

Perfil epidemiológico e sintomas urinários de mulheres com disfunções do assoalho pélvico atendidas em ambulatório

Epidemiological profile and urinary symptoms in women with pelvic floor dysfunction

Rayanne Moreira da Cunha^{1*}; Lara Costa Leite²; Glaucia Nunes Diniz de Oliveira²; Gleiciane Aguiar Brito²; Vilena Barros de Figueirêdo³; Simony Lira do Nascimento⁴

RESUMO

Introdução: As disfunções do assoalho pélvico (DAP) classificam-se em incontinência urinária (IU), prolapso de órgãos pélvicos (POP), hiperatividade vesical, disfunções sexuais e disfunções anorretais, como condições ginecológicas frequentes e responsáveis por morbidades na população feminina. **Objetivos:** Apresentar o perfil epidemiológico e sintomas urinários de mulheres com DAP atendidas em ambulatório uroginecológico. **Metodologia:** Estudo retrospectivo, descritivo e quantitativo, realizado de outubro de 2014 a abril de 2015 no Ambulatório Uroginecológico da MEAC, vinculado ao Projeto de Fisioterapia na Saúde da Mulher. A coleta de dados foi realizada nos prontuários e fichas de avaliação fisioterápica referente a dados sociodemográficos; histórico ginecológico e reprodutivo; fluxo urinário e DAP. **Resultados:** Dados de 38 mulheres foram considerados. A maioria das mulheres tinha até 59 anos (62,16%) com média de 55,07 ± 10,2 anos, eram casadas (53,85%) e tinham média de IMC 28,93 ± 4,06 kg/m², com 63,16% de sobrepeso. A média de partos foi de 3,86 ± 2,18, destacando o parto vaginal com média de 3,52 ± 2,07; 55,56% eram ativas sexualmente. Todas as usuárias apresentavam IU, subdivididas em esforço (42,11%), urgência (23,68%) e mista (34,21%); 62,86% apresentavam POP e 25,93% incontinência fecal. Os sintomas de esvaziamento vesical mais frequentes foram gotejamento pós-miccional (42,31%) e sensação de esvaziamento incompleto (53,57%); e os de enchimento vesical, a perda de urina antes da micção (68,57%), urge-incontinência (72,73%), urgência (81,82%) e noctúria (78,57%). **Conclusão:** As condições encontradas podem comprometer a qualidade de vida, necessitando de medidas preventivas e terapêuticas.

Palavras-chave: Perfil de saúde. Incontinência Urinária. Assoalho Pélvico. Saúde da Mulher. Sintomas do Trato Urinário Inferior.

ABSTRACT

Introduction: Pelvic floor dysfunction (PFD) are frequent gynecological conditions responsible for morbidities in the female population. PFD may be classified as urinary incontinence (UI), pelvic organ prolapse (POP), overactive bladder, sexual dysfunction and anorectal disorders. **Objectives:** To present the epidemiological profile and urinary symptoms in women with PFD treated at outpatient urogynecological clinic. **Methodology:** A retrospective quantitative descriptive study, from October 2014 to April 2015 in urogynecological Clinic of MEAC, linked to the Projeto de Fisioterapia na Saúde da Mulher. Data collection was based on the records and physical therapy forms related to socio-demographic data; gynecological and reproductive history; urinary symptoms and PFD. **Results:** 38 women were considered. Most women were up to 59 years (62.16%) with a mean of 55.07 ± 10.2 years, were married (53.85%) and had a mean BMI 28.93 ± 4.06 kg/m², with 63.16% of overweight. The average number of births was 3.86 ± 2.18, highlighting vaginal delivery with an average of 3.52 ± 2.07; 55.56% were sexually active. All users had UI, divided into stress (42.11%), urgency (23.68%) and mixed (34.21%); 62.86% had POP and 25.93% fecal incontinence. In symptoms of bladder emptying, the prevalent data were Postmicturition leakage (42.31%) and Feeling of incomplete (bladder) emptying (53.57%); in symptoms of bladder filling, urine leakage before voiding (68.57%), urgeincontinence (72.73%), urgency (81.82%) and nocturia (78.57%) were prevalent. **Conclusion:** The conditions found may compromise the quality of life, necessitating preventive and therapeutic measures.

