

Associação entre a incontinência urinária, características ginecológicas, obstétricas, miccionais e qualidade de vida de mulheres

Association between urinary incontinence, gynecologic, obstetric, voiding characteristics and quality of life in women

Aline M. Nobrega¹, Lislei J. Patrizzi², Isabel A P de Walsh³

RESUMO

Modelo do estudo: Observacional, transversal, analítico. **Objetivos do estudo:** Caracterizar e correlacionar o perfil sociodemográfico, hábitos de vida, características ginecológicas, obstétricas, miccionais e a qualidade de vida em mulheres entre 19 a 59 anos com e sem incontinência urinária no município de Uberaba/MG. **Metodologia:** Foram utilizados um questionário previamente elaborado pelas pesquisadoras e o SF-36, seguido pela realização da avaliação antropométrica. **Resultados:** Foram avaliadas 194 mulheres, com prevalência de incontinência urinária em 17,53%. Obesidade, tabagismo, maior número de gestações, abortos e uso de medicamentos para transtornos mentais foram fatores de risco significativos para a Ocorrência desta. A Qualidade de Vida foi significativamente comprometida pela incontinência urinária, com exceção dos domínios da dor e vitalidade. **Conclusão:** Aponta-se a importância de se abordar rotineiramente essa queixa e continuar buscando conhecer os fatores de risco associados, o que pode contribuir para auxiliar os profissionais de saúde na identificação e implantação de estratégias preventivas o mais precocemente possível, visando diminuir sua prevalência nas mulheres.

Palavras chave: Incontinência Urinária. Mulheres. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Model study: Observational, cross sectional, analytical. **Study objectives:** To characterize and correlate the sociodemographic profile, lifestyles; gynecological, obstetric, and voiding characteristics and quality of life in women aged 19-59 years with or without urinary incontinence in Uberaba/MG. **Methodology:** A questionnaire previously developed by the researchers, the SF-36 and followed by the completion of the

¹Fisioterapeuta, Residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil

² Professor Adjunto III - Departamento de Fisioterapia Aplicada, Instituto de Ciências da Saúde (ICS), Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil

³ Professor Adjunto III - Departamento de Fisioterapia Aplicada, Instituto de Ciências da Saúde (ICS), Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil

Correspondencia
Isabel Aparecida Porcatti de Walsh
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Rua Getúlio Guaritá s/n - Abadia
CEP: 38001970 - Uberaba, MG, Brasil

Artigo recebido em 11/03/2014
Aprovado para publicação em 14/11/2014

anthropometric measurements were used. **Results:** 194 women were assessed, with prevalence of urinary incontinence in 17.53%. Obesity, smoking, higher number of pregnancies, abortions and use of medications for mental disorders were significant risk factors for the occurrence of urinary incontinence. Quality of life was significantly affected by urinary incontinence, with the exception of the areas of pain and vitality. **Conclusion:** This article emphasizes the importance of routinely addressing this complaint and continues getting to know the associated risk factors, which can contribute to assist health professionals in identifying and implementing preventive strategies as early as possible in order to reduce their prevalence in women.

Keywords: Urinary Incontinence. Women. Quality of Life.

Introdução

A *Internacional Continence Society* (ICS) define incontinência urinária (IU) como queixa de qualquer perda involuntária de urina.¹

Em estudo epidemiológico Ortiz² relata estimativa de que 200 milhões de pessoas no mundo, principalmente mulheres, apresentem algum tipo de IU e uma em cada quatro mulheres com idade entre 30 e 59 anos já vivenciaram algum episódio.

Segundo Buckley e Lapitan³, a prevalência de IU em todo o mundo varia entre 25 e 45%. Já Minassian, Drutz e Al-Badr⁴ evidenciaram que a prevalência média varia entre 27,6% em mulheres e se faz presente em aproximadamente 20% a 23% das mulheres na faixa etária dos 30 aos 39 anos, aumentando para 25% a 30% dos 40-49 anos, podendo atingir até 50% das mulheres em alguma fase de suas vidas. Fenner et al.⁵ revelaram uma prevalência de 26,5% em mulheres de 35 a 64 anos

No Brasil Guarisi et al.⁶ encontraram uma prevalência de 35% de IU aos esforços em climatéricas entre 45 a 60 anos. Já Silva e Lopes⁷ entrevistaram 213 mulheres com idade média de 44,3 anos em um centro de saúde, sendo que 16,4% referiram perda involuntária de urina. Ainda Higa e Lopes⁸, detectaram 27,5% de prevalência com profissionais da enfermagem em um hospital público.

