

Perfil dos pacientes com incontinência urinária atendidos em um projeto de responsabilidade social

Profile of patients with urinary incontinence served in a social responsibility project

Caio Ramon Queiroz

Mestrando em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente - Centro Universitário de Volta Redonda (UNIFOA). Fisioterapeuta da Prefeitura Municipal de Volta Redonda – RJ.
E-mail: caioramoncrq@hotmail.com
ORCID: 0000-0002-4692-2727

Jose Henrique de Lacerda Furtado

Doutorando em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). Graduado em Enfermagem e em Fisioterapia pelo Centro Universitário de Barra Mansa – RJ. Técnico Administrativo em Educação/Enfermagem no Instituto Federal do Rio de Janeiro – Campus Pinheiral.
E-mail: henrilacerda2009@hotmail.com
ORCID: 0000-0003-2257-3531

Wedla Lourdes Rebouças Matos

Fisioterapeuta. Mestre em Ciências Médico Cirúrgicas pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará.
E-mail: wedla@hotmail.com
ORCID: 0000-0003-3173-6451

Leila Beuttenmüller

Fisioterapeuta. Doutoranda em Ciências do Desporto na Universidade Trá-os-montes e Alto Douro (UTAD) em Vila Real, Portugal.
E-mail: lebecas@gmail.com
ORCID: 0000-0002-7772-319X

Andréa Nóbrega Cirino Nogueira

Doutora em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Fisioterapeuta na Universidade Federal do Ceará (UFC/EBSERH).
E-mail: ancogueira@gmail.com
ORCID: 0000-0001-8596-5247

Resumo

Introdução: A incontinência urinária (IU) pode ser definida como qualquer perda involuntária de urina. Embora comum entre os senescentes, muitas vezes associada como parte natural do processo de envelhecimento, ela pode acometer homens e mulheres de qualquer faixa etária, e pelos mais variados motivos. **Objetivo:** Traçar o perfil sociodemográfico da população atendida na Unidade de Reabilitação das Disfunções do Assoalho Pélvico (UREDAPE), por queixa de IU, relacionando os principais fatores desencadeantes. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal e retrospectiva, realizada a partir da análise de 23 prontuários dos pacientes com queixa de IU, atendidos na UREDAPE-CE, no período de janeiro de 2015 a junho de 2016. **Resultados:** Após a análise dos prontuários, foi possível identificar que o perfil da população atendida é caracterizado, em grande parte, por idosas, com idade entre 60 a 79 anos (65,2%), multíparas, que já passaram por alguma intervenção cirúrgica que envolvesse a musculatura do assoalho pélvico. Apesar disso,

foi possível identificar também, o atendimento fisioterapêutico a pacientes adultos jovens e de meia idade, de ambos os gêneros, com fatores desencadeantes associados ou não. **Considerações Finais:** Diante disso, faz-se necessário o desenvolvimento de novos estudos, de amplo espectro, a fim de traçar um perfil mais detalhado dos pacientes acometidos pela IU e investigar melhor os principais fatores desencadeantes, para que seja possível o planejamento de estratégias efetivas de prevenção e tratamento desses pacientes.

Palavras-chave: Incontinência Urinária; Perfil de Saúde; Diafragma da pelve; Saúde do Idoso; Fisioterapia.

Abstract

Introduction: Urinary incontinence (UI) can be defined as any involuntary loss of urine. Although common among senescents, often associated as a natural part of the aging process, it can affect men and women of any age group, and for a variety of reasons. **Objective:** To outline the sociodemographic profile of the population served at the Pelvic Floor Dysfunction Functions Rehabilitation Unit (UREDAPE), due to UI complaints, listing the main triggering factors. **Methodology:** This is a descriptive, cross-sectional and retrospective study, carried out based on the analysis of 23 medical records of patients with UI complaints, treated at UREDAPE-CE, from January 2015 to June 2016. **Results:** After analyzing the medical records, it was possible to identify that the profile of the population served is characterized, in large part, by elderly women, aged between 60 and 79 years (65.2%), multiparous, who have already undergone some surgical intervention involving the pelvic floor musculature. Despite this, it was also possible to identify physiotherapeutic care for young and middle-aged adult patients, of both genders, with triggering factors associated or not. **Final Considerations:** In view of this, it is necessary to develop new, broad-spectrum studies in order to draw a more detailed profile of patients affected by UI and to better investigate the main triggering factors, so that it is possible to plan effective prevention and treatment strategies. treatment of these patients.

