

DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO: PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DAS USUÁRIAS DE UM AMBULATÓRIO DE UROGINECOLOGIA

PELVIC FLOOR DYSFUNCTIONS: CLINICAL AND SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE OF UROGYNECOLOGIC OUTPATIENTS

DISFUNCIONES DEL SUELO PÉLVICO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DE PACIENTES DE UNA CLINICA DE UROGINECOLOGÍA

Camila Teixeira Moreira Vasconcelos¹
José Ananias Vasconcelos Neto²
Leonardo Robson Pinheiro Sobreira Bezerra³
Kathiane Lustosa Augusto⁴
Sara Arcanjo Lino Karbage⁵
Isabella Parente Ribeiro Frota⁶
Adriana Bombonato Oliveira Rocha⁷
Sandra Rebouças Macêdo⁸
Cássia Fernandes Coelho⁹
Ana Karina Bezerra Pinheiro¹⁰

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará.E-mail: camilamoreiravasco@gmail.com

² Médico. Mestre em Tocoginecologia pela Universidade Federal do Ceará. Coordenador do ambulatório de uroginecologia do Hospital Geral de Fortaleza. E-mail: dr.ananiasvasconcelos@gmail.com

³ Médico. Doutor em Ciências (Ginecologia) pela Universidade Federal de São Paulo. Coordenador do Setor de Uroginecologia e Disfunção do Assoalho Pélvico do Hospital Geral César Cals. Membro da Comissão de Ensino e Avaliação (CEA) da FEBRASGO. Membro do Núcleo Brasileiro de Uroginecologia, International Continence Society e International Urogynecology Association.E-mail: leosobreira@uol.com.br

⁴ Médica. Graduação em Medicina pela Universidade Estadual do Ceará. Residente de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Geral de Fortaleza.E-mail: kathianelustosa@yahoo.com.br

⁵ Médica. Residência em Ginecologia e Obstetrícia pelo Hospital Geral de Fortaleza. Estagiária do serviço de Uroginecologia do Hospital Geral César Cals. Preceptora do Internato de Medicina da Universidade de Fortaleza. E-mail: sara_arcanjo@hotmail.com

⁶ Fisioterapeuta. Graduação em Fisioterapia pela Faculdade Integrada do Ceará. Especialização em Fisioterapia em uroginecologia pela Universidade Federal de São Paulo.E-mail: isabellaparente@yahoo.com.br

⁷ Fisioterapeuta. Graduação em Fisioterapia pela Pontifícia Universidade Católica – PUC Minas. Especialização em Saúde Pública pela PUC Minas.E-mail: adrianabombonato@hotmail.com

⁸ Fisioterapeuta. Doutoranda em ginecologia pela UNIFESP. Docente do Curso de Fisioterapia da Faculdade Christus.E-mail: sandrarmacedo@yahoo.com.br

⁹ Enfermeira. Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará.E-mail: cassia_fernandes@hotmail.com

¹⁰ Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Coordenadora do Curso de Pós-graduação em Enfermagem da UFC.E-mail: anakarinaufc@hotmail.com

RESUMO: Objetivou-se avaliar o perfil sócio-demográfico e clínico das pacientes do ambulatório de uroginecologia de um hospital terciário em Fortaleza, Ceará. Trata-se de estudo transversal realizado com 85 mulheres diagnosticadas com disfunção do assoalho pélvico. A idade variou de 27 a 86 anos (média: $53,8 \pm 14,2$). A maioria das pacientes era casada (54,9%), estava fora do mercado de trabalho (40,0%) e não fumava (82,4%). Aproximadamente metade encontrava-se na pós-menopausa (48,2%/M: $15,7 \pm 10,0$ anos). A maioria era múltipara (89,4%), por parto via vaginal (92,9%/M: $3,7 \pm 10,0$). A principal queixa relatada foi de incontinência urinária (74,1%). O diagnóstico de incontinência urinária mista (IUM) foi o mais frequente (60,0%). Mais da metade das pacientes também apresentava prolapso de órgãos pélvicos (75,3%), sendo mais comuns defeitos da parede vaginal anterior (55,3%). A maioria (57,6%) possuía algum tipo de disfunção anorretal: constipação (40%), tenesmo (37,6%), incontinência fecal (16,5%). A maioria afirmou perder urina várias vezes ao dia (57,3%), com impacto na qualidade de vida. Os fatores de risco encontrados coincidem com dados da literatura, bem como a prevalência de IUM. Diante da concomitância de disfunções, ressalta-se a importância de abordar todas as patologias, pois são condições prevalentes com implicações médicas, sociais, psicológicas e econômicas.

DESCRITORES: fatores socioeconômicos, distúrbios do assoalho pélvico, incontinência urinária.

