

# Prevalência, conhecimento e fatores associados à incontinência urinária em mulheres estudantes de um curso de Fisioterapia

*Prevalence, knowledge, and factors associated with urinary incontinence in female students of a physical therapy undergraduate course*

*Prevalencia, conocimientos y factores asociados a la incontinencia urinaria en mujeres estudiantes de Fisioterapia*

Lara Christina do Rêgo Pereira<sup>1</sup>, Joyce Pereira da Silva<sup>2</sup>, Claudia Regina Oliveira de Paiva Lima<sup>3</sup>, Caroline Wanderley Souto Ferreira<sup>4</sup>

**RESUMO** | O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência, o conhecimento e os fatores associados à incontinência urinária (IU) em mulheres estudantes de um curso de fisioterapia, bem como sua qualidade de vida. Foi aplicada uma ficha de avaliação, o *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF) e um questionário de conhecimento sobre a musculatura do assoalho pélvico (MAP) e a ocorrência de IU, baseado em estudo tipo conhecimento, atitude e prática (CAP). Das 248 estudantes do curso, 170 (69%) participaram do estudo. Pela ficha de avaliação, 111 (65%) relataram perda urinária. De acordo com o ICIQ-SF, 63 participantes (37%) são incontinentes, sendo que 41 (65%) dessas apresentam IU de esforço, apresentando pequena perda e com frequência de uma vez na semana ou menos, com baixo impacto na sua qualidade de vida. A maioria das participantes que relataram ter dor na relação sexual (59%) e alguns sintomas uroginecológicos e intestinais, como esforço ao urinar (92%), jato interrompido (75%), incômodo na região vaginal (73%), constipação (53%), esforço ao defecar (53%) e esvaziamento intestinal incompleto (70%), apresentou queixa de IU. Todas as que usam protetor (100%) e procuraram atendimento médico (100%) eram incontinentes. O uso de anticoncepcional foi maior em mulheres sem perda urinária (84%).

O conhecimento sobre a MAP e a IU foi adquirido gradualmente com o avançar do curso. Esse resultado sugere que as mulheres que não cursam Fisioterapia não têm domínio do assunto, sendo necessário disseminar o conhecimento sobre a IU e a atuação da fisioterapia.

**Descritores** | Diafragma da Pelve; Pelve; Doenças Urogenitais Femininas; Bexiga Urinária; Qualidade de Vida.

**ABSTRACT** | This study aimed to evaluate the prevalence, knowledge, factors associated with urinary incontinence (UI), and quality of life in female students enrolled in a physical therapy undergraduate course. Students had to answer a form we developed, the International Questionnaire on Incontinence Consultation - Short Form (ICIQ-SF), and a knowledge questionnaire on pelvic floor musculature (PFM) and the occurrence of UI, based on a previous knowledge, attitude, and practice (KAP) study. Out of 248 students, 170 (69%) participated in our study. According to our evaluation form, 111 women (65%) reported urinary loss at some point in their lives. According to ICIQ-SF criteria, 63 (37%) women were incontinent, 41 (65%) suffered from strain urinary incontinence, showing small urinary losses once per week or less, which slightly impacted their quality of life. Most women who have pain during sexual intercourse (59%) and some urogynecological and intestinal symptom,

Estudo desenvolvido no Laboratório de Fisioterapia da Saúde da Mulher e Assoalho Pélvico (LAFISMA) do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Recife (PE), Brasil. E-mail: ftlararego@gmail.com. ORCID-0000-0002-8867-7811

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Recife (PE), Brasil. E-mail: joyce.psilva@ufpe.br. ORCID-0000-0001-7590-001X

<sup>3</sup>Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Recife (PE), Brasil. E-mail: claudia@de.ufpe.br. ORCID-0000-0001-8984-5453

<sup>4</sup>Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Recife (PE), Brasil. E-mail: caroline.wanderley@ufpe.br. ORCID-0000-0003-2736-5918

Endereço para correspondência: Caroline Wanderley Souto Ferreira - Av. Jornalista Anibal Fernandes, s/n - Recife (PE), Brasil. - CEP: 50740-560 - E-mail: caroline.wanderley@ufpe.br - Fonte de Financiamento: nada a declarar - Conflito de interesses: nada a declarar - Apresentação: 5 ago. 2019 - Aceito para publicação: 30 jun. 2022 - Aprovado pelo Comitê de Ética: Parecer n. 2.968.333.

such as straining (92%), intermittent urination (75%), nausea (73%), constipation (53%), excessive effort (53%), and incomplete outlet (70%) also suffered from UI. All women who used pads (100%) and sought medical care (100%) were incontinent. The use of contraceptive was higher among women without UI (84%). Participants built their knowledge on PFM and UI as the course progressed. These results suggest that women who attend undergraduate courses outside physical therapy have limited knowledge about the subject. We find it necessary to spread knowledge about UI and the importance of physical therapy to prevent and treat UI.