Keywords: Urinary Incontinence; Health Profile; Pelvic Floor; Health of the Elderly; Physical Therapy Specialty.

Introdução

De acordo com a *International Continence Society* (ICS), a incontinência urinária (IU) pode ser definida como qualquer perda involuntária de urina^{1,2}. Ela vem sendo considerada um problema de saúde pública de espectro mundial, tendo em vista que a população está suscetível a pelo menos um episódio de perda de urina em toda a sua vida³.

Nos Estados Unidos, cerca de 13 milhões de adultos já vivenciaram algum episódio de perda urinária, sendo a prevalência significativamente maior em mulheres (85% dos casos)³. Estima-se que 34% das pessoas acima de 65 anos, possuam algum grau de IU. No Brasil, aproximadamente 10,7% das mulheres que procuram atendimento ginecológico, queixam-se de perda de urina².

Um dos principais fatores associados à esta condição é o bom trofismo e a tonicidade da musculatura do assoalho pélvico (MAP). A funcionalidade está relacionada com a musculatura perineal que faz a sustentação do assoalho pélvico (AP), juntamente com as fâscias e ligamentos, dando suporte também, à musculatura da região abdominal, órgãos e vísceras⁴.

Nas mulheres, as fibras do músculo levantador do ânus, que são ligadas à fáscia endopélvica e formam a rede de sustentação, circundam a vagina e a porção distal da uretra. Qualquer alteração nesta rede, pode vir a danificar a continência urinária nas mulheres⁵.

Embora a IU em homens tenha etiologias multifatoriais, acredita-se que a ressecção transuretral da próstata (RTU) e a prostatectomia radical, seja uma provável complicação. Faz-se oportuno salientar ainda que, a frequência da IU tem variação de acordo com a técnica e o tipo de cirurgia realizadas. Alguns prostatectomizados continuam com déficit de continência urinária, enquanto outros, regridem os sintomas em até dois anos⁶.

De acordo com os sintomas apresentados, a IU pode ser classificada em três tipos: incontinência urinária de esforço (IUE) – quando há perda da urina sincronizada a realização de esforços, incontinência urinária de urgência (IUU) – caracterizada pela perda urinária seguida da urgência miccional e, incontinência urinária mista (IUM) – quando ocorre perda urinária tanto à urgência quanto na realização de esforços⁷.

Além da alteração vesical, a IU também está relacionada à diminuição da elasticidade do aparelho musculoesquelético, hipotonia e hipotrofia da MAP. A postura em flexão contribui para uma hipercifose torácica e retificação da lordose lombar fisiológica. Estes fatores contribuem para o rebaixamento da cúpula diafragmática e aumento da pressão intra-abdominal, resultando em elevação da pressão exercida no diafragma pélvico⁸.

Dessa forma, a anamnese desses pacientes deve ser a mais completa possível, devendo constar todos os dados e aspectos clínicos, incluindo desde o início dos sintomas a duração, gravidade e condições associadas, refletindo na alteração da fisiologia normal do trato urinário⁹.

Outro método importante para avaliação e para obter resposta do resultado do tratamento, é a realização do diário miccional. Ele avalia a atividade uromiccional durante 72 horas, sendo importante que o examinado relate todas as micções, que não salteie dias, e que faça observações que podem vir a auxiliar o tratamento, como ter urinado mais vezes em um dia frio, por exemplo. A realização deste diário permite não só, a avaliação da ingesta hídrica e das eliminações, com seus respectivos horários e medidas, como também, identificar as perdas urinárias, por urgência, por esforço ou pelas duas causas⁵⁻¹⁰.

