

**FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**

**AVALIAÇÃO DAS DISFUNÇÕES PÉLVICAS EM
PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE FISIOTERAPIA DA
MULHER DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO
RECIFE**

**Autoras: Angela Veras de Lima Lobo
Bruna Roberta Dias Vieira de Lima**

**Orientadora: Julianna de Azevedo Guendler
Co orientadora: Héllen Tatyanny Rodrigues Souza Santos**

Recife/2016.

**AVALIAÇÃO DAS DISFUNÇÕES PÉLVICAS EM PACIENTES DO
AMBULATÓRIO DE FISIOTERAPIA DA MULHER DE UM HOSPITAL DE
REFERÊNCIA NO RECIFE**

**PELVICS DISFUNCTIONS ASSEMENT IN PATIENTS FROM THE
WOMAN'S CLINIC OF REFERENCE HOSPITAL IN RECIFE**

Julianna de Azevedo Guendler (Orientadora)

Tutora da Faculdade Pernambucana de Saúde, mestre em Patologia pela Universidade Federal de Pernambuco, fisioterapeuta do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP.

Héllen Tatyanny Rodrigues Souza Santos (Co orientadora)

Pós graduada em fisioterapia na saúde da mulher
Fisioterapeuta no Hospital Memorial São José

Angela Veras de Lima Lobo

Estudante da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

Bruna Roberta Dias Vieira de Lima

Estudante da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

Correspondência para:

Prof^a. Julianna de Azevedo Guendler

Departamento de Fisioterapia

Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS, Recife/PE, Brasil

Avenida Jean Emile Favre, n° 422, Imbiribeira, Recife/PE , CEP: 51.200-060

Fone: (81) 3035.7777

Endereço eletrônico: jujuquendler@hotmail.com

AVALIAÇÃO DAS DISFUNÇÕES PÉLVICAS EM PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE FISIOTERAPIA DA MULHER DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO RECIFE

RESUMO

Objetivo: Analisar e caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico das pacientes avaliadas e atendidas no ambulatório de fisioterapia da mulher do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). **Métodos:** Estudo descritivo e retrospectivo, realizado através da análise de 401 prontuários, onde apenas 374 foram inclusos, de pacientes atendidas entre 2011 e 2015. Os dados foram coletados no período Outubro de 2015 a Abril de 2016, utilizando a ficha de avaliação desenvolvida pelo próprio ambulatório. Foram excluídas as pacientes que não utilizaram a ficha de avaliação padrão. Os dados foram duplamente digitados e posteriormente comparados para corrigir possíveis erros, formando um banco de dados único no programa Microsoft Office Excel 2007. **Resultados:** Os dados do perfil sociodemográfico demonstraram que a grande maioria das pacientes (75%) apresentavam em média 53 anos, onde 53,10% eram casadas e 39,17% possuíam o ensino fundamental incompleto. A maior prevalência de comorbidades entre as pacientes foi de hipertensão arterial sistêmica (48,14%). De acordo com as disfunções pélvicas, maioria dos casos observados foi de incontinência urinária de esforço (53,19%), seguida por casos de incontinência mista (43,62%), incontinência urinária de urgência (39,20%), prolapso (26,23%) e incontinência fecal (1,60%). Por fim, 95,48% delas não possuíam disfunção sexual. **Conclusão:** O presente estudo oferece contribuições para o conhecimento do perfil sociodemográfico e clínico de mulheres que apresentam disfunções pélvicas atendidas em serviços públicos, auxiliando no desenvolvimento, aprimoramento e novas descobertas de condutas preventivas e reabilitadoras nestes serviços.

Palavras-chave: Perfil epidemiológico; incontinência urinária; fisioterapia; assoalho pélvico.

