 42) não procuraram atendimento médico, sendo diversos os motivos relatados para a não procura por tratamento.

Dentre as mulheres que não procuraram atendimento médico na busca por tratamento para IU, 38% (n = 16) acreditavam que esta era uma condição normal; 17% (n = 7) não se lembravam de contar este fato ao médico durante a consulta; 9,5% (n = 4) disseram que o médico nunca havia perguntado sobre episódios de perda de urina; 7% (n = 3) não se incomodavam com a perda de urina; 7% (n = 3) relataram que tiveram apenas um episódio de perda de urina recentemente; 9,5% (n = 4) não relataram ao médico porque sentiam vergonha de sua condição; 9,5% (n = 4) não informaram ao médico porque não era sempre que ocorria a perda de urina; e 2,5% (n = 1) relataram que os episódios de perda de urina só ocorriam quando estavam com sintomas de gripe.

As mulheres que confirmaram os sintomas de IU responderam ao questionário de QV "International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form". A frequência de perda de urina é apresentada na Figura 3.

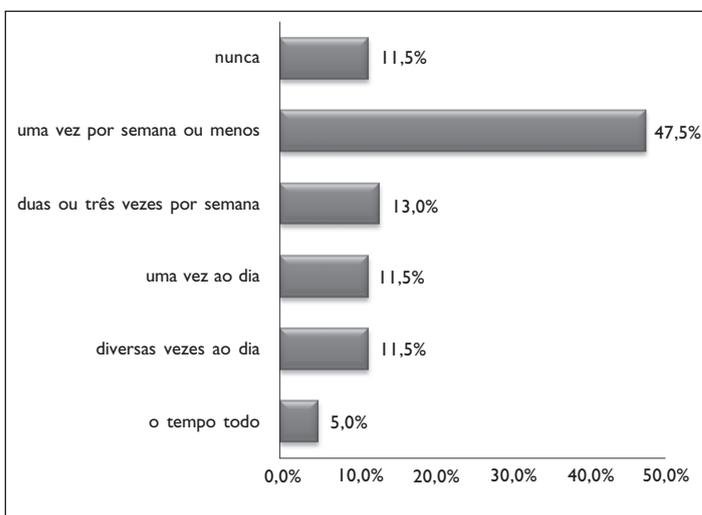


Figura 3: Frequência de perda de urina encontrada de acordo com o questionário *Short Form* (Icqi-SF)

No que diz respeito à quantidade de perda de urina percebida pela paciente, 84% (n = 51) responderam que perdem uma pequena quantidade; 8% (n = 5), uma moderada quantidade; e 8% (n = 5), uma grande quantidade.

Na questão em que se verifica a interferência da IU na vida diária, foi utilizada uma escala de zero a dez, sendo o zero o valor indicativo da não interferência da IU na vida diária da mulher, aumentando-se os valores e respectivamente o grau de incômodo até o valor dez de incômodo máximo da IU na vida diária. Os resultados desta avaliação são apresentados na Figura 4.