ABSTRACT: This study aimed to assess the socio-demographic and clinical profile of urogynecologic outpatients of a public tertiary hospital in Fortaleza, Ceará. This is a cross-sectional study whose sample consisted of 85 women with pelvic floor dysfunction. The age ranged from 27 to 86 years old (mean: 53.8 ± 14.2). Most patients were married (54.9%), weren't working formally (40.0%) and didn't smoke (82.4%). Approximately half was in postmenopausal period (48.2%). Most of them were multiparous (89.4%) by vaginal delivery (92.9%). The main complaint reported was urinary incontinence (74.1%), and mixed urinary incontinence (MUI) was the most frequent (60.0%). Over half of the patients also had pelvic organ prolapse (75.3%), and the most common defect was from the anterior vaginal wall (55.3%). The majority (57.6%) had some form of anorectal dysfunction: constipation (40%), tenesmus (37.6%), fecal incontinence (16.5%). Most of the patients lost urine several times a day (57.3%), with impact on quality of life. The risk factors found are in agreement with literature data, as well as the prevalence of MUI. Given the concomitant disorders, it's important to address all pathologies, because they are prevalent conditions with medical, social, psychological and economic implications.

DESCRIPTORS: socioeconomic factors, pelvic floor disorders, urinary incontinence.

RESUMEN: El objetivo fue evaluar el perfil sociodemográfico y clínico de las pacientes de una clínica de uroginecología de un hospital en Fortaleza. Se trata de un estudio transversal con 85 mujeres con disfunción del suelo pélvico. La edad osciló entre 27 y 86 años (media: $53,8 \pm 14,2$). La mayoría estaba casada (54,9%), fuera del mercado laboral (40,0%) y no fumaba (82,4%). Aproximadamente la mitad eran postmenopáusicas (48,2% / M: $15,7 \pm 10,0$ años). La mayoría era multípara (89,4%) por vía vaginal (92,9% / M: $3,7 \pm 10,0$). La queja principal fue de incontinencia urinaria (74,1%), y la incontinencia urinaria mixta (IUM) fue más frecuente (60,0%). Más de la mitad también tenían prolapso de órganos pélvicos (75,3%), de los cuales los más comunes fueran los defectos de la pared vaginal anterior (55,3%). La mayoría (57,6%) presentaba algún tipo de disfunción anorrectal: estreñimiento (40%), tenesmo (37,6%), incontinencia fecal (16,5%). La mayoría perdía orina varias veces al día (57,3%), con un impacto en la calidad de vida. Teniendo en cuenta los trastornos concomitantes, es importante hacer frente a todas las patologías, ya que son condiciones prevalentes con implicaciones médicas, sociales, psicológicas y económicas.

DESCRIPTORES: factores socioeconómicos, trastornos del suelo pélvico, incontinencia urinaria.

INTRODUÇÃO

A disfunção do assoalho pélvico (DAP) é uma condição ginecológica comum e responsável por uma importante morbidade na população atingida. Abrange várias condições nosológicas (incontinência urinária, prolapso de órgãos pélvicos, hiperatividade vesical, disfunções sexuais, disfunções anorretais, etc) que geram um enorme impacto negativo nas esferas social, psicológica e financeira⁽¹⁾.

As DAP são responsáveis por aproximadamente 300.000 procedimentos cirúrgicos anualmente nos Estados Unidos com custos anuais diretos de um bilhão de dólares. No Reino Unido, representam 20% das pacientes em lista de espera para cirurgia ginecológica. A taxa de cirurgia varia entre 1,5 a 4,9 casos por 1000 mulheres/ano, com 11% de risco para submeter-se a algum procedimento cirúrgico durante a vida⁽²⁾.

Estima-se que a prevalência das DAP seja de 21,7% em mulheres de 18 a 83 anos, chegando a 30% nas pacientes entre 50 e 89 anos. O pico situa-se entre 60 e 69 anos chegando a 42,1 por 10.000 mulheres. Com o aumento da expectativa de vida da população brasileira, há uma forte tendência que estas disfunções se tornem cada vez mais frequentes, tornando-se

um importante problema de saúde pública. Nos próximos 30 anos é esperado que o número de mulheres que procurarão cuidados médicos por desordens no assoalho pélvico irá dobrar⁽³⁾.

As informações epidemiológicas desta doença são difíceis de serem obtidas, uma vez que muitas mulheres escondem o problema ou o aceitam como consequência natural do envelhecimento ou dos partos vaginais⁽⁴⁾, desta feita não buscam a assistência profissional de saúde perpetuando as baixas condições de qualidade de vida. Estudos epidemiológicos são particularmente um desafio por causa da despesa e da complexa logística de execução de exames ginecológicos em grandes populações.

Os fatores de risco bem estabelecidos para a DAP incluem idade, paridade, histerectomia, cirurgias prévias para correção de distopia genital e desordens do colágeno. Porém, o papel de outros fatores potenciais ainda é controverso, como tipo de parto, obesidade, peso do recém-nascido, tosse crônica e história familiar⁽⁵⁾.