PELVIC DYSFUNCTION ASSESSMENT IN PATIENTS FROM THE WOMAN'S CLINIC OF REFERENCE HOSPITAL IN RECIFE

ABSTRACT

Objective To analyze and characterize the sociodemographic and clinical profile of patients evaluated and attended at the physiotherapy ambulatory care of the Institute of Integral Medicine Professor Fernando Figueira (IMIP). **Methods:** A descriptive and retrospective study was carried out through the analysis of 401 records of patients, which only 374 records were included, attended between 2011 and 2015. Data were collected from October 2015 to April 2016, using the evaluation form developed by the clinic itself. Patients who did not use the standard evaluation form were excluded. The data was double-typed and then compared to correct possible errors, forming a single database in the Microsoft Office Excel 2007 program. **Results:** Data on the sociodemographic profile showed that the majority of the patients (75%) had a mean age of 53 years, where 53.10% were married and 39.17% had incomplete primary education. The highest prevalence of comorbidities among the patients was systemic arterial hypertension (48.14%). According to the pelvic dysfunctions, most of the cases observed were stress urinary incontinence (53.19%), followed by cases of mixed incontinence (43.62%), urge urinary incontinence (39.20%), prolapse (26.23%) and fecal incontinence (1.60%), finally 95.48% of them had no sexual dysfunction.

Conclusion: The present study offers contributions to the knowledge of the sociodemographic and clinical profile of women with pelvic dysfunction treated in public services, assisting in the development, improvement and new discoveries of preventive and rehabilitative behaviors in these services.

Keywords: Health profile; urinary incontinence; physical therapy; pelvic floor.

INTRODUÇÃO

Entende-se como assoalho pélvico (AP), o conjunto de estruturas que dá suporte às vísceras abdominais e pélvicas. As estruturas do AP envolvem os órgãos pélvicos (bexiga, útero e reto), músculos do assoalho pélvicos (MAP), fáscias e ligamentos. A integridade anatômica e fisiológica dessas estruturas, são fundamentais para continência uretral^{1,2}.

As disfunções do AP feminino são condições clínicas que atingem diversas mulheres anualmente, tendo como exemplos as incontínências urinária e fecal, distopias genitais, disfunções sexuais e dor pélvica crônica³. O aumento da idade, responsável pelo envelhecimento natural das fibras musculares⁴, fatores genéticos, número de gestações, paridade, tipos de partos, redução da função ovariana após a menopausa, obesidade, estado hormonal, constipação crônica, uso de medicações, de álcool e de cafeína, são considerados fatores de risco importantes para tais disfunções. Além disso, acredita-se que a contribuição de fatores como cirurgias pélvicas extensas podem resultar em danos na vascularização pélvica e inervação autonômica dos músculos do AP^{5,6}.

Definida pela *International Continence Society (ICS)* como toda perda involuntária de urina suficiente para causar problemas higiênicos e sociais⁷, a incontínência urinária (IU) é a principal disfunção do AP⁸, sendo considerada uma das novas “epidemias” do século XXI⁹. Estima-se que 8% a 34% da população acima de 65 anos apresenta algum grau de IU, sendo mais prevalente no sexo feminino. As mulheres representam 56% da população brasileira, um terço delas é acometida por essa disfunção e 10,7% procuram o atendimento uroginecológico⁹.

A IU é classificada de 3 formas, sendo a Incontínência Urinária de Urgência (IUU), ou urge-incontínência, caracterizada pela perda de urina acompanhada por forte sensação de urgência para urinar, relacionada com a bexiga hiperativa, onde ocorre a contração vesical do músculo detrusor da bexiga durante a fase de enchimento, desencadeada espontaneamente ou em resposta a estímulos^{10,11}.

Outro tipo de IU é a de esforço (IUE), é o tipo mais frequente de perda involuntária de urina na mulher, define-se como toda perda involuntária de urina, através de canal uretral íntegro, quando a pressão vesical excede a pressão uretral máxima como no espirro ou na tosse, na ausência de atividade do músculo detrusor¹². Por fim, temos a incontínência urinária mista (IUM) quando existe a queixa de perda associada tanto na urgência quanto aos esforços¹³.

Outra disfunção importante do AP é a incontinência fecal. É considerada toda perda involuntária de conteúdo fecal e de gases pelo ânus. Na mulher tem como principal etiologia o trauma obstétrico, podendo existir lesão esfínteriana em 35% das parturientes. Existem variados graus de incontinência fecal, desde a fuga involuntária de gases à perda de fezes sólidas¹⁴.

Todas essas disfunções do AP geram um enorme impacto negativo nas esferas social, psicológica e financeira. A maior incidência de pacientes com essas disfunções está entre 60 e 69 anos chegando a 42,1 por 1000 mulheres. Com o aumento da expectativa de vida da população brasileira, existe uma forte tendência de que tais disfunções tornem-se cada dia mais frequentes, sendo um importante problema de saúde pública. Espera-se que o número de mulheres que procurarão cuidados médicos por desordens no assoalho pélvico, dobre nos próximos 30 anos¹⁵.

Existem barreiras que impedem a obtenção das informações epidemiológicas desta doença, uma vez que várias dessas mulheres escondem o problema ou o aceitam como consequência natural do envelhecimento ou dos partos vaginais, não buscando a assistência profissional de saúde¹⁵.

De acordo com isso, o presente estudo tem o objetivo de avaliar a prevalência das disfunções pélvicas em pacientes atendidas no ambulatório de fisioterapia da mulher do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, em busca de novas informações socioepidemiológicas acerca do assunto.

I. MÉTODOS

O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, realizado através da análise dos prontuários das pacientes do ambulatório de fisioterapia da mulher que se encontra em atendimento ou tenham sido atendidas nesse setor, não havendo nenhuma interferência do pesquisador.

Os dados foram coletados no período de Outubro de 2015 a Abril de 2016 no ambulatório de fisioterapia da mulher, situado no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, um hospital escola localizado na cidade do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil. Dos 401 prontuários analisados, 374 foram inclusos e 27 foram excluídos por não seguirem o padrão da ficha de avaliação desenvolvida pelo ambulatório.

A população envolvida no estudo foram mulheres atendidas no ambulatório de fisioterapia da mulher que haviam sido avaliadas através da ficha de avaliação desenvolvida pelo ambulatório anexada em seus prontuários.

Foram considerados como critérios de inclusão os prontuários de mulheres acompanhadas pelo ambulatório de fisioterapia da mulher do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira no período de 2011 à 2015. Foram excluídos os prontuários que não utilizassem a ficha de avaliação padrão desenvolvida pelo ambulatório.

No primeiro momento foi realizada a separação dos prontuários pelos seguintes anos de 2011, 2012, 2013, 2014 e 2015. Após a separação dos prontuários, eram selecionadas as fichas de avaliação que seguissem o padrão do ambulatório de fisioterapia.

Em seguida as informações contidas nas fichas de avaliações foram digitadas em um banco de dados previamente construído para essa pesquisa no programa Microsoft Office Excel 2007. As informações foram digitadas duplamente e depois comparadas, a fim de minimizar a chance de coleta de dados incorretos.

Os dados compilados foram analisados por meio do programa estatístico Software de domínio público Epiinfo, versão 5.4. Para a descrição do perfil das pacientes as variáveis são apresentadas em frequências e percentuais.

A coleta de dados foi realizada com base na ficha de avaliação desenvolvida pelo próprio ambulatório, a qual abrangia as seguintes variáveis:

- Sóciodemográficas: Idade, estado civil, escolaridade.
- Anamnese: Sintomas relacionados à presença de incontinência urinária, antecedentes pessoais, cirurgias obstétricas e urológicas realizadas, uso de terapia de reposição hormonal (TRH), uso de protetor diário, interferência na qualidade de vida (EVA).
- Exame físico: Consciência perineal, presença de prolapso, aspectos físicos das estruturas.

O estudo obedeceu às orientações da resolução 466\12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) em Seres Humanos do IMIP sob número de registro 3886-13. Os dados das participantes serão mantidos em sigilo, de modo que não haverá a identificação das mesmas e não ocorrerá exposição das suas informações pessoais.

II. RESULTADOS

Por funcionar em um hospital público, o Ambulatório de Fisioterapia da mulher atende pacientes do SUS e no período foram avaliados 401 prontuários, entretanto apenas 374 foram incluídos no estudo. Em função de não utilizar a ficha de avaliação padrão do setor 27 prontuários foram excluídos.