Key-words: Health Profile. Urinary Incontinence. Pelvic floor. Women's Health. Lower Urinary Tract Symptoms.

¹Fisioterapeuta, Especializanda em Fisioterapia aplicada à Saúde da Mulher - Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP; ² Acadêmica de Fisioterapia - Universidade Federal do Ceará – UFC; ³ Mestre, Docente do Departamento de Fisioterapia - Universidade Federal do Ceará – UFC; ⁴Doutora, Docente do Departamento de Fisioterapia - Universidade Federal do Ceará – UFC.

*Autor correspondente: E-mail: rayanne.fisio@gmail.com

INTRODUÇÃO

As disfunções do assoalho pélvico (DAP) são representadas pela bexiga hiperativa (BH), prolapsos dos órgãos pélvicos (POP), disfunções sexuais, disfunções anorretais e incontinência urinária (IU). Esta última pode ser classificada em três principais tipos, de acordo com os seus sintomas: incontinência urinária de esforço, quando ocorre perda involuntária de urina durante o esforço (exercício, espirrar ou tossir); urge-incontinência, caracterizada pela queixa de perda involuntária de urina acompanhada ou imediatamente precedida por urgência; e incontinência urinária mista, quando há associação entre os dois tipos¹.

A IU afeta mais de 200 milhões de pessoas no mundo, sendo considerada um problema de saúde pública, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS). Um estudo realizado no Brasil evidenciou que 11 a 23% da população feminina apresenta incontinência urinária e que em idosas essa prevalência pode variar entre 8 a 35%².

Segundo a Sociedade Internacional de Continência (ICS), os sintomas do trato urinário inferior podem ser relacionados com as fases de enchimento ou de esvaziamento vesical. Sintomas de enchimento vesical relacionam-se à perda de urina aos esforços ou seja, ocorre perda urinária em situações de aumento da pressão abdominal; urgência miccional em que ocorre um desejo imperioso de urinar acompanhado de dor ou receio de perda urinária; urge-incontinência cuja perda de urina é associada à urgência miccional; frequência urinária em que há aumento do número de micções durante o dia (superior a sete); noctúria: duas ou mais micções noturnas; e enurese noturna que é a perda involuntária de urina durante o sono³.

Quanto aos sintomas de esvaziamento vesical pode-se destacar a disúria que representa dor ou desconforto para urinar; hesitação: dificuldade para iniciar a micção; sensação de esvaziamento

incompleto: sensação que resta urina na bexiga após a micção; gotejamento pós-miccional ou terminal: perda urinária em pequena quantidade que ocorre após o final da micção; esforço para urinar: necessidade de manobra de esforço para iniciar a micção³.

Os fatores de risco associados ao aparecimento das DAP citados na literatura são: idade avançada, índice de massa corporal (IMC) elevado, mulheres múltiparas, tipos de partos, peso do recém-nascido, intervenções cirúrgicas de caráter ginecológico, deficiência hormonal, menopausa, uso de medicamentos e fatores genéticos^{4,5,6}.

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo é apresentar o perfil epidemiológico e sintomas urinários de mulheres com DAP atendidas pelo ambulatório de uroginecologia da MEAC.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo retrospectivo com caráter descritivo e abordagem quantitativa, realizado de outubro de 2014 a abril de 2015 no Ambulatório de Uroginecologia da MEAC vinculado ao Projeto de Fisioterapia na Saúde da Mulher (PROFISM) do curso de fisioterapia da Universidade Federal do Ceará (UFC). A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa (CEP) pelo parecer de número 703.010.

A amostra caracterizou-se do tipo não-probabilística por conveniência. Os critérios de inclusão foram mulheres atendidas pelo PROFISM diagnosticada com Disfunção do Assoalho Pélvico (DAP) e, os de exclusão foram mulheres que apresentavam câncer ginecológico ou que constavam informações incompletas no prontuário e/ou ficha de avaliação fisioterapêutica.