No tratamento fisioterapêutico das mulheres, os cones vaginais representam uma forma simples e prática de identificar e fortalecer a MAP das mesmas, promovendo um reflexo tátil e sinestésico que facilita o AP a se contrair de forma reflexa¹². Evoluindo com o decorrer do tratamento para propriocepção, ressalta-se a importância dos exercícios de Kegel, que consistem na contração e relaxamento da uretra, com a ajuda do sinergismo dos músculos levantadores do ânus, contraindo por cinco segundos e relaxando o dobro de intervalo de tempo¹².

Outra técnica disponível para o tratamento fisioterápico dos pacientes com IU é a eletroestimulação. Ela auxilia na reeducação do AP pelo aumento do comprimento funcional e da transmissão das pressões, tendo como principal vantagem proporcionar a voluntariedade do comando contrátil e ganho de força muscular, aumentando a tonicidade e o trofismo da musculatura envolvida, além de despertar a propriocepção¹³.

Embora a IU seja comum entre os senescentes, muitas vezes associada como parte natural do processo de envelhecimento, esse quadro não ocorre apenas na população idosa, podendo acometer homens e mulheres de qualquer faixa etária, e pelos mais variados motivos, impactando negativamente na qualidade de vida da população^{1,2}.

Diante disso, o objetivo do presente estudo foi traçar o perfil sociodemográfico da população que procura atendimento fisioterápico na Unidade de Reabilitação das Disfunções do Assoalho Pélvico (UREDAPE) - CE, por queixa de IU, relacionando os principais fatores desencadeantes.

Metodologia

O presente estudo tratou-se de uma pesquisa descritiva, transversal e retrospectiva, realizada na Unidade de Reabilitação das Disfunções do Assoalho Pélvico (UREDAPE), do Centro Universitário Estácio do Ceará – CE.

O projeto UREDAPE constitui-se como uma das iniciativas de responsabilidade social do Curso de Fisioterapia da instituição, de caráter interdisciplinar, que além de permitir uma socialização dos conhecimentos produzidos na academia junto à sociedade, possibilita uma aproximação dos discentes, docentes e funcionários junto à comunidade. Nessa perspectiva, a unidade realiza atendimento à toda comunidade acadêmica, por demanda espontânea, para avaliação e tratamento de disfunções do assoalho pélvico.

Faz-se oportuno salientar que essas iniciativas possuem extrema relevância, tendo em vista que o conhecimento científico só ganha significado quando se considera além do seu processo de produção, o seu significado na vida social, a partir de questões emergentes da prática, ação possibilitada pela função de projetos de Extensão como este¹⁴.

A coleta de dados foi realizada no período de agosto a setembro de 2016, a partir de consulta aos prontuários dos pacientes com diagnóstico de Incontinência Urinária, atendidos entre janeiro de 2015 a junho de 2016. A fim de cumprir todos os preceitos éticos emanados na Resolução nº 466/2012¹⁵, do conselho Nacional de Saúde, a coleta de dados só teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Estácio do Ceará-CE, através da emissão do Parecer Consubstanciado nº 1.738.659.

Foram avaliados os dados sociodemográficos (idade, gênero, estado civil) e os dados clínicos referentes aos tipos de IU (definidos de acordo com a classificação de IU da Sociedade Internacional de Continência), sinais e sintomas, número de gestações e o tipo de parto¹⁶.

Foram analisados 23 prontuários, nos quais, os pacientes relatavam como queixa principal a IU. Embora quatro destes prontuários não estivessem completos no que diz respeito aos dados clínicos, os mesmos foram utilizados na coleta dos dados sociodemográficos.

Resultados e Discussão

Após a análise de todos os prontuários dos pacientes que procuraram atendimento fisioterapêutico no UREDAPE-CE, no período de janeiro de 2015 a junho de 2016, identificou-se que a maioria das pacientes eram idosas, com idade entre 60 a 79 anos (65,2%), seguidas por pessoas de meia idade (40 a 50 anos), que corresponderam a 21,7% do total. É válido salientar ainda que, um dos prontuários não apresentava os dados relativos à data de nascimento e/ou idade do (a) paciente. Além disso, foi possível identificar maioria expressiva de pessoas do gênero feminino (82,6%).

Ao analisar o estado civil, 60,9% eram casados (as), 17,4% viúvos (as), 13% eram solteiros (as) e 8,7% divorciados (as).