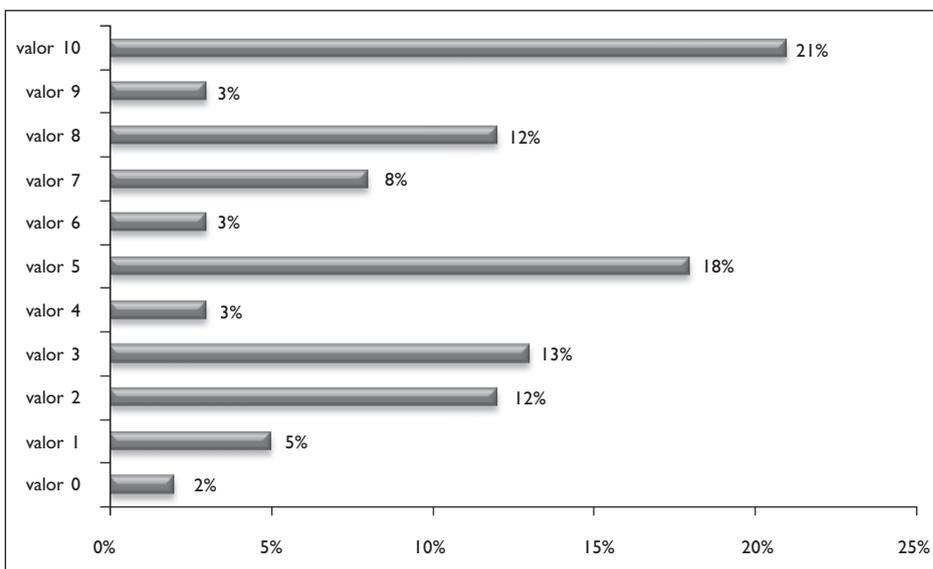


Figura 4: Avaliação do nível de interferência na vida diária das mulheres incontinentes

Em relação aos episódios de perda urinária apontados pelas mulheres incontinentes, o item do questionário “perco quando tusso ou espirro” foi apontado 49 vezes; “perco antes de chegar ao banheiro” foi assinalado 16 vezes; “perco quando estou fazendo atividade física” foi indicado cinco vezes; “perco sem razão óbvia” foi assinalado três vezes; e “perco o tempo todo” foi apontado duas vezes.

4. DISCUSSÃO

A perda da continência urinária é considerada um problema de saúde pública, devido à alta prevalência e incidência em todo o mundo. Além disso, é uma condição desconfortável, embaraçosa e estressante, que pode afetar até 50% das mulheres em alguma fase de suas vidas (*apud* FONSECA *et al.*, 2005; FELDNER JÚNIOR *et al.*, 2006).

No grupo de 102 mulheres, pacientes do Ambulatório de Ginecologia do Caism – São Caetano do Sul, foi encontrada uma prevalência de 60% de perda da continência. Sabe-se que os índices de prevalência da IU dependem de várias características (idade, sexo, condições físicas e mentais etc.), que dificultam a comparação de resultados (SILVA & SANTOS, 2005). Porém, a prevalência de IU no grupo pesquisado não está discrepante em relação à literatura estudada (JOLLEYS, 1988; GUARISI *et al.*, 2001a; FREITAS *et al.*, 2002 *apud* FONSECA *et al.*, 2005; GUEDES & SEBEN, 2006).

Em um estudo brasileiro, realizado por Bellote & Agostinho (2005), no qual foram entrevistadas 1.606 mulheres, a prevalência de IU, de acordo com as faixas etárias de 30 a 39 anos, de 40 a 49, de 50 a 59 anos, de 60 a 69 anos e acima de 70 anos foi, respectivamente, de 24,43%, 37,81%, 45,05%, 50% e 56,25%. Jolleys (1988), num estudo realizado com 833 mulheres britânicas, observou uma prevalência de IU de 60% entre as mulheres de 45 a 54 anos. Em 2001, Guarisi *et al.* (2001a) realizaram um estudo com 456 mulheres na faixa etária de 45 a 60 anos de idade, por meio de inquérito populacional domiciliar no Município

de Campinas. Das mulheres entrevistadas, 35% se queixaram de perda urinária aos esforços, sendo que, destas, 10,7% referiram que esse sintoma ocorria sempre e 24,3% apresentavam perda urinária esporádica.

Conforme relatado por Girão *et al.* (2002), é muito simplista supor que um único mecanismo justificasse todos os casos de perda urinária, assim como apenas um determinado fator pudesse existir em todas as pacientes. Porém, algumas condições, como gestação e parto, menopausa, obesidade, envelhecimento, tosse crônica, raça branca, doenças do colágeno, tabagismo, neuropatias e cirurgia ginecológica prévia, dentre outras, são consideradas fatores causais ou predisponentes de IU (GUARISI *et al.*, 2001b; AMARO *et al.*, 2005). Na amostra estudada com IU, destacaram-se os percentuais de multiparidade (84%), pós-menopausa (59%), sedentarismo (46%), tabagismo (31%), sobrepeso (50,8%) e obesidade (23%).