A coleta de dados foi baseada nos prontuários e fichas de avaliação fisioterapêutica. Os dados coletados foram: dados sociodemográficos (idade, estado civil, profissão, IMC); histórico ginecológico e reprodutivo; dados quanto

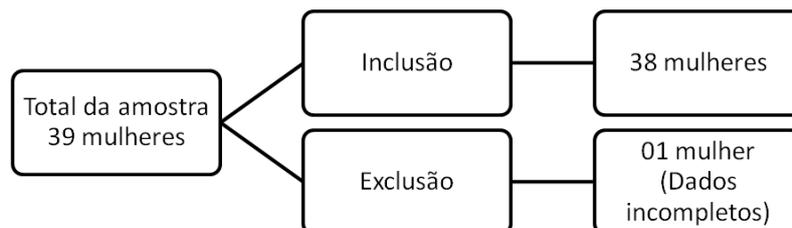
aos sintomas do trato urinário inferior (STUI) e disfunções do assoalho pélvico.

Os dados foram tabulados no programa Excel e a análise estatística foi realizada através do programa *Epi-Info versão 6.04b*. Para análise dos dados foram utilizados médias e desvios-padrão para variáveis contínuas; e frequências e porcentagens para as variáveis categóricas.

RESULTADOS

O número de mulheres atendidas pelo PROFISM com o diagnóstico de DAP foram 39 mulheres, porém 01 amostra foi excluída da análise por apresentar seus dados incompletos na ficha de avaliação, totalizando 38 mulheres incluídas para o presente estudo (Figura 01).

Figura 01- Amostra participante do estudo. Elaborada pelo autor.



A maioria das mulheres analisadas tinham até 59 anos (62,16%) com média de 55,07 ±10,2anos, eram casadas ou moravam com companheiro (53,85%) e tinham média de IMC 28,93 ±4,06 kg/m², onde 63,16% das usuárias foram

classificadas em sobrepeso. A média de partos foi de 3,86 ±2,18, destacando o parto vaginal com média de 3,52 ±2,07; com relação à atividade sexual, 55,56% eram ativas sexualmente (Tabela 01).

Tabela 01- Dados epidemiológicos e histórico ginecológico e reprodutivo.

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS	Média ou Porcentagem
Idade	(55,07± 10,2 DP)
≤ 59 anos	(62,16%)
≥ 60 anos	(37,84%)
Casadas	(53,85%)
Solteira, Separada ou Viúva	(46,15%)
IMC	(28,9 ± 4,0 DP)
Normal	(10,53%)
Sobrepeso	(63,16%)
Obesidade	(26,32%)
Partos	(3,86 ± 2,18 DP)
Parto Vaginal	(3,52 ± 2,07 DP)
Parto Cesárea	(1,50 ± 0,89 DP)
Ativa Sexualmente	(55,56%)
Inativa Sexualmente	(44,44%)

Das DAP encontradas, todas as usuárias apresentavam IU, classificadas em IU de esforço (42,11%), IU de urgência (23,68%) e UI mista (34,21%), destas a

62,86% também apresentavam POP e 25,93% incontinência fecal (Gráficos 01 e 02).

Gráfico 01- Distribuição dos tipos de Incontinência Urinária.

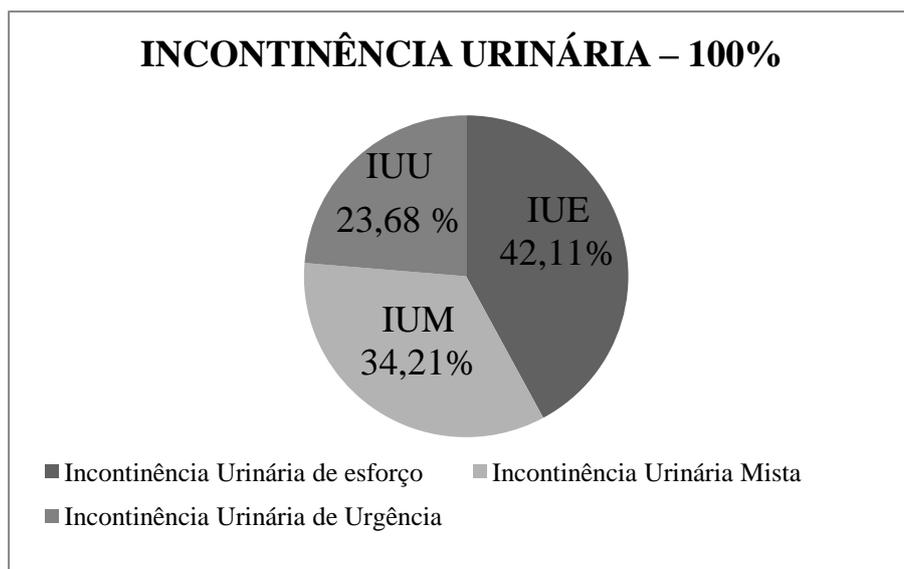
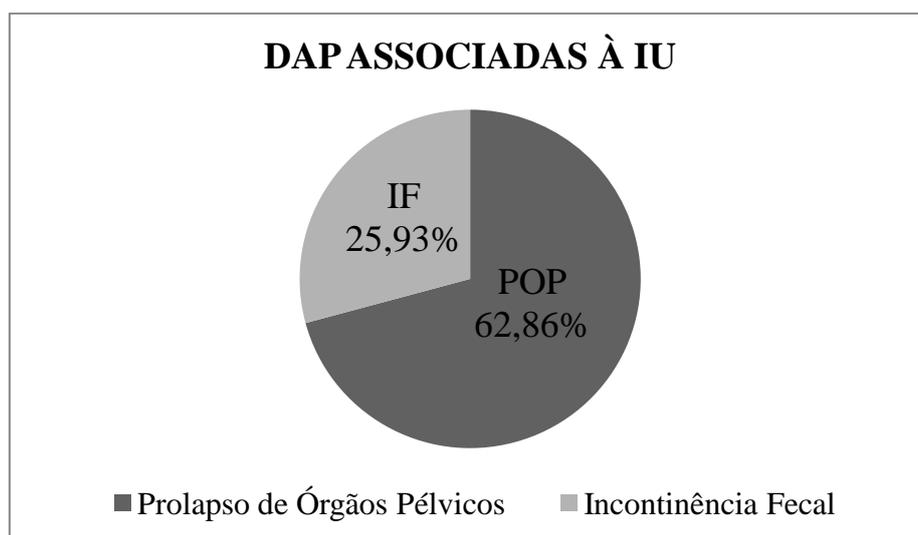


Gráfico 02 - Outras DAP associadas à Incontinência Urinária.



Quanto aos sintomas do trato urinário inferior, entre os sintomas de esvaziamento vesical, os dados mais prevalentes foram gotejamento pós-miccional (42,31%) e sensação de esvaziamento completo (53,57%); quanto aos sintomas de

enchimento vesical, os dados mais prevalentes foram a perda de urina antes do início da micção (68,57%), urgência miccional (72,73%), urgência miccional (81,82%) e noctúria (78,57%) (Gráficos 03 e 04).

Gráfico 03 - Sintomas urinários de enchimento vesical.