Com base nesses fatos, incluindo o pouco conhecimento da prevalência dos DAP no Brasil foi proposta a avaliação do perfil sócio-demográfico e clínico das usuárias de ambulatórios de uroginecologia do serviço público de saúde em uma amostra da população brasileira.

REVISÃO DE LITERATURA

As disfunções do assoalho pélvico são condições que acometem mulheres em idades variadas, porém aquelas que se encontram no período do climatério, assim como as múltiparas, são as mais suscetíveis. Os músculos do assoalho pélvico estão relacionados com o funcionamento dos esfíncteres urinários e anais. Deste modo, alterações na musculatura pélvica podem resultar em incontinência urinária (IU), prolapsos de órgãos pélvicos (POP) e disfunções anorretais⁽⁶⁾.

Para a Sociedade Internacional de Continência (*International Continence Society-ICS*), a incontinência urinária (IU) é uma condição na qual há perda involuntária da urina. A apresentação clínica da IU é muito diversa e pode manifestar-se de várias formas. Quando ocorre perda associada aos esforços físicos denominamos incontinência urinária de esforço (IUE). Já a perda involuntária de urina acompanhada ou precedida imediatamente de urgência miccional denomina-se urge-incontinência (UI). Por último denomina-se incontinência urinária mista (IUM) quando ocorre perda involuntária de urina associada à urgência e também aos esforços⁽⁷⁾.

O POP é definido como a descida de uma ou mais paredes vaginal anterior e/ou posterior, útero (cérvix) ou ápice da vagina ⁽⁷⁾. A etiologia do POP começa com a lesão do diafragma pélvico. As lesões no elevador do ânus produzem aumento do hiato desse músculo resultando em estiramento e rompimento da fásia endopélvica. O tipo de prolapso é determinado pela localização da lesão ⁽⁸⁾.

O prolapso parece ser uma condição multifatorial. São identificados como fatores de risco para esta condição, parto vaginal, hipoestrogenismo, macrosomia fetal, uso de fórcepe e vácuo-extrator, episiotomia, histerectomia e cirurgias prévias para correção de distopia genital ⁽⁵⁾.

Condições associadas a aumento repetitivo da pressão intra-abdominal, tais como constipação crônica e levantamento de peso são fatores a serem investigados, pois podem estar relacionadas com disfunção miccional, neuropatia pélvica e POP ⁽⁹⁾. O tabagismo também é apontado como fator de risco para IU, por promover aumento persistente da pressão intra-abdominal, causada pela tosse crônica do fumante. Outro aspecto relacionado às fumantes é a síntese de colágeno diminuída pelo efeito antiestrogênico do tabagismo ⁽¹⁰⁾.

Já a Incontinência fecal (IF), trata-se de outra DAP, que pode ser definida como a incapacidade, em graus variados, de controlar adequadamente a eliminação de gases ou fezes. Tal disfunção está associada a perturbações sociais e morais de difícil solução, sendo condição debilitante, constrangedora, com repercussão socioeconômica significativa. Pode estar associada à depressão, pessimismo e a diminuição da autoestima levando a limitações das atividades diárias ⁽¹¹⁾.

A IF está associada a diversos fatores causais, dos quais os mais frequentes são parto vaginal, as lesões traumáticas, o esforço crônico nas evacuações associada à síndrome da descida perineal, o envelhecimento e algumas doenças degenerativas ⁽¹²⁾.

O custo moral e psicológico das disfunções do assoalho pélvico ainda é pouco conhecido. Diante das diversas alterações sociais, pessoais e emocionais das mulheres, frente a perda urinária e fecal, medidas de avaliação da qualidade de vida (QV) têm sido recomendadas. Por esse motivo, desde 1997, a ICS recomenda a inclusão de questionários de QV em todas as pesquisas clínicas sobre essas disfunções, como um complemento aos tradicionais parâmetros clínicos ⁽¹³⁾. Contudo, os instrumentos genéricos não são considerados uma ferramenta sensível para medir qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária ⁽¹⁴⁾.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva transversal realizada em um hospital público de referência em uroginecologia de Fortaleza-CE. Esse serviço oferece atendimentos ambulatoriais, com equipe interdisciplinar (médicos, fisioterapeutas e enfermeiras), bem como tratamentos cirúrgicos e não cirúrgicos para as pacientes encaminhadas com disfunção do assoalho pélvico.

Para todas as pacientes atendidas no ambulatório da referida instituição são preenchidos: avaliação sóciodemográfica, anamnese completa, com ênfase às questões relacionadas à incontinência urinária, ao prolapso de órgãos pélvicos e às disfunções anorretais; exame físico, exames complementares e avaliação da qualidade de vida.

A população do estudo foi composta pelas 100 pacientes encaminhadas ao referido ambulatório, atendidas no período de julho de 2011 a maio de 2012. Fizeram parte da amostra somente as 85 pacientes que foram diagnosticadas com disfunção do assoalho pélvico.

Os dados foram compilados e analisados por meio do programa estatístico SPSS 18.0. Para a descrição do perfil das pacientes as variáveis são apresentadas em frequências e percentuais. As variáveis utilizadas para descrever o perfil das pacientes nesta pesquisa são:

- **Sóciodemográficas:** idade, ocupação, estado civil e hábitos tabagistas;
- **Anamnese:** sintomas relacionados à presença de incontinência urinária, ao prolapso dos órgãos pélvicos e às disfunções anorretais; antecedentes obstétricos e ginecológicos;
- **Exame físico:** Avaliação do estágio do prolapso (POPQ);

O *Pelvic Organ Quantification System* (POP-Q) foi revisado e adotado pelos membros da *International Continence Society* (ICS), *American Urogynecology Society* (AUGS) e da *Society of Gynecologic Surgeons* (SGS) como um sistema específico e objetivo para classificar os prolapso de órgãos pélvicos, com nove medidas diferentes feitas a partir de pontos de referência fixos - as carúnculas himenais e meato uretral externo - dados como marco zero. Após a realização das medidas, o prolapso é classificado em um estadiamento ordinal⁽⁷⁾, conforme segue:

- Estágio 0: Nenhum prolapso é demonstrado.

- Estágio 1: A porção mais distal do prolapso está a mais de 1,0 cm acima do nível do hímen.

- Estágio 2: A porção mais distal do prolapso está a 1,0 cm acima ou abaixo do plano do hímen.
- Estágio 3: A porção mais distal do prolapso está a mais de 1,0 cm abaixo do plano do hímen.
- Estágio 4: Eversão completa do comprimento total do trato genital inferior.

- **Avaliação da qualidade de vida:** *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)*. Trata-se de um questionário simples, breve, auto administrável, recomendado pela ICS, que permite avaliar subjetivamente a severidade da perda de urina e o impacto na qualidade de vida em condições específicas⁽¹⁴⁾.

Foi assegurado o cumprimento das normas para pesquisas com seres humanos presentes na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil⁽¹⁴⁾. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e aprovado com o número de protocolo 526/2011 e CAAE 0032.0.041.000-11. Todas as participantes foram informadas sobre os objetivos do estudo e, quando de acordo, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo-lhes garantido o anonimato na divulgação das informações e a liberdade de participar ou não do estudo.

RESULTADOS

Dentre as 85 pacientes pesquisadas, a idade variou entre 27 e 86 anos, com uma média de 53,8 (DP±14,2) anos. A maioria das pacientes se declarou casada (54,9%), estava fora do mercado de trabalho (40,0%) e não fumava (82,4%) (Tabela 1).

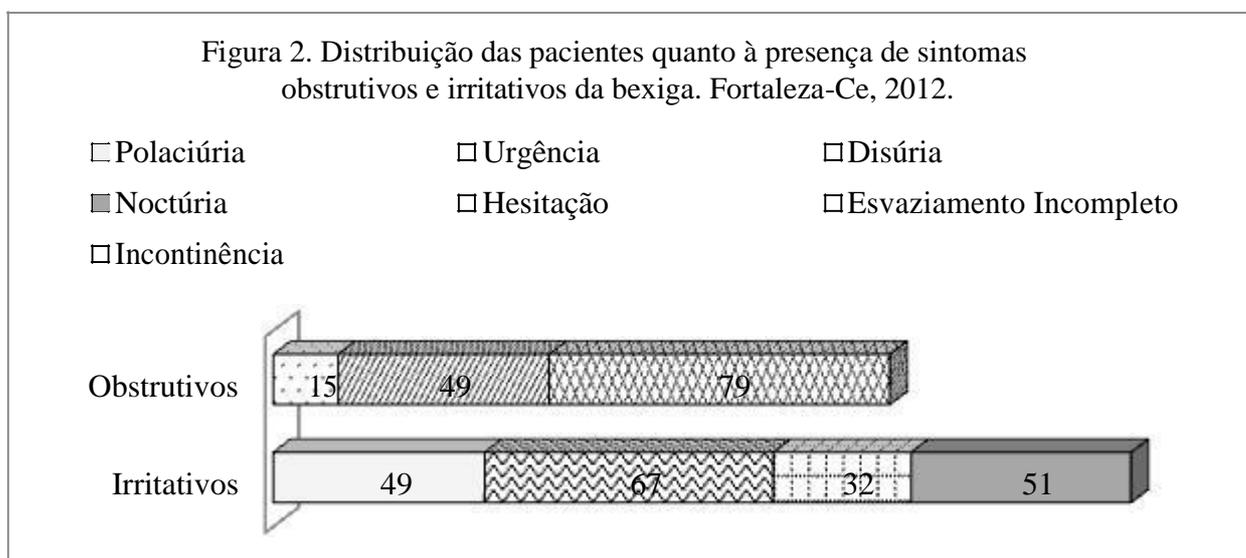
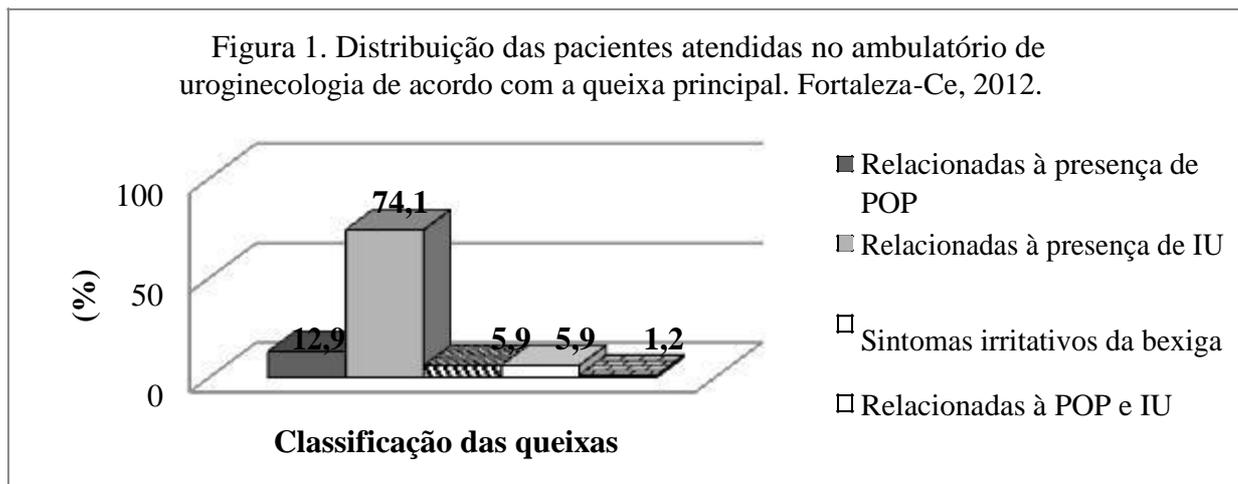
Tabela 1. Distribuição da amostra de acordo com os dados sócio-demográficos. Fortaleza-CE, 2012.

VARIÁVEL	Média	Min – Máx
Idade	53,8 (\pm 14,2)	27 – 86
	N (Total=85)	%
Estado Civil*		
Casada	45	54,9
Solteira/Separada/Viúva	37	45,1
Profissão		
Do lar	18	21,2
Aposentada	16	18,8
Doméstica	12	14,1
Outras**	39	45,9
Fumante		
Sim	15	17,6
Não	70	82,4

* Não constam os dados de 3 pessoas.

** Foram citadas outras 17 profissões.

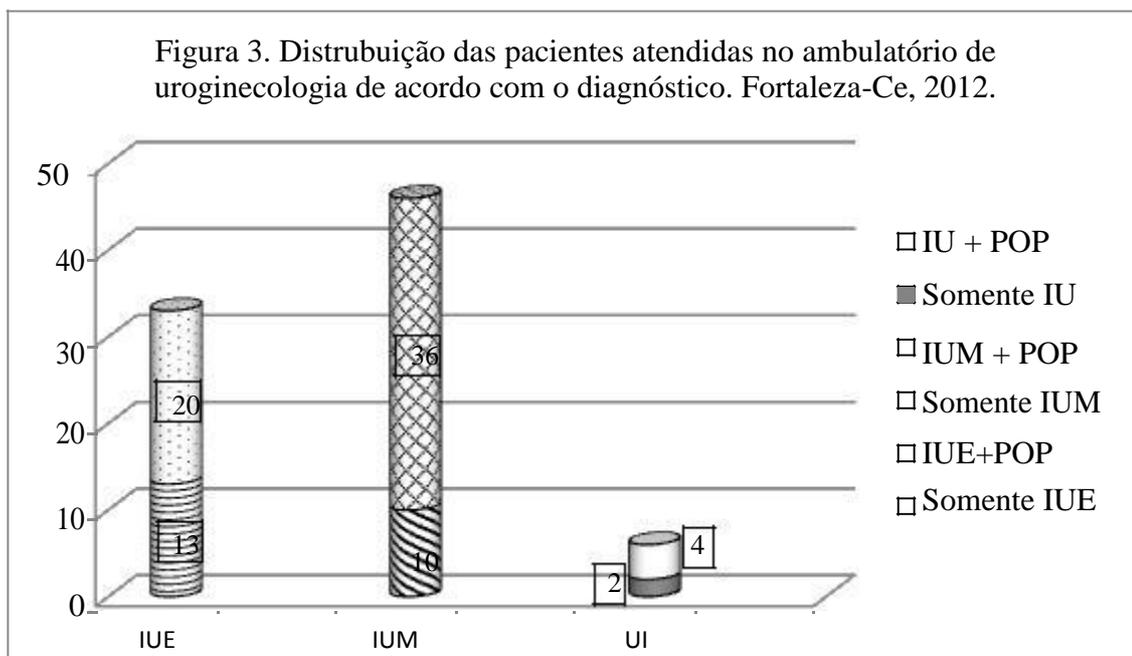
As pacientes relataram, espontaneamente, como principal motivo para a procura de atendimento especializado, queixas relacionadas à incontinência urinária (74,1%) (Figura 1). Durante a anamnese, a maioria referiu sintomas tanto obstrutivos como irritativos do sistema urinário inferior (91,8%), sendo os mais presentes a incontinência (n=79/92,9%) e a urgência urinária (n=67/78,8%) (Figura 2). Mais da metade das pacientes (57,6%) possui algum tipo de disfunção anorretal, sendo os sintomas mais frequentes a constipação (40%) e o tenesmo (37,6%). Quatorze mulheres (16,5%) relataram incontinência fecal.



Aproximadamente metade das pacientes com disfunção do assoalho pélvico encontrava-se na menopausa (48,2%/M:15,7±10,0anos) e a maioria era múltipara (89,4%), com uma média de 4,6 (±2,7) gestações por mulher. A via de parto mais frequente foi a vaginal (92,9%/M:3,7±10,0), e o peso do maior recém-nascido variou entre 2.075g e 6.900g, com um peso médio de 3.812,4g (±782,2).

Embora a maioria das pacientes tenha procurado atendimento apresentando como queixa principal a perda de urina, quando questionadas, 48,2% relataram sensação de bola na vagina e frouxidão vaginal (65,9%). Ao exame físico (POP-Q), 58,8% das pacientes possuíam prolapso estágio II, 14,1% estágio III e 2,4% estágio IV. Aproximadamente a metade das pacientes apresentava defeitos da parede anterior da vagina (55,3%).

O diagnóstico de incontinência urinária mista (IUM) foi o mais frequente (60,0%), seguido da incontinência urinária de esforço (IUE) com 32,9% e da urge-incontinência (UI) com 7,1%. Mais da metade das pacientes foi diagnosticada também com prolapso de órgãos pélvicos (75,3%) (Figura 3).



A maioria das pacientes pesquisadas afirmou perder urina várias vezes ao dia (57,3%), em pouca quantidade (50%), interferindo na vida das pacientes com uma nota média de 6,8 (\pm 3,4) de uma escala de 0 a 10 (Tabela 2).

Tabela 2. Avaliação da qualidade de vida das pacientes segundo os critérios do ICIQ-SF. Fortaleza-CE, 2012.

VARIÁVEL	N (Total=85*)	%
Frequência da perda de urina (ICIQ – I)		
Nunca	02	2,4
1 vez/semana ou menos	11	13,4
2-3 vezes/semana	14	17,1
1 vez/dia	05	6,1
Diversas vezes/dia	47	57,3
O tempo todo	03	3,7
Quantidade de urina que perde (ICIQ-II)		
Nenhuma	02	2,4
Pequena quantidade	41	50,0
Moderada quantidade	24	29,3
Grande quantidade	15	18,3
Quanto à perda de urina interfere na sua vida diária (ICIQ III)		
	Média	DP
	6,8	3,4
ICIQ Score	13,1	4,9

* 03 mulheres não responderam

DISCUSSÃO

Houve uma ampla variação na idade (entre 27 e 86 anos) das pacientes pesquisadas, demonstrando que, embora mais frequentes, estas disfunções não ocorrem somente em mulheres idosas, mas também entre jovens e mulheres na meia-idade⁽¹⁶⁾. Em um estudo americano que tinha como objetivo estimar as diferenças do assoalho pélvico em relação ao tipo de parto, com 1011 mulheres, a média de idade das mulheres foi de 39,5 anos e foram encontrados 11% de pacientes com incontinência urinária de esforço (IUE), 8% com bexiga hiperativa e 7% de pacientes com prolapso genital estágio II (POP-Q)⁽¹⁷⁾.

Além da idade existem outros fatores de risco responsáveis pelos defeitos do assoalho pélvico. Relacionados aos prolapso genitais são considerados principais fatores de

risco: partos vaginais, macrosomia fetal, uso do fórcepe, episiotomia, histerectomia e cirurgias prévias para correção de distopia genital⁽⁵⁾. Quanto aos sintomas urinários, os principais fatores de risco são: gravidez e parto vaginal (fatores de risco relevantes, porém se tornam menos importantes com o avançar da idade), diabetes mellitus, obesidade⁽¹⁸⁾. Os fatores de risco encontrados nas pacientes deste estudo vão ao encontro dos dados da literatura, os mais frequentes foram: parto vaginal, multiparidade e menopausa.

A queixa mais comum no ambulatório de uroginecologia do serviço estudado foi de incontinência urinária. Em uma pesquisa sobre a prevalência dos sintomas na população sueca a incontinência urinária foi descrita como a queixa mais comum (8,9%) seguida pelo prolapso sintomático (8,3%) e pela urge-incontinência (5,9%)⁽¹⁹⁾.

Das pacientes pesquisadas que apresentaram queixa principal de perda de urina, quando questionadas, aproximadamente metade relatou sensação de bola na vagina. De fato, mulheres que apresentam IU (incontinência urinária) como seu principal sintoma podem também ter POP, que pode ser sintomático ou assintomático⁽¹⁸⁾. Estudo europeu observou que 37,4% das pacientes com prolapso apresentavam algum tipo de incontinência urinária associada⁽¹⁹⁾. Estes fatos avigoram a importância do profissional de saúde investigar exaustivamente todos os sinais e sintomas derivados da DAP durante a anamnese.

Dentre os sintomas urinários, a incontinência urinária mista (IUM) foi a mais frequente, seguida da incontinência urinária de esforço (IUE) e da urge-incontinência (UI). Da mesma maneira Brown encontrou a prevalência de IUM mais elevada (28%), porém, em seus dados, a prevalência da incontinência de esforço (13%) foi semelhante a da urge-incontinência (14%)⁽²⁰⁾. Quando questionadas a respeito do impacto da incontinência urinária na qualidade de vida, a média observada ratificou que a IU afeta negativamente suas vidas.

Embora a IU não coloque diretamente a vida das pessoas em risco, é uma condição que traz implicações médicas, sociais, psicológicas e econômicas. Estima-se que pode afetar adversamente a qualidade de vida em 20% das mulheres de meia idade e 45% das mulheres mais idosas⁽²¹⁾. Cabe ressaltar que, atualmente, muitas mulheres estão inseridas no mercado de trabalho e são socialmente ativas e que as perdas urinárias, quando existentes, provavelmente provocam um grande impacto nas atividades profissionais e domésticas⁽²²⁾.

A maioria das mulheres que procuram ajuda considera a incontinência um problema sério e aproximadamente 1/3 ficam extremamente incomodadas com os sintomas⁽²³⁾. Mulheres mais jovens referem limitações físicas (carregar objetos, praticar esportes); comportamentais e ocupacionais, alterações da vida sexual e o medo da perda urinária que resultam em situações de ansiedade e isolamento^(21,22). A incontinência urinária feminina é uma condição altamente prevalente, afetando as atividades de vida diárias das mulheres, causando constrangimento nos mais diferentes graus e isolamento.

A grande maioria das pacientes que buscou o ambulatório foi diagnosticada com prolapso de órgãos pélvicos. Em um estudo americano populacional com mais de vinte e sete mil mulheres (todas acima de 50 anos), a prevalência de defeito da parede vaginal anterior foi de 33,8%, enquanto a de parede posterior foi de 18,3%. Neste mesmo estudo os autores observaram que a parede anterior da vagina é o local mais comum de desenvolver prolapso simples, ou seja, sem estar associado a outro tipo de prolapso (apical e/ou posterior)⁽²⁴⁾. Dentre as pacientes avaliadas no presente estudo, a distopia de parede anterior também foi a mais comum, porém com um índice maior devido à amostra pesquisada só contemplar pacientes que buscaram espontaneamente um ambulatório com sintomas.

As queixas anorretais devem ser sempre abordadas e exploradas em um ambulatório de uroginecologia e disfunção do assoalho pélvico, pois defeitos perineais e da parede posterior da vagina estão relacionadas aos sintomas de disfunção evacuatória⁽²⁴⁾. No presente estudo se observou mais da metade das mulheres com disfunções evacuatórias, tais como constipação e incontinência fecal. Em um estudo italiano, foi observada uma prevalência de 20% de incontinência anal em mulheres com IU e POP⁽²⁵⁾, valor muito semelhante ao encontrado no presente estudo.

CONCLUSÃO

Os sinais e sintomas relacionados aos defeitos do assoalho pélvico são muito comuns. Estão relacionados ao tipo de parto, multiparidade e menopausa. Os profissionais de saúde, desta feita, devem estar preparados para acolherem estas pacientes com habilidade técnica e amplos conhecimentos científicos, além de conduta humanizada, já que as disfunções do assoalho pélvico se caracterizam pela sua multifatorialidade e são responsáveis por um impacto negativo na qualidade de vida, gerando transtornos sociais e familiares.