Várias condições relacionadas à multiparidade podem contribuir para o desenvolvimento da IU em longo prazo, principalmente no que se refere ao ganho de peso excessivo durante a gravidez e ao tipo de parto, porém, na amostra utilizada para a presente pesquisa, essas condições não foram objeto de estudo.

A questão da menopausa é bastante controversa na literatura. Alguns autores, como Retzky & Rogers Junior (1995), relataram que a queda dos níveis de estrogênio pode alterar as funções do trato urinário inferior, levando em consideração que o mesmo é muito rico em receptores desse hormônio. Em contrapartida, alguns pesquisadores afirmaram, por meio de estudos epidemiológicos, que não ocorre um aumento da prevalência da IU no período da menopausa (THOM & BROWN, 1998).

No presente estudo, foi encontrado que, entre as mulheres incontinentes, 31% eram tabagistas. Ostergard *et al.* (2006) explicaram que o tabagismo, além de causar danos às estruturas de sustentação diante da tosse crônica, também altera a síntese e a qualidade do colágeno.

Outro dado de destaque é o aumento do IMC no grupo estudado. Diversos estudos demonstraram que o excesso de peso é responsável pelo aumento da pressão intra-abdominal, favorecendo a IUE, e pelo enfraquecimento dos músculos e das fâscias pélvicas (LUFT & VRIHEAS, 1998; AMARO *et al.*, 2005; OSTERGARD *et al.*, 2006). Embora seja reconhecido que o excesso de peso é um fator de risco para a IU, observou-se, na

amostra desta pesquisa, que algumas mulheres classificadas com peso ideal apresentavam IU, o que reforça mais uma vez a etiologia multifatorial deste distúrbio: embora estas mulheres não estejam acima do peso, elas podem se enquadrar em outros fatores de risco. Coelho, Salvado & Robalo (2006) realizaram um estudo epidemiológico, entre março e junho de 2006, na população feminina (n = 207), sendo a média de idade de 42 anos. Seu objetivo era verificar a prevalência de IU e sua caracterização quanto ao comportamento e aos hábitos de vida. Os autores mencionados observaram que o excesso de peso foi um fator de risco para a IU numa prevalência de 49,4% de incontinentes desta amostra.

No presente estudo, foi encontrado que, do total de mulheres incontinentes, 69% não procuraram auxílio médico para tratamento dos sintomas urinários. Este fato é bastante documentado na literatura. Os resultados a que se chegou mostraram um percentual maior do que os relatados por Dugan *et al.* (2000, citado por FONSECA *et al.*, 2005), que apontaram que entre 30% e 50% das pessoas que sofrem de IU não relatam espontaneamente esse fato ao médico e só procuram o serviço de saúde após o primeiro ano do início dos sintomas, por acharem que a perda de urina é esperada com o evoluir da idade.

Concordando com o relato acima, as mulheres incontinentes deste estudo informaram uma variedade de motivos que as levaram a não procurar a atenção médica para esse problema. Foi verificado que, dentre os motivos descritos, a crença de ser a IU uma condição normal da idade foi a mais apontada, com 38%.

A consideração da condição de IU como normal, verificada neste trabalho, também é observada em outros estudos, que demonstraram esse mesmo padrão em outros locais do mundo, como Países Baixos e Estados Unidos (BARACHO, 2002). Ainda concordando com esses resultados, Minassian, Drutz & Al-Badr (2003) relataram que os motivos pelos quais as mulheres não procuram a ajuda de profissionais de saúde devem-se a vários aspectos, como a vergonha e o fato de considerarem a IU parte normal do envelhecimento. Dentre as entrevistadas incontinentes e que não procuraram auxílio médico, 17% alegaram não se lembrar de contar esse fato durante a consulta e 10% apontaram vergonha desta condição.