**Keywords** | Pelvic Floor; Pelvis; Female Urogenital Diseases; Urinary Bladder; Quality of Life.

**RESUMEN** | El objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia, el conocimiento y los factores asociados a la incontinencia urinaria (IU) en mujeres estudiantes de Fisioterapia, así como su calidad de vida. Se aplicó un formulario de evaluación, el *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form* (ICIQ-SF) y un cuestionario de conocimiento sobre la musculatura del suelo pélvico (MSP) y la ocurrencia de IU, basado en un estudio de

conocimiento, actitud y práctica (CAP). De las 248 estudiantes del curso, 170 (69%) participaron en el estudio. Según el formulario de evaluación, 111 (65%) reportaron pérdida urinaria. Conforme el ICIQ-SF, 63 participantes (37%) son incontinentes, y 41 (65%) de ellas tienen IU de esfuerzo, presentando una pequeña pérdida y con frecuencia de una vez a la semana o menos, con bajo impacto en su calidad de vida. La mayoría de las participantes que informaron sentir dolor en las relaciones sexuales (59%) y algunos síntomas uroginecológicos e intestinales, como esfuerzo al orinar (92%), chorro interrumpido (75%), molestias en la región vaginal (73%), estreñimiento (53%), esfuerzo al defecar (53%) y vaciamiento intestinal incompleto (70%), se quejó de IU. Las participantes que usan protectores (100%) y buscan atención médica (100%) eran incontinentes. El uso de anticonceptivos fue mayor en las mujeres sin pérdida urinaria (84%). El conocimiento sobre la MSP e IU se adquirió de manera gradual a medida que avanzaba el curso. Este resultado apunta que las mujeres que no estudian Fisioterapia no tienen dominio del tema y es necesario difundir conocimientos sobre la IU y la actuación de la fisioterapia.

**Palabras clave** | Diafragma Pélvico; Pelvis; Enfermedades Urogenitales Femeninas; Vejiga Urinaria; Calidad de Vida.

## INTRODUÇÃO

Estima-se que quase metade da população feminina apresente queixa de perda urinária, incluindo mulheres jovens e nulíparas<sup>1,2</sup>. Tal fato pode ser atribuído à prática de exercícios físicos em excesso ou de alto impacto e à constipação intestinal, associados à falta de conhecimento sobre o próprio corpo e sobre a incontinência urinária (IU)<sup>3,4</sup>.

A perda urinária afeta negativamente a qualidade de vida das mulheres: muitas deixam de exercer alguma atividade da vida diária para evitar constrangimentos e não procuram acompanhamento médico por vergonha ou desconhecimento. Além disso, sintomas de depressão, ansiedade e estresse também podem estar associados à IU, influenciando na autoestima e no convívio social<sup>5,6</sup>.

A fisioterapia no campo da saúde da mulher atua na prevenção e tratamento da IU, com exercícios de reeducação da contração voluntária e de fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico<sup>7</sup>, sendo fundamental no acompanhamento e na educação de mulheres junto a equipes multiprofissionais<sup>8</sup>.

Profissionais de saúde também estão suscetíveis a disfunções urinárias, seja pela sobrecarga do assoalho

pélvico devido ao esforço na realização de algumas de suas atividades, seja pelos hábitos adquiridos com a rotina agitada, como diminuição de ingesta hídrica e maior intervalo entre as micções<sup>9</sup>. Sendo assim, o conhecimento sobre o próprio corpo e a correta contração da musculatura do assoalho pélvico (MAP) são de grande importância na prevenção da IU em atividades diárias<sup>7</sup>.

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência, o conhecimento e os fatores associados à IU em mulheres estudantes de um curso de Fisioterapia, e analisar o quanto essa condição interfere na qualidade de vida.

## METODOLOGIA

Foi realizado um estudo quantitativo de corte transversal e avaliativo do conhecimento das mulheres estudantes do primeiro ao décimo período do curso de graduação em Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), tendo sido delineado sob regência da Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, vinculado ao Ministério da Saúde.

Os dados foram coletados entre outubro e dezembro de 2018. O estudo incluiu mulheres nulíparas e maiores

de 18 anos, excluindo aquelas que fizeram tratamento fisioterapêutico ou cirúrgico para IU, com diagnóstico de doenças neuromusculares, tabagistas, gestantes e puérperas. As alunas eram convidadas a participar da pesquisa nas salas de aula, com o consentimento da chefia do departamento, da coordenação do curso e dos professores; e por meio de convites por aplicativo de mensagem instantânea.

Após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, as voluntárias receberam dois questionários e uma ficha de avaliação desenvolvida pela pesquisadora, referente a informações pessoais, antecedentes ginecológicos e queixas de IU. A ficha e os questionários foram entregues impressos para as mulheres, que os devolveram após preenchidos, evitando maior constrangimento sobre o assunto abordado.

O primeiro questionário foi o *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF)*, que foi validado para a língua portuguesa<sup>10</sup> e que avalia a qualidade de vida de mulheres incontinentes em um período de quatro semanas, considerando frequência e quantidade da perda urinária, contendo também uma lista de situações em que a perda ocorre. O ICIQ-SF ainda avalia o quanto a perda influencia na vida diária por meio da escala visual analógica (EVA), que classifica em nenhuma (0 pontos), leve (1-3 pontos), moderada (4-6 pontos), grave (7-9 pontos) e muito grave (10 pontos)<sup>11</sup>. A qualidade de vida pode ser obtida ainda pelo escore de 0 a 21 pontos, onde quanto maior a soma da pontuação das três primeiras questões, maior é o impacto da perda urinária<sup>12</sup>.