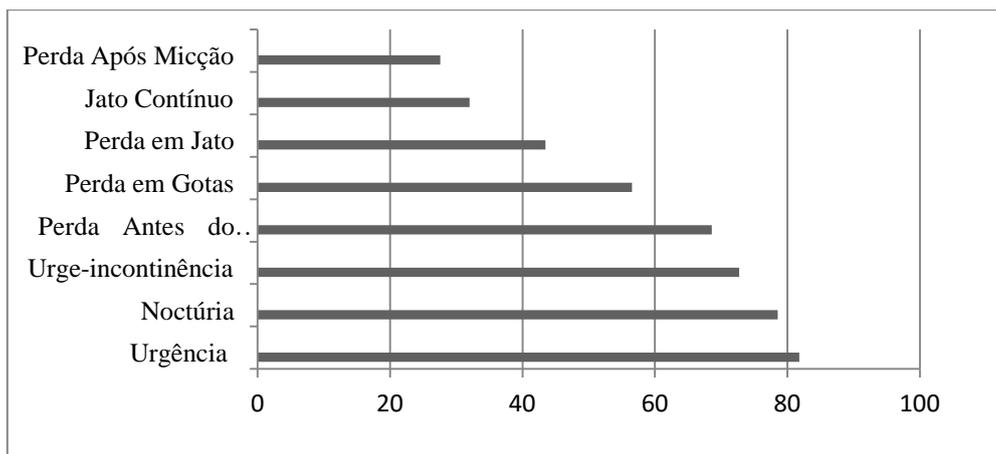
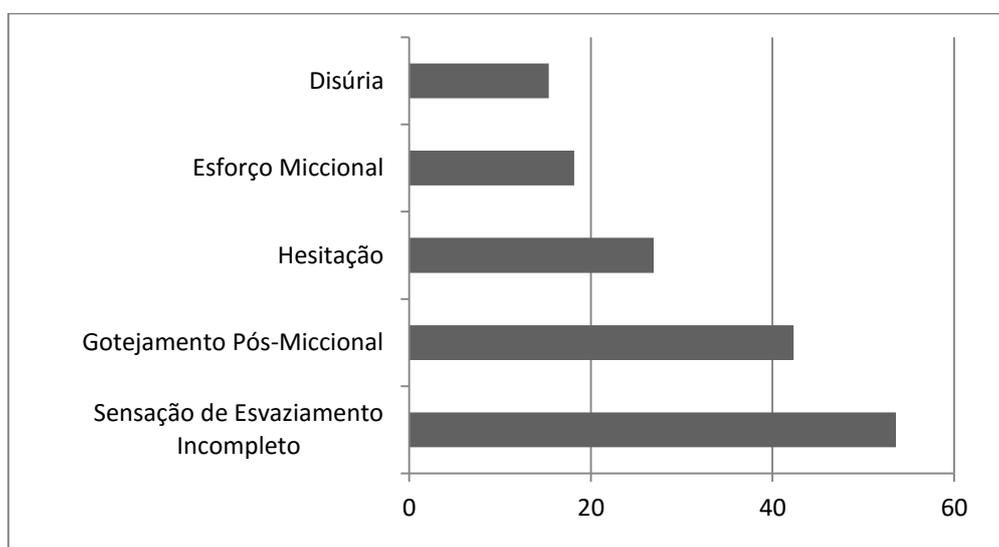


Gráfico 04 - Sintomas urinários de esvaziamento vesical.



DISCUSSÃO

Sabe-se que o processo de envelhecimento contribui para o aparecimento das disfunções do assoalho pélvico devido a diminuição do suporte do colo vesical, o comprimento funcional da uretra, competência do assoalho pélvico e da estabilidade e força do músculo detrusor da bexiga⁷.

Um estudo que avaliou 85 mulheres com disfunções do assoalho pélvico, relatou que a idade entre as participantes variou entre 27 e 86 anos, com uma média de 53,8 (DP±14,2) anos⁸, dados semelhantes aos do presente estudo, portanto, observou-se que estas disfunções não são exclusividade das mulheres idosas e que a média de idade pode estar relacionada a baixa procura de atendimento

especializado, uma vez que muitas não procuram tratamento por se sentirem envergonhadas ou por acharem uma condição normal do envelhecimento⁹.

O elevado IMC observado na amostra deve ser destacado, pois o sobrepeso e a obesidade são fortes fatores de risco para o desenvolvimento das DAP, esta associação relaciona-se com a alta pressão intra-abdominal provocada pelo excesso de peso na região da cintura-quadril e, conseqüentemente, do aumento da pressão intravesical alterando o mecanismo do trato urinário^{10, 11, 12}. Dado semelhante foi encontrado em um estudo que correlacionou o IMC com as DAP, onde a média do IMC das mulheres analisadas foram de 28,1 kg/m², caracterizando sobrepeso¹³.