REFERÊNCIAS

1. Jelovsek JE, Barber MD. Pelvic organ prolapse have decreased body image and quality of life. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;194(5):1455-61.
2. Delancey JO. The hidden epidemic of pelvic floor dysfunction: achievable goals for improved prevention and treatment. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(5):1488-95.
3. Luber KM, Boero S, Choe JY. The demographics of pelvic floor disorders: current observations and future projections. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184(7):1496-501.
4. Bidmead J, Cardozo LD. Pelvic floor changes in the older woman. *Br J Urol.* 1998;82 Suppl 1:18-25.
5. Swift S, Woodman P, O'Boyle A, Kahn M, Valley M, Bland D, et al. Pelvic Organ Support Study (POSST): the distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(3):795-806.
6. Almeida MBA, Barra AA, Figueiredo EM, Velloso FSB, Silva AL, Monteiro MVC, Rodrigues AM. Disfunções de assoalho pélvico em atletas. *Femina.* 2011;39(8):395-402.
7. FEBRASGO. Manual de orientação em uroginecologia e cirurgia vaginal. 2010. 148p.
8. Nygaard I, Bradley C, Brandt D. Pelvic organ prolapse in older women: Prevalence and risk factors. *Obstet Gynecol.* 2004;104:489-97.
9. Haddad JM, Amaro JL, Trindade JCS, Ribeiro RM. Reabilitação do assoalho pélvico nas disfunções urinárias e anorretais. São Paulo: Segmento Farma, 2005, pp.41-6.
10. Schorge et al. *Ginecologia de Williams.* Porto Alegre: Artmed, 2011, pp 513-531.
11. Rockwood TH, Curch JM, Fleshman JW, Kane RL, Mavrantonis C, Thorson AG et al. Fecal Incontinence Quality of life scale. *Dis Colon Rectum.* 2000;53(1):9-17.
12. Gladmam MA, Scott SM, Chan CLH, Williams NS, Lunniss PJ. Rectal hyposensitivity prevalence and clinical impact in patients with intractable constipation and faecal incontinence. *Dis Colon Rectum.* 2003;46(2):238-46.
13. Tamanini JTN, Dambros M, D'ancona CAL, Palma PCR, Netto Jr NR. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form" (ICIQ-SF). *Rev Saúde Pública.* 2004;38(3):438-44.
14. Oh SJ, Ku JH. Does condition-specific quality of life correlate with generic health-related quality of life and objective incontinence severity in women with stress urinary incontinence? *Neurourol Urodyn.* 2006;25(4):324-9.
15. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Decreto nº 93.933 de Janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética.* 1996 Suplemento; 4(2):15-25.

16. Kim CM, Jeon MJ, Chung DJ, Kim SK, Kim JW, Bai SW. Risk factors for pelvic organ prolapse. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2007;98:248–251.
17. Handa VL, Blomquist JL, Knoepp LR, Hoskey KA, McDermott KC, Muñoz A. Pelvic floor disorders 5–10 years after vaginal or cesarean childbirth. *Obstet Gynecol*. 2011;118:777–84.
18. Thüroff JW, Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ et al. EAU Guidelines on Urinary Incontinence. *European Urology*. 2011;59:387-400.
19. Tegerstedt G, Schmidt MM, Olof Nyre´n, Hammarström M. Prevalence of symptomatic pelvic organ prolapse in a Swedish population. *Int Urogynecol J*. 2005;16:497–503.
20. Brown JS, Grady D, Ouslander JG, Herzog R, Varner E, Posner SF. Prevalence of Urinary Incontinence and Associated Risk Factors in Postmenopausal Women. *Obst Gynecol*. 1999; 94(1):66-70.
21. Ortiz CO. Stress urinary incontinence in the gynecological practice. *Int J Gynaecol Obstet*. 2004;86 Suppl 1:S6-16.
22. Fultz NH, Burgio K, Diokno AC, Kinchen KS, Obenchain R, Bump RC. Burden of stress urinary incontinence for community-dwelling women. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;189(5):1275-82.
23. Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, Mctiernan A. Pelvic organ prolapse in the Women’s Health Initiative: Gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186:1160-6.
24. Collins SA, O’Sullivan DM, Lasala CA. Correlation of POP-Q posterior compartment measures with defecatory dysfunction. *Int Urogynecol J*. 2012;23:743–747.
25. Meschia M, Buonaguidi A, Pifarotti P, Somigliana E, Spennacchio M, Amicarelli F. Prevalence of Anal Incontinence in Women With Symptoms of Urinary Incontinence and Genital Prolapse. *Obstet Gynecol*. 2002;100(4):719-23.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2012-08-31

Last received: 2012-11-16

Accepted: 2012-11-20

Publishing: 2013-01-31

Corresponding Address

Camila Teixeira Moreira Vasconcelos
Rua: Pereira de Miranda, 1155, Bl:03,
Apto:402, Papicu.
Tel: (085) 3067-6810.