Assim sendo, na assistência da saúde da mulher, se faz necessária a identificação do problema e de seus fatores de risco, bem como a inclusão de intervenções para prevenção, diagnóstico e tratamento relacionados à perda urinária feminina.⁹

Fatores de risco citados para o desenvolvimento de incontinência urinária incluem idade avançada, raça branca, obesidade, partos vaginais, deficiência estrogênica, condições associadas a aumento da pres-

são intra-abdominal, tabagismo, neuropatias e histerectomia prévia, entre outros.⁶

Diversos estudos que revisaram os efeitos da IU na qualidade de vida (QV) demonstraram que as pacientes sofrem consequências sociais, sentimentos negativos e/ou vergonha em 8% a 74% dos casos, sendo que há moderado a severo impacto na qualidade de vida em 10% a 22%. Além disso, estudo aponta alterações nas atividades sexuais em 40,9% dos casos, além de restrições sociais (33,5%), domésticas (18,9%) e ocupacionais (15,2%)¹⁰, uma vez que estas mulheres passam a se preocupar com a disponibilidade de banheiros, envergonhar-se com o odor de urina e sentem-se frequentemente sujas. Muitas apresentam dificuldade no intercuro sexual, seja por perda de urina, pelo medo de interrompê-lo para urinar ou simplesmente por vergonha perante o parceiro.¹¹

Ao gerar implicações negativas nos âmbitos emocional, social e econômico tanto para o indivíduo incontinente, como para seus amigos, familiares e cuidadores, a IU representa um desafio para profissionais da saúde, na busca de formas alternativas de abordagem e tratamento do problema, que tem sido constantemente subestimado.¹²

Diante do exposto, a avaliação da IU poderá aprimorar o conhecimento nesta área, resultando em benefícios à saúde das mulheres, na medida em que poderá fornecer indicadores para que possam ser promovidas políticas públicas de saúde com medidas de intervenção dentro das ações de promoção e prevenção de saúde, além do diagnóstico precoce e terapêutica específica.

Neste contexto, o objetivo desse trabalho foi caracterizar o perfil sociodemográfico, hábitos de vida, características ginecológicas, obstétricas, miccionais e a qualidade de vida de mulheres com e sem IU, bem como verificar a influência desta nas características estudadas.

Material e métodos

Trata-se de estudo do tipo observacional, transversal e analítico, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) sob nº 2219/2011.

A população foi constituída por mulheres com idade entre 19 a 59 anos, usuárias de uma Unidade Matricial de Saúde no município de Uberaba/MG, que abrange três equipes de Saúde da Família, é campo de atuação da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da UFTM e que contava com 2203 mulheres na faixa etária do estudo, conforme dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

O tamanho amostral mínimo para estimar a prevalência de incontinência urinária nessa população foi calculado considerando uma proporção de 16,7%. Esse valor foi calculado por meio da média das prevalências encontradas em vários estudos: 26,5% em mulheres de 35 a 64 anos¹³, 4% em mulheres entre 21 a 76 anos⁷, 12,6% em mulheres entre 40 a 51 anos¹⁴, 10,7% de mulheres brasileiras nos ambulatórios do Brasil¹⁵, 16% em mulheres de 40 a 60 anos¹⁶, 12,8% em mulheres entre 18 e 23 anos¹⁷, 21% em mulheres trabalhadoras¹⁸, 24,5% em mulheres entre 30 a 60 anos¹⁹, 5% em mulheres jovens²⁰, 20,7% em mulheres no puerpério²¹, 21% em mulheres que praticavam caminhada²², 7% em mulheres de 20 a 39 anos²³, 21,4% em mulheres acima de 20 anos²⁴ e 15% em mulheres norte-americanas acima de 20 anos não grávidas.²⁵ Com confiabilidade de 95% e margem de erro de 5% obteve-se um tamanho amostral de 194 mulheres. A seleção destas foi realizada por conveniência, sendo as mesmas abordadas na sala de espera da unidade. Todas concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada através de uma única entrevista seguida de avaliação antropométrica, em local reservado, na própria unidade de saúde, no período de abril a novembro de 2013, por meio de um questionário previamente elaborado pelos pesquisadores, composto por: identificação (idade, etnia, profissão, estado conjugal e religião), dados socioeconômicos (escolaridade, renda familiar e contribuintes), hábitos de vida e comorbidades (IMC, auto relato de doenças, uso de medicações, tabagismo, realização de atividade física e a ingestão de líquidos diária), história obstétrica e ginecológica (histerectomia, número de gestações, número de abortos, número e tipos de parto, realização de fórceps e/ou episio-

tomia), climatério, continência e micção (alterações e frequência miccional e presença ou não de perda de urina involuntária).