A literatura mostra que os eventos obstétricos são os principais fatores de risco para as DAPs. Comumente a IU aparece durante a gravidez e a prevalência se eleva com o aumento da paridade¹⁴, nos resultados observou-se que o elevado número de gestações estava relacionado ao elevado número de parto vaginal, que por sua vez está associado com o aumento de casos de IU quando comparado com a cesárea, no entanto, o parto vaginal isoladamente não é o causador da IU e sim, quando associado às lesões e traumas do assoalho pélvico¹⁵, neste estudo não foi avaliado os traumas perineais e nem o uso de fórceps para comparações.

A incontinência urinária de esforço (IUE) é relatada na literatura como a forma mais comum de incontinência urinária (IU)^{16,17}, concordando com dados do presente estudo. Os mecanismos envolvidos no surgimento dessa disfunção estão associados ao fechamento uretral intrínseco relacionado a camada interna da uretra e o com a diminuição da resistência muscular do assoalho pélvico(extrínseco)¹⁸. Além da IU presente em todas as mulheres estudadas, os prolapso e a incontinência fecal foram as DAPs mais prevalentes. Um estudo mostrou que mulheres que apresentam IU também podem ter prolapso podendo apresentar ou não sintomas¹⁹. Gestações, partos vaginais traumáticos ou aumento crônico da pressão abdominal estão relacionados com os prolapso de parede posterior, herniação da parede anterior do reto e posterior da vagina²⁰, que por sua vez está diretamente relacionada com a queixa de IF, presente em quase 20% de 425 pacientes avaliadas no estudo de Fialkown em 2013, dados semelhantes ao nosso estudo²¹.

Alguns dos distúrbios urinários em mulheres mais idosas podem ser causados pela diminuição da capacidade da bexiga, que passa de 500 a 600ml para 250 a 300ml, contribuindo para o aumento da frequência urinária e da noctúria²²,

sintomas urinários mais prevalentes neste estudo.

Outros sintomas frequentes do esvaziamento vesical, como sensação de esvaziamento incompleto podem se relacionar tanto com idade das pacientes, pela diminuição da contratilidade do detrusor, mas principalmente pela presença de prolapso, o que aumenta a resistência ao fluxo urinário principalmente no final da micção quando a pressão vesical pode ser insuficiente para vencer a pressão uretral²³.

É importante focar também nessas queixas, visto que tradicionalmente a fisioterapia vem atuando e, portanto valorizando mais as queixa relacionadas ao enchimento vesical, como urgência e perda aos esforços, sendo que o ideal é promover a função vesical saudável²⁴.

Ressalta-se que o presente estudo contribuiu para o conhecimento do perfil de mulheres com DAP atendidas em um hospital terciário, permitindo a identificação dos seus principais sintomas. Entretanto, alguns fatores que podem limitar a interpretação desses resultados devem ser considerados tais como o pequeno tamanho amostral, a acurácia das informações colhidas nos prontuários e fichas de avaliação e a utilização de questionários validados que sejam sensíveis as queixas de disfunções do assoalho pélvico.

CONCLUSÃO

Entre as variáveis analisadas vale ressaltar a grande proporção de mulheres com sobrepeso e prevalência de disfunções em mulheres com menos de 60 anos, o que se contrapõe a ideia de que a IU é um problema somente relacionado à senilidade.

Outro fato é que todas as mulheres apresentavam IU e metade em associação com POP, presença de urgência e noctúria, condições estas que podem comprometer a qualidade de vida das mulheres, sugerindo a necessidade de medidas preventivas e terapêuticas que levem em conta o perfil da

população acometida pelas disfunções do assoalho pélvico.