Com relação às características sociodemográficas das mulheres estudadas, foi encontrada uma média de idade de 53 anos DP (13,0983). Dentre elas, podemos observar que 39,17% possuem ensino fundamental incompleto e 24,58% o ensino médio completo. Com relação à situação conjugal, 53,10% são casadas. (Tabela 1)

Baseado na análise das comorbidades, destacou-se a Hipertensão arterial sistêmica em 48,14% das mulheres, seguida por Diabetes Mellitus, demonstrando um percentual de 17,29%. Dentre outras comorbidades, foram vistas pacientes que relataram apresentar doenças sexualmente transmissíveis (4,80%), bronquite crônica (6,40%) e a lombalgia (1,86%), como demonstra o Gráfico 1.

Relacionado aos sinais e sintomas da IU, das perdas aos esforços foram observadas: ao caminhar, nas relações sexuais, ao trocar de posição, na risada, ao erguer peso, ao agachar, sendo que as principais situações causadoras de perda urinária relatada por 73,66% das pacientes foram ao tossir e espirrar. 22% apresentam enurese e 45,33% sentem vontade de urinar durante o ato sexual.

Quanto ao desconforto decorrente desses sintomas e ao impacto na qualidade de vida das mulheres avaliadas, foi realizada a coleta através da Escala Visual Analógica (EVA) pontuada de 0 a 10, foi identificada uma média de 7,5 de (DP 2,7227). Dentre as pacientes atendidas, 51,73% relataram fazer uso de algum tipo de proteção, como: protetor diário, absorvente, fraldas ou forro.

No contexto dos antecedentes cirúrgicos, 40,48% das mulheres não foram submetidas a nenhum tipo de cirurgia. Das que possuem antecedentes cirúrgicos, 32,98% foram submetidas intervenções cirúrgicas para disfunções do AP, e 16,09% realizaram a histerectomia. (Tabela 2)

De acordo com as disfunções do AP, os resultados encontrados apontam que a maioria dos casos de IU observados foi de IUE (53,19%), seguida por casos de IUM (43,62%), IUU (39,20%) e por fim, os de prolapso (26,33%). Dentre as pacientes estudadas, 95,48% não apresentam nenhum tipo de disfunção sexual e apenas 1,60% dos casos apresentaram incontinência anal. Dentre as pacientes avaliadas 78% tinham consciência perineal preservada. (Gráfico 2)

Quanto à história ginecológica das pacientes, 62% relatam estar vivendo o período pós-menopausa e 36% encontram-se na pré-menopausa. Quanto ao número de gestações, observou-se uma média de 3,7 DP (2,7745) e quanto ao número de partos, foi observada uma média de 3,10 DP(2,44). Dentre os partos cesáreos, 61,94% das pacientes não foram submetidas a esse tipo de parto, 28,61% das mulheres foram submetidas a apenas uma cesárea, 7,50% a duas e 1,39% a três cesarianas. Quanto aos partos normais, 18,61% não tiveram nenhum parto normal, 16,94% foram submetidas a um parto normal; 25,83% a dois; 14,44% a três e 10,56% a quatro partos normais.

III. DISCUSSÃO

Assim como em um estudo realizado por Vasconcelos et al, onde foram avaliados dados sociodemográfico de 85 mulheres, a faixa etária média das mulheres que procuraram o atendimento uroginecológico no presente estudo é de aproximadamente 53 anos¹⁵.

Com relação ao perfil sociodemográfico, pode-se observar que 53,10% das pacientes são casadas, podendo-se fazer uma comparação com um estudo realizado por Monteiro et al, no qual foram avaliadas 58 mulheres, mais da metade (62%) delas também apresentavam o mesmo estado civil do presente estudo¹³. No ano de 2008, Berlezi et al apontam em seu estudo, um percentual de 69,2% para mulheres com o grau de escolaridade descrito como ensino fundamental incompleto, divergindo dos dados deste estudo que apresenta um percentual de 39,17%. Apesar dos valores discrepantes, ainda sim, trata-se da maioria dos casos relatados¹⁶.

Higa, em seu estudo, descreve a relação da incontinência urinária ao uso de medicamentos que podem aumentar a frequência e a urgência para urinar, pacientes hipertensas, geralmente se beneficiam de tais medicamentos, contribuindo assim para uma propensão ao desenvolvimento da IU¹⁷. Os resultados deste estudo apontam que dentre as comorbidades associadas apresentadas pelas pacientes, 48,14% relatavam ser hipertensas. A segunda comorbidade de maior predomínio foi a Diabetes Mellitus apresentando 17% dos casos. Azevedo et al, em um estudo de prevalência relata que os indivíduos diabéticos tendem a não perceber a distensão vesical com acúmulo de urina e portanto, o reflexo miccional não chega a ser desencadeado, condição conhecida como bexiga neurogênica atônica, um dos principais fatores de risco para a IU¹⁸.

Quanto ao tipo de incontinência, diferente de Monteiro et al que revelou que a maioria dos casos avaliados em seu estudos foi de IU mista (63%), o atual estudo mostra que 53,19% das mulheres incontinentes apresentavam a IUE, em seguida a segunda maior incidência é a IU mista (43,62%). Ambos os estudos apresentam a IUU como a de menor incidência¹³. Das mulheres avaliadas, 1,6% apresentam a Incontinência fecal. Visto que a média de idade das mulheres avaliadas no estudo foi de 53 anos e que a incontinência fecal, segundo Quintão et al, é predominante em idosos, esperava-se um número baixo de mulheres com este tipo de incontinência neste estudo¹⁹. Os resultados deste estudo

discordam com um estudo realizado por Santos, que diz que existe forte relação entre a IU e IF²⁰.

Relacionado à perda de urina, pode-se afirmar que os sintomas da perda ao tossir e espirrar são os mais frequentes, apresentando 73,6% dos casos. De acordo com os resultados do presente estudo, o tipo de IU com maior percentual foi o de IUE. Pode-se sugerir que tais resultados relacionados a perda de urina, por serem decorrentes do aumento da pressão intra-abdominal, estão diretamente ligados ao grande percentual de casos de IUE.

Em 2002, Freitas et al avaliaram o impacto na qualidade de vida dos portadores de IU, mostrando que esta condição pode causar constrangimento, isolamento e depressão. Os resultados deste estudo foram baseados na *Escala Visual Analógica* (EVA), chegando numa média de 7,51 DP (2,7227), mostrando uma importante interferência na qualidade de vida dessas pacientes²¹. Visando minimizar desconfortos, cerca de 51,73% dessas pacientes fazem o uso de algum tipo de proteção, este trata-se de um dado importante, visto que num estudo realizado por Feuser et al, esse tipo de desconforto interfere na vida do paciente nas esferas psicológica, social e até mesmo econômica²².

Quanto aos antecedentes cirúrgicos, a maioria das mulheres haviam realizado a cirurgia de correção da IUE ou prolapso, apresentando um número de 31,9%. 16,09% realizaram a histerectomia, segundo Higa et al, esse procedimento cirúrgico está relacionado a IU, pois o útero é um importante órgão de sustentação pélvica e sua remoção pode causar danos nas estruturas que sustentam a bexiga e a uretra¹⁷. Dentre as mulheres avaliadas, 62% relatam estar no período pós-menopausa e 36% no período da pré-menopausa, reforçando dados de um estudo de Berlezi et al, que demonstra que 20% das mulheres que vivenciam o período climatérico apresenta perda involuntária de urina e que esse percentual eleva-se para 30% a 40% após a menopausa¹⁶.

Diversos autores sugerem que comumente a incontinência urinária surge no período gestacional e a prevalência eleva-se com o aumento da paridade¹⁷. O presente estudo mostra que a média do número de gestações foi de 3,70 e a de partos de 3,10, dados que podem favorecer a IU.