Conforme descrito na tabela 1, ainda é possível identificar que, 52,2% já fizeram pelo menos um tipo de cirurgia na região do AP, corroborando com os achados obtidos estudos realizados

previamente⁶⁻¹⁷. Conforme já salientado anteriormente, a retirada total ou parcial da próstata, tem como possíveis complicações o desenvolvimento de IU e, até mesmo, disfunção erétil⁷. No geral, 8,7% apresentaram esta intervenção cirúrgica, o que corresponde a 50%, quando considerado apenas indivíduos do gênero masculino.

Outras cirurgias que estiveram prevalentes nos prontuários estudados, foram as de histerectomia, episiotomia, laqueadura e perineoplastia, que também tem como uma das possíveis complicações a IU, devido ao trauma direto à MAP, por iatrogenias, ou lesões neurológicas¹⁷. Ver **Tabela 1**.

Ainda sobre os tipos de incontinência urinária, a que teve uma maior prevalência foi a de urgência (47,4%), seguida pela de esforço e mista, cada uma totalizou 26,3%. A tabela 2 mostra que houve uma correlação geral da IU, independente de gênero e categorizando por idade. Ver **Tabela 2**.

Na tabela 3, é notável que mulheres com maior idade, apresentam um maior índice de disfunções do trato urinário, acima de 60 (66,6%), entre 40 e 59 (20%), e de 20 a 39 (6,6%).

O tipo de parto, frequentemente é associado ao desenvolvimento da IU, onde, o parto por via vaginal apresenta uma maior predisposição se comparado ao cesáreo, principalmente quando associado a traumas do MAP¹⁸. O que pode ser evidenciado através dos dados coletados, correlacionando diretamente IU ao tipo de parto, nos quais 93,3% foram realizados via vaginal ou fórceps, contra 6,7% da cesárea¹⁹.

O Número de Gestações (NG) também exerce influência sobre a integridade do AP e, conseqüentemente na continência urinária. Quanto mais o músculo se distende, maior é o grau de hipotonia que o mesmo pode apresentar²⁰. Na tabela 3, o crescimento de mulheres com IU, aumenta de acordo com o NG, 1 NG (20%), 2 ou 3 NG (26,6%) e igual ou acima de 4 (53,4%). Outro fator predisponente ao desenvolvimento da IU é a baixa na produção de estrogênio, marcado pela menopausa e início do climatério, evento natural e inevitável, que ocorre próximo dos 45 anos²¹.

Em mulheres jovens e nulíparas, o tipo de IU que tem maior incidência é a de esforço, pois a mesma não passou pelas transformações fisiológicas da gestação ou por algum trauma do parto²².

Já as múltiparas, principalmente as que tiveram o Número de Gestações igual ou superior a quatro, tem uma maior probabilidade de desenvolver IUU, por não manter o trofismo ideal da MAP²³. Ver **Tabela 3**, incontinência Urinária em mulheres com antecedentes obstétricos: partos e gestações.

A IUE é o tipo de IU mais frequente na população, principalmente em mulheres. Além disso, as mulheres primíparas têm maiores chances de desenvolvê-la²⁴. Isso pôde ser observado nos achados obtidos nessa pesquisa, em que das mulheres que só tiveram uma gestação, 66% delas, desenvolveram este tipo de IU.

Os antecedentes obstétricos e procedimentos cirúrgicos fazem parte da anamnese, por trazer em números, a quantidade de vezes que a MAP passou por alterações fisiológicas decorrentes da gestação. Podendo aliar-se aos fatores de risco comportamentais como o etilismo, tabagismo e excesso do peso corporal²⁵.

De acordo com a tabela 3, o número de pacientes mulheres com IU, aumenta com o decorrer da idade, concomitante ao NG e partos. Isso pode ter ocorrido devido aos acontecimentos naturais da idade, como a menopausa e o climatério, devido à baixa produção de estrogênio²⁶.

Considerações Finais

Após a análise dos prontuários, foi possível identificar que o perfil da população atendida no UREDAPE é caracterizado, em grande parte, por idosas, com idade entre 60 a 79 anos (65,2%), multíparas, que já passaram por alguma intervenção cirúrgica que envolvesse a musculatura do assoalho pélvico. Dentre os homens, a prostatectomia foi um dos fatores desencadeantes mais prevalentes, dentre os pacientes atendidos.

Apesar disso, foi possível identificar também, o atendimento fisioterapêutico a pacientes adultos jovens e de meia idade, de ambos os gêneros, com fatores desencadeantes associados ou não, não sendo possível estabelecer de forma precisa os fatores relacionados a esta condição. Diante disso, faz-se necessário o desenvolvimento de novos estudos, de amplo espectro, a fim de traçar um perfil mais detalhado dos pacientes acometidos pela IU e investigar melhor os principais fatores desencadeantes, para que seja possível o planejamento de estratégias efetivas de prevenção e tratamento desses pacientes.

Referências

1. Fonseca ESM, Camargo ALM, Castro RA, Sartori MGF, Fonseca MCM, Lima GR, et al. Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005;27(5):235-42. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S0100-72032005000500002>>
2. Oliveira JR, Garcia RR. Cinesioterapia no tratamento da Incontinência Urinária em mulheres idosas. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia;* 2011;14(2):343-351. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S1809-98232011000200014>>
3. Lopes MHB, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher urinária à vida da mulher. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 2006; 40(1):34-41. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000100005>>
4. Martins M, Berlezi EM, Dreher DZ. O desempenho da escala de Oxford e do biofeedback manométrico perineal na avaliação da incontinência urinária de esforço em mulheres no período do climatério. *Sci Med.* 2016;26(1):ID22969. DOI: <<http://dx.doi.org/10.15448/1980-6108.2016.1.22969>>
5. Caldas CP, Conceição IRS, José RMC, da Silva BMC. Terapia comportamental para incontinência urinária da mulher idosa: uma ação do enfermeiro. *Texto Contexto Enfermagem.* 2010;19(4):783-8. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000400023>>
6. Kakiyama CT, Sens YAS, Ferreira U. Efeito do treinamento funcional do assoalho pélvico associado ou não à eletroestimulação na incontinência urinária após prostatectomia radical. *Revista brasileira de fisioterapia;* 2007;11(6):481-486. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552007000600010>>
7. Krinski GG, Guerra FMRM, Campiotto LG, Guimarães KMF, Bennemann RM. Os benefícios do tratamento fisioterapêutico na incontinência urinária de esforço em idosas - revisão sistemática. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR.* 2013;4(3):37-40. Disponível: <https://www.mastereditora.com.br/periodico/20130929_214015.pdf>
8. Cabral RMC, Freitas Filho GA, Sesconetto RA, Mota YL, Pires FO. Efeitos da reeducação postural global em desvios posturais e seus benefícios nos sintomas de incontinência urinária de esforço. *Revista Brasileira Ciência e Movimento.* 2015;23(2):5-13. DOI: <<http://dx.doi.org/10.18511/rbcm.v23i2.5218>>

9. Feldner Júnior PC, Sartori MGF, Lima GR, Baracat EC, Girão MJBC. Diagnóstico clínico e subsidiário da incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(1): 54-62. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S0100-72032006000100010>>
10. Silva L, Lopes MHBM. Incontinência Urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.*2009;43(1):72-8. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000100009>>
11. Santos PFD, Oliveira E, Zanetti MRD, Arruda RM, Sartori MGF, Girão MJBC et al. Eletroestimulação funcional do assoalho pélvico versus terapia com os cones vaginais para o tratamento de incontinência urinária de esforço. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31(9):447-52. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032009000900005>>
12. Oliveira KAC, Rodrigues ABC, Paula, AB. Técnicas fisioterapêuticas no tratamento e prevenção da incontinência urinária de esforço na mulher. *Revista eletrônica F@ ciência, Apucarana-PR.* 2007;1(1):31-40. Disponível: <http://www.fap.com.br/fap-ciencia/edicao_2007/004.pdf>
13. Beuttenmüller L, Cader AS, Macena RHM, Araujo NS, Nunes ÉFC, Dantas EHM. Contração muscular do assoalho pélvico de mulheres com incontinência urinária de esforço submetidas a exercícios e eletroterapia: um estudo randomizado. *Fisioterapia e Pesquisa. Fisioter Pesq.* 2011;18(3):210-6. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1809-29502011000300002>>
14. Duarte CMR. A indissociabilidade Ensino, Pesquisa e Extensão em uma instituição isolada de Ensino Superior: pontos para discussão. *Intervozes: trabalho, saúde, cultura.*2017;2(2):34-41. Disponível: <https://www.fmpfase.edu.br/Intervozes/Content/pdf/Artigo/Artigo_02_02_01.pdf>
15. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. [Internet]. *Diário Oficial da União.* 12 dez. 2012 (acesso 24 out. 2020). Disponível: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>.
16. Griffiths D, Kondo A, Bauer S, Diamant N, Liao L, Lose G, et al. Dynamic testing. In: Abrams P, Cardozo L, Koury S, Wen A, editores. *Incontinence – Basic & Evaluation.* International Continence Society; 2005:585-674.
17. Auge AP, Zucchi CM, da Costa FMP, Nunes K, Cunha LPM, da Silva PVF et al. Comparações entre os índices de qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária submetidas ou não ao tratamento cirúrgico. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(6):352-7. Disponível: <<https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n6/31889.pdf>>
18. Higa R, Lopes MH, Reis MJBM. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 2008;42(1):187-92. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000100025>>
19. Guarisi T, Neto AMP, Osis MJ, Pedro AO, Paiva LHC, Faúndes A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública.* 2001;35(5):428-35. Disponível: <<https://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n5/6580.pdf>>

20. Higa R, Lopes MHBM. Fatores associados com a incontinência urinária na mulher. Rev Bras Enferm. 2005; 58(4):422-8. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000400008>>
21. Pedro AO, Pinto-Neto AM, Costa-Paiva LHS, Osis MJD, Hardy EE. Síndrome do climatério: inquérito populacional domiciliar em Campinas, SP. Revista de Saúde Pública. 2003;37(6):735-42. Disponível: <<https://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n6/18016.pdf>>
22. Silva LH, Serezuella KC, Bordini A, Citadini JM. Relação da incontinência urinária de esforço com a prática de atividade física em mulheres nulíparas. Salusvita. 2005;24(2):195-206.
23. Oliveira E, Takano CC, Sartori JP, Araújo MP, Pimentel SHC, Sartori MGF, Girão MJBC. Trato urinário, assoalho pélvico e ciclo gravídico-puerperal. Femina. 2007; 35 (2):89-94.
24. Lopes DBM, Praça, NS. Incontinência urinária autorreferida no pós-parto: características clínicas. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2012;46(3):559-564. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300005>
25. Pedro AF, Ribeiro J, Soler Z, Bugdan AP. Qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. SMAD, Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas. 2011;7(2):63-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14042>
26. Glisoi SFN, Girelli P. Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. Rev Bras Clin Med. São Paulo, 2011;9(6):408-13. Disponível: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n6/a2557.pdf>>

Apêndices

Tabela 1. Dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes com diagnóstico de IU.

Idade(Anos)	Contagem	N% da Coluna
12 – 19 (Adolescência)	1	4,3%
20 – 39 (Adulto Jovem)	1	4,3%
40 – 59 (Meia Idade)	5	21,7%
60 -79 (Idoso)	15	65,2%
80 ou mais (Senilidade)	1	4,3%
Feminino	19	82,6%

Perfil dos pacientes com incontinência urinária atendidos em um projeto de responsabilidade social

Gênero	Masculino	4	17,4%
Sexual			
Estado Civil	Casado (a)	14	60,9%
	Divorciado (a)	2	8,7%
	Solteiro (a)	3	13,0%
	Viúvo (a)	4	17,4%
Cirurgias		12	52,2%
Realizadas	Episiotomia	2	8,7%
	Histerectomia	2	8,7%
	Histerectomia, Laqueadura	1	4,3%
	Laqueadura, Períneo	1	4,3%
	Períneo	3	13,0%
	Prostatectomia	2	8,7%
Tipos de IU	IUU	9	47,4%
	IUE	5	26,3%
	IUM	5	26,3%

Fonte: Elaborada pelos autores a partir de dados obtidos em consulta aos prontuários dos (as) pacientes atendidos (as) na UREDAPE-CE.