A avaliação da qualidade de vida foi realizada por meio da versão em português do Medical Outcomes Study 36 (Short Form 36), traduzido e validado no Brasil por Ciconelli²⁶, que considera a percepção dos indivíduos quanto ao seu próprio estado de saúde e contempla os aspectos mais representativos da saúde. É um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em oito domínios, transformados em escores de escala de 0 a 100, sendo que quanto maior a pontuação obtida, melhor é a qualidade de vida relacionada aquele domínio.

A massa corporal foi verificada através de uma balança eletrônica digital portátil, tipo plataforma, com capacidade para 150 kg e sensibilidade de 50g, na qual as mulheres subiram descalças. A estatura foi obtida com as mesmas em pé, descalças, com nuca, nádegas e calcanhares alinhados, utilizando um estadiômetro portátil. A partir das informações sobre a estatura, a massa corporal e o sexo, foram calculados os valores do indicador índice de massa corporal (IMC) de acordo com os parâmetros estabelecidos pela World Health Organization (WHO).²⁷

Foi considerado como presença de IU o relato de perda involuntária de urina e/ou gotejamento após urinar com necessidade de uso de absorventes e/ou troca de roupa em função disso.

Para a análise dos resultados foi utilizado o programa estatístico SPSS/22. Para a análise descritiva foram apresentados os valores das Médias (M) e Desvios Padrão (DP) para as variáveis numéricas contínuas e as tabelas de contingência para as variáveis ordinais e nominais. Considerando a normalidade das variáveis, por meio do teste de Kolmogorov e Smirnov, foi utilizado o teste *t* Student não pareado e Mann Whitney. O Qui quadrado foi utilizado para comparação entre os grupos. O nível de significância considerado foi $\leq 0,05$.

Resultados

Foram avaliadas 194 mulheres. Estas foram divididas em dois grupos, sendo o Grupo de Incontinentes (GI) composto por 34 (17,53%), com média de idade de $37,41 \pm 11$ anos, das quais 38,2% se declararam brancas e 38,2% pardas; 67,6% casadas ou em união estável; 38,2% católicas; 50% com ensino fundamental; 44,1% trabalhavam no comércio/prestação

de serviços e 73,5% contribuíam para a renda familiar que teve média de $3,26 \pm 1,54$ salários mínimos e o Grupo de não Incontinentes (GNI) composto por 160 mulheres com média de idade de $35,91 \pm 11$ anos, sendo 41,9% de etnia parda; 62,5% casadas ou em união estável; 48,1% católicas; 44,4% com ensino médio; 44,4% trabalhavam no comércio/prestação de serviços e 58,75% contribuíam para a renda familiar que teve média de $3,85 \pm 1,86$ salários mínimos. Foi encontrada diferença significativa entre os grupos somente para a escolaridade ($p=0,021$).

Com relação aos aspectos de saúde, foi investigada a presença de doenças do aparelho circulatório, metabólicas/nutricionais/endócrinas, mentais/comportamentais, osteomusculares, sistema nervoso central, geniturinárias e por causas externas, verificando-se que houve baixa prevalência das mesmas, sendo as maiores as do aparelho circulatório (GI=23,5% e GNI=16,9%), havendo diferença significativa entre os grupos somente doenças por causas externas ($p=0,02$), que foram consideradas sequelas por quedas, agressões e/ou acidentes provocados intencionalmente ou não.

Foram pesquisadas as principais medicações utilizadas pelas participantes (anti-hipertensivos/diuréticos, anti-hipertensivos/outras e para transtornos mentais/comportamentais), sendo que a utilização dos últimos foi significativamente maior para GI ($p=0,020$), uma vez que 26,5% das mulheres do GI e 11,25% do GNI os utilizavam

Quanto ao IMC, os índices de sobrepeso e obesidade foram significativamente maiores ($P=0,008$) em GI (38,2% e 44,1%) do que em GNI (33,75% e 26,25%), apontando a obesidade como um fator de risco para IU.