No estudo de Guarisi *et al.* (2001b), foi avaliada a porcentagem de mulheres incontinentes que solicitaram tratamento médico: 41% delas não procuraram

atendimento médico, havendo uma variedade de motivos para esta atitude. Dentre os motivos, 54% disseram que os sintomas não mereciam atenção médica e 9% relataram falta de liberdade para falar sobre os sintomas com o clínico. Para os autores citados, a maior parte dos motivos que levam as mulheres incontinentes a não procurar tratamento médico sugere uma baixa valorização dos sintomas. Silva, Mateus & Barros (1999) realizaram uma pesquisa em Portugal e verificaram que 64,6% das mulheres incontinentes referiram nunca ter procurado ajuda de um médico, devido a este problema.

Nos resultados referentes à quantidade subjetiva de perda urinária apontada pelas mulheres, a maioria (84%) confirmou perder uma pequena quantidade de urina. Resultados próximos aos aqui apresentados foram encontrados por Coelho, Salvado & Robalo (2006), que verificaram que 60,5% das mulheres incontinentes também perdiam uma pequena quantidade de urina.

No presente trabalho, a graduação quanto ao grau de incômodo das perdas urinárias foi mensurada numa escala de zero a dez pontos. Foi verificado que 65% delas apontaram valores acima de 5, e, destas, 21% pontuaram valor máximo de incômodo. Isso sugere que a IU exerce interferência negativa na QV. Quanto ao incômodo da IU nas atividades de vida diária, Coelho, Salvado & Robalo (2006) encontraram que 13% das mulheres referiram “bastante” incômodo; 32,1%, “às vezes”; 15,4% apontaram a opção “pouco incômodo”; e 17,9%, “nada”.

As mulheres, silenciosamente, têm uma queda na autoestima, tornando-se deprimidas, angustiadas e irritadas; frequentemente, sentem-se humilhadas e embaraçadas demais para falar sobre o problema. Além disso, há o inevitável e inexorável fator do envelhecimento, que leva a que algumas mulheres adiem a procura por um serviço especializado para o tratamento, pois acreditam ser comum que uma mulher idosa perca urina. Apenas quando a qualidade de vida está demasiadamente comprometida pela IU, elas procuram o serviço médico (GUEDES & SEBEN, 2006).

Fitzpatrick *et al.* (1992), citados por Fonseca *et al.* (2005), explicaram que o envolvimento do próprio paciente no seu tratamento e a necessidade de avaliação mais ampla de como e quando determinada doença ou intervenção médica atinge a qualidade de vida são fundamentais em qualquer serviço de saúde.

Concordando com os autores citados acima, acredita-se que o envolvimento do paciente no seu tratamento é fator fundamental para o sucesso de qualquer terapêutica, porém, para tanto, o fisioterapeuta, como profissional da saúde, tem papel relevante no que se refere à educação em saúde, para que a população esclarecida se envolva no tratamento. Nesse contexto, o esclarecimento prestado pelas entrevistadoras às pacientes e a entrega das cartilhas com o objetivo de educar para promover saúde podem auxiliá-las.

5. CONCLUSÕES

Existe uma alta prevalência de IU no grupo estudado, com forte impacto negativo na qualidade de vida, gerando incômodo na vida diária. Apesar disso, observou-se que um percentual elevado de mulheres não relata sua condição para o profissional da saúde, na maior parte das vezes por considerá-la uma condição normal atribuída ao avanço da idade. Estes dados indicam que a educação sobre a IU junto à população feminina deve ser incorporada ao planejamento dos serviços de saúde, para estimular as mulheres incontinentes a buscar ajuda, inclusive, quando possível, logo no início dos sintomas.

Parece que esta ação educativa deveria ser considerada prioritária pelos profissionais da saúde, uma vez que a ocorrência de IU pode ter um impacto direto na inserção social desta população, por seus efeitos limitantes na realização das atividades de vida prática.

O fisioterapeuta está habilitado a desenvolver ações tanto preventivas como curativas junto a esta população, e sua inserção nas equipes das Unidades Básicas de Saúde pode contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos na rede pública.