Higa et al em seu estudo também relata que o parto vaginal está associado aos casos de IU quando comparado com o cesáreo, e que apesar disso, o parto vaginal isoladamente não é o causador da IU e sim, quando associado às lesões e traumas do assoalho pélvico¹⁷. A gestação por si só já é um fator de risco para a IU devido ao aumento

da pressão intrabdominal. O presente estudo demonstrou que 25,83% das pacientes avaliadas tiveram 2 partos vaginais e 61,94% não tiveram partos cesáreos.

Finalizando o estudo, foi descrito o perfil sociodemográfico e clínico das pacientes atendidas no ambulatório de fisioterapia em uroginecologia do IMIP. De acordo com o que foi visto, a maioria das pacientes atendidas nesse ambulatório tem uma faixa etária de até 53 anos, a maioria delas tem o grau de escolaridade descrito como ensino fundamental incompleto, sendo também a maioria casada. Dentre as comorbidades a HAS (hipertensão arterial sistêmica) e entre os sinais e sintomas, tossir e espirrar são os que provocam maiores perdas urinárias; sugerindo a associação com a alta prevalência das pacientes com IUE no setor.

Esses resultados contribuirão para futuros estudos na abordagem de avaliação e intervenções preventivas e reabilitadoras para mulheres com IU neste e em outros serviços, além de ampliar o conhecimento do perfil das mulheres com DP atendidas em serviços públicos que prestam assistência fisioterapêutica uroginecológica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Figueiredo, E. M.; CRUZ, M. C.; Avaliação Funcional do Assoalho Pélvico Feminino. In: BARACHO, E. Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher, 5º Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 231–242.
2. Nolasco J, et al. Cinesioterapia no fortalecimento muscular do assoalho pélvico feminino. *Fisio e Terapia*. 2007; 56:14-18.
3. Nagib ABL, et al. Avaliação da sinergia da musculatura abdomino-pélvica em nulíparas com eletromiografia e biofeedback perineal. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2005; 27(4): 210-5
4. Bent AE, Ostergard DR, Cundiff GW, Swift SE. Ostergard, uroginecologia e disfunções do assoalho pélvico. 5a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
5. Fitz FF, et al. Impacto do treinamento dos músculos do assoalho pélvico na qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2012; 58(2):155-9.
6. Pivetta HMF, et al. Disfunções do assoalho pélvico em pacientes submetidas à hysterectomia: um estudo de revisão. *Cinergis*. 2014;15(1):48-52.
7. Costa AP, Santo FDRP; Abordagem da fisioterapia no tratamento da incontinência urinaria de esforço: revisão da literatura. *FEMINA*. 2012; 40(2):105-108.
8. Beuttenmülle L, et al. Contração muscular do assoalho pélvico de mulheres com incontinência urinária de esforço submetidas a exercícios e eletroterapia: um estudo randomizado. *Fisioter Pesq*. 2011; 18(3):210-6.
9. Henkes DF, et al. Incontinência urinária: o impacto na vida de mulheres acometidas e o significado do tratamento fisioterapêutico. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. 2015; 36(2):45-56.
10. 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. p. 585-674.
11. Berghmans LC, Hendriks HJ, De Bie RA, Van Waalwijk van Doorn ES, Bø K, van Kerrebroek PE. Conservative treatment of urge urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials. *BJU Int*. 2002;85:254-63.

12. Delancey JO. Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: the hammock hypothesis. *Am J Obstet Gynecol.* 1994; 170:1713-23.
13. Figueiredo EM, et al. Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de Serviço de Fisioterapia Uroginecológica da rede pública. *Rev Bras Fisioter.* 2008;12(2):136-42.
14. Leite J, Poças F. Tratamento da incontinência fecal. *Rev Port Coloproct.* 2010; 7(2): 68-72.
15. Vasconcelos CTM, et al. Disfunções do assoalho pélvico: perfil sociodemográfico e clínico das usuárias de um ambulatório de uroginecologia. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde.* 2013; 4(1):1484-1498.
16. Berlezi ME, et al. Incontinência urinária em mulheres no período pós-menopausa: um problema de saúde pública. *REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL.* 2009; 12(2):159-173
17. Higa R, et al. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enferm USP.* 2008; 42(1):187-92.
18. Oliveira DG. *Prevalência e fatores associados à incontinência urinária, e avaliação da qualidade de vida de idosas incontinentes assistidas por uma unidade básica do sistema público de saúde da família de Recife/PE*[dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde; 2012.
19. Quintão MQ, Oliveira SAS e Guedes HM. Incontinência fecal: perfil dos idosos residentes na cidade de Rio Piracicaba, MG. *REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL.* 2010; 13(2):191-201.
20. Oliveira DG. *Prevalência e fatores associados à incontinência urinária, e avaliação da qualidade de vida de idosas incontinentes assistidas por uma unidade básica do sistema público de saúde da família de Recife/PE* [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde; 2012.
21. Freitas, E. V et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
22. Feuser MR, et al. Comportamento da continência urinária após tratamento cirúrgico com faixa sintética (sling): um estudo de sete casos. *Arquivos Catarinenses de Medicina.* 2011; 40(2):41-46.

GRÁFICOS E TABELAS

Tabela1 - Aspectos demográficos das pacientes do ambulatório de fisioterapia da mulher do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira-IMIP. Variáveis apresentadas em frequência absoluta (N) e relativa (%).

Variáveis	n	%
Estado Civil		
Solteira	70	18,87
Casada	197	51,10
Divorciada	25	6,74
Viúva	64	17,25
União estável	15	4,04
Escolaridade		
Analfabeta	24	10
Fundamental incompleto	94	39,17
Fundamento completo	46	19,17
Médio completo	59	24,58
Superior	17	7,08

Gráfico 1- Comorbidades mais presentes na anamnese das pacientes do ambulatório de fisioterapia da mulher do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira-IMIP.

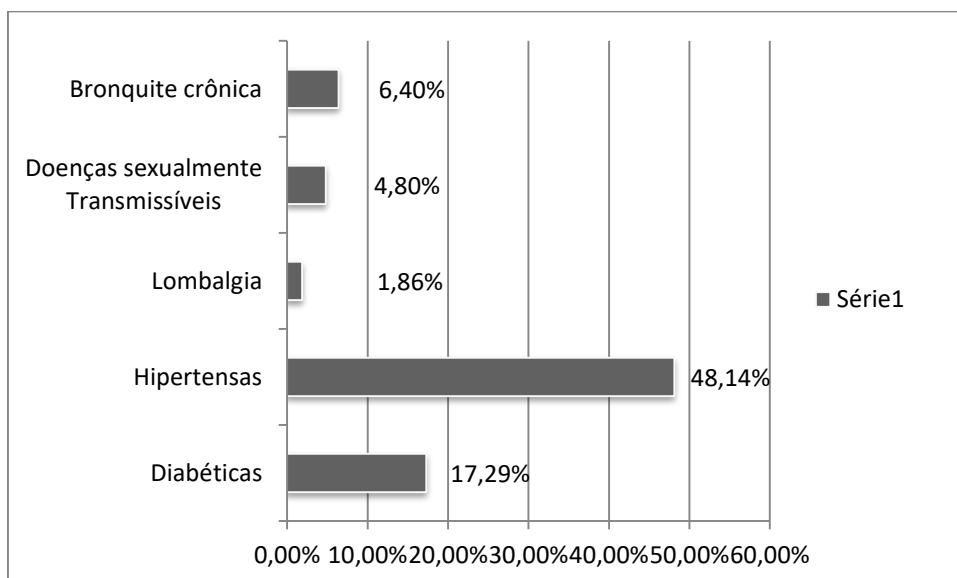


Tabela 2- Cirurgias uroginecológicas realizadas pelas pacientes do ambulatório de uroginecologia do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira.

Variáveis	n	%
Cirurgias		
Histerectomia	60	16,09
Cirurgia para correção de incontinência urinária de esforço	123	32,98
Ambas	39	10,46
Nenhuma	151	40,48

Gráfico 2- Prevalência das disfunções do assoalho pélvico.