Embora o GI tenha se mostrado levemente mais ativo fisicamente (35,3% realizam exercícios físicos, sendo 83,3% de 3 a 5 vezes/semana) do que GNI (34,4% realizam, sendo 70,9% de 3 a 5 vezes/semana) não houve diferença significativa entre os grupos.

A maioria das mulheres relatou ingestão de 2 litros de líquidos/dia (GI 52,9% e GNI 58,1%). Outras variáveis como o tipo de bebidas mais consumidas (café, chá derivados, sucos, adoçante artificial, refrigerantes, água, álcool e outros) também foram avaliados, encontrando-se diferenças significativas ($p=0,024$) somente para ingestão de álcool (5,89% para GI e 0,63% para GNI).

O tabagismo foi identificado como um fator de risco para a IU, já que houve diferença significativa

($p=0,006$) entre os grupos (29,4% das mulheres do GI e 11,25% para as do GNI).

A Tabela 1 apresenta as características obstétricas e ginecológicas e a Tabela 2 a alterações miccionais das participantes.

Observou-se que a média do número de gestações foi maior para o GI, com diferença significativa. O número de mulheres que sofreram aborto no GI também foi significativamente maior que em GNI. Para as demais variáveis, apesar de maior porcentagem de mulheres do GI ter realizado parto normal, episiotomia e histerectomia, as diferenças não foram significativas.

Quanto às características da urina, os resultados indicaram baixa prevalência de dor, ardência e hematúria ao urinar em ambos os grupos, com diferença significativa para a hematúria. A presença de odor forte também foi significativamente maior em GI ($p=0,009$). O número de micções diárias, diurnas e noturnas não apresentou diferenças significativas entre os grupos, bem como a presença de enurese na infância.

A Tabela 3 apresenta os resultados referentes a análise da qualidade de vida, realizada através do questionário SF-36. Evidenciou-se que as mulheres do GI apresentaram comprometimento significativamente maior para todos os domínios avaliados.

Discussão

As mulheres do presente estudo apresentaram média de idade de 36,17 anos e 17,53% relataram IU. Embora se saiba que a prevalência de incontinência urinária aumenta com o passar dos anos, outros estudos apontam o quanto a IU incide na população feminina jovem e adulta, confirmando esta como um problema de saúde pública que afeta diversas faixas etárias. Chiarelli et al¹⁷ encontrou relatos de IU em 12,8% de mulheres entre 18 e 23 anos, Hannestad et al²⁰ em 5% em mulheres jovens, Figueiredo et al²³ em 7% de mulheres de 20 a 39 anos, Gomes e Silva²⁴ em 21,4% nas mulheres acima de 20 anos e Panugthong, Chulyamitporn e Tanapat²⁵ em 15% em mulheres norte-americanas acima de 20 anos.

Apesar desses números, cabe ainda considerar que a incidência de IU pode estar sendo sub estimada devido a dificuldade das mulheres em procurar assistência, por se sentirem constrangidas, acharem que esse problema não é suficientemente grave para necessitar de avaliação, medo de serem estereotipadas

Tabela 1: Características obstétricas e ginecológicas. Uberaba/MG, 2013.

Variável	GI(34)		GNI(160)		Total		p
	M	DP	M	DP	M	DP	
N gestações	2,76	1,69	1,96	1,36	2,10	1,45	0,009**
Abortos	Nº	%	Nº	%	Nº	%	0,002*
Realizou	14	41,2	28	17,5	42	21,6	
Não realizou	20	58,8	132	82,5	152	78,4	
Tipos de parto							0,178*
Nenhum	3	8,8	26	16,25	29	14,9	
Somente parto normal	14	41,2	38	23,75	52	26,8	
Somente parto cesárea	15	44,1	80	50	95	49	
Partos normal e cesárea	2	5,9	16	10	18	9,3	
Episiotomia							0,129*
Sim	15	44,1	49	30,6	64	33	
Não	19	55,9	111	69,4	130	67	
Uso do forceps							0,704*
Sim	2	5,9	7	4,4	9	4,6	
Não	32	94,1	153	95,6	185	95,4	
Menopausa							0,986*
Sim	4	11,8	19	11,9	23	11,9	
Não	30	88,2	141	88,1	171	88,1	
Histerectomia							0,287*
Sim	3	8,8	7	4,4	10	5,15	
Não	31	91,2	153	95,6	184	94,8	

*Teste Qui-quadrado ** Mann Whitney
 M = Média; DP = Desvio padrão

Tabela 2: Alterações miccionais e uso de medicamentos. Uberaba/MG, 2013.