REFERÊNCIAS

- ABRAMS, Paul; CARDOZO, Linda; FALL, Magnus; GRIFFITHS, Derek; ROSIER, Peter; ULMSTERN, Ulf; VAN KERREBROECK, Philip; VICTOR, Arne & WEIN, Alan. Standardisation Sub-Committee of the International Continence Society (ICS). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*, 61: 37-49, 2003.
- AMARO, João Luiz; HADDAD, Jorge M.; TRINDADE, José Carlos S. & RIBEIRO, Ricardo M. *Reabilitação do assoalho pélvico nas disfunções urinárias e anorretais*. São Paulo: Segmento Farma, 2005.
- BARACHO, Elza Lúcia. *Fisioterapia aplicada à obstetrícia: aspectos de ginecologia e neonatologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.
- BELLOTE, Geanna M. H. & AGOSTINHO, Aparecido D. 2005. *Prevalência de incontinência urinária, sintomas do trato urinário inferior e qualidade de vida em mulheres comunidade*. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista. Botucatu: FMB/Unesp.
- BO, Kari. Urinary incontinence, pelvic floor dysfunction, exercise and sport. *Sports Medicine*, 34: 451-464, 2004.
- BROSO, R. & SUBRIZI, R. Gynecologic problems in female athletes. *Minerva Ginecologica*, 48(3): 99-106, March, 1996.
- BROWN, Jeanette S.; GRADY, Deborah; OUSLANDER, Joseph G.; HERZOG, A. Regula; VARNER, Edward R. & POSNER, Samuel F. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in postmenopausal women. Hert & Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS) Research Group. *Obstetrics & Gynecology*, 94: 66-70, 1999.
- COELHO, Maria; SALVADO, Ana & ROBALO, Lina. Incontinência urinária feminina: prevalência em 2006 e factores predisponentes na população de Setúbal. *EssFisiOnline*, 3: 1, 2007.
- DWYER, Peter L.; LEE, Elisa T. C. & HAY Douglas M. Obesity and urinary incontinence in women. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 95: 91-96, 1988.
- FELDNER JÚNIOR, Paulo César; SARTORI, Marair G. F.; LIMA, Geraldo R. de; BARACAT, Edmund C. & GIRÃO, Manoel João B. C. Diagnóstico clínico e subsidiário da incontinência urinária / Clinical and subsidiary diagnosis of urinary incontinence. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28(1): 54-62, janeiro, 2006.
- FONSECA, Eliana S. M.; MORENO, Adriana L. C.; CASTRO, Rodrigo de A.; SARTORI, Marair G. F.; FONSECA, Marcelo C. M.; LIMA, Geraldo R. de & GIRÃO, Manoel João B. C. Validação do questionário de qualidade de vida (*King's Health Questionnaire*) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27(5): 235-242, 2005.
- GIRÃO, Manoel João B. C.; SARTORI, Marair G. F.; BARACAT, Edmund C. & LIMA, Geraldo R. de. *Cirurgia vaginal e uroginecológica*. 2. ed. São Paulo, SP: Artes Médicas, 2002.
- GROSSE, Dominique & SENGLER, Jean. *Reeducação perineal*. São Paulo: Manole, 2002.
- GUARISI, Telma; PINTO NETO, Aarão M.; OSIS, Maria José; PEDRO, Adriana O.; PAIVA, Lúcia Helena C. & FAUNDES, Aníbal. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, 35: 428-235, 2001a.
- _____. Procura de serviço médico por mulheres com incontinência urinária. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 23: 439-443, 2001b.
- GUEDES, Janesca M. & SEBEN, Vanessa. Incontinência urinária no idoso: abordagem fisioterapêutica. RBCEH – *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 3, n. 1, p. 105-103, 2006.
- JOLLEYS, Jacqueline V. Reported prevalence of urinary incontinence in women in a general practice. *British Medical Journal*, 293: 1.300-1.302, 1988.
- JÓZWIK, Maciej & JÓZWIK, Marcin. Partial denervation of the pelvic floor during term vaginal delivery. *International Urogynecology Journal*, 12: 81-82, 2001.
- LUFT, Janis & VRIHEAS-NICHOLS, Amy A. Incontinence urinary. *Geriatric Nursing*, 19: 66-71, 1998.
- MASSE, Priscilla G.; TRANCHANT, Carole C.; DOSY, Juliana & DONOVAN, Sharon M. Coexistence of osteoporosis and cardiovascular disease risk factors in apparently healthy, untreated postmenopausal women. *International Journal of Vitamin and Nutrition Research*, 75: 97-106, 2005.