O outro questionário, desenvolvido e usado em um estudo anterior<sup>11</sup>, avalia o conhecimento sobre a ocorrência de IU, baseado em estudos tipo conhecimento, atitude e prática (CAP)<sup>13,14</sup>. Este estudo avaliou apenas o conhecimento das mulheres sobre assoalho pélvico e suas disfunções, que foi considerado adequado se soubessem a localização e função da MAP, da existência de exercícios para seu fortalecimento e os benefícios de uma MAP forte na prevenção da IU.

O questionário tinha dez afirmações, com as seguintes alternativas de respostas: “verdadeiro”, “falso” e “não sei” (Quadro 1). O conhecimento foi considerado adequado para quem respondesse “verdadeiro” para afirmações certas e “falso” para afirmações erradas; e inadequado se respondesse “falso” ou “não sei” para afirmação certa e “verdadeiro” ou “não sei” para afirmação errada. O número de acertos foi calculado tendo como ponto de

corte um mínimo de 70% de acertos, isto é, as mulheres que acertaram 7 ou mais foram consideradas com conhecimento adequado, e inadequado as que acertaram menos do que 7<sup>11</sup>.

Quadro 1. Questões do questionário de conhecimento sobre ocorrência de incontinência urinária em esportes de alto impacto, baseado em estudos do tipo conhecimento, atitude e prática (CAP)

Questionário de conhecimento (CAP)
1. O assoalho pélvico é uma estrutura na base da bacia e é formada por músculos, fâscias e ligamentos.
2. Incontinência urinária é definida como qualquer perda involuntária de urina.
3. A incontinência urinária acomete apenas idosos e é considerada uma alteração fisiológica do envelhecimento.
4. Toda perda urinária acontece por fraqueza muscular do assoalho pélvico.
5. Músculos do assoalho pélvico fortes podem evitar a incontinência urinária.
6. Existem exercícios de fortalecimento específicos para esta musculatura.
7. Esportes de alto impacto como o basquete, vôlei, atletismo, handebol, dentre outros, apresentam maior risco para o desenvolvimento de incontinência urinária.
8. As atividades que mais proporcionam perda de urina, no esporte de alto impacto, são aquelas que incluem saltos, aterrissagens e corrida.
9. A incontinência urinária não apresenta associação com tempo, duração e frequência do treinamento.
10. Esportes de alto impacto podem causar incontinência urinária em decorrência do aumento da sobrecarga de força transmitida para os músculos do assoalho pélvico.

A análise estatística foi realizada através do Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 18.0, a partir do banco de dados formado no programa Excel 2013. A análise descritiva foi feita por meio de média, mediana e desvio-padrão para variáveis quantitativas, e de frequências absolutas (n) e relativas (%) para as variáveis qualitativas.

Foi realizada ainda a análise de associação entre a IU e as variáveis sociodemográficas, os antecedentes ginecológicos e os sintomas uroginecológicos e intestinais; e entre conhecimento sobre a perda urinária, período letivo e qualidade de vida, através dos testes qui-quadrado pela razão de verossimilhança, exato de Fisher e de correlação de Spearman.

## RESULTADOS

Das 248 estudantes mulheres do curso de Fisioterapia da UFPE, 178 se voluntariaram (72%), sendo 8 excluídas do estudo devido aos critérios de elegibilidade. Assim, 170 (69%) participaram da pesquisa (Figura 1).

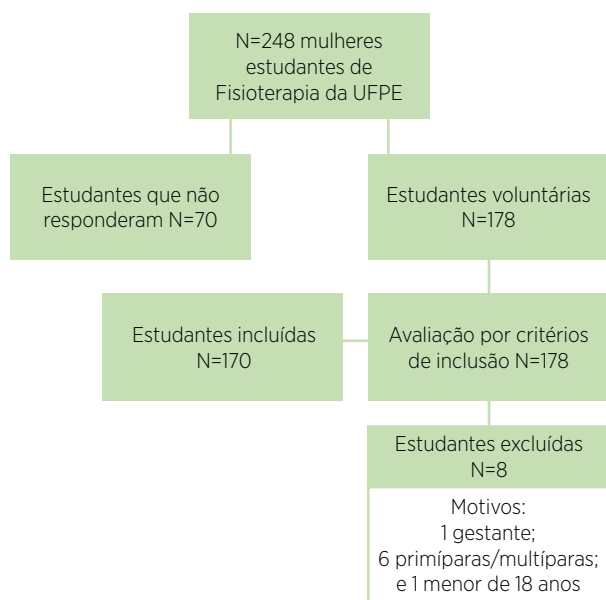


Figura 1. Fluxograma da amostra

Pela ficha de avaliação aplicada, 111 mulheres (65%) relataram que tiveram perda urinária em algum momento da vida, 52 (31%) que não tiveram perda e 7 (4%)

não responderam. Pelo questionário ICIQ-SF, 63 (37%) foram consideradas incontinentes.

As análises de associação para variáveis sociodemográficas, antecedentes ginecológicos e sintomas uroginecológicos e intestinais foram realizadas com base no questionário ICIQ-SF, por ser um instrumento de pesquisa validado, e são apresentadas na Tabela 1. A média de idade das estudantes foi de  $21,7 \pm 2,52$  (média  $\pm$  desvio-padrão).