Variável	GI		GNI		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Dor							0,468*
Sim	1	2,9	2	1,25	3	1,5	
Não	33	97,1	158	98,75	191	98,5	
Ardência							0,287*
Sim	3	8,8	7	4,4	10	5,2	
Não	31	91,2	153	95,6	184	94,8	
Hematúria							0,030*
Sim	1	2,9	0	0	1	0,5	
Não	33	97,1	160	100	193	99,5	
Sensação de esvaziamento incompleto							0,569*
Sim	11	32,4	44	27,5	55	28,4	
Não	23	67,6	116	72,5	139	71,6	
Cor da urina							0,136*
Clara	16	47,1	97	60,6	113	58,2	
Média	7	20,6	35	21,9	42	21,6	
Escura	11	32,3	28	17,5	39	23,9	
Odor							0,009*
Sem odor	26	76,5	147	91,9	173	89,2	
Com odor forte	8	23,5	13	8,1	21	10,8	
Nº micções diurnas							0,345**
1 a 3	7	20,6	27	16,9	34	17,5	
4 a 7	18	52,9	105	65,6	133	63,4	
8 ou mais	9	26,5	28	17,5	37	19,1	
Nº micções noturnas							0,400**
0 ou 1	7	20,6	40	25	47	24,2	
2 ou 3	22	64,7	101	63,1	123	63,4	
4 ou mais	5	14,7	19	11,9	24	12,4	
Enurese na infância							0,315*
Sim	17	50	65	40,6	82	42,3	
Não	17	50	95	59,4	112	57,7	

*Teste Qui-quadrado ** Mann Whitney

GI = Grupo de Incontinentes; GNI = Grupo de não incontinentes

Tabela 3: Qualidade de vida para GI e GNI. Uberaba/MG, 2013.

Domínios	GI		GNI		Total		p
	M	DP	M	DP	M	DP	
Capacidade Funcional	70	23,26	81,34	16,27	79,36	18,15	0,008**
Aspectos Físicos	62,5	37,56	78,28	33,43	75,52	34,61	0,012**
Dor	50,97	25,39	60,13	24,67	58,53	24,98	0,049**
Estado Geral de Saúde	47,74	21,49	62,01	16,51	59,51	18,25	0,000**
Vitalidade	46,03	21,94	55,88	19,60	54,15	20,32	0,025**
Aspectos Sociais	53,68	33,92	84,38	24,50	84,38	24,50	0,000**
Limitação dos Aspectos							
Emocionais	37,26	43,24	59,16	43,91	55,32	44,48	0,005**
Saúde Mental	48,71	25,17	62	18,72	59,67	20,56	0,002**

**Mann Whitney

ou entenderem que esta é uma condição passageira ou normal. Neste sentido, Higa et al²⁸ pesquisaram sobre a vivência de mulheres com IU entre 20 a 45 anos e que nunca realizaram tratamento por acreditarem que a IU é um assunto que deve ser escondido, perceberem o mesmo como obstáculo nas interações interpessoais e temerem reações restritivas tanto da sociedade como do profissional da saúde. Outro estudo, desenvolvido com mulheres de uma unidade básica de saúde mostrou que grande parte delas (45,7%) não conhecia nenhuma forma de tratamento para a IU e mais da metade (65,7%) não buscou tratamento para o problema, sendo as principais razões apontadas o fato de achar normal a perda de urina, não considerarem como algo importante e pelo médico dizer que não era necessário.⁷ Higa e Lopes⁸ detectaram que 79% das profissionais da enfermagem com IU em um hospital público não buscaram atendimento médico por desvalorização dos sintomas. Portanto, medidas de educação em saúde sobre este tema devem ser priorizadas desde o início da fase adulta, levando à mulheres um olhar mais apurado, para que estas compreendam o que é a IU e tenham canais abertos para que possam se prevenir e procurar ajuda no caso de já serem acometidas, possibilitando que a

atenção básica possa realizar ações mais efetivas na prevenção, detecção precoce e atendimentos desses casos.

No presente estudo, os índices de sobrepeso e obesidade foram significativamente maiores nas mulheres com IU, apontando a obesidade como fator de risco. Bortolotti et al²⁹ também observaram aumento na prevalência de incontinência urinária com o aumento do índice de massa corpórea e Berlezi et al³⁰ encontraram correlação entre incontinência urinária e IMC de mulheres entre 50 a 65 anos.

A obesidade não causa IU, mas pode agravá-la devido ao acúmulo de gordura na parede abdominal e conseqüente aumento na pressão intra-abdominal, sendo as obesas 4,2 vezes mais prováveis de serem afetadas por IU do que mulheres com IMC normal^{16,31}. Esta ainda pode influir negativamente sobre o controle da micção, uma vez que eleva a pressão exercida sobre o conteúdo vesical, potencializando ainda mais a ineficiência dos mecanismos de compensação do assoalho pélvico.³²

O tabagismo foi identificado como um fator de risco significativo para a IU (32,2% das mulheres do GI e 11% do GNI apresentaram este hábito). Há poucas explicações para tal influência. Bump e

McClisch³³ acreditam que os fumantes geralmente apresentam tosse mais violenta, provocando direta ou indiretamente uma sobrecarga na bexiga e/ou na uretra podendo causar prejuízos aos componentes e ao mecanismo esfinteriano da uretra, uma vez que possibilita a ocorrência, piorando a frequência e a intensidade da IU já instalada.

Desta maneira, destaca-se a importância de medidas gerais de promoção de saúde através de atividades educativas e de intervenção para o controle e prevenção da obesidade e cessação do hábito do tabagismo.

Quanto às características obstétricas e ginecológicas, observou-se que a média do número de gestações e o número de mulheres que sofreram aborto foi significativamente maior para as mulheres do GI. O tipo de parto e episiotomia não apresentaram diferenças significativas entre os grupos, embora as maiores porcentagens de mulheres incontinentes tenham passado por estes procedimentos. Nesta mesma linha, Fritel et al³⁴ analisaram questionários respondidos por 2.625 mulheres entre 49 e 61 anos e evidenciaram aumento da prevalência da IU associada a paridade, porém não encontraram uma correlação com parto vaginal. Contrariamente, Milson et al³⁵ avaliaram 2.168 mulheres entre 36 e 46 anos de idade e perceberam uma prevalência de 7,7% e 5,5% de perda urinária entre nulíparas de 36 e 46 anos. No entanto, quando observaram mulheres com três ou mais partos (normais), essas taxas se elevaram. Ainda, recente revisão apontou que vários trabalhos demonstraram que o parto vaginal é o que ocasiona os maiores danos ao assoalho pélvico e aos mecanismos de continência urinária.³⁶ Os resultados do presente estudo podem estar ligados ao fato dessas mulheres representarem uma amostra jovem. Nesse caso as lesões podem permanecer ocultas até que a deficiência de estrogênio e o envelhecimento associem-se ao relaxamento das estruturas de sustentação e suspensão dos órgãos pélvicos favorecendo o surgimento do prolapso urogenital e/ou a IU.²

Foram encontradas diferenças significativas para o uso de medicamentos para transtornos mentais e comportamentais. Silva e Lopes⁷ e Higa, Lopes e Reis⁹ afirmam que certos medicamentos (opiáceos, alfa-bloqueadores adrenérgicos, antiparkinsonianos, antidepressivos, anti-psicóticos e outros) aumentam a frequência e urgência, atuando no trato urinário inferior e alterando a função vesical, contribuindo para o aumento da frequência de perdas urinárias. Assim,

os profissionais da saúde, dentro do conceito de integralidade, devem estar atentos à essa variável.

Os resultados referentes a análise da QV evidenciou que as mulheres com IU apresentaram comprometimento significativamente maior para todos os domínios avaliados, ressaltando a importância da avaliação da QV, levando-se em consideração o impacto e o desconforto causado pela IU. Outros estudos têm mostrado a repercussão negativa da IU na esfera social, sexual e psicológica. Fultz et al³⁷, avaliaram o impacto da IU em 3364 trabalhadoras e evidenciaram comprometimento do ritmo de trabalho devido ao aumento da frequência de idas ao banheiro. Tamanini et al³⁸, evidenciaram que de 225 pacientes incontinentes, 8,9% consideram grave e 17,8% muito grave o impacto desta condição na qualidade de vida. Chang et al³⁹ demonstraram que em indivíduos acima de 65 anos a prevalência de incontinência urinária é duas vezes maior nas mulheres em relação aos homens e tem associação significativa com depressão. Sobre as restrições causadas pela IU em mulheres com idade entre 25 e 85 anos, Lopes e Higa¹⁰ verificaram que 63,4% referiram ter uma ou mais restrições em suas atividades. A restrição social foi referida por 33,5%, problemas psicológicos e emocionais foram citados por 26,2% mulheres, 18,9% relataram restrições nas atividades diárias e 15,2% que a IU interferiam no seu desempenho profissional.

Algumas limitações foram identificadas no presente estudo, entre elas o fato de ter avaliado uma amostra por conveniência. Pesquisas que trabalhem com amostras aleatórias e seleção de várias unidades de saúde podem contribuir de forma significativa para a melhoria do conhecimento na área.

Além disso, embora o SF36 tenha se mostrado um instrumento capaz de avaliar o comprometimento da QV na IU, este é um questionário genérico. Neste sentido, os questionários de condições específicas podem ser mais sensíveis para as questões clínicas relevantes. Isto não caberia no presente estudo cujo objetivo foi comparar mulheres com e sem IU. No entanto, este possibilitou a identificação de mulheres com IU que poderão ser agora avaliadas através de questionários específicos.

Assim, novos estudos devem ser estimulados, para aprimorar os conhecimentos nesta área, permitindo aos profissionais da saúde um olhar mais atento que contribua para o planejamento de intervenções preventivas, de identificação precoce e conduta adequada na IU.

Conclusão

A prevalência de IU encontrada em mulheres adultas jovens foi de 17,53%, sendo a obesidade, tabagismo, maior número de gestações, abortos e uso de medicamentos para transtornos mentais fatores de risco significativos. Ainda, a QV foi significativamente comprometida pela IU.

Aponta-se a importância de se abordar rotineiramente essa queixa e continuar buscando conhecer os fatores de risco associados, o que pode contribuir para auxiliar os profissionais de saúde na identificação e implantação de estratégias preventivas o mais precocemente possível, visando diminuir a prevalência de IU nas mulheres.

Referências

- Abrams P, Cardoso FM, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Van Kerrebroeck P, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn.* 2002; 21: 167-78.
- Ortiz OC. Stress urinary incontinence in the gynecological practice. *Int J Gynecol Obstet.* 2004; 86: 6-16
- Buckley BS, Lapitan MC. Prevalence of urinary incontinence in men, women, and children - current evidence: findings of the Fourth International Consultation on Incontinence. *Urology.* 2010; 76: 265-70.
- Minassian V, Drutz H, Al-badr A. Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int J Gynecol Obstet.* 2003; 82: 327-38.
- Fenner DE, Trowbridge ER, Patel DL, Fultz NH, Miller JM, Howard D, et al. Establishing the prevalence of incontinence study: racial differences in women's patterns of urinary incontinence. *J Urol.* 2008; 179:1455-60.
- Guarisi T, Pinto Neto AM, Osis MJ, Pedro AO, Costa Paiva LH, Faundes A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública.* 2001;35:428-35.
- Silva L, Lopes MHBM. Incontinência urinária em mulheres: razão da não procura por tratamento. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43:72-8.
- Higa R, Lopes MHBM. Porque profissionais de enfermagem com incontinência urinária não buscam tratamento. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60:503-6.
- Higa R, Lopes MHBM, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enferm USP.* [online]. 2008; 42: 187-92.
- Lopes MHBM, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev Esc Enferm USP.* 2006 Mar; 40:34-41.
- Auge AP, Zucchi CM, Costa FMP, Nunes K, Cunha LPM, Silva PVF, et al. Comparações entre os índices de qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária submetidas ou não ao tratamento cirúrgico. *Rev Bras Ginecol Obstet.* [online]. 2006; 28:352-57.
- Silva APM, Santos VLCG. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. *Rev Esc Enferm USP.* 2005; 39: 36-45.
- Goode PS, Burgio KL, Redden DT, et al. Population based study of incidence and predictors of urinary incontinence in black and white older adults. *J Urol.* 2008;179:1449-53.
- Mendonça M, Reis R, Macedo C, Barbosa K. Prevalência da queixa de incontinência urinária de esforço em pacientes atendidas no Serviço de Ginecologia do Hospital Júlia Kubitschek. *J Bras Ginecol.* 1997;107:153-5.
- Ribeiro RM, Anzai RY, Guidi H. Incontinência urinária de esforço: diagnóstico e tratamento. *Rev Bras Med [online].*1990;47:553-561.
- Moller LA, Lose G, Jorgensen T. Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years of age. *Obstet Gynecol.* 2000;96:446-51.
- Chiarelli P, Brown W, McElduff P. Leaking urine: prevalence and associated factors in Australian women. *Neurourol Urodyn.* 1999; 18:567-77.
- Fitzgerald S, Palmer MH, Berry SJ, Hart K. Urinary incontinence. Impact on working women. *AAOHN J.* 2000; 8: 112-18.
- Hampel C, Wienhold D, Benken N, Eggersmann C, Thuroff JW. Definition of overactive bladder and epidemiology of urinary incontinence. *Urology.* 1997, 50: 4-14.
- Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *J Clin Epidemiol.* 2000; 53:1150-57.
- Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Vaginal delivery parameters and urinary incontinence: The Norwegian EPICONT study. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189:1268-74.
- Nygaard I, Kreder KJ, Lepic MM, et al: Efficacy of pelvic floor muscle exercises in women with stress, urge, and mixed urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol.* 1996; 174:120.
- Figueiredo EM, Lara JO, Cruz MC, Quintão DMG, Monteiro MVC. Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de serviço de Fisioterapia Uroginecológica da rede pública. *Rev Bras Fisioter.* 2008; 12: 136-42.
- Gomes GF, SILVA GD. Incontinência urinária de esforço em mulheres pertencentes ao programa saúde da família de Dourados(MS). *Rev Assoc Med Bras.* 2010; 56:649-54.
- PanugthongP, Chulyamitporn T, Tanapat Y. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in Thai menopausal women at Phramongkutkiao Hospital. *J Med Assoc Thai.* 2005;88:25-30.
- Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999;39:143-50.
- WHO. Child Growth Standards. Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva: WHO Department of Nutrition for Health Development, 2006.
- Higa R, Rivorêdo CRSF, Campos LK, Lopes MHM, Turato ER. Vivências de mulheres brasileiras com incontinência urinária. *Texto & contexto enferm.* 2010;19: 627-35.

29. Bortolotti A, Bernardini B, Colli E, Di Benedetto P, Giocoli Nacci G, Landoni M, et al. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in Italy. *Eur Urol.* 2000; 37:30-35.
30. Berlezi EM, Fiorin AAM, Bilibio P VF, Kirchner RM, Oliveira KR. Estudo da incontinência urinária em mulheres climatéricas usuárias e não usuárias de medicação anti-hipertensiva. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2011; 14:415-23.
31. Amaro JL, Gameiro MO, Padovani CR. Treatment of urinary stress incontinence by intravaginal electrical stimulation and pelvic floor physiotherapy. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2003; 14: 204-8.
32. Guccione AA. *Fisioterapia geriátrica.* 2nd. Ed Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2002.
33. Bump RC, McClisch DK. Cigarette smoking and urinary incontinence in women. *Am J Obstet Gynecol.* 1992; 167:1213-8.
34. Fritel X, Ringa V, Varnoux N, Fauconnier A, Piaux S, Bréart G. Mode of delivery and severe stress incontinence. A cross-sectional study among 2,625 perimenopausal women. *BJOG.* 2005;112:1646-51.
35. Milson I, Ekelund P, Molander U, Arvidsson L, Areskoug B. The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. *J Urol.* 1993;149:1459-62.
36. Oliveira E. Trato urinário, assoalho pélvico e ciclo gravídico-puerperal. *Femina.* 2007; 35: 89-94.
37. Fultz N, Girts T, Kinchen K, Nygaard I, Pohl G, Sternfeld B. Prevalence, management and impact of urinary incontinence in the workplace. *Occup Med.* 2005; 55: 552-7.
38. Tamanini JT, Tamanini MMM, Mauad LMQ, Auler AMBAP. Incontinência urinária: prevalência e fatores de risco em mulheres atendidas no Programa de Prevenção do Câncer Ginecológico. *Boletim Epidemiológico Paulista.* 2006; 3:17-24.
39. Chang CC, Gonzalez CM, Lau DT, Sier HC. Urinary incontinence and self-reported health among the U.S. Medicare managed care beneficiaries. *J Aging Health.* 2008;20:405-19.