* IUU-Incontinência Urinária de Urgência; IUE-Incontinência Urinária de Esforço; IUM-Incontinência Urinária Mista;

Tabela 2. Tipos de IU correlacionados aos dados sócio-demográficos.

	TIPOS DE IU					
	IUU		IUE		IUM	
Idade(Anos)	Contagem	N% da Coluna	Contagem	N% da Coluna	Contagem	N% da Coluna
12 – 19 (Adolescência)	0	0,0%	1	20,0%	0	0,0%
20 – 39 (Adulto Jovem)	0	0,0%	1	20,0%	0	0,0%
40 – 59 (Meia Idade)	2	22,2%	1	20,0%	1	20,0%
60 -79 (Idoso)	6	66,7%	2	40,0%	4	80,0%
80 ou mais (Senilidade)	1	11,1%	0	0,0%	0	0,0%

Perfil dos pacientes com incontinência urinária atendidos em um projeto de responsabilidade social

Gênero	Feminino	5	55,6%	5	100,0%	5	100%
Sexual	Masculino	4	44,4%	0	0,0%	0	0,0%
Estado Civil	Casado (a)	7	77,8%	3	60,0%	3	60,0%
	Divorciado (a)	0	0,0%	1	20,0%	1	20,0%
	Solteiro (a)	1	11,1%	0	0,0%	1	20,0%
	Viúvo (a)	1	11,1%	1	20,0%	0	0,0%
Cirurgias		3	33,3%	4	80,0%	2	40,0%
Realizadas	Episiotomia	1	11,1%	1	20,0%	0	0,0%
	Histerectomia	2	22,2%	0	0,0%	0	0,0%
	Histerectomia, Laqueadura	0	0,0%	0	0,0%	1	20,0%
	Laqueadura, Períneo	0	0,0%	0	0,0%	1	20,0%
	Períneo	1	11,1%	0	0,0%	1	20,0%
	Prostatectomia	2	22,2%	0	0,0%	0	0,0%

Fonte: Elaborada pelos autores a partir de dados obtidos em consulta aos prontuários dos (as) pacientes atendidos (as) na UREDAPE-CE.

* Legenda: IUU-Incontinência Urinária de Urgência; IUE-Incontinência Urinária de Esforço; IUM-Incontinência Urinária Mista;

Tabela 3. Incontinência Urinária em mulheres com antecedentes obstétricos: partos e gestações.

		TIPOS DE IU					
		IUU		IUE		IUM	
		Contagem	N% da Coluna	Contagem	N% da Coluna	Contagem	N% da Coluna
Tipos de parto	Cesáreo	0	0,0%	1	20,0%	0	0,0%
	Cesáreo, Via vaginal	0	0,0%	2	40,0%	1	20,0%
	Via Vaginal	5	100,0%	2	40,0%	3	60,0%
	Via Vaginal Fórceps	0	0,0%	0	0,0%	1	20,0%
Quantas Gestações?	1	1	20,0%	2	40,0%	0	0,0%
	2 ou 3	2	40,0%	2	40,0%	0	0,0%
	4 ou mais	2	40,0%	1	20,0%	5	100,0%
Idade	12 – 19 (Adolescente)	0	0,0%	1	20,0%	0	0,0%
	20 – 39 (Adulto Jovem)	0	0,0%	1	20,0%	0	0,0%
	40 – 59 (Meia Idade)	1	20,0%	1	20,0%	1	20,0%
	60 – 79 (Idoso)	4	80,0%	2	40,0%	4	80,0%

Perfil dos pacientes com incontinência urinária atendidos em um projeto de responsabilidade social

Fonte: Elaborada a partir de dados obtidos em consulta aos prontuários dos (as) pacientes atendidos (as) na UREDAPE-CE.

* Legenda: IUU-Incontinência Urinária de Urgência; IUE-Incontinência Urinária de Esforço; IUM-Incontinência Urinária Mista;