REFERÊNCIAS

- MINASSIAN, Vatche A.; DRUTZ, Harold P. & AL-BADR, Ahmed. Urinary incontinence as a worldwide problem. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 82: 327-338, 2003.
- MOREIRA, Eliane Cristina H.; YASUDA, Eliane K. & KIMURA, Francisca R. Tratamento cirúrgico e conservador da incontinência urinária de esforço. *Revista Fisioterapia em Movimento*, 13(2): 9-14, 2001.
- MORENO, Adriana L. *Fisioterapia em uroginecologia*. 1. ed. Barueri, SP: Manole, 2004.
- OSTERGARD, Donald R.; BENT, Alfred E.; CUNDIFF, Geoffrey W. & SWIFT, Steven E. *Uroginecologia e disfunções do assoalho pélvico*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- POLDEN, Margaret & MANTLE, Jill. *Fisioterapia em obstetria e ginecologia*. 2. ed. São Paulo: Santos, 2000.
- REIS, Rodolfo B. dos; COLOGNA, Adauto José; MARTINS, Antonio Carlos P.; PASCHOALIN, Édson Luís; TUCCI JÚNIOR, Sílvio & SUAID, Haylton J. Incontinência urinária no idoso. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 18: 47-51, 2003.
- RETZKY, Sandra S. & ROGERS JUNIOR, Robert M. A incontinência urinária na mulher. *Clinical Symposia*, São Paulo, Novartis, v. 47, n. 3, p. 2-32, 1995.
- SILVA, Pedro N.; MATEUS, Pedro & BARROS, Henrique. Prevalência e gravidade de incontinência urinária em mulheres do Porto. *Arquivos de Medicina*, 13 (Supl 5): 16-19, 1999.
- SILVA, Ana Paula S. & SILVA, Jaqueline S. da. A importância dos músculos do assoalho pélvico feminino sob uma visão anatômica. *Revista Fisioterapia Brasil*, 4: 3, 2003.
- SILVA, Anderson P. M. da & SANTOS, Vera Lúcia C. de G. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39: 36-45, 2005.
- SIROLA, Joonas & RIKKONEN, Toni. Muscle performance after the menopause. *The Journal of the British Menopause Society*, 11: 45-50, 2005.
- TAMANINI, José Tadeu N.; DAMBROS, Miriam; D'ANCONA, Carlos Arturo L.; PALMA, Paulo César R. & RODRIGUES NETTO JÚNIOR, Néelson. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form" (Iciq-SF). *Revista de Saúde Pública*, 38: 438-444, 2004.
- THOM, David H. & BROWN, Jeanette S. Reproductive and hormonal risk factors for urinary incontinence in later life: a review of the clinical and epidemiologic literature. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(11): 1.411-1.417, November, 1998.
- WIJMA, Jacobus; POTTERS, Annemarie E.; DE WOLF, Ben T. H. M.; TINGA, Dick J. & AARNOUDSE, Jan G. Anatomical and functional changes in the lower urinary tract during pregnancy. *BJOG – An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108(7): 726-732, July, 2001.

Endereço para correspondência:

Juliana Aparecida Boaretto. Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS) - Campus II - Departamento de Fisioterapia. Rua Santo Antônio, 50 - Centro - São Caetano do Sul - São Paulo - CEP 09521-160. E-mail: julianaboaretto@ig.com.br