De acordo a análise, a maioria das mulheres que têm dor durante a relação sexual (59%) e alguns sintomas uroginecológicos e intestinais, como esforço ao urinar (92%), jato interrompido (75%), incômodo na região vaginal (73%), constipação (53%), esforço ao defecar (53%) e esvaziamento intestinal incompleto (70%), apresentou queixa de perda urinária. Todas as mulheres que usavam protetores e procuraram atendimento médico eram incontinentes. O uso de anticoncepcional foi maior em mulheres sem queixa de perda urinária. A maioria da população não pratica atividade física e a maioria dessas não apresenta IU.

Tabela 1. Análise de associação da incontinência urinária com as variáveis sociodemográficas, antecedentes ginecológicos e sintomas uroginecológicos e intestinais

Variáveis	Estudantes n (%)	Continentes n (%)	Incontinentes n (%)	valor-p
ICIQ-SF	170 (100)	107 (63)	63 (37)	
Idade (anos)	$21,7 \pm 2,52^*$			0,17
Renda familiar (R\$)	2.800**			0,21
IMC				0,56
Baixo peso	18 (11)	11 (61)	7 (39)	
Peso ideal	113 (68)	75 (66)	38 (34)	
Sobrepeso	23 (14)	12 (52)	11 (48)	
Obesidade	11 (7)	8 (73)	3 (27)	
Estado civil				0,35
Solteira	155 (95)	98 (63)	57 (37)	
Casada	7 (4)	4 (57)	3 (43)	
Divorciada	1 (1)	0 (0)	1 (100)	
Sexualmente ativa				0,82
Sim	91 (54)	58 (64)	33 (36)	
Não	79 (46)	49 (62)	30 (38)	
Dor na relação sexual				0,01
Sim	27 (26)	11 (41)	16 (59)	
Não	77 (74)	54 (70)	23 (30)	
Uso de anticoncepcional				0,00
Sim	38 (24)	32 (84)	6 (16)	
Não	122 (76)	68 (56)	54 (44)	
Idade da menarca	$12,2 \pm 1,27^*$			0,53
Sintomas de micção				
Demora para iniciar				0,71
Sim	42 (25)	25 (60)	17 (40)	
Não	128 (75)	82 (64)	46 (36)	

(continua)

Tabela 1. Continuação

Variáveis	Estudantes n (%)	Continentes n (%)	Incontinentes n (%)	valor-p
Pequena quantidade				0,79
Sim	15 (9)	9 (60)	6 (40)	
Não	155 (91)	98 (63)	57 (37)	
Esforço ao urinar				0,00
Sim	13 (8)	1 (8)	12 (92)	
Não	157 (92)	106 (68)	51 (32)	
Dor/ardor ao urinar				1,00
Sim	13 (8)	8 (62)	5 (38)	
Não	157 (92)	99 (63)	58 (37)	
Jato interrompido				0,05
Sim	8 (5)	2 (25)	6 (75)	
Não	162 (95)	105 (65)	57 (35)	
Perda de sangue	0 (0)			
Infecção urinária				0,07
Sim	13 (8)	5 (38)	8 (62)	
Não	157 (92)	102 (65)	55 (35)	
Necessidade de urinar novamente				
Sim	27 (16)	16 (59)	11 (41)	
Não	143 (84)	91 (64)	52 (36)	
Sintomas de prolapso				
Dor na região vaginal				0,06
Sim	5 (3)	1 (20)	4 (80)	
Não	165 (97)	106 (64)	59 (36)	
Protuberância	0 (0)			
Sensação de arrasto				0,37
Sim	1 (1)	0 (0)	1 (100)	
Não	169 (99)	107 (63)	62 (37)	
Incômodo na região vaginal				0,02
Sim	11 (6)	3 (27)	8 (73)	
Não	159 (94)	104 (65)	55 (35)	
Sintomas intestinais				
Constipação				0,00
Sim	57 (34)	27 (47)	30 (53)	
Não	113 (66)	80 (71)	33 (29)	
Esforço ao defecar				0,00
Sim	59 (35)	28 (47)	31 (53)	
Não	111 (65)	79 (71)	32 (29)	
Esvaziamento incompleto				0,00
Sim	27 (16)	8 (30)	19 (70)	
Não	143 (84)	99 (69)	44 (31)	
Hemorroidas				0,50
Sim	10 (6)	5 (50)	5 (50)	
Não	160 (94)	102 (64)	58 (36)	
Dor ao defecar				0,61
Sim	18 (11)	10 (56)	8 (44)	
Não	152 (89)	97 (64)	55 (36)	
Não segura flatos				0,06
Sim	5 (3)	1 (20)	4 (80)	
Não	165 (97)	106 (64)	59 (36)	
Perda involuntária				0,06
Sim	5 (3)	1 (20)	4 (80)	
Não	165 (97)	106 (64)	59 (36)	

(continua)

Tabela 1. Continuação

Variáveis	Estudantes n (%)	Continentes n (%)	Incontinentes n (%)	valor-p
Urgência para defecar				0,47
Sim	8 (5)	4 (50)	4 (50)	
Não	162 (95)	103 (64)	59 (36)	
Noctúria				0,42
Sim	66 (39)	39 (59)	27 (41)	
Não	104 (61)	68 (65)	36 (35)	
Prática de atividade física				0,04
Sim	51 (30)	26 (51)	25 (49)	
Não	116 (70)	79 (68)	37 (32)	
Uso de protetores				0,00
Sim	10 (7)	0 (0)	10 (100)	
Não	141 (93)	93 (66)	48 (34)	
Retenção hídrica				0,22
Sim	20 (12)	10 (50)	10 (50)	
Não	145 (88)	95 (66)	50 (34)	
Atendimento médico				0,01
Sim	5 (3)	0 (0)	5 (100)	
Não	151 (97)	96 (64)	55 (36)	

\*média±desvio-padrão; \*\*renda familiar em mediana; ICIQ-SF: *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form*, questionário de qualidade de vida; IMC: índice de massa corporal. Cinco mulheres não informaram peso e/ou altura para cálculo do IMC, 7 não informaram o estado civil, 66 não informaram dor em relação sexual, 10 não informaram uso de anticoncepcional, 3 não informaram prática de atividade física, 19 não informaram uso de protetores, 5 não informaram retenção hídrica, e 14 não informaram atendimento médico. Valor-p calculado através do teste exato de Fisher e do teste de correlação de Spearman (para idade, renda familiar e idade da menarca).

Ainda pelo questionário ICIQ-SF, a maioria das mulheres que têm incontinência urinária relatou perda em situações de esforço (65%), em pequena quantidade (95%) e com frequência de uma vez na semana ou menos (79%), tendo leve impacto na qualidade de vida (Tabela 2).

Tabela 2. Questionário de qualidade de vida (*International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form*)

Variáveis	Estudantes n (%)
Incontinentes	63 (100)
Frequência da perda urinária	
Uma vez por semana ou menos	50 (79)
Duas ou três vezes por semana	5 (8)
Uma vez ao dia	5 (8)
Diversas vezes ao dia	3 (5)
Quantidade da perda urinária	
Pequena	60 (95)
Moderada	2 (3)
Grande	1 (2)
EVA	
Nenhum	16 (25)
Leve	29 (46)
Moderado	13 (21)
Grave	5 (8)
Escore	
Leve	41 (65)
Moderado	22 (35)

(continua)

Tabela 2. Continuação

Variáveis	Estudantes n (%)
Situações de perda urinária	
Antes de chegar ao banheiro	
Sim	21 (33)
Não	42 (67)
Tosse/espirro	
Sim	41 (65)
Não	22 (35)
Dormindo	
Sim	2 (3)
Não	61 (97)
Atividade física	
Sim	15 (24)
Não	48 (76)
Se vestindo após urinar	
Sim	12 (19)
Não	51 (81)
Sem razão óbvia	
Sim	5 (8)
Não	58 (92)

Impacto da perda urinária na qualidade de vida classificado pela escala visual analógica (EVA) em nenhum (0 pontos), leve (1-3 pontos), moderado (4-6 pontos), grave (7-9 pontos) e muito grave (10 pontos). Impacto da perda urinária na qualidade de vida classificado pelo escore em nenhum (0 pontos), leve (1-6 pontos), moderado (7-13 pontos) e grave (14-21 pontos).

No questionário de conhecimento, 122 estudantes (72%) demonstraram ter conhecimento adequado sobre o assoalho pélvico e a IU, sendo que a maioria estava em períodos mais avançados da graduação. A associação com o período do curso, a presença de IU e a qualidade



de vida são apresentadas na Tabela 3, sendo significativa apenas para o período letivo.

Tabela 3. Conhecimento sobre incontinência urinária e associações

Variáveis	Conhecimento n (%)	Adequado n (%)	Inadequado n (%)	valor-p
	167 (100)	122 (73)	45 (27)	
Período				0,00
Primeiro ao quarto	65 (39)	30 (46)	35 (54)	
Quinto ao sétimo	41 (25)	32 (78)	9 (22)	
Oitavo ao décimo	61 (36)	60 (98)	1 (2)	
IU				0,86
Continentes	105 (63)	76 (72)	29 (28)	
Incontinentes	62 (37)	46 (74)	16 (26)	
Qualidade de vida – EVA				0,31
Nenhum	105 (70)	76 (72)	29 (28)	
Leve	28 (18)	19 (68)	9 (32)	
Moderado	13 (9)	12 (92)	1 (8)	
Grave	5 (3)	4 (80)	1 (20)	
Qualidade de vida – Escore (ICIQ-SF)				0,29
Nenhum	102 (61)	74 (73)	28 (27)	
Leve	44 (26)	30 (68)	14 (32)	
Moderado	21 (13)	18 (86)	3 (14)	

IU: incontinência urinária; EVA: escala visual analógica; ICIQ-SF: *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form*. Três mulheres não responderam ao questionário, 17 não informaram EVA. Valor-p calculado através dos testes qui-quadrado e exato de Fisher.

## DISCUSSÃO

Houve diferença no resultado da prevalência de IU, de acordo com os dois questionários utilizados na pesquisa. Pelo questionário ICIQ-SF, que considera a ocorrência de perda urinária nas quatro semanas anteriores à avaliação, há uma prevalência de 37% de mulheres jovens e nulíparas com IU. No entanto, pela ficha de avaliação desenvolvida pela pesquisadora, que considera a perda sem um limite de tempo determinado, 65% das mulheres se declararam incontinentes por perder urina em algum momento da vida.

Segundo a definição da Sociedade Internacional de Continência (*International Continence Society – ICS*), um relato isolado de perda urinária não é suficiente para diagnosticar a disfunção<sup>15</sup>. Os resultados do estudo sugerem que a percepção e o julgamento das mulheres sobre seu corpo são mais rigorosos do que se verifica de fato, podendo ser justificado pela falta de conhecimento sobre si e as disfunções que podem acontecer.

Ainda assim, a prevalência a partir da ficha de avaliação foi próxima a do estudo de Dias e Rodrigues<sup>4</sup>, com estudantes de fisioterapia em outra instituição brasileira e que considerou a IU pelo ICIQ-SF; e a do

estudo de Cardoso, Lima e Ferreira<sup>11</sup>, que também avaliou a IU a partir do ICIQ-SF em atletas jovens.

A perda urinária por esforço foi a mais frequente (65%), como verificado em outros estudos com mulheres jovens e nulíparas<sup>4,11</sup>. Isso ocorre quando o assoalho pélvico não consegue manter a contração adequada do esfíncter da uretra durante o aumento repentino da pressão intra-abdominal<sup>16</sup> ou por hipermobilidade do colo vesical por suporte inadequado da parede vaginal<sup>17</sup>.

A maioria das mulheres que relataram constipação, apresentando também como sintomas o esforço para defecar e a sensação de esvaziamento incompleto<sup>18</sup>, era incontinente. Para que haja a evacuação, deve ocorrer o relaxamento do músculo puborretal e abertura do ângulo anorretal; se isso não acontece, é necessário contrair os músculos abdominais<sup>17</sup>. Essas condições podem levar ao estiramento da MAP<sup>19</sup>, prejudicando o suporte dos órgãos pélvicos e interferindo no funcionamento adequado dos esfíncteres uretral e anal<sup>17</sup>.

Das mulheres que apresentaram jato interrompido e esforço para urinar, a maioria era incontinente. Esses sintomas indicam o estreitamento da uretra, que pode ocorrer por processo inflamatório (infecção urinária), constipação, prolapso (descida) de um ou mais órgãos pélvicos ou alteração da contração da musculatura esfíncteriana<sup>20,21</sup>. Essas mulheres relataram também incômodo na região vaginal, sendo um dos sintomas de prolapso, causado por lesão muscular e falha na fâscia endopélvica<sup>15</sup>.

A maioria das estudantes que relataram dor durante a relação sexual, conhecida como dispareunia, tinha queixa de perda urinária. A dor é um sintoma de disfunção sexual que pode ser causada pela incontinência urinária<sup>22</sup>. O resultado é semelhante ao de Latorre et al.<sup>23</sup>, que avaliaram a prevalência de disfunções sexuais em estudantes de um curso de Fisioterapia.

O uso de anticoncepcional foi associado à continência urinária neste estudo, o que pode ser explicado pelo fato de que os hormônios podem neutralizar alterações degenerativas na musculatura e influenciar positivamente na força e recuperação do músculo, dependendo do período do ciclo menstrual. Porém, o mecanismo pelo qual isso acontece ainda não foi esclarecido<sup>24-27</sup>.

Sabe-se que a prática de atividade física é fator predisponente de IU de esforço em mulheres nulíparas<sup>28</sup>. Porém, neste estudo, a maioria das mulheres avaliadas não praticava atividade física.

O conhecimento adequado foi maior entre estudantes do oitavo ao décimo período, o que pode ser explicado pelo fato de a disciplina de Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher ser ofertada no oitavo período do curso de

graduação. Nessa disciplina, as estudantes são ensinadas sobre as estruturas do assoalho pélvico, as disfunções uroginecológicas e os recursos da fisioterapia para tratamento e prevenção, como cinesioterapia (exercícios de Kegel) com ou sem a utilização de *biofeedback*, estimulação elétrica, cones vaginais e realidade virtual<sup>29</sup>.

No primeiro e no segundo período do curso, são ofertadas duas disciplinas de anatomia, nas quais as estudantes aprendem sobre as estruturas do assoalho pélvico; e no quinto período, é oferecida uma disciplina sobre ginecologia e obstetrícia. O aprofundamento sobre as disfunções uroginecológicas e a atuação da fisioterapia são ensinados apenas no oitavo período<sup>30</sup>. Assim, o conhecimento é fornecido de maneira gradual, o que justifica o maior domínio do assunto apenas nos últimos períodos do curso, evidenciando que as estudantes que ingressam na graduação de Fisioterapia não sabem que a contração voluntária da MAP previne e trata os sintomas da IU<sup>5,6</sup>.

Um estudo anterior aplicou o mesmo questionário de conhecimento com mulheres atletas, jovens e nulíparas, confirmando a falta de entendimento do tema fora do ambiente acadêmico e da área da saúde<sup>11</sup>. Santos e Vaz<sup>31</sup> observaram ainda um pequeno conhecimento de outros profissionais da área da saúde sobre a prática da fisioterapia na IU, propondo uma maior interação entre as especialidades, que otimizaria a assistência às pacientes.

A maioria das mulheres relatou ainda uma leve influência da IU sobre a qualidade de vida, semelhante ao estudo de Cardoso, Lima e Ferreira<sup>11</sup>. Neste estudo, as estudantes relataram ainda perda de pequena quantidade (95%) e frequência de uma vez na semana ou menos (79%), condizente com o encontrado no estudo que aplicou o mesmo questionário (ICIQ-SF) para estudantes do curso de graduação em Fisioterapia<sup>4</sup>. Sugere-se que a pouca procura por tratamento adequado se deva a isso, assim como ao constrangimento das mulheres com a situação ou ao seu desconhecimento sobre o problema e as formas de tratamento<sup>32</sup>.

Uma pesquisa mostrou melhora da qualidade de vida de mulheres com IU de esforço, comparando os resultados de antes e depois de uma intervenção fisioterapêutica de seis semanas<sup>33</sup>. Um estudo de psicologia avaliou a relação da fisioterapia na qualidade de vida de mulheres com IU por meio da escala de autoestima global, e constatou que o tratamento fisioterapêutico traz benefícios também no âmbito psicossocial<sup>34</sup>, melhorando assim a qualidade de vida.

Este estudo mostrou que as estudantes que ingressam no curso de graduação de Fisioterapia têm pouco conhecimento sobre a IU e sobre a atuação da fisioterapia no seu tratamento e

prevenção, o que reflete a falta de conhecimento da sociedade e pode acarretar problemas futuros ou piorar uma condição já existente. Assim, é necessária a implementação de políticas públicas de incentivo e orientação ao autoconhecimento, como também de estratégias para melhorar a atuação do fisioterapeuta junto à equipe multiprofissional.

## CONCLUSÃO

O estudo mostrou a ocorrência de perda urinária em mulheres jovens e nulíparas, sendo mais comum em situações de esforço, estando associado à constipação, ao esforço ao urinar e ao jato interrompido, e interferindo no funcionamento adequado dos mecanismos de continência. As mulheres relataram ainda leve influência da incontinência na qualidade de vida.

Mostrou também que as estudantes de períodos avançados da graduação em Fisioterapia apresentam conhecimento adequado sobre o assunto, que foi adquirido de maneira gradual durante o curso. Esse resultado sugere que as mulheres que não cursam a graduação em Fisioterapia não teriam muito conhecimento sobre o assoalho pélvico e sua importância na prevenção da IU.

Portanto, é preciso vencer tabus e disseminar o conhecimento sobre a IU e a atuação da fisioterapia, tanto para outras especialidades da área de saúde como para a sociedade, garantindo uma melhor assistência às pacientes.

## REFERÊNCIAS

1. Bardino M, Di Martino M, Ricci E, Parazzini F. Frequency and determinants of urinary incontinence in adolescent and young nulliparous women. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2015;28(6):462-70. doi: 10.1016/j.jpag.2015.01.003.
2. Buckeley BS, Lapitan MCM. Prevalence of urinary incontinence in men, women, and children—current evidence: findings of the Fourth International Consultation on Incontinence. *Urology*. 2010;76(2):265-70. doi: 10.1016/j.urology.2009.11.078.
3. Almousa S, van Loon AB. The prevalence of urinary incontinence in nulliparous adolescent and middle-aged women and the associated risk factors: a systematic review. *Maturitas*. 2018;107:78-83. doi: 10.1016/j.maturitas.2017.10.003.
4. Dias SFL, Rodrigues AMS. A prevalência de incontinência urinária em mulheres nulíparas. *J Health Sci Inst*. 2016;34(1):49-52.
5. Alves JO, Luz STD, Brandão S, Luz CM, Jorge RN, Roza T. Urinary incontinence in physically active young women: prevalence and related factors. *Int J Sports Med*. 2017;38(12):937-41. doi: 10.1055/s-0043-115736.
6. Thomaz RP, Colla C, Darski C, Paiva LL. Influence of pelvic floor muscle fatigue on stress urinary incontinence: a systematic



- review. *Int Urogynecol J*. 2018;29(2):197-204. doi: 10.1007/s00192-017-3538-6.
7. Ramos AL, Oliveira AAC. Incontinência urinária em mulheres no climatério: efeitos dos exercícios de Kegel. *Revista Hórus*. 2010;5(2):264-75.
  8. Rocha ACP, Feliciano AB, Carbol M, Candolo C, Callegari FVR. Conhecimentos, atitudes e prática de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em relação à incontinência urinária feminina. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016;11(38):1-13. doi: 10.5712/rbmf11(38)1146.
  9. Figueiredo EM, Baracho SM, Vaz CT, Sampaio RF. Educação de funcionárias de unidade básica de saúde acerca da atenção fisioterapêutica na incontinência urinária: relato de experiência. *Fisioter Pesqui*. 2012;19(2):103-8. doi: 10.1590/S1809-29502012000200003.
  10. Tamanini JTN, Dambros M, D'Ancona CAL, Palma PCR, Netto NR Jr. Validation of the "International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form" (ICIQ-SF) for Portuguese. *Rev Saude Publica*. 2004;38(3):438-44. doi: 10.1590/S0034-89102004000300015.
  11. Cardoso AMB, Lima CROP, Ferreira CWS. Prevalence of urinary incontinence in high-impact sports athletes and their association with knowledge, attitude and practice about this dysfunction. *Eur J Sport Sci*. 2018;18(10):1405-12. doi: 10.1080/17461391.2018.1496146.
  12. Nyström E, Sjöström M, Stenlund H, Samuelsson E. ICIQ symptom and quality of life instruments measure clinically relevant improvements in women with stress urinary incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2015;34(8):747-51. doi: 10.1002/nau.22657.
  13. Ribeiro KFC, Moura MSS, Brandão RGC, Nicolau AIO, Aquino PPS, Pinheiro AKB. Student nurses' knowledge, attitude and practice regarding the Papanicolaou examination. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(2):460-7. doi: 10.1590/S0104-07072013000200023.
  14. Rosa ARR, Silva TSL, Carvalho ICS, Sousa ASJ, Rodrigues AB, Penha JC. Cervical cytology examination: inquiry into the knowledge, attitude and practice of pregnant women. *Cogitare Enferm*. 2018;23(2):e52589. doi: 10.5380/ce.v23i2.52589.
  15. Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C, et al. Fourth international consultation on incontinence recommendations of the international scientific committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2010;29(1):213-40. doi: 10.1002/nau.20870.
  16. Korelo RIG, Kosiba CR, Grecco L, Matos RA. Influência do fortalecimento abdominal na função perineal, associado ou não à orientação de contração do assoalho pélvico, em nulíparas. *Fisioter Mov*. 2011;24(1):75-85. doi: 10.1590/S0103-51502011000100009.
  17. Baracho E. *Fisioterapia aplicada à saúde da mulher*. 6th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018.
  18. Firmino RCB, Carvalho VCP. Conscientização do assoalho pélvico em acadêmicas de fisioterapia com constipação intestinal de uma unidade de ensino superior – Recife/PE. *Revista Inspirar*. 2015;7(1):18-22.
  19. Higa R, Lopes MHBM, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):187-92. doi: 10.1590/S0080-62342008000100025.
  20. Silva AGT, Santos JVQV, Bortolini T, Batezini NSS, Rosito TE. Estenose de uretra feminina – conceitos atuais e revisão da literatura. *Urominas*. 2019;6(14):19-23.
  21. Dougherty JM, Rawla P. *Female urinary retention*. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2021.
  22. Antonioli RS, Simões D. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. *Rev Neurocienc*. 2010;18(2):267-74.
  23. Latorre GFS, Bilck PA, Pelegrini A, Santos JM, Sperandio FF. Disfunção sexual em jovens universitárias: prevalência e fatores associados. *Fisioter Bras*. 2016;17(5):442-9.
  24. Wikström-Frisén L, Boraxbekk CJ, Henriksson-Larsén K. Effects on power, strength and lean body mass of menstrual/oral contraceptive cycle based resistance training. *J Sports Med Phys Fitness*. 2017;57(1-2):43-52. doi: 10.23736/S0022-470716.05848-5.
  25. Hansen M. Female hormones: do they influence muscle and tendon protein metabolism? *Proc Nutr Soc*. 2018;77(1):32-41. doi: 10.1017/s0029665117001951.
  26. Sousa MV. Respostas de dano muscular em praticantes de treinamento de força: efeito do uso de anticoncepcional [master's thesis]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2018.
  27. Konopka JA, Hsue LJ, Drago J. Effect of oral contraceptives on soft tissue injury risk, soft tissue laxity, and muscle strength: a systematic review of the literature. *Orthop J Sports Med*. 2019;7(3):2325967119831061. doi: 10.1177/2325967119831061.
  28. Hagoanska M, Svihra J, Bukova A, Horbacz A, Svihrova V. The impact of physical activity measured by the International Physical Activity questionnaire on the prevalence of stress urinary incontinence in young women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018;228:308-12. doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.07.011.
  29. Peixinho TAM, Saraiva A, Trippo KV. Effects of virtual reality exposure therapy in muscle function in women with urinary incontinence: case series. *Rev Pesqui Fisioter*. 2018;8(3):387-96. doi: 10.17267/2238-2704rpf.v8i3.1938.
  30. Universidade Federal de Pernambuco. Curso: Fisioterapia. Relatório perfil curricular [Internet]. Recife: UFPE; 2013 [cited 2019 May 7]. Available from: [https://www.ufpe.br/documents/38970/411209/fisioterapia\\_perfil\\_6804.pdf/4fe442f3-a141-48a2-a7ab-06059bfb069](https://www.ufpe.br/documents/38970/411209/fisioterapia_perfil_6804.pdf/4fe442f3-a141-48a2-a7ab-06059bfb069)
  31. Santos RER, Vaz CT. Conhecimento de profissionais da atenção primária à saúde sobre a abordagem terapêutica na incontinência urinária feminina. *HU Rev*. 2017;43(3):239-45. doi: 10.34019/1982-8047.2017.v43.2837.
  32. Silva L, Lopes MHBM. Urinary incontinence in women: reasons for not seeking treatment. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(1):68-74. doi: 10.1590/S0080-62342009000100009.
  33. Cardoso LCJ. Efeitos de seis semanas de treinamento dos músculos do assoalho pélvico na incontinência urinária de esforço em mulheres. Uberlândia: UFU; 2018.
  34. Viana R, Viana S, Andrade R, Festas C, Neto F. Fisioterapia na autoestima de mulheres com incontinência urinária: estudo longitudinal. *Psicol Saude Doenças*. 2014;15(1):170-9. doi: 10.15309/14psd150114.