REFERÊNCIAS

1. Borba AMC, Lelis MAS, Bretas ACP. Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. Texto contexto - enferm. Florianópolis 3, set. 2008; v. 17, n3.
2. Lazari, I. C. F.; Lojudice, D. C.; Marota, A. G. Avaliação da Qualidade de Vida de Idosas com Incontinência Urinária: idosas institucionalizadas em uma instituição de longa permanência. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2009; v.12, n. 1.
3. Haylen BT, Freeman RM, Swift SE, Cosson M, Davila GW, Deprest J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. International Urogynecology Journal. Jan. 2010; vol.21, n. 1, p. 5-26.
4. Batista RLA, Souza FO, Dias LAR, Silva ACJSR, Freitas MMS, Sá MFS, et al. Revisão sistemática das influências do hipoestrogenismo e do treinamento sobre a incontinência urinária. FEMINA. 2010 Mar;v. 38, n 3.
5. Knorst MR, Resende TL, Goldim JR. Perfil clínico, qualidade de vida e sintomas depressivos de mulheres com incontinência urinária atendidas em hospital-escola. Rev Bras de Fisioter. mar./abr. 2011; São Carlos, v. 15, n. 2, p. 109-116.
6. Sung VW, Hampton BS. Epidemiology of Pelvic Floor Dysfunction. Clinical Obstet & Gynecol. 2009; v.36, p. 421-443.
7. Asplund R. Hip Fractures, Nocturia, And Nocturnal Polyuria In The Elderly. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2006; v. 43, p.319-26.
8. Vasconcelos CTM, Neto JAV, Bezerra LRPS, Augusto KL, Karbage SAL, Frota IPR, et al. Disfunções do assoalho pélvico: perfil sócio-demográfico e clínico das usuárias de um ambulatório de uroginecologia. Rev Eletrônica de Gestão & Saúde. 2013; v 4, n 1, p.1484-1498.
9. Kruger AP, Luz SCT, Virtuoso JF. Home exercises for pelvic floor in continent women one year after physical therapy treatment for urinary incontinence: an observational study. Rev. bras. Fisioter. 2011 Oct; São Carlos, v. 15, n. 5.
10. Subak LL, Richter HE, Hunskaar S. Obesity and urinary incontinence: epidemiology and clinical research update. J Urol. 2009;182:S2-7.
11. Torrealba FCM, Oliveira LDR. Incontinência Urinária na população feminina de idosas. Ensaios e Ciência. 2010; v. 14, n. 1.
12. Cerruto MA, D'Elia C, Aloisi A, Fabrello M, Artibani W. Prevalence, Incidence and Obstetric Factors' Impact on Female Urinary Incontinence in Europe: A Systematic Review. Urol Int. 2012 Aug 3.
13. Fitz FF, Costa TF, Feitosa SM, Yuaso DR, Alves GA, Sartori MGF, et al. Qual o índice de massa corporal de mulheres com disfunções dos músculos do assoalho pélvico que procuram tratamento fisioterapêutico?. Fisioter e Pesq. 2012; v 19, n 4.
14. Moller LA, Lose G, Jorgensen T. Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years of age. Obstet Gynecol. 2000;96(3):446-51.
15. Persson J, Hanssen PW, Rydhstroem H. Obstetric risk factors for stress urinary incontinence: a population-based study. Obstet Gynecol. 2000;96(3):440-5.
16. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community-based

17. epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trondelag. J ClinEpidemiol.* 2000;53(11):1150–1157.
18. Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int.* 2004;93(3):324–330.
19. Ashton-Miller JA, DeLancey JO. Functional anatomy of the female pelvic floor. *Ann N Y Acad Sci.*2007;1101:266–296.
20. Thüroff JW, Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, et al. EAU Guidelines on Urinary Incontinence. *EuropeanUrology.* 2011;59:387-400.
21. Castro ED, Palma PCR, Herrmann V, Ricetto C, Thiel M, Polli CH, Filho CC. Defeitos do compartimento vaginal posterior: fisiopatologia e tratamento da retocele. *FEMINA.*2007; v 35, n 6.
22. Fialkow MF, Melville JL, Lentz GM, Miller EA, Miller J, Fenner DE. The functional and psychosocial impact of fecal incontinence on women with urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189(1):127-9
23. Penn C, Lekan-Rutledge D, Joers AM, Stolley JM, Amhof NV. Assessment of urinary incontinence. *J GerontolNurs.*1996;22(1):8-19.
24. FEBRASGO. Manual de orientação em uroginecologia e cirurgia vaginal. 2010.
25. Oliveira JMS, Salgado LBG, Shimitt ACB, Rosa LCL, et al. Correlação entre sintomas urinários e qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. *Fisioter E Pesq.* Jun. 2007; vol. 14, n. 21.