



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-graduação em Enfermagem

JULIANA CRISTINA PEREIRA DA SILVA

**INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM
MULHERES SUBMETIDAS A ESTUDO
URODINÂMICO: VARIÁVEIS ASSOCIADAS**

**São José do Rio Preto
2016**

JULIANA CRISTINA PEREIRA DA SILVA

**INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES
SUBMETIDAS A ESTUDO URODINÂMICO:
VARIÁVEIS ASSOCIADAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto para obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler

Co-orientadora: Profa. Dra. Anneliese Domingues Wysocki

**São José do Rio Preto
2016**

Silva, Juliana Cristina Pereira

Incontinência urinária em mulheres submetidas a estudo urodinâmico: variáveis associadas.

São José do Rio Preto - SP, 2016.

84p.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP – Programa de Mestrado em Enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler

Co – orientadora: Prof^a Dr^a Anneliese Domingues Wysocki

Palavras – Chave: 1. Incontinência urinária; 2. Variáveis associadas; 3. Saúde da mulher.

JULIANA CRISTINA PEREIRA DA SILVA

**Incontinência urinária em mulheres submetidas
a estudo urodinâmico: variáveis associadas.**

BANCA EXAMINADORA

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

Presidente e Orientadora:

Prof^a. Dra. Zaida Aurora Sperli Geraldês Soler

Co-orientadora:

Prof^a. Dra. Anneliese Domingues Wysocki

1º Examinador: Profº Drº Rui Nogueira Barbosa

2º Examinador: Prof^a Dr^a Sandra Regina de Godoy

1º Suplente: Profº Drº Fernando Nestor Fascio Junior

2º Suplente: Prof^a Dr^a Dalva Maria da Silveira Roland

São José do Rio Preto, 19 de fevereiro de 2016.

SUMÁRIO

Dedicatória	i
Epígrafe	ii
Lista de Figuras	iii
Lista de Tabelas	iv
Lista de Abreviaturas	vi
Resumo	vii
Abstract	viii
Resumen	ix
1. Introdução	1
2. Materiais e Métodos	6
3. Resultados	11
4. Discussão	30
5. Conclusões	43
6. Referências	45
7. Apêndices	58
8. Anexo	64
Divulgação do Manuscrito	66

Dedico esta dissertação aos meus amados pais, Cassio e Laines, meus avós Aparecido e Zaira e meus tios Marcos e Marcelo que sempre acreditaram em mim, me apoiaram e me ensinaram a importância do estudo com muito respeito e amor.

Ao meu amado esposo, Natal, que com seu companheirismo e dedicação soube estar presente e incentivando cada nova etapa e conquista.

À minha amada filha, Lara que sem saber é o motivo que me impulsiona a querer ser cada vez melhor.

À Deus pela sua onipresença em todos os momentos da minha vida.

À Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, FAMERP, pela oportunidade.

À Profa. Dra. Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler um exemplo de pessoa e profissional, que sempre com muita dedicação incentivou meu crescimento profissional.

À Profa. Dra. Anneliese Domingues Wysocki, pela sua co-orientação, sempre com muito carinho, incentivo e paciência, dispensou seu precioso tempo para me passar seu conhecimento.

Aos mestres urologistas Dr Eliseu Roberto Mello Denadai, Prof. Dr Rui Nogueira Barbosa, Dr Julio Martins Filho e Dr Juliano Favero de Oliveira que pacientemente me proporcionaram o conhecimento sobre a urologia.

À minha supervisora Fernanda Denadai Jana pelo apoio e paciência sempre.

À Urologia Eliseu Denadai, por conceder o campo de estudo para a realização desta pesquisa.

À Sonia, Juliana e Murilo pelo apoio e paciência.

“Ninguém nasce feito, é experimentando-nos no mundo que nós nos fazemos.”

Paulo Freire

- Figura 1** Configuração das variáveis sociodemográficas no espaço bidimensional gerado pela Análise de Correspondência Múltipla. 27
- Figura 2** Configuração das variáveis de caracterização dos tipos de IU no espaço bidimensional gerado pela Análise de Correspondência Múltipla. 28
- Figura 3** Análise de Componentes Principais das variáveis de caracterização da gravidez (A) e dos tipos de IU (B). 29

Tabela 1	Variáveis de caracterização amostral das mulheres com IU, submetidas a estudo urodinâmico	13
Tabela 2	Variáveis sociodemográficas das mulheres com IU do estudo, segundo tipo de IU.....	14
Tabela 3	Variáveis quanto a saúde e estilo de vida das mulheres com IU do estudo, segundo tipo de IU.....	16
Tabela 4	Dados obstétricos das mulheres com IU do estudo, segundo tipo de IU.....	18
Tabela 5	Percentuais referentes aos fatores de caracterização de IU nas mulheres do estudo.....	19
Tabela 6	Valores P de associação entre fatores de agravos à saúde, estilo de vida e antecedentes ginecológicos, em relação à IU.....	21
Tabela 7	Associações significativas entre fatores de risco e tipo de IU.....	22
Tabela 8	Estatísticas descritivas da idade em relação ao tipo de IU.....	22
Tabela 9	Estatísticas descritivas de variáveis referentes a antecedentes obstétricos de mulheres avaliadas no estudo, segundo tipo de IU....	23
Tabela 10	Valores P de associação entre os fatores de caracterização de IU ...	24

Tabela 11	Associação entre os tipos de IU e a baixa produtividade laboral.....	24
Tabela 12	Estatísticas descritivas do tempo de ocorrência, frequência urinária e interferência da IU no cotidiano de vida.....	25

ACP	Análise de Componentes Principais
DEI	Deficiência Esfincteriana Intrínseca
dp	Desvio padrão
EUD	Estudo Urodinâmico
HU	Hipermobilidade Uretral
ICS	<i>International Continence Society</i>
ID	Instabilidade Detrusora
IMC	Índice de Massa Corpórea
IU	Incontinência Urinária
IUE	Incontinência Urinária aos Esforços
IUGA	<i>International Urogynecological Association</i>
IUM	Incontinência Urinária Mista
PC	Principal Componente
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
RN	Recém - nascido
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Incontinência urinária em mulheres submetidas a estudo urodinâmico: variáveis associadas.

Introdução: A Incontinência Urinária (IU) é um sintoma comum em algumas fases da vida da mulher, com impacto negativo em suas atividades diárias e também comprometendo sua qualidade de vida. **Objetivo:** Analisar o perfil de mulheres com incontinência urinária (IU) atendidas em um serviço de urodinâmica, segundo o tipo de IU que apresentam. **Método** Estudo descritivo, exploratório, quantitativo, realizado por meio de coleta de dados primários e secundários de 150 mulheres que realizaram elucidação da IU por meio de estudo urodinâmico em Centro de Diagnóstico e Tratamento Urológico da cidade de São José do Rio Preto SP. Os dados foram analisados por meio de técnicas de estatística uni e multivariada. **Resultados:** Entre as mulheres avaliadas, a maioria era: branca (119 – 79,33%), com sobrepeso (68 – 45,33%), do lar (58 – 38,67%), na menopausa (80 – 53,33%), ingeriam café (124 – 82,67%), não faziam atividade física (98 – 65,33%) e apresentavam hipermobilidade uretral (HU) (91 – 60,67%), Encontrou-se associação estatística significativa entre mudança de peso e HU($p=0,024$), menopausa e deficiência esfíncteriana intrínseca (DEI) e instabilidade detrusora (ID) ($P=0,001$); ocorrência de cirurgia ginecológica com DEI e ID ($p=0,014$), histerectomia e todos os tipos de IU ($p=0,040$) e realização de atividade física com IU mista ($p=0,014$). Os dados sobre antecedentes obstétricos mostraram que 142 mulheres passaram pelo processo da parturição, resultando em 331 partos, a maioria cesarianas (54,98%), **Conclusão:** O perfil analisado sugere que as medidas de prevenção e controle da IU urinária seria uma diminuição do IMC, a prática de atividade física, o desenvolvimento de exercícios para o fortalecimento do assoalho pélvico e maior cuidado em nível de atenção básica de saúde. Também que é um amplo campo de investigação nos aspectos de diagnóstico, terapêutica e outras diretrizes assistenciais multi e interprofissionais, que contribuam para a melhoria da qualidade de vida das mulheres afetadas.

Palavras – chave: 1. Incontinência Urinária; 2. Urodinâmica; 3. Saúde da Mulher; 4. Técnicas de Diagnóstico Urológico.

Female urinary incontinence after urodynamic examination: associated variables.

Introduction: Urinary Incontinence (UI) is a common symptom at some stages of a woman's life. It has an important negative impact on women's daily activities and can adversely affect their quality of life. **Objective:** To investigate the profile of women with urinary incontinence (UI) seen at an urological treatment center, according to the type of UI present. **Methods:** This descriptive, exploratory, quantitative study was conducted with 150 women with UI who had undergone urodynamic study at an urological treatment center in Sao Jose do Rio Preto, SP, Brazil. The research methodology followed for this research was based on the collection of primary and secondary data, which were analyzed using univariate and multivariate analysis of variance. **Results:** Most women were white (119-79.33%), overweight (68-45.33%), homemakers (58-38.7%), and menopausal (80-53.3%); drank coffee (124-82.67%); did not perform any physical activity (98-65.33%); and had urethral hypermobility (UH) ((91-60.67%). One hundred and forty-two women had gone through childbirth. There were 331 deliveries, of which 54.98% were cesarean sections. We found a statistically significant association between weight change and type of UI ($p = 0.024$); menopause ($p=0.001$) and intrinsic sphincter deficiency (ISD) and detrusor instability (DI); gynecological surgery and ISD and DI ($p = 0.014$); hysterectomy and all types of UI ($p = 0.040$); and performance of physical activity and mixed UI ($p = 0.014$). **Conclusion:** The obtained data suggest that the prevention and control of UI include measures such as weight loss (decrease in BMI), exercise, pelvic floor-strengthening exercises and improved care at primary healthcare level. This subject offers a fertile field for investigation regarding diagnosis, treatment and new inter-and multiprofessional care delivery models that improve the quality of life of women with UI.

Keywords: 1. Urinary Incontinence; 2. Urodynamics; 3. Women's Health; 4. Diagnostic Techniques, Urological.

Incontinencia urinaria en mujeres sometidas a estudio urodinámico: variables asociadas.

Introducción: La incontinencia urinaria (IU) es un síntoma común que está presente en algunas fases de la vida de las mujeres, y tiene un impacto negativo en sus actividades diarias y en su calidad de vida. **Objetivo:** Conocer el perfil de mujeres con incontinencia urinaria (IU) que se sometieron a estudio urodinámico, según el tipo de IU sufrida. **Métodos:** Estudio descriptivo, exploratorio, cuantitativo, basado en la recogida de datos primarios y secundarios de 150 mujeres con IU tras estudio urodinámico en un centro urológico en Sao Jose do Rio Preto, SP, Brasil. Para analizar los resultados se utilizaron conceptos de estadística univariada y multivariada. **Resultados:** la mayoría de las mujeres eran: blancas (119-79,33%); tenían sobrepeso (68-45,3%); eran amas de casa (58-38,7%); estaban en la menopausia (80-53,33%); bebían café (124-82,67%); no hacían actividad física (98-65,33%); y tenían hipermovilidad uretral (HU) (91-60,67%). 142 mujeres habían vivido el proceso del parto. De un total de 331 partos, el 54,98% fueron cesáreas. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la existencia de cambio de peso y el tipo de IU ($p = 0,024$) y la HU; la menopausia y la deficiencia intrínseca del esfínter (DIE) y la inestabilidad del detrusor (ID) ($p = 0,001$); cirugía ginecológica y DIE e ID ($p = 0,014$); histerectomía y todos los tipos de IU ($p = 0,040$); y entre la realización de actividad física y la incontinencia mixta ($p = 0,014$). **Conclusión:** Los datos obtenidos sugieren que la prevención y el control de la IU requieren una disminución del IMC, la práctica de actividad física, la realización de ejercicios para el fortalecimiento de la musculatura pélvica y mejor atención a nivel primario de salud. Cabe señalar, además, que esta temática tiene mucho material que investigar y sacar a la luz en los aspectos de diagnóstico, tratamiento y nuevas directrices asistenciales interprofesionales y multiprofesionales que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las mujeres con IU.

Palabras clave: 1. Incontinencia Urinaria; Urodinámica; 3. Salud de la Mujer; 4. Técnicas de Diagnóstico Urológico.

INTRODUÇÃO

Introdução

Mulheres de todo o mundo vêm sofrendo com um sintoma muito frequente e comum, a Incontinência Urinária (IU), definida pela International Continence Society (ICS), como “qualquer queixa de perda de urina”, independente do grau de desconforto social ou higiênico que causa às pessoas afetadas.¹

Os estudiosos sobre o assunto relatam que entre 12 a 48% das mulheres têm algum grau de IU, enquanto a prevalência entre os homens varia de 11 a 34%. A qualidade de vida das mulheres com IU é prejudicada em diferentes aspectos, deixando claro que se trata de um problema de saúde pública, que os sintomas de perda de urina devem ser valorizados e as queixas investigadas, de modo a possibilitar que medidas terapêuticas preventivas e assistenciais sejam implementadas.¹⁻⁷

O problema torna-se ainda mais urgente ao ser considerado o impacto negativo que a perda de urina proporciona às mulheres. O desconforto de perder urina aos mínimos esforços, as idas frequentes ao banheiro, o constrangimento de ficar molhada grande parte do tempo, o desespero de perder urina durante o percurso até o banheiro, a restrição do tempo de permanência fora de casa, o incômodo pelo odor da urina, o controle de ingestão de líquidos e redução da interação social, entre outros desconfortos, conferem às mulheres afetadas sentimentos de medo, vergonha, constrangimento e humilhação, levando a agravos de ordem física, emocional, psicológica e social, que impactam diretamente em todos os aspectos da qualidade de vida.^{1, 3,4}

As causas que levam ao desenvolvimento da IU são diversas e vem sendo estudadas progressivamente, destacando-se: aspectos sociodemográficos como raça, idade e ser do sexo feminino¹⁻⁹; histórico clínico de saúde envolvendo doenças crônicas como hipertensão e diabetes, menopausa, constipação, número de gestações, quilogramas obtidos na gestação e trauma do assoalho pélvico proporcionado por cirurgia ginecológica prévia, tipo de parto, uso de fórceps, laceração, administração da ocitocina no trabalho de parto e uso da manobra de kristeller no expulsivo do parto;^{7,9-11}; hábitos de vida como tabagismo, consumo de cafeína e exercícios intensos na região abdominal.⁷⁻¹⁰

No período gestacional a IU pode ser mais frequente dada a crescente pressão do útero e do peso fetal nos músculos do assoalho pélvico que, associados à alterações hormonais, levam à redução da força da função de apoio do esfíncter uretral e à mobilidade do colo da bexiga e da uretra, tendo como consequência a perda de urina. Embora hábitos preventivos durante esta fase gestacional não exerçam impacto no aparecimento na IU na gestação, são efetivos no estabelecimento dos sintomas da IU no pós parto.^{7,12}

Os aspectos determinantes de aparecimento da IU podem ocasionar a perda de urina por dois motivos principais: esforço, classificando a IU como Incontinência Urinária aos Esforços (IUE), devido à Hiper mobilidade Uretral (HU) e à Deficiência Esfíncteriana Intrínseca (DEI); à hiperatividade detrusora ou Instabilidade do músculo detrusor (ID), na qual ocorre contrações involuntárias durante o enchimento vesical e a

denominada mista, quando a perda de urina ocorre pelo esforço juntamente com a instabilidade detrusora.^{1,2,5,6}

Conhecendo os motivos que levam às diferentes alterações fisiológicas que causam a IU, resta saber como tais aspectos interferem no tipo de IU apresentado. A maneira mais usada para auxiliar na abordagem da IU é a realização do estudo urodinâmico (EUD), que permite a análise da estabilidade do detrusor na fase de enchimento vesical, a perda urinária durante a manobra de Valsava, o fluxo/pressão e presença de obstrução infravesical. O EUD deve ser feito em associação com o levantamento da especificação das circunstâncias, da frequência e da gravidade das perdas urinárias, como forma de distinguir os vários mecanismos fisiopatológicos causadores da IU.¹³ Entretanto, alguns questionamentos são feitos em relação ao EUD, como: seu custo, que não permite que seja realizado em maior escala; pelo desconforto e constrangimento para a pessoa submetida, por se tratar de procedimento invasivo e pelo fato de muitas vezes não evidenciar os sintomas relatados, em especial nos casos de bexiga hiperativa.

Embora a literatura tenha evidenciado aspectos que interferem no aparecimento da IU, ainda são poucos os estudos que especificam a associação com os tipos de IU e suas subclassificações. Como a IU representa um agravo de importante impacto social, econômico, psicológico e físico, são válidos os estudos desta natureza. O diagnóstico do tipo de IU e do levantamento do perfil das mulheres permitem obter subsídios para que sejam traçadas intervenções que minimizem os sintomas apresentados, ou previnam seu

aparecimento, resultando em melhor qualidade de vida às mulheres no aspecto estudado.

O interesse de minha parte em pesquisar a IU deve-se ao fato de minha formação como enfermeira, sendo dever profissional buscar a prevenção de doenças e agravos à saúde e de minha vivência profissional em clínica de avaliação urodinâmica. Ao longo dos anos de atuação profissional nesta área, convivo com mulheres que realizam o EUD e acompanho suas queixas sobre o quanto sofrem com o problema, incluindo o sofrimento e constrangimento em ter que realizar o exame. Isso me instigou para investigar esta problemática, de modo que com o aprofundamento dos estudos, pudesse obter subsídios para a proposição e implantação de medidas para minimizar os desconfortos de mulheres submetidas a avaliação urodinâmica e também contribuir para a realização de outras pesquisas, seja no foco da prevenção ou do diagnóstico e tratamento da incontinência urinária. Assim, teve-se como objetivo de pesquisa:

1.1 OBJETIVO

Avaliar entre mulheres com incontinência urinária, submetidas a estudo urodinâmico, dados sociodemográficos, estilo de vida e antecedentes obstétricos e ginecológicos, segundo o tipo de incontinência que apresentavam.

MATERIAIS E MÉTODO

2. Materiais e Método

2.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, prospectivo, de abordagem quantitativa.

2.2 Aspectos Éticos

Preservando-se os aspectos éticos definidos em pesquisas envolvendo seres humanos, este estudo foi previamente submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto sob parecer nº 303.015. (APÊNDICE I)

2.3 Local de estudo

O estudo foi realizado no município de São José do Rio Preto, São Paulo, em um Centro de Diagnóstico e Tratamento Urológico, denominado “Urologia Eliseu Denadai”. O atendimento urológico neste estabelecimento de saúde envolve a atuação de 12 profissionais, sendo quatro médicos especialistas em urologia; um médico especialista em ultrassonografia; uma enfermeira; uma técnica de enfermagem, três secretárias e duas administradoras.

Os atendimentos neste centro urológico ocorrem de segunda à sextas-feira, das 07:00 às 18:00 horas, de pessoas com queixas urológicas, encaminhadas após avaliação

médica inicial, de origem particular, da saúde suplementar e de conveniados do Sistema Único de Saúde (SUS). Os procedimentos realizados são de consultas médicas na área de urologia, procedimentos cirúrgicos como vasectomia e postectomia; exames de ultrassonografia, cistoscopia, biópsia prostática e litotripsia, além do Estudo Urodinâmico (EUD). Em média, são realizados 100 EUD por mês.

2.4 População de estudo

A população de estudo foi constituída por mulheres adultas com incontinência urinária que realizaram avaliação urodinâmica no citado Centro de Diagnóstico e Tratamento Urológico, na cidade de São José do Rio Preto- SP.

Para a seleção das participantes do estudo utilizou-se amostra não probabilística por conveniência, de modo que foram incluídas as primeiras 30 mulheres que realizaram EUD, a cada mês, entre os meses de maio a setembro. Foram incluídas mulheres acima de 18 anos, fora do período gestacional e puerperal, sem déficit cognitivo e que aceitaram participar do estudo. Considerando tais variáveis, a amostra ficou constituída de 150 mulheres com IU, submetidas a estudo urodinâmico (EUD).

2.5 Coleta de Dados

Os dados foram coletados por meio de fontes de dados primárias e secundárias. Inicialmente, após convidar as mulheres que estavam passando por avaliação urodinâmica no local do estudo, forneceu-se informações detalhadas quando às condições de participação na pesquisa por meio da leitura do Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE I), sendo incluídas apenas aquelas que aceitaram participar mediante assinatura do TCLE.

Após essa etapa, as participantes responderam a um questionário auto-aplicável, estruturado, adaptado e elaborado com base em estudo na mesma temática, constituído por questões relacionadas à informações sociodemográficas, obstétricas, de saúde e hábitos de vida (APÊNDICE II).

Os dados relacionados ao tipo de IU apresentados pelas mulheres foram coletados por meio dos registros médicos arquivados no prontuário das participantes, após a realização do exame urodinâmico, sendo as IU classificadas como: IU aos esforços por Hiper mobilidade Uretral (HU), IU aos esforços por Deficiência Esfinteriana Intrínseca (DEI), IU por Instabilidade Detrusora (ID) e IU Mista (MISTA – IUE + ID).

2.6 Análise dos Dados

Na análise dos dados foram realizadas técnicas de estatística descritiva, uni e multivariada. Na abordagem univariada, as variáveis foram associadas mediante a aplicação do teste qui-quadrado (χ^2), comparadas pela aplicação do teste de Análise de Variância (ANOVA) com teste post-hoc de comparação múltipla de Tukey, ou teste de Kruskal-Wallis com teste post-hoc de comparação múltipla de Dunn quando $P < 0,05$.

A abordagem multivariada foi determinada pela aplicação da Análise de Correspondência Múltipla (ACM) a fim de observar a correspondência os tipos de Incontinência Urinária (IU). A Análise de Componentes Principais (ACP) foi aplicada com o objetivo de observar as relações entre as variáveis quantitativas e os tipos de IU.

Todos os testes estatísticos foram aplicados com nível de significância de 0,050. Os softwares utilizados para as análises mencionadas foram Minitab 17 (Minitab Inc.) e Statistica 10 (StatSoft Inc.).

No que se refere às análises dos dados obstétricos segundo o tipo de IU, foram consideradas 142 mulheres, uma vez que 8 (5,3%) das 150 mulheres participantes do estudo nunca tiveram partos e 6 (4%) nunca tiveram engravidado.

RESULTADOS

3. Resultados

Os resultados do estudo baseiam-se na análise de 150 mulheres com diagnóstico de incontinência urinária (IU), submetidas a estudo urodinâmico para verificação do tipo de IU. No que tange a antecedentes obstétricos, 6 (4%) das mulheres nunca engravidaram e 8 (5,33%) nunca tiveram partos, ficando então a amostra para a análise de dados obstétricos de 142 mulheres.

A Tabela 1 mostra o perfil geral das mulheres quanto aos dados sócio demográficos, de agravos à saúde, estilo de vida, antecedentes obstétricos e ginecológicos e tipo de IU, destacando-se nos dados obtidos: a idade variou de 28 a 86 anos e 80 (53,4%) tinham idade entre 38 a 57 anos; 119 (79,33%) eram da raça branca; 68 (45,3%) estavam com sobrepeso e 91(60,7) tinham engordado nos últimos anos; 58 (38,7%) não tinham ocupação remunerada.; 46 (30,7%) referiram hipertensão arterial; 17 (11,3%) referiram diabetes e 3 (2%) doença neurológica; 17 (11,3%) faziam uso de diurético; 59 (39,3%) tinham constipação intestinal; 40 (26,7%) tinham tosse frequente; 80 (53,3%) estavam na menopausa; 124 (82,7%) bebiam café diariamente; só 10 (6,7%) eram tabagistas e 39 (26%) referiram que fumavam anteriormente; 98 (65,3%) não faziam habitualmente atividade física; 80 (53,3%) nunca tiveram cirurgia ginecológica e o principal tipo de IU foi de Hiper mobilidade Uretral (HU), que acometia 91 (60,7%) das mulheres do estudo.

Tabela 1. Variáveis de caracterização amostral das mulheres com IU, submetidas a estudo urodinâmico. São José do Rio Preto, 2013.

	Variáveis de caracterização	N (150)	% (100)
Faixa Etária (anos)	28 a 37	11	7,3
	38 a 47	49	32,7
	48 a 57	31	20,7
	58 a 67	32	21,3
	68 a 77	19	12,7
	78 a 86	8	5,3
Raça	Asiática	2	1,3
	Branca	119	79,3
	Negra	7	4,7
	Parda	22	14,7
IMC	Ideal	42	28
	Obesidade I	27	18
	Obesidade II	12	8
	Obesidade III	1	0,67
	Sobrepeso	68	45,3
Mudança de peso	Emagreci	21	14
	Engordei	91	60,7
	Não alterei o peso	38	25,3
Ocupação	Setor agrícola	3	2,00
	Setor do comércio	11	7,3
	Do lar	58	38,7
	Setor do ensino	15	10
	Setor da saúde	4	2,7
	Sem ocupação	5	3,3
	Setor de serviços	47	31,3
	Serviços domésticos	7	4,7
	Hipertensão	Não	104
Sim		46	30,7
Diabetes	Não	133	88,7
	Sim	17	11,3
Doença neurológica	Não	147	98
	Sim	3	2
Uso de diurético	Não	133	88,7
	Sim	17	11,3
Constipação	Não	72	48
	Não, mas já teve	19	12,7
	Sim	59	39,3
Tosse frequente	Não	110	73,3
	Sim	40	26,7
Menopausa	Não	70	46,7
	Sim	80	53,3
Ingestão de café	Não	26	17,3
	Sim	124	82,7
Fuma	Não	101	67,3
	Não, mas já fumou	39	26
	Sim	10	6,7

Atividade física	Não	98	65,3
	Sim	52	34,7
Cirurgia ginecológica	Não	80	53,3
	Sim	70	46,7
Histerectomia	Não	104	69,3
	Sim	46	30,7
Perineoplastia	Não	104	69,3
	Sim	46	30,7
Sling	Não	143	95,3
	Sim	7	4,7
Tipo de IU	DEI	17	11,3
	HU	91	60,7
	ID	34	22,7
	Mista	8	5,3

Nas Tabelas de 2 a 4 são apresentados os dados sociodemográficos (Tabela 2), de agravos à saúde e estilo de vida (Tabela 3) e de antecedentes obstétricos- paridade (Tabela 4), relacionados ao tipo de IU.

Tabela 2. Variáveis sociodemográficas das mulheres com IU do estudo, segundo tipo de IU. São José do Rio Preto, 2013.

Variáveis	Tipo de IU				TOTAL	
	DEI n 17(%)	HU n 91(%)	ID n 34(%)	Mista n 8(%)		
Raça	Asiática	0 (0%)	0 (0%)	1 (2,9%)	1 (12,5%)	2
	Branca	13 (76,5%)	76 (83,5%)	25 (73,5%)	5 (62,5%)	119
	Negra	3 (17,6%)	2 (2,2%)	2 (5,9%)	0 (0%)	7
	Parda	1 (5,9%)	13 (14,3%)	6 (17,7%)	2 (25%)	22
Faixa etária (anos)	28 a 37	1 (5,8%)	6 (6,6%)	4 (11,7%)	0 (0%)	11
	38 a 47	4 (23,6%)	39 (42,8%)	4 (11,7%)	2 (%)	49
	48 a 57	3 (17,6%)	23 (25,3%)	4 (11,7%)	1 (14,3%)	31
	58 a 67	4 (23,6%)	15 (16,5%)	10 (29,5%)	3 (42,8%)	32
	68 a 77	4 (23,6%)	5 (5,5%)	8 (23,7%)	2 (28,6%)	19
	78 a 86	1 (5,8%)	3 (3,3%)	4 (11,7%)	0 (0%)	8
Ocupação	“Do Lar”	9 (50%)	33 (36,3%)	13 (38,3%)	3 (42,8%)	58
	Serviços	5 (27,8%)	29 (31,8%)	12 (35,2%)	1 (14,3%)	47
	Ensino	2 (11,2%)	10 (11%)	2 (5,9%)	1 (14,3%)	15
	Comércio	1 (5,5%)	7 (7,7%)	3 (8,8%)	0 (0%)	11
	Doméstica	1 (5,5%)	4 (4,4%)	2 (5,9%)	0 (0%)	7
	Sem ocupação	0 (0%)	2 (2,2%)	2 (5,9%)	1 (14,3%)	5
	Saúde	0 (0%)	4 (4,4%)	0 (0%)	0 (0%)	4
Agrícola	0 (0%)	2 (2,2%)	0 (0%)	1 (14,3%)	3	

DEI: (Deficiência Esfincteriana Intrínseca); **HU:** (Hiper mobilidade Uretral); **ID:** (hiperatividade detrusora ou Instabilidade do músculo detrusor); **M:** Mista

Pela Tabela 3 verifica-se que a IU do tipo HU foi a mais frequente entre as mulheres obesas 67(73,6%), principalmente com sobrepeso 39(42,8%). Outros dados que ficam ressaltados nesta Tabela são:

- Entre as mulheres que apresentaram peso ideal 11(32,4%) apresentaram ID, as mulheres obesas apresentaram maior frequência de IU do tipo HU 28(30,8%) e as mulheres com sobrepeso tiveram maior frequência de HU 39(42,8%).

- As mulheres que relataram aumento de peso nos últimos 10 anos tiveram IU do tipo HU 62(68,1%), do tipo DEI 8(47,1%), do tipo ID 17(50%) e do tipo mista 4(50%).

- As mulheres que referiram que não praticavam atividade física regularmente, 28(82,4%) tinham IU do tipo ID, 58(63,7%) tinham IU do tipo HU, 10(58,8%) do tipo DEI, das que relataram que praticavam exercícios físicos com frequência, destacou-se o tipo mista com 6(75%).

- A ingestão de café todos os dias foi relacionada com IU em 78(85,7%) das mulheres com HU, 14(82,4%) das mulheres com DEI, 26(76,5%) com ID e 6(75%) com mista.

- Entre as mulheres que fumavam ou já fumaram 6(35,3%) tinham IU do tipo DEI, 31(34%) tinham IU do tipo HU, 9(26,5%) do tipo ID e 3(37,5%) do tipo Mista.

- 80(53,3%) das mulheres estavam na menopausa, correspondendo a 25(73,5%) das que tinham IU do tipo ID, 12(70,5%) das que tinham IU do tipo DEI, 6(75%) das que tinham IU do tipo mista e 37(40,7%) das com IU do tipo HU.

- 26,7% das mulheres deste estudo tinham tosse frequente, principalmente as mulheres com IU do tipo DEI 6(35,3%).

- 52% das mulheres deste estudo tinham constipação intestinal ou já tiveram,

sendo mais frequente entre as mulheres com IU do tipo HU (41,7%) e do tipo DEI (41,2%).

- 30,7% das mulheres do estudo tinham hipertensão arterial, principalmente aquelas com IU do tipo DEI(35,3%) e do tipo ID (32,4%).

- Apenas 17(11,3%) das mulheres deste estudo tinham diabetes, sendo 11(12,1%) com IU do tipo HU.

Tabela 3. Variáveis quanto a saúde e estilo de vida das mulheres com IU do estudo, segundo tipo de IU. São José do Rio Preto, 2013.

Variáveis	Tipo de IU				TOTAL	
	DEI n (%)	HU n (%)	ID n (%)	Mista n (%)		
IMC	Ideal	5 (29,4%)	24 (26,4%)	11 (32,4%)	2 (25%)	42
	Obesidade I	4 (23,6%)	19 (20,9%)	3 (8,8%)	1 (12,5%)	27
	Obesidade II	0 (0%)	8 (8,8%)	3 (8,8%)	1 (12,5%)	12
	Obesidade III	0 (0%)	1 (1,1%)	0 (0%)	0 (0%)	1
Mudança de peso	Sobrepeso	8(47%)	39 (42,8%)	17 (50%)	4 (50%)	68
	Emagreceu	3 (17,6%)	8 (8,8%)	6 (17,6%)	4 (50%)	21
	Engordou	8 (47,1%)	62 (68,1%)	17 (50%)	4 (50 %)	91
Atividade física	Não mudou	6 (35,3%)	21 (23,1%)	11 (32,4%)	0 (0%)	38
	Sim	7 (41,2%)	33 (36,3%)	6 (17,6%)	6 (75%)	52
Menopausa	Não	10 (58,8%)	58 (63,7%)	28 (82,4%)	2 (25%)	98
	Sim	12 (70,5%)	37 (40,7%)	25 (73,5%)	6 (75%)	80
Ingestão de café	Não	5 (29,5%)	54 (59,3%)	9 (26,5%)	2 (25%)	70
	Sim	14 (82,4%)	78 (85,7%)	26 (76,5%)	6 (75%)	124
Fumo	Não	3 (17,6%)	13 (14,3%)	8 (23,5%)	2 (25%)	26
	Sim	0 (0%)	8 (8,8%)	2 (5,9%)	0 (0%)	10
Tosse frequente	Não, mas já fumou	11 (64,7%)	60 (66%)	25 (73,5%)	5 (62,5%)	101
	Sim	6 (35,3%)	23 (25,2%)	7 (20,6%)	3 (37,5%)	39
Constipação	Não	6 (35,3%)	23 (25,3%)	10 (29,4%)	1 (12,5%)	40
	Sim	11 (64,7%)	68 (74,7%)	24 (70,6%)	7 (87,5%)	110
Hipertensão	Não, mas já teve	7 (41,2%)	38 (41,7%)	12 (35,3%)	2 (25%)	59
	Sim	8 (47,1%)	42 (46,2%)	17 (50%)	5 (62,5%)	72
	Não	2 (11,7%)	11 (12,1%)	5 (14,7%)	1 (12,5%)	19
Diabetes	Sim	6 (35,3%)	27 (29,9%)	11 (32,4%)	2 (25%)	46
	Não	11 (64,7%)	64 (70,3%)	23 (67,6%)	6 (75%)	104
Diabetes	Sim	1 (5,9%)	11 (12,1%)	3 (8,8%)	2 (25%)	17
	Não	16 (94,1%)	80 (87,9%)	31 (91,2%)	6 (75%)	133

DEI: (Deficiência Esfincteriana Intrínseca); **HU:** (Hiper mobilidade Uretral); **ID:**(hiperatividade detrusora ou Instabilidade do músculo detrusor); **M:** Mista.

Na tabela 4, são apresentados dados sobre antecedentes obstétricos das mulheres deste estudo, segundo o tipo de IU. Verifica-se que 142 mulheres passaram pelo processo da parturição, com paridade entre uma e oito, resultando em 331 partos, sendo 182(55%) resolvidos por cesárea e 149(45%) via parto normal. Os tipos de IU que apresentaram foram na seguinte ordem: HU 89(62,7%), seguido por ID 29(20,4%), DEI 16(11,3%) e Mista 8(5,6%). Outros informes evidenciados na Tabela 4 são:

- 24 mulheres só tiveram 1 parto, sendo 8 (2,4%) normais e 16 (4,8%) cesarianas;

- 69 mulheres tiveram 2 partos, sendo 86 (25,9%) cesáreas e 52 (15,7%) partos normais;

- 38 mulheres tiveram 3 partos, sendo 73 (22,1%) cesáreas e 41 (12,4%) partos normais;

- 5 mulheres tiveram 4 partos, sendo 15 (4,5%) partos normais e 5 (1,5%) cesáreas;

- 3 mulheres tiveram 5 partos, sendo 14 (4,2%) partos normais e 1 (0,3%) cesárea;

- 2 mulheres tiveram 6 partos, sendo 11 (3,3%) partos normais e 1 (0,3%) cesárea;

- 1 mulher teve 8 partos, todos normais.

Tabela 4. Dados obstétricos das mulheres com IU do estudo, segundo tipo de IU. São José do Rio Preto, 2013.

Tipo e número de partos	Tipo de IU				TOTAL
	DEI n (%)	HU n (%)	ID n (%)	Mista n (%)	
1 PN	0 (0%)	5 (5,6%)	1 (3,4%)	2 (25%)	8
1 PC	2 (12,5%)	9 (10,1%)	2 (7%)	3 (37,5%)	16
1 PN 1 PC	0 (0%)	11 (12,4%)	3 (10,4%)	0 (0%)	14
2 PN	2 (12,5%)	10 (11,2%)	7 (24,1%)	0 (0%)	19
2 PC	5 (31,25%)	25 (28,1%)	6 (20,7%)	0 (0%)	36
2PN 1 PC	1 (6,25%)	4 (4,5%)	2 (7%)	0 (0%)	7
1 PN 2 PC	2 (12,5%)	4 (4,5%)	0 (0%)	0 (0%)	6
3 PN	1 (6,25%)	6 (6,8%)	0 (0%)	0 (0%)	7
3 PC	2 (12,5%)	10 (11,3%)	3 (10,4%)	3 (37,5%)	18
3 PN 1 PC	0 (0%)	1 (1,1%)	1 (3,4%)	0 (0%)	2
3 PC 1 PN	0 (0%)	1 (1,1%)	0 (0%)	0 (0%)	1
4 PN	0 (0%)	1 (1,1%)	1 (3,4%)	0 (0%)	2
4 PN 1 PC	1 (6,25%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1
5 PN	0 (0%)	1 (1,1%)	1 (3,4%)	0 (0%)	2
5 PN 1 PC	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,4%)	0 (0%)	1
6 PN	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,4%)	0 (0%)	1
8 PN	0 (0%)	1 (1,1%)	0 (0%)	0 (0%)	1
TOTAL	16	89	29	8	142

DEI: (Deficiência Esfincteriana Intrínseca); **HU:** (Hiper mobilidade Uretral); **ID:** (hiperatividade detrusora ou Instabilidade do músculo detrusor); **M:** Mista **PC=** Parto Cesárea – **PN =** Parto Normal.

A Tabela 5 mostra os percentuais referentes à caracterização dos casos de IU das mulheres avaliadas nesta pesquisa, observando-se: 149 (99,33%) perdia urina mais de uma vez no mês; para 133 (88,7%) com perda relacionada aos esforços e urgência; 62 (41,3%) referiram perda em pouca quantidade; 103 (68,7%) demoraram para procurar tratamento; em 113 (75,3%) a IU prejudicou as atividades laborativas, com stress 109 (72,7%), fadiga 100 (66,7%), baixa produtividade 95 (63,3%) e comprometendo a capacidade de concentração 97 (64,7%); 114 (76%) referiram perder urina ao andar e correr; 112 (74,7%) ao carregar peso e 111 (74%) ao empurrar objetos; 110 (79,1%) não perdiam urina quando grávidas; 114(76%) não deixam de fazer suas atividades por causa da IU; 78 (52%) tentavam algumas ações para diminuir o problema; 104 (69,3%)

usavam forro; 68 (65,4%) tinham irritação dérmica por causa forro; 68 (65,4%) não deixam de ingerir líquidos por causa da IU e 94 (62,7%) esvaziam a bexiga em tempo programado.

Tabela 5. Percentuais referentes aos fatores de caracterização de IU nas mulheres do estudo. São José do Rio Preto, 2013.

Fatores de caracterização da IU	n	%
Perda de urina mais de uma vez no mês	150	100
Não	1	0,7
Sim	149	99,3
Perda de urina por esforço	150	100
Não	17	11,3
Sim	133	88,7
Perda de urina por urgência	150	100
Não	38	25,3
Sim	112	74,7
Quantidade de urina perdida	150	100
Pequena	62	41,3
Média	60	40
Grande	28	18,7
Procura de tratamento para IU	150	100
Não	103	68,7
Sim	47	31,3
Tipo de tratamento procurado	47	100
Cirúrgico	16	34,1
Clínico	31	65,9
Alteração no trabalho devido à IU	150	100
Não	37	24,7
Sim	113	75,3
Falta de concentração devido à IU	150	100
Não	53	35,3
Sim	97	64,7
Baixa produtividade devido à IU	150	100
Não	55	36,7
Sim	95	63,3
Stress	150	100
Não	41	27,3
Sim	109	72,7
Fadiga	150	100
Não	50	33,3
Sim	100	66,7
Perda de urina ao carregar peso	150	100
Não	38	25,3
Sim	112	74,7
Perda de urina ao andar/correr	150	100
Não	36	24
Sim	114	76
Perda de urina ao empurrar objetos	150	100
Não	39	26

Sim	111	74
Deixa de realizar alguma atividade devido à IU	150	100
Não	114	76
Sim	36	24
Faz algo para diminuir o problema	150	100
Não	72	48
Sim	78	52
Evitar ingerir água/líquidos	150	100
Não	115	76,7
Sim	35	23,3
Uso de forro	150	100
Não	46	30,7
Sim	104	69,3
Irritação na pele devido ao uso do forro	104	100
Não	36	34,6
Sim	68	65,4
Esvazia a bexiga em tempo programado	150	100
Não	56	37,3
Sim	94	62,7

A seguir são apresentadas as análises estatísticas dos dados obtidos nesta pesquisa, realizadas com abordagens associativas, descritivas e multivariadas.

A Tabela 6 mostra os valores de p de associação da IU com estilo de vida, condições de saúde e antecedentes ginecológicos, resultando significativas aquelas com $p < 0,050$. Verificou-se cinco associações significativas com a IU: forte associação com mudança de peso ($p=0,024$), menopausa ($p=0,001$), ocorrência de cirurgia ginecológica ($p=0,014$), histerectomia ($p=0,040$) e ocorrência de atividade física ($p=0,014$). Vale esclarecer que os fatores diabetes, uso de diurético, uso de sling, ocorrência de perineoplastia e hábito de fumar não foram avaliados, por falta de representatividade amostral.

Tabela 6. Valores p de associação entre fatores de agravos à saúde, estilo de vida e antecedentes ginecológicos, em relação à IU.

Fatores	Valor p²
IMC	0,858
Mudança de peso	0,024
Hipertensão	0,944
Menopausa	0,001
Ingestão de café	0,624
Tosse frequente	0,618
Constipação	0,970
Cirurgia ginecológica	0,014
Histerectomia	0,040
Perineoplastia	0,098
Atividade física	0,014

Valor p inferior a 0,05 indica associação significativa.

Na Tabela 7 estão os informes quanto a associação significativa da IU com fatores de estilo de vida e antecedentes ginecológicos, revelando: em todos os tipos de IU houve aumento de peso das mulheres; para a IU tipo DEI houve um percentual considerável de pacientes que não sofreram mudança de peso; a IU do tipo mista acometeu percentual considerável de mulheres que diminuíram o peso. Mulheres que estavam na menopausa tinham IU mais relacionada aos tipos DEI, ID e mista, e entre aquelas que ainda não estavam na menopausa foi mais frequente a IU do tipo HU. Pacientes que foram submetidos à cirurgia ginecológica apresentaram, em sua maioria, casos de IU do tipo DEI e ID e pacientes que não foram submetidos à cirurgia ginecológica apresentaram, em sua maioria IU do tipo HU ou mista; a IU dos tipos DEI, HU e ID foram mais frequentes entre as mulheres que não realizavam atividades físicas e a mista naquelas que faziam atividades físicas.

Tabela 7. Associações significativas entre fatores de risco e tipo de IU. São José do Rio Preto, 2013.

Fatores de risco	Tipo de IU			
	DEI	HU	ID	Mista
Mudança de peso (P=0,024)				
Diminuição	3 (17,65%)	8 (8,79%)	6 (17,65%)	4 (50,00%)
Aumento	8 (47,06%)	62 (68,13%)	17 (50,00%)	4 (50,00%)
Não Mudou	6 (35,29%)	21 (23,08%)	11 (32,35%)	0 (0,00%)
Menopausa (P=0,001)				
Não	5 (29,41%)	54 (59,34%)	9 (26,47%)	2 (25,00%)
Sim	12 (70,59%)	37 (40,66%)	25 (73,53%)	6 (75,00%)
Cirurgia ginecológica (P=0,014)				
Não	5 (29,41%)	57 (62,64%)	13 (38,24%)	5 (62,50%)
Sim	12 (70,59%)	34 (37,36%)	21 (61,76%)	3 (37,50%)
Histerectomia (P=0,040)				
Não	9 (52,94%)	71 (78,02%)	19 (55,88%)	5 (62,50%)
Sim	8 (47,06%)	20 (21,98%)	15 (44,12%)	3 (37,50%)
Atividade física (P=0,014)				
Não	10 (58,82%)	58 (63,74%)	28 (82,35%)	2 (25,00%)
Sim	7 (41,18%)	33 (36,26%)	6 (17,65%)	6 (75,00%)

A idade também foi comparada como fator de influência no tipo de IU avaliada nesta pesquisa. Os dados da Tabela 8 indicam a presença de diferenças significativas na idade das pacientes em relação aos tipos de IU, de modo que aquelas com faixa etária maior tinham IU do tipo ID e as mais jovens tinham mais IU do tipo HU.

Tabela 8. Estatísticas descritivas da idade em relação ao tipo de IU. São José do Rio Preto, 2013.

Tipo de IU	Média±desvio padrão ²	Mediana	(Mín;Máx)	Valor P ¹
DEI (n=17)	57,76±12,35 ab	58,00	(36,0;78,0)	0,001
HU (n=91)	50,35±11,43 b	48,00	(31,0;79,0)	
ID (n=34)	59,21±16,26 a	60,00	(28,0;86,0)	
Mista (n=8)	59,88±9,73 ab	62,50	(47,0;71,0)	

Valor P referente ao teste Análise de Variância (ANOVA).² Letras distintas na mesma coluna indicam diferenças significativas a $p < 0,05$.

A Tabela 9 mostra as estatísticas descritivas de variáveis referentes a antecedentes obstétricos, comparando-se os valores p com o tipo de IU. Lembra-se que

dentre as 150 mulheres participantes desta pesquisa, 8 (%) nunca tinham engravidado.

Nota-se pelos valores de P superiores a 0,050 que os antecedentes obstétricos não influenciaram quanto ao tipo de IU.

Tabela 9. Estatísticas descritivas de variáveis referentes a antecedentes obstétricos de mulheres avaliadas no estudo, segundo tipo de IU. São José do Rio Preto, 2013.

Variáveis Obstétricas	Média±desvio padrão	Mediana	(Mín;Máx)	Valor P ¹ (comparativo com tipo de IU)
Nº de gestações	2,66±1,60	2,00	(0,0;12,0)	0,922
Nº de abortos	0,49±1,06	0,00	(0,0;10,0)	0,191
Nº de partos em casa	0,24±1,03	0,00	(0,0;8,0)	0,263
Nº de partos em hospital	1,92±1,06	2,00	(0,0;6,0)	0,232
Parto normal com episio	0,58±0,85	0,00	(0,0;3,0)	0,390
Parto normal sem episio	0,42±1,21	0,00	(0,0;8,0)	0,070
Parto normal com rotura	0,30±0,78	0,00	(0,0;5,0)	0,709
Parto normal sem rotura	0,68±1,19	0,00	(0,0;8,0)	0,219
Manobra de Kristeller	0,68±1,27	0,00	(0,0;8,0)	0,797
Occitocina	0,12±0,42	0,00	(0,0;3,0)	0,940
Uso de fórceps	0,07±0,26	0,00	(0,0;1,0)	0,403
Cesariana	1,18±1,03	1,00	(0,0;3,0)	0,217
Anestesia local	0,53±0,83	0,00	(0,0;3,0)	0,735
Anestesia epidural	1,21±1,04	1,00	(0,0;3,0)	0,191
Sem anestesia	0,28±1,10	0,00	(0,0;8,0)	0,125

¹Valor P referente ao teste de Kruskal-Wallis a $P < 0,05$ quando os tipos de IU foram comparados a cada uma das variáveis avaliadas.

A Tabela 10 mostra os valores P de associação com as características de perda urinária entre as mulheres desta pesquisa, mostrando que a só houve significância com relação à produtividade laboral ($P = 0,035$).

Tabela 10. Valores P de associação entre os fatores de caracterização de IU. São José do Rio Preto, 2013.

Fatores de Caracterização da IU	Valor P¹
Perda de urina por urgência	0,214
Quantidade de urina perdida	0,060
Procura de tratamento para IU	0,110
Tipo de tratamento procurado	0,258
Alteração no trabalho devido à IU	0,123
Falta de concentração devido à IU	0,137
Baixa produtividade devido à IU	0,035
Stress	0,254
Fadiga	0,079
Perda de urina ao carregar peso	0,997
Perda de urina ao andar/correr	0,865
Perda de urina ao empurrar objetos	0,963
Deixa de realizar alguma atividade devido à IU	0,341
Faz algo para diminuir o problema	0,151
Evitar ingerir água/líquidos	0,545
Uso de forro	0,712
Irritação na pele devido ao uso do forro	0,711
Esvazia a bexiga em tempo programado	0,118

Valor p referente ao teste qui-quadrado a $p < 0,05$.

Relacionando produtividade com tipo de IU verificou-se que a baixa produtividade foi associada mais fortemente com os tipos ID e mista.(Tabela 11).

Tabela 11. Associação entre os tipos de IU e a baixa produtividade laboral. São José do Rio Preto, 2013.

Baixa Produtividade	Tipo de IU			
	DEI	HU	ID	Mista
Não	7 (41,18%)	40 (43,96%)	6 (17,65%)	2 (25,00%)
Sim	10 (58,82%)	51 (56,04%)	28 (82,35%)	6 (75,00%)

A Tabela 12 mostra as estatísticas descritivas do tempo de ocorrência da IU, da frequência urinária por dia e do escore da interferência da IU na vida do paciente. O valor P expresso na Tabela é referente à comparação dessas variáveis em relação ao tipo de IU. Os resultados mostram que o tipo de IU não influenciou no tempo de ocorrência

da doença, na frequência urinária diária e no escore da interferência da IU na qualidade de vida das pacientes avaliadas no estudo.

Tabela 12. Estatísticas descritivas do tempo de ocorrência, frequência urinária e interferência da IU no cotidiano de vida. São José do Rio Preto, 2013.

Variáveis	Média±desvio padrão	Mediana	(Mín;Máx)	Valor P ¹ (comparativo com tipo de IU)
Tempo de ocorrência (anos)	3,87±4,73	3,00	(0,16;30,0)	0,491
Frequência urinária diária	5,91±2,01	6,00	(2,0;12,0)	0,979
Escore da interferência da IU	7,82±2,33	8,00	(0,0;10,0)	0,050

Valor p referente ao teste de Kruskal-Wallis a $P < 0,05$ quando os tipos de IU foram comparados a cada uma das variáveis avaliadas.

Os resultados da análise univariada mostraram, na maioria dos casos, a inexistência de associações significativas entre os tipos de IU e as variáveis investigadas nesta pesquisa. Nesse contexto, a estatística multivariada é uma alternativa que pode ser empregada a fim de observar certas relações entre as variáveis avaliadas quando essas relações não são possíveis de serem visualizadas na análise univariada.

Do ponto de vista estatístico, a possibilidade de aplicação de ferramentas multivariadas é importante e vem sendo uma tendência em trabalhos científicos, visto que a análise univariada apresenta certa limitação no que concerne à influência dos efeitos de todas as variáveis na variável resposta. A abordagem multivariada possibilita a análise estatística dos efeitos conjuntos de todas as variáveis coletadas na variável resposta, ou no caso desta pesquisa, permite avaliar o efeito de todas as variáveis estudadas em relação ao tipo de IU (sociodemográficas, agravos à saúde, estilo de vida e antecedentes ginecológicos e obstétricos).

Nesta pesquisa, abordagem multivariada empregada foi a Análise de

Correspondência Múltipla (MCA), que tem como idéia principal observar a disposição de todas as variáveis coletadas em um espaço bidimensional, permitindo avaliar a relação entre elas por meio do distanciamento em relação às variáveis resposta. Assim, quanto mais próximo as variáveis de caracterização estejam da variável resposta, maior será a relação entre elas. O contrário também é válido, ou seja, quanto maior o distanciamento entre tais variáveis, menor a correspondência entre elas.

A Figura 1 mostra a distribuição das variáveis de caracterização das pacientes no espaço bidimensional e a relação delas com os tipos de IU (variáveis resposta), observando-se quanto ao tipo de IU: o tipo HU em mulheres com idade até 49 anos; o tipo mista em mulheres com idade superior a 50 anos; as mulheres com IU do tipo ID ou DEI, apresentaram doença neurológica, tosse e constipação e foram submetidas a alguma cirurgia ginecológica, histerectomia, perineoplastia ou uso de sling. A cor/raça da mulher foi a única variável que não teve influência significativa nos tipos de IU.

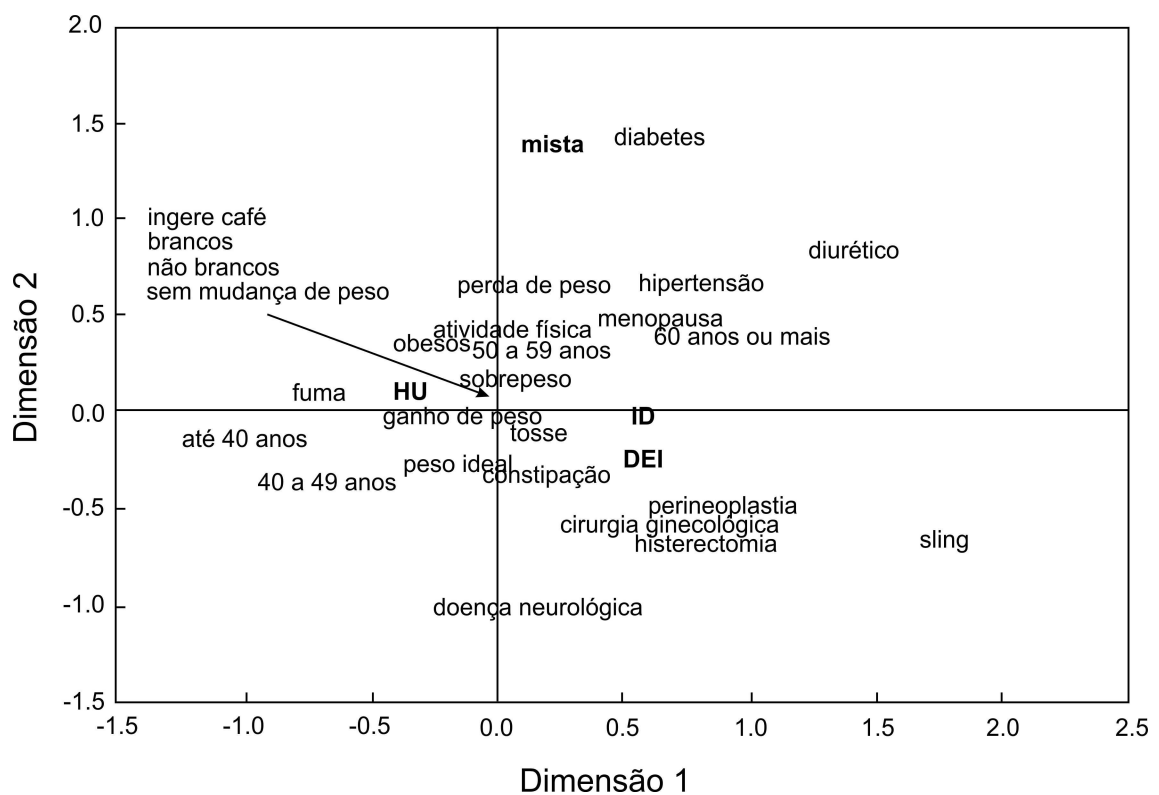


Figura 1. Configuração das variáveis sociodemográficas no espaço bidimensional gerado pela Análise de Correspondência Múltipla.

A Figura 2 mostra a distribuição das variáveis de caracterização dos tipos de IU no espaço bidimensional e a relação delas com os tipos de IU (variáveis resposta), verificando-se: as pacientes que apresentaram os tipos HU e DEI de IU perdiam urina em pequena quantidade; não teve relação com a gravidez; não houve alteração no trabalho ou baixa produtividade; não apresentaram estresse ou fadiga; não esvaziavam a bexiga em tempo programado. Entre as mulheres com IU dos tipos ID e mista, foi mais comum a relação com perder urina na gravidez, por urgência, em quantidades médias ou grandes, alteração no trabalho e precisavam programar o esvaziamento da bexiga. As mulheres que apresentaram IU do tipo HU e DEI, com perda de pouca quantidade de urina, não relataram grandes inconvenientes. A perda de urina por esforço, procura de

tratamento, perda ao carregar peso, ao correr ou andar, ao empurrar objetos e o fato de evitar ingerir água ou líquidos não se corresponderam de forma significativa com nenhum tipo de IU avaliado.

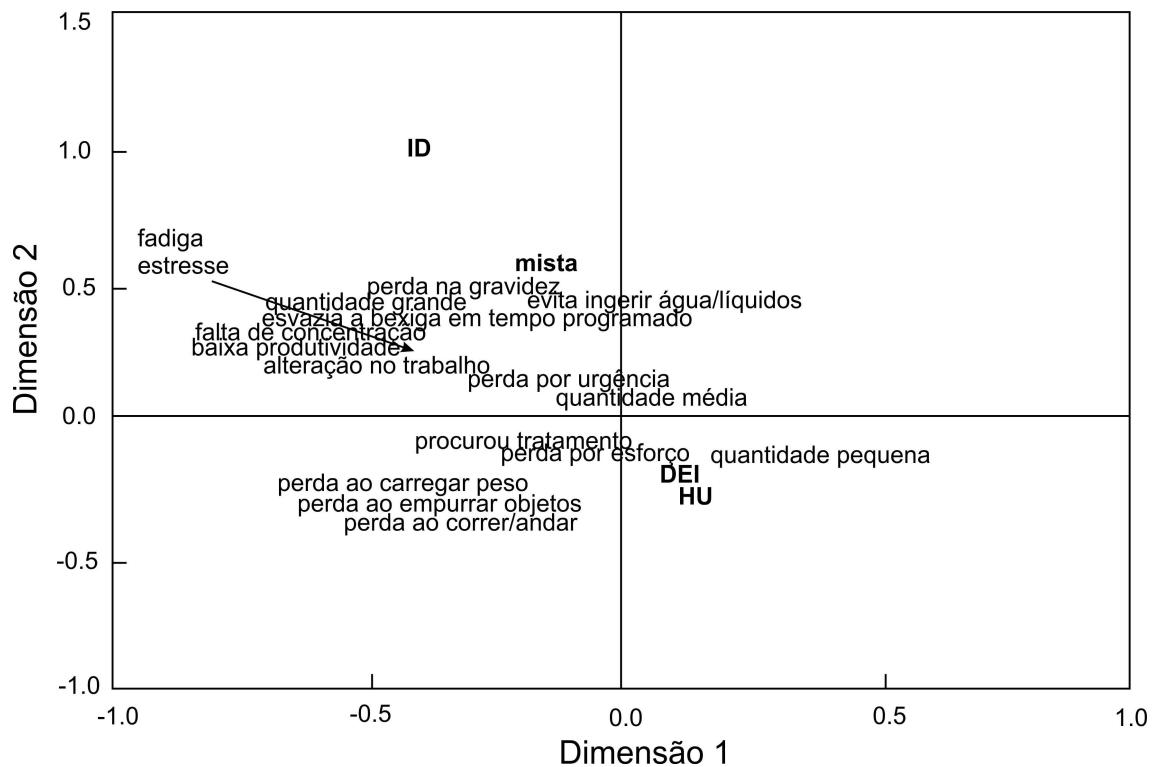


Figura 2. Configuração das variáveis de caracterização dos tipos de IU no espaço bidimensional gerado pela Análise de Correspondência Múltipla.

Além da análise de correspondência múltipla, as variáveis quantitativas referentes aos antecedentes obstétricos foram usadas, utilizando -se a Análise de Componentes Principais (ACP).

O objetivo central dessa análise é agrupar as variáveis em dois grupos menores, que explicam a maior parte da variação gerada pelos dados. Esses dois grupos de variáveis são denominadas de componentes principais. A ACP gera dois gráficos bidimensionais que permitem avaliar a relação entre as variáveis independentes e

dependentes pela sobreposição dos mesmos. A Figura 3 mostra os gráficos bidimensionais da ACP.

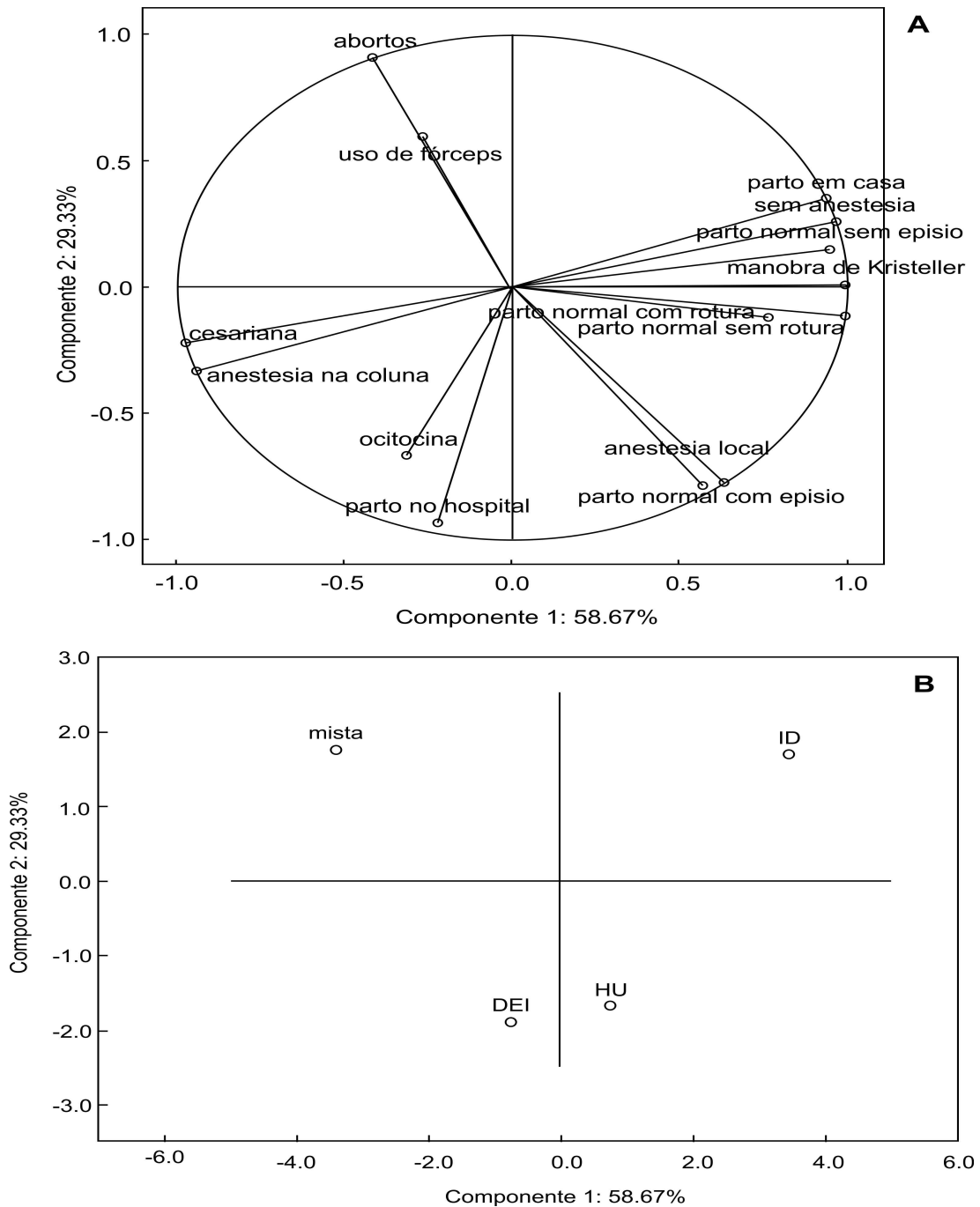


Figura 3. Análise de Componentes Principais das variáveis de caracterização da gravidez (A) e dos tipos de IU (B).

DISCUSSÃO

4. Discussão

A incontinência urinária (IU) representa um sério problema de saúde para as mulheres, sendo relacionada a variáveis sociodemográficas, condições de saúde, estilo de vida e antecedentes ginecológicos e obstétricos. Acomete as mulheres em ampla faixa etária, sendo mais frequente após os 40 anos. Verificando o tipo de IU com a idade, observou-se que a IU do tipo ID aparece com maior frequência nas mulheres idosas^{6,10,16} e a HU nas mais jovens.¹⁷

Associado à idade, estudos tem revelado que o sobrepeso e a obesidade entre idosas contribuem para os sintomas de IU e, em contraponto a esta constatação, há evidências de que a prática de exercícios físicos regularmente como forma de prevenção da obesidade previne e melhora os sintomas de IU.^{17,18}

A relação da idade com o tipo de IU mostrou-se distinta para as mulheres idosas e as mais jovens, contrapondo-se ao encontrado em outro estudo que avaliou as mesmas variáveis¹⁷.

Em outra pesquisa observou-se associação entre a IUE, que foi mais comum entre as mulheres de meia-idade (25,3% das mulheres com idades entre 35-44 anos), enquanto a incontinência de urgência foi mais comum em mulheres com idade superior a 75 anos (24,2%)¹⁹.

No que concerne à etnia, os achados encontrados foram semelhantes a obtidos em uma pesquisa de revisão da literatura, com evidências de maior prevalência de IU em mulheres da raça branca, nas diferentes faixas etárias.²⁰

O aumento de peso mostrou-se como agravante para a IU nesta pesquisa, fato

destacado em muitas investigações, que revelaram que independentemente da idade, um fator apontado no aparecimento da IU foi o peso elevado, sendo o IMC determinante na incidência e persistência de IU^{9-13,15,17-22}. Em pesquisa com mulheres com IU que tiveram perda de peso verificou-se melhora nos episódios de perda de urina, o que impactou positivamente na qualidade de vida delas.²²

Já em outra pesquisa, comparando mulheres com e sem IU, não se encontrou associação entre excesso de peso e oito dimensões de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS). Isso revela a complexidade e subjetividade nas dimensões de análise da Qualidade de Vida e da interferência de outros aspectos em sua avaliação²³⁻²⁵.

Ao se observar a relação da prática de exercícios e a presença de IU, é apontada a alta prevalência de queixas urinárias em mulheres praticantes de atividades físicas.²⁶

Por outro lado, diversos estudos destacam a importância da atividade física para a saúde, assim como para a melhora da IU, demonstrando maior frequência de perdas urinárias entre as idosas pouco ativas, seguido do grupo de sedentárias e do grupo das muito ativas⁶. Neste aspecto, é importante ressaltar que a realização de exercício físico rigoroso e de alto impacto pode ser fator predisponente para desenvolver IU em mulheres jovens e nulíparas, devido ao aumento da pressão intra-abdominal, como foi comprovado em mulheres praticantes de jump^{5,9}.

A ingestão diária de café pode ser um importante fator para o desenvolvimento de IU, pois a cafeína pode gerar instabilidade detrusora, que leva à perda de urina e sensação de urgência miccional. Da mesma forma, o tabagismo revela-se associado à perda de urina, uma vez que o fumo causa tosse frequente e os componentes do tabaco causam deficiência de estrógeno, fatos que podem levar ao desenvolvimento de IU⁹.

Com relação à menopausa, que é mostrada estatisticamente associada à perda de urina, sabe-se que alterações hormonais advindas desta condição afetam a musculatura pélvica⁷. Tal resultado vai ao encontro de dados do estudo que encontrou que 52,8% das mulheres na menopausa apresentaram IU, em especial na realização de esforços como tossir ou subir escadas, o que caracteriza IUE, não sendo apontado se também por HU ou DEI.²⁰

A proporção de mulheres com IU e com hipertensão arterial encontrada neste estudo foi correspondente a pesquisa que evidenciou a prevalência de IU em mulheres que faziam uso de diurético (21,4%)²². Da mesma forma, um estudo constatou associação 2,5 vezes maior para o desenvolvimento de IU entre portadores de diabetes,²⁴ já que a hiperglicemia em decorrência da diabetes provoca alterações no músculo e na matriz extracelular uretral²⁵.

Embora no presente estudo não tenha sido possível revelar a presença de associação entre IU e constipação intestinal, tem sido aventada a relação existente entre esses aspectos, principalmente à IUE, devido às lesões que pode provocar na musculatura pélvica, pela força realizada no momento da evacuação^{9,26,27}. Então, torna-se importante a promoção de ações educativas a mulheres, no tocante a alimentação rica em fibras, líquidos e vegetais, como forma de evitar a constipação intestinal.

No que se refere à cirurgia ginecológica prévia (histerectomia, perineoplastia e sling), cabe informar que a perineoplastia e o sling são geralmente usadas para a prevenção ou tratamento de IU, mas se mostraram ineficazes nas mulheres deste estudo. Já a histerectomia mostra-se como agravante para a IU, uma vez que a retirada do útero pode causar danos às estruturas que sustentam a bexiga e a uretra⁹. Em alguns estudos

foi evidenciado alta prevalência de IU em mulheres que foram submetidas à histerectomia, como também verificado em nossa pesquisa, com fraca associação entre histerectomia e a IUE porém forte associação entre histerectomia e IU mista.^{19,28}

Quanto aos tipos de IU mais prevalentes, em estudo que apresentou resultados similares à presente pesquisa, 72% das mulheres revelaram perda de urina ao tossir e espirrar, o que representa a IUE, e 61% apresentaram perda antes de chegar ao banheiro, o que caracteriza ID¹⁸, indo ao encontro a outros achados que evidenciam maior prevalência de IUE.²⁹

No que se refere aos dados obstétricos, a questão da relação do tipo de parto com o desenvolvimento de IU tem sido estudada, embora existam controvérsias. Vários estudiosos destacam que o parto vaginal confere maior risco ao desenvolvimento de IUE do que o parto cesariana.³⁰⁻³⁵ Em estudo que analisou a presença de problemas de saúde físicos comuns no pós parto, considerando os 3,6, 12 e 18 meses pós parto, concluiu-se que mulheres que tinham uma cesariana eram menos propensas a desenvolverem IU.³⁶

Neste estudo a frequência de IU em mulheres que tiveram parto vaginal ou cesariana foi semelhante, sendo que nos dois tipos de resolução do parto houve maior prevalência de IUE. Adicionalmente a estes achados, tem-se como certo que sintomas como frequência, noctúria e incontinência de urgência, comuns de serem desencadeados durante a gravidez, diminuem significativamente e tendem a desaparecer no período pós-parto. Observa-se também que sintomas relacionados com a perda urinária devido ao esforço geralmente persistem no período pós-parto tardio após o parto vaginal.³⁷

No entanto, ainda são escassos estudos controlados que revelam os fatores protetores da cesariana a longo prazo, sugerindo ser inadequada a afirmação de que fazer cesárea protege contra o aparecimento de IU. Ademais, ainda não foram realizados estudos controlados de mulheres que realizaram parto normal para se levantar evidências da eficiência da prática de exercícios físicos e preparo ao parto normal à prevenção do aparecimento de IU, sendo necessários estudos nesta temática.

Os incontestáveis benefícios para a mãe e o bebê, do parto vaginal bem indicado e bem conduzido, revelando-se que há controvérsias na literatura que apresenta a teoria de que eventos obstétricos e traumas no assoalho pélvico representariam risco ao desenvolvimento de IU. Foi evidenciado prevalência de IU e disfunção muscular do assoalho pélvico semelhantes entre mulheres submetidas ao parto normal e à cesariana, dois anos após a ocorrência do parto.³⁸

Neste tocante e ainda em relação aos antecedentes obstétricos, aponta-se que ter passado apenas por parto normal ou por cesárea com contração uterina, independentemente do número de gestações, são fatores associados à IUE, concordando com o presente estudo.³⁸ No entanto, ao se analisar o aparecimento de IU somente em mulheres que tiveram cesariana, também se observou alta prevalência de perda urinária, fornecendo assim elementos para se afirmar que a cesariana fornece proteção incompleta ou ocorre mal sustentação do assoalho pélvico na meia-idade.³⁹

Mesmo sendo apontado que a paridade é fator de risco para a IU, não parecem ser significativas as relações entre paridade e IU,⁴⁰ como também ficou demonstrado neste estudo.

Quanto ao trauma obstétrico, algumas investigações apontam que o trauma do parto contribui para o desenvolvimento e gravidade de IUE. ^{27,35,41}

O que fica bem destacado é que o parto vaginal resolvido por fórceps provoca mais laceração vulvo perineal, entre outros aspectos associados com o aparecimento de IU. ^{30, 41-44}. Estudos destacam que a inadequada realização deste procedimento é que está associada às disfunções do assoalho pélvico. No que se refere à lacerações vulvo-perineais, alguns estudos apontam que podem estar relacionadas à IUE e a IUM, aproximando-se do encontrado nesta pesquisa. ^{30,42-44}

O histórico de aborto nas mulheres que apresentam IU também é pouco estudado. Nesta pesquisa, a grande maioria das mulheres com IU não revelaram antecedentes de abortamento, resultado semelhante ao obtido por outros pesquisadores. ^{45,46}

No que diz respeito à analgesia durante o trabalho de parto, em estudo de revisão de literatura, foi apresentado que este fator ainda permite controvérsias, pois a analgesia epidural foi considerada como um fator de risco por provocar um prolongamento do segundo estágio do trabalho de parto, aumentando o risco de lesão do assoalho pélvico. Contrapondo-se a este argumento, outra pesquisa aponta que a anestesia epidural é fator de proteção à IU, devido ao relaxamento da musculatura do assoalho pélvico que provoca, prevenindo direta ou indiretamente o assoalho pélvico de trauma no segundo estágio do parto vaginal.⁹ Nesta pesquisa, a maioria das mulheres entrevistadas tiveram anestesia no trabalho de parto.

Durante a gestação, o peso da mulher juntamente com o peso do bebê, pode levar à perda de urina e isso é considerado como fator de risco para a IU pós parto,

especialmente a IUE, logo no primeiro ano após o parto. No presente estudo, 21% das mulheres apresentaram IU na gestação, proporção menor que a encontrada na literatura^{34,37, 43, 46, 47}

Nesta lógica, aponta-se uma que há relação entre o aparecimento da IU com o aumento de peso da gestante, já que algumas pesquisas concluem que o único fator de risco para disfunção muscular do assoalho pélvico foi o ganho de peso durante a gestação, especialmente entre gestantes cujo ganho ponderal foi entre 9 e 16 kg, aumentando o risco para o aparecimento de sintomas mais graves de IU, concordando com o presente estudo.^{37-39,42} Uma estratégia de prevenção da IU no pós parto durante a gravidez, é o treinamento muscular do assoalho pélvico, além da perda de peso pós parto, eficientes para a diminuição do risco de IU, especialmente a IUE e IUM.^{44,48-50}

Relacionando o peso dos recém-nascidos sobre os músculos do assoalho pélvico, entende-se que aqueles com maior peso provocam redução da força bem como da função de apoio ao esfíncter, o que pode causar mobilidade da uretra e posteriormente levar a incompetência do esfíncter uretral, com maior probabilidade de IU. Na presente pesquisa os recém-nascidos da maioria das mulheres tinham mais de 3000g, que também foi relatado em outros estudos, verificando-se que o percentual de mulheres com IU é maior em mulheres que tiveram bebês com peso ao nascer entre 3.000g e 3.999g.^{30, 37, 42, 48}

Muitas complicações que podem ocorrer no decorrer do trabalho de parto e no período expulsivo do parto podem ser reduzidas com cuidados obstétricos adequados e realizados com tecnologias apropriadas, pois a realização de intervenções desnecessárias pode trazer prejuízos para a mãe e seu conceito. O modelo de atenção obstétrica no

Brasil é destacado mundialmente como exageradamente intervencionista, tecnocrático, medicalizado e hospitalocêntrico, o que resultou no desonroso título de campeão de cesáreas no mundo. Também neste estudo verificou-se maior número de cesáreas 182(54,98%) entre os 331 partos que tiveram as 142 mulheres com IU participantes, lembrando-se que 8 (45,31%) eram nulíparas.

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde do Brasil lançou manuais técnicos e educativos para os profissionais que atendem à gestação e ao parto, mas são destacados em nosso meio que apesar da elevada cobertura de nosso sistema de saúde, a mulheres no envolver do ciclo gravídico–puerperal, persistem os indicadores maternos e perinatais ruins. Aventa-se que são reflexos da baixa qualidade da atenção obstétrica, usando-se práticas inapropriadas ou prejudiciais, em especial no período expulsivo do parto, como o uso inadequado de ocitocina, a posição de litotomia no parto, a episiotomia e a manobra de kristeller.⁵¹

A administração de ocitocina durante o trabalho de parto foi demonstrada em alguns estudos com associação da IUE ou IUM durante a gravidez e inversamente associados com o uso de ocitocina. O aparecimento de IUE ou IUM um ano após o primeiro parto vaginal foi fortemente associado a IU durante a gravidez e inversamente associado com o uso de ocitocina, sendo a IUE mais frequente, seguida de ID.^{30,43}

O modelo de atenção ao parto com uso excessivo de intervenções não encontra respaldo em estudos internacionais. A episiotomia foi justificada por muitos anos nos partos vaginais, mas suas características de proteção não foram comprovadas na prevenção de disfunções vesicais. Nesta pesquisa, a maioria das mulheres foram submetidas à episiotomia em seus partos vaginais e faziam tratamento para IU. Alguns

pesquisadores recomendam a episiotomia na preservação do períneo contra danos, sem especificar a relação com a IU.^{41-43, 51-53}

A prática da episiotomia se incorporou à rotina da assistência ao parto desde o início do século passado, sem que qualquer trabalho avaliasse seus riscos e benefícios tivesse sido realizado. Visando reduzir o dano causado pela laceração natural do períneo e a ocorrência posterior de incontinência urinária e fecal, além de proteger a criança do trauma do parto. Contudo, estudos controlados mais atuais evidenciam que a episiotomia aumenta o risco de laceração perineal de terceiro e quarto graus, de infecção e hemorragia, sem diminuir as complicações a longo prazo de dor e incontinência urinária e fecal.⁵¹

A compressão abdominal pelas mãos que envolvem o fundo do útero constitui a manobra de Kristeller, recurso que deve ser abolido pelas graves conseqüências que lhe são inerentes como trauma das vísceras abdominais, do útero e descolamento da placenta. Entretanto, a prática da manobra de Kristeller que empurra o feto pelo canal de parto, é uma violência obstétrica incorporada na assistência ao parto no Brasil, com grande prejuízo para mãe e bebê. Não tem qualquer evidência de contribuir no período expulsivo. Em muitas maternidades, mesmo de ensino, é sistematicamente realizada, inclusive pelo pediatra que vai receber o bebê, apesar de nunca ser registrada entre os procedimentos de condução do trabalho de parto. Em estudo de Sartori⁵⁴ a IU, o prolapso genital e a força do assoalho pélvico não foram significativamente diferentes entre grupos que sofreram ou não a manobra de Kristeller, revelando que ela parece não modificar a função do assoalho pélvico puerperal, embora seus danos ao conceito e à mãe se mantenham e aumente a utilização de episiotomia.

A revisão da literatura realizada nesta pesquisa revela que ainda há muito que ser pesquisado quanto à influência do parto normal na IU, assim como no fato que a cesariana não é capaz de prevenir a perda urinária. O que é certo é que são muitas as variáveis e fatores associados ao desenvolvimento da IU, sendo necessário mais investigações e que os profissionais de saúde da área orientem as mulheres quanto as medidas de prevenção e de controle da IU. No caso do ciclo gravídico-puerperal, é importante que as mulheres sejam orientadas a realizar treinamento muscular do assoalho pélvico durante a gravidez e pós parto, quanto a hábitos alimentares e estilo de vida, no enfoque principalmente da manutenção de peso adequado na fase gestacional e puerperal e realização de exercícios apropriados, de modo a prevenir disfunções do assoalho pélvico.

Mesmo não sendo um objetivo desta pesquisa, chamou nossa atenção o fato de muitas investigações terem sido realizadas nos últimos 15 anos e publicadas em periódicos de maior qualificação científica, grande parte feitas por pesquisadores brasileiros, sobre qualidade de vida (QV) em relação à perda urinária, na maioria entre mulheres. Esta é uma temática mais pesquisada por fisioterapeutas, mas também é relevante para o enfermeiro, em especial aqueles que atuam na área da saúde da mulher e em unidades de avaliação urodinâmica. As restrições que as mulheres têm no seu cotidiano de vida são relacionadas: às atividades sexuais, sociais e domésticas.^{3,4,28,55-80}

A avaliação da QV de mulheres com IU é frequentemente feita com uso do questionário genérico Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF-36) e um questionário específico para IU, o Incontinence Quality of Life Instrument (I-QOL),

além da verificação da perda urinária por meio do diário miccional de 24 horas e escala visual analógica.^{61-66,71-80}

Em algumas pesquisas aponta-se a relação da QV com o tipo de IU, verificando-se que é pior em mulheres com ID⁴; outra que é pior em mulheres com IU do tipo mista.²⁸ De qualquer forma, são muito importantes os estudos de QV em mulheres com IU, pois exigem o uso de instrumentos validados e específicos que permitem vislumbrar as causas e consequências da IU, os problemas de ordem física, higiênica, social e emocional das mulheres acometidas, além da associação de temáticas relacionadas a fatores etiológicos, de tratamento e elaboração de protocolos ou diretrizes assistenciais.⁷⁶⁻⁸⁰

A nosso ver, isso coloca em destaque o problema que esta condição de saúde representa nas diferentes fases do ciclo de vida humano e mostra-se como um campo de pesquisa de relevância para o aprofundamento de estudos, que subsidiem melhores condições de diagnóstico e tratamento e propostas de educação e atenção em saúde, particularmente no campo específico da enfermagem e de atuação do enfermeiro.

LIMITAÇÕES E FORTALEZAS DO ESTUDO

Facilidades encontradas na coleta de dados:

- Cooperação das mulheres em responder o questionário de coleta de dados;
- Facilidade em acessar os registros médicos;
- Facilidade das mulheres de lembrar detalhadamente seus antecedentes obstétricos;

Dificuldades encontradas na coleta de dados:

- Necessidade do pesquisador realizar a leitura do questionário por solicitação das participantes, demandando maior tempo de preenchimento do mesmo;
- Necessidade do pesquisador elucidar a interpretação de algumas questões do questionário;
- Existência de questões deixadas em branco pelas participantes do estudo, demandando que o pesquisador necessitasse buscar por tais informações após o preenchimento inicial do questionário.

Contribuições da Pesquisa:

Como já mencionado e destacado em algumas publicações que foram utilizadas nesta pesquisa, os resultados obtidos mostram a importância que o estudo da IU feminina tem, com suas especificidades no ciclo gravídico, após o parto, no climatério e menopausa, entre idosas e em situações específicas de agravos à saúde associados.

Vários profissionais têm estudado a temática com vistas a aprofundar conhecimentos para melhor atuação profissional, no estabelecimento de protocolos assistenciais que facilite o diagnóstico, as medidas de intervenção para prevenção, tratamento e controle.

Esta temática merece ações sistematizadas e compartilhadas dos diferentes profissionais da área de saúde, de forma que, aprofundados os conhecimentos e os limites de atuação de cada área profissional, cada um a seu modo contribua para melhor qualidade de vida da mulher afetada por IU e também no destaque de sua profissão e da preocupação com a humanização do atendimento nesse enfoque.

CONCLUSÕES

5. Conclusões

Os dados obtidos nesta pesquisa mostraram que as mulheres em exame urodinâmico eram predominantemente brancas, com IMC de sobrepeso, do lar, que ingeriam mais de duas xícaras de café por dia, que não praticavam atividade física e que apresentavam predominantemente IUE por hiper mobilidade uretral. A mudança de peso, o sobrepeso e a IUE por HU foram mais frequentes na histerectomia, todos os tipos de IU foram associados, a falta de realização de exercício físico teve uma frequência maior em DEI, HU e ID.

O perfil analisado sugere que as medidas de prevenção e controle da IU seriam uma diminuição do IMC, a prática de atividade física, o desenvolvimento de exercícios para o fortalecimento do assoalho pélvico e maior cuidado em nível de atenção básica de saúde, para prevenção de diabetes e hipertensão.

Ainda, os dados obtidos revelam o amplo campo de investigação que tem a IU feminina, para pesquisadores de diferentes áreas profissionais em saúde, nos aspectos de diagnóstico, terapêutica e outras diretrizes e protocolos assistenciais multi e interprofissionais, que contribuam para a melhoria da qualidade de vida das mulheres afetadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6. Referências Bibliográficas

1. Rincon Ardila A. Caracterización clínica de la incontinencia urinaria y factores asociados en usuarias de la Unidad de la Mujer del Centro de Salud Familiar “Ultraestación” en la ciudad de Chillán, Chile. *Rev. méd. Chile.* 2015; 143 (2): 203-212.
2. 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 (2): 265 – 70.
3. Pedro AF, Ribeiro J, Soler ZASG, Bugdan AP. Qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. *SMAD Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog* 2011; 7(2): 63-70.
4. Senra C, Pereira GM. Quality of life in women with urinary incontinence. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online]. 2015; 61 (2):178-183.
5. Almeida PP, Machado LRG. A prevalência de incontinência urinária em mulheres praticantes de jump. *Fisioter. mov.* 2012; 25(1): 55-65.
6. Virtuoso JF, Mazo GZ, Menezes EC. Prevalência, tipologia e sintomas de gravidade da incontinência urinária em mulheres idosas segundo a prática de atividade física. *Fisioter Mov.* 2012; 25(3): 571-82.
7. Sacomori C.; Negri NB.; Cardoso FL. Incontinência urinária em mulheres que buscam exame preventivo de câncer de colo uterino: fatores sociodemográficos e comportamentais. *Cad. Saúde Pública* [online].2013; 29(6): 1251-1259.

8. Rosa NM.; Inoue KC.; Silvino MCS.; Oliveira MLF. Tratamento da dermatite associada à incontinência em idosos institucionalizados: revisão integrativa. *Rev Rene*.2013;14(4):1031-40.
9. Higa R, Lopes MHBM, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(1):187-92.
10. Marques LP.; Schneider IJC.; Giehl MWC.; Antes DL.; d'Orsi E. Demographic, health conditions, and lifestyle factors associated with urinary incontinence in elderly from Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. *Rev. bras. Epidemiol*. 2015; 18(3): 595-606.
11. Oliveira E, Zuliani LMM, Ishicava J, Silva SV, Albuquerque SSR, Souza AMBde,Barbosa CP. Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, 2010; 56(6).
12. Sangsawang B. Risk factors for the development of stress urinary incontinence during pregnancy in primigravidae: a review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014; 178: 27–34.
13. Monteiro MVC.; Fonseca AMRM.; Filho ALS. Valor do estudo urodinâmico no tratamento da incontinência urinária. *FEMINA*.2012; 40(3): 135-9.
14. Herrmann V, Sessa RGdeGdi, Ricceto CLZ, Moraes SS, Castro EBde. Associação entre o escore do International Consultation on Incontinence Questionnaire: Urinary Incontinence/Short Form e a Avaliação Urodinâmica em mulheres com incontinência urinária. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. [online]. 2013;35 (1): 16-20.
15. Silva VA, D'Elboux MJ. Fatores associados à incontinência urinária em idosos

- com critérios de fragilidade. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2012, 21(2): 338-47.
- 16.** Patrizzi LJ, Viana DA, Silva LMA, Pegorari MS. Incontinência urinária em mulheres jovens praticantes de exercício físico. *R. Bras. Ci. e Mov.* 2014; 22(3): 105-110.
- 17.** Gomes GV, Silva GD. Incontinência urinária de esforço em mulheres pertencentes ao programa de saúde da família de Dourados (MS). *Rev Assoc MedBras.* 2010;56(6):649-54.
- 18.** Botlero R, Davis SR, Urquhartb DM, Shortreedb S, Bell RJ. Age-specific prevalence of, and factors associated with, different types of urinary incontinence in community-dwelling Australian women assessed with a validated questionnaire. *Maturitas.* 2009; 62:134-9.
- 19.** Leroy LS, Lopes MHB, Shimo AKK. A Incontinência urinária em mulheres e os aspectos raciais: uma revisão de literatura. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis.* 2012; 21(3): 692-701.
- 20.** Berlezi EM; Fiorin AAM; Bilibio PVF; 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(3):415-423.
- 21.** Subak LL, Wing R, West DS, Franklin F, Vittinghoff E, Creasman JM, et al. Weight Loss to Treat Urinary Incontinence in Overweight and Obese Women. *N Engl J Med* 2009; 360:481-490.
- 22.** Carreño LM, Angarita FA, Pinto AL, Delgado AN, García LM. Calidad de vida relacionada con salud e incontinencia urinaria en mujeres con exceso de peso de

- Bucaramanga, Colombia. Rev. Cienc. Salud. 2015; 13(1): 63-76.
23. Oliveira EG, Marinheiro LPF, Silva KS. Diabetes melito como fator associado às disfunções do trato urinário inferior em mulheres atendidas em serviço de referência. Rev Bras Ginecol Obstet. 2011; 33(12):414-20.
24. Marini, G; Rinaldi, J.C.; Damasceno,D.C.; Felisbino, S.L.; Rudge,M.V.C. Alterações da matriz extracelular causadas pelo diabetes: o impacto sobre a continência urinária. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2014; 36(7): 328-33.
25. Mourão FAG, Lopes LN, Vasconcellos NPC, Almeida MBA. Prevalência de queixas urinárias e o impacto destas na qualidade de vida de mulheres integrantes de grupos de atividade física. Acta fisiátrica. 2008; 15(3):170-175.
26. Perera J, Kirthinanda DS, Wijeratne S, Wickramarachchi TK. Descriptive cross sectional study on prevalence, perceptions, predisposing factors and health seeking behavior of women with stress urinary incontinence. BMC Womens Health. 2014; 14: 78.
27. Bomfim IQM; Soutinho RSR; Araújo EN. Comparação da Qualidade de Vida das Mulheres com Incontinência Urinária Atendidas no Sistema de Saúde Público e Privado. UNOPAR. Cient Ciênc Biol Saúde 2014;16(1):19-24.
28. Knorst MR, Resende TL, Goldim JR. Clinical profile, quality of life and depressive symptoms of women with urinary incontinence attending a university hospital. Rev Bras Fisioter, 2011; 15(2): 109-116.
29. Oliveira E; Zuliani LMM.; Ishicava J.; Silva SV.; Albuquerque SSR.; Souza AMB. Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina. Rev. Assoc. Med. Bras. 2010; 56(6): 688-690.

30. Thom DH.; Rortveit G. Prevalence of postpartum urinary incontinence: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010;89 (12): 1511-22.
31. Fritel X, Ringa V, Quiboef E, Fauconnier A. Female urinary incontinence, from pregnancy to menopause: a review of epidemiological and pathophysiological findings. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica.* 2012;91 (8): 901–10.
32. Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen TF, Milsom I. A comparison of the long-term consequences of vaginal delivery versus caesarean section on the prevalence, severity and bothersomeness of urinary incontinence subtypes: a national cohort study in primiparous women. *International Journal of Obstetrics & Gynaecology.* 2013;120(12):1548-1555.
33. Chang, S; Chen, K; Lin, H ; Lin, M ; Chang, T ; Lin, W. Association of Mode of Delivery With Urinary Incontinence and Changes in Urinary Incontinence Over the First Year Postpartum. *Obstetrics & Gynecology.* 2014; 123(3): 568-577.
34. Riesco MLG.; Fernandes KT.; Leister N.; Cruz CS.; Caroci AS.; Zanetti MRD. Incontinência urinária relacionada à força muscular perineal no primeiro trimestre da gestação: estudo transversal. *Rev. esc. enferm. USP.* 2014; 48(spe): 32-38.
35. Woolhouse, H., Perlen, S., Gartland, D. and Brown, S. J. Physical Health and Recovery in the First 18 Months Postpartum: Does Cesarean Section Reduce Long-Term Morbidity?. *Birth.* 2012; 39(3):221-9.
36. Botelho S, Silva JM, Palma P, Herrmann V, Riccetto C. Can the delivery method influence lower urinary tract symptoms triggered by the first pregnancy? *Int. braz j urol.* 2012; 38(2): 267-276.

-
37. Barbosa AMP.; Marini G.; Piculo F.; Rudge CVC.; Calderon IMP.; Rudge MVC. Prevalence of urinary incontinence and pelvic floor muscle dysfunction in primiparae two years after cesarean section: cross-sectional study. *São Paulo Med. J.* 2013;131(2): 95-99.
38. Dolan LM, Hilton P. Obstetric risk factors and pelvic floor dysfunction 20 years after first delivery. *Int Urogynecol J.* 2010; 21(5): 535-544.
39. Lima MC.; Moccelin GBA.; Silva MB.; Nogueira GB. Effect of mode of delivery and parities on the occurrence of urinary incontinence during pregnancy. *Fisioter. Mov.* Março 2015; 28(1):107-116.
40. Hijaz A, Sadeghi Z, Byrne L, Cheng-Tsung Hou J, Daneshgari F. Advanced maternal age as a risk factor for stress urinary incontinence: a review of the literature. *Int Urogynecol J.* 2012; 23(4): 395-401.
41. Lopes DBM, Praça NS. Prevalência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto e fatores relacionados. *Acta paul. Enferm.* 2012 ; 25(4): 574-580.
42. Handa VL, Blomquist JL, McDermott KC, Friedman S, Muñoz A. Pelvic Floor Disorders After Childbirth: Effect of Episiotomy, Perineal Laceration, and Operative Birth. *Obstet Gynecol.* 2012; 119(2 Pt 1): 233-239.
43. Svare JA.; Hansen BB.; Lose G. Risk factors for urinary incontinence 1 year after the first vaginal delivery in a cohort of primiparous Danish women. *Int Urogynecol.* 2014;25(1):47-51.
44. Cornélio TCP.; Carvalho BML.; Soares MBS.; Santos CR.; Filgueiras MC. Avaliação do perfil sociodemográfico e do impacto da incontinência urinária na

- qualidade de vida em mulheres atendidas no município de Parnaíba – Piauí. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2012; 10 (34): 1-6.
45. Souza JO, Mascarenhas CS, Nascimento ACP, Gonçalves AS, Pereira LC, Kuraiem MAP, Cruz AT. A prevalência de incontinência urinária em mulheres na pós-menopausa. *Revista Univap*. 2015; 21(37): 32-42.
46. Diez-Itza I, Arrue M, Ibañez L, Murgiondo A, Paredes J, Sarasqueta C. Factors involved in stress urinary incontinence 1 year after first delivery. *Int Urogynecol J*. April 2010; 21(4): 439-445.
47. Sangsawang B.; Sangsawang N. Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment. *Int Urogynecol J*. 2013; 24(6): 901–912.
48. Cerruto MA.; D’Elia C.; Aloisi A; Fabrello M.; Artibani W. Prevalence, Incidence and Obstetric Factors’ Impact on Female Urinary Incontinence in Europe: A Systematic Review. *Urol Int*. 2013;90:1–9.
49. Hernández RRV, Aranda ER, Aznar CT. Urinary incontinence and weight changes during pregnancy and post partum: A pending challenge. *Midwifery*. 2013;29(12):123–129.
50. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Pereira MN et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2014, 30 (suppl.1): S17-S32.

51. Bertozzi S.; Londero AP.; Fruscalzo A.; Driul L.; Delneri C.; Calcagno A.; Benedetto PD.; Marcheson D. Impact of episiotomy on pelvic floor disorders and their influence on women's wellness after the sixth month postpartum: a retrospective study. *BMC Womens Health*. 2011; 11: 12.
52. Stedenfeldt M, Pirhonen J, Blix E, Wilsgaard T, Vonon B .Anal incontinence, urinary incontinence and sexual problems in primiparous women – a comparison between women with episiotomy only and women with episiotomy and obstetric anal sphincter injury. *BMC Womens Health*. 2014; 14: 157.
53. Sartore A, Seta Fde, Maso G, Alberico S, Borelli M, Guaschino S. The effects of uterine fundal pressure (Kristeller maneuver) on pelvic floor function after vaginal delivery. *Arch Gynecol Obstet*, 2012. Nov, 286(5): 1135-9.
54. Oliveira Cde, Seleme M, Cansi PF, Consentino RDC, Kumakura FY. Moreira GA, Berghmans B. Urinary incontinence in pregnant women and its relation with socio-demographic variables and quality of life. *Rev Assoc Med Bras*. 2013; 59(5):460–466.
55. Fitz FF, Costa TF, Yamamoto DM, Resende APM, Stüpp L, Sartori MGF, Girão MJB, Castro RA. Impacto do treinamento dos músculos do assoalho pélvico na qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. *Rev Assoc Med Bras* 2012; 58(2):155-159.
56. Faria CA, Menezes AMNde, Rodrigues AO, Ferreira AdeLV, Bolsas CdeN. Incontinência urinária e noctúria: prevalência e impacto sobre qualidade de vida em idosas numa Unidade Básica de Saúde. *Rev. bras. geriatr. gerontol*. 2014, 17 (1): 17-25.

-
57. Faria CA, Moraes JRde, Monerat BRD, Veridiano KA, Hawerth PAMM, Fonseca SC. Impacto do tipo de incontinência urinária sobre a qualidade de vida de usuárias do Sistema Único de Saúde no Sudeste do Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2015, 37 (8): 374-380.
58. Moccasin AS, Rett MT, Driusso P. Incontinência urinária na gestação: implicações na qualidade de vida. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2014, 14 (2): 147-154.
59. Caetano AS, Tavares MdaCGCF, Lopes BHBdeM, Poloni RL. Influência da atividade física na qualidade de vida e auto-imagem de mulheres incontinentes. *Rev Bras Med Esporte.* 2009, vol.15, n.2, pp. 93-97.
60. Lopes MHBdeM, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev. esc. enferm. USP.* 2006, vol.40, n.1, pp. 34-41.
61. Franco MdeM, Souza FdeO, Vasconcelos ECLMde, Freitas MMSde, Ferreira CHJ. Avaliação da qualidade de vida e da perda urinária de mulheres com bexiga hiperativa tratadas com eletroestimulação transvaginal ou do nervo tibial. *Fisioter pesqui.* 2011; 18(2): 145-150.
62. Tamamini JTN, D'Ancona CAL, Botega NJ, Rodrigues Netto Jr N. Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. *Rev. Saúde Pública [online].* 2003, 37 (2): 203-211.

-
63. Royer CdeS, Basso DmdaS, Russo JdosS, Guedes RG, Resende TdeL. Avaliação da qualidade de vida antes e depois de tratamento fisioterapêutico para incontinência urinária. *Fisioter pesqui* 2013; 20(3): 204-20.
64. Tennstedt SL, Chiu GR, Link CL, Litman HJ, Kusek JW, McKinlay JB. The effects of severity of urine leakage on quality of life in Hispanic, white, and black men and women: the Boston community health survey. *Urology* 2010; 75(1):27-33.
65. Dedicção AC; Haddad M, Saldanha MES, Driusso P .Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. *Braz J Phys Ther.* 2009; 13(2): 116-122, mar.-abr. 2009.
66. Fischer-Sgrott FO, Manffra EF, Busato Junior WFS. Qualidade de vida de mulheres com bexiga hiperativa refratária tratadas com estimulação elétrica do nervo tibial posterior. *Braz J Phys Ther* 2009; 13(6): 480-486.
67. Gomes AGP, Veríssimo JH, Santos KFodos, Andrade Cgde, Costa ICP, Fernandes MdasGdeM. Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres. *Rev. baiana enferm* 2013; 27(2): 181-192.
68. Faria K, Pedrosa LAK, Kelly. Avaliação da qualidade de vida e função sexual de mulheres com e sem incontinência urinária. *Rev. eletrônica enferm* 2012; 14(2): 366-73.
69. Rett MT, Simões JÁ, Hermann V, Gurgel MSC, Morais SS. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2007; 29(3): 134-140.

70. Auge AP, Zuchi CM, Costa FMPda, Nunes K, Cunha LPdeM, Silva PVFda, Ramos TU. Comparações entre os índices de qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária submetidas ou não ao tratamento cirúrgico. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006; 28(6): 352-357.
71. Fonseca ESM, Camargo ALM, Castro RdeA, Sartori MGF, Fonseca MCM, Lima GRde, Girão MJBdeC. Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2005; 27(5): 235-242.
72. Borges JBR, Ner L, Sigrist RMS, Martins LO, Guarisi T, Marchesini AC. Einstein (São Paulo). 2009, 7 (3): Assessing quality of life of women with urinary incontinence using the Kings Health questionnaire. *Einsten (São Paulo)* 2009; 7(3):308-13.
73. Câmara CNdaS, Pinto DdaS, Brito MVH, Maruoka FY, Alves CCFdaS, Rabelo CdoSdeS. Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida em um grupo de mulheres de 40 a 70 anos. *Rev. para. Med.* 2009; 23(1).
74. Lazari ICF, Lojudice DC, Marota AG, Avaliação da qualidade de vida de idosas com incontinência urinária: idosas institucionalizadas em uma instituição de longa permanência. *Rev. bras. geriatr. Gerontol.* 2009;12(1):103-112.
75. Cordeiro GVB, Chein MBdaC, Santos SMdos, Brito LMO. Qualidade de vida na perspectiva de mulheres climatéricas com incontinência urinária. *Reprod. clim* 2011; 26(3): 92-96.
76. Castaneda L, Plácido T. Ligação do king's heath questionário com a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde, para avaliação de pa-

- cientes com incontinência urinária pós cirurgia oncológica ginecológica. *Acta fisiátrica* 2010;17(1).
77. Pivetta HMF, Braz MM, Bonhen A, Rigodanzo H, Ziegler N, Zambon M. A incontinência urinária no universo feminino: incidência e qualidade de vida. *Fisioter. Bras* 2010; 11(1): 9-11.
78. Gomes DAGdaS, Tavares AB, Cárdenas CJd, Vianna LG. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com perda urinária: atendimento no Ambulatório de Gineco-Obstetrícia e Urologia da UCB. *J. bras. med* 2008; 95(3): 8-14.
79. Oliveira JdeMS, Salgado LBG, Schimitt ACB, Rosa LCLda. Correlação entre sintomas urinários e qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. *Fisioter. Pesquisa* 2007; 14(3): 12-17.
80. Klüber L, Moriguchi EH, Cruz IBMda. A influência da fisioterapia na qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária: revisão. *Rev. med. PUCRS*, 2002; 12(3): 243-249.

APÊNDICES

Apêndice I**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Meu nome é Juliana Cristina Pereira da Silva, sou enfermeira e estou realizando uma pesquisa sob orientação da Prof^a. Dra Zaida Aurora Sperli Geraldês Soler, Livre-docente em Enfermagem, docente da graduação e pós-graduação, Enfermeira do Trabalho e Diretora Adjunta de Extensão de serviços à Comunidade da FAMERP, sobre **“Incontinência urinária em mulheres submetidas a estudo urodinâmico: variáveis associadas”**, esta pesquisa tem como objetivo analisar os fatores de risco associados à perda urinária em mulheres que realizaram o estudo urodinâmico. Solicitamos sua colaboração em responder ao questionário abaixo, informando que haverá sigilo dos dados e seu anonimato, garantimos que não há riscos de qualquer natureza e além do que você tem a liberdade de retirar seu consentimento e da pesquisa a qualquer momento. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as dos demais participantes, não sendo divulgada a identificação dos mesmos. Os pesquisadores se comprometem a utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa. Em caso de qualquer dúvida ou denúncia em relação a esta pesquisa entrar em contato pelo telefone e endereços: Juliana Cristina Pereira da Silva, Rua: da Fé nº265 apto402, bairro Jardim Urano, São José do Rio Preto-SP, fone: (17)3301 4288 ou com o Comitê de Ética e Pesquisa da FAMERP – Av. Brigadeiro Faria Lima, nº5416, fone (17)3201-5700 ramal 5813. Contando com sua colaboração, antecipadamente agradecemos e colocamo-nos a disposição para melhores esclarecimentos.

Eu,.....RG:..... sinto-me suficiente e devidamente esclarecida sobre o objetivo desta pesquisa, como está escrito neste termo, e consinto em participar da mesma por livre vontade, não tendo sofrido nenhuma forma de pressão ou influência indevida.

Data:..... Assinatura:.....

Juliana Cristina Pereira da Silva

Prof^a .Dr^a Zaida Aurora Sperli Geraldês Soler

Apêndice II

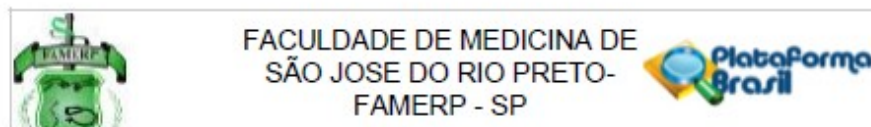
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS					
Projeto: Incontinência Urinária em Mulheres pós estudo urodinâmico: Fatores de risco associados.					
Número de identificação: _____					
Data da coleta dos dados: _____ / _____ / _____					
Solicito que a sua resposta seja realizada com toda a seriedade, pois será a informação mais importante para o desenvolvimento deste estudo, os dados aqui coletados serão analisados pela pesquisadora responsável, lembrando que será mantido total sigilo. Por favor, marque com um X o número que corresponde à sua resposta.					
Dados sócio-demográficos					
1.	Idade: _____ anos.				
2.	Raça	1	branca		
		2	negra		
		3	indígena		
		4	asiática		
		5	branca+negra		
		6	branca+indígena		
		7	branca+asiática		
		8	negra+indígena		
		9	negra+asiática		
		10	indígena + asiática		
3.	Qual é o seu peso? _____ kg				
4.	Qual é a sua altura? _____ m				
5.	Ocupação: _____				
Antecedentes Pessoais					
6.	Você tem hipertensão?	1	SIM → Faz tratamento com diurético?	1	SIM
				2	NÃO
				3	NÃO SEI
7.	Você tem diabetes?	1	SIM	2	NÃO
				3	NÃO SEI
				8.	Você tem doença neurológica?
3	NÃO SEI				
9.	Você já entrou na menopausa?	1	SIM		
				3	NÃO SEI
				10	Você toma café diariamente?
11	Você fuma?	1	SIM → Quantos cigarros fuma por dia?		
				2	11 a 20

				3	menos de 10				
		2	NÃO, MAS JÁ FUMEI						
		3	NÃO						
12	Você tem freqüentemente ataques de tosse?	1	SIM						
		2	NÃO						
13	Você tem o intestino preso? (ou seja, tem fezes excessivamente duras e secas e faz muito esforço para evacuar).	1	SIM						
		2	NÃO, MAS JÁ TIVE						
		3	NÃO						
Antecedentes Obstétricos									
14	Quantas vezes você ficou grávida? _____ vezes.								
15	Você abortou alguma vez?	1	SIM → Quantas vezes? _____						
		2	NÃO						
Se você nunca teve parto pule para a questão nº17									
No quadro abaixo mostre como foi cada parto que você teve colocando um X nas respostas corretas, o peso do bebê e a sua idade em cada parto.									
16			1° parto	2° parto	3° parto	4° parto	5° parto	6° parto	parto
	Parto em casa								
	Parto no hospital								
	Parto normal com episio (com "corte" por baixo)								
	Parto normal sem episio (sem "corte" por baixo)								
	Parto normal com rotura ("rasgou" por baixo)								
	Parto normal sem rotura (não "rasgou" por baixo)								
	Apertaram a barriga para o bebê nascer? (manobra de Kristeller)								
	Foi administrado sorinho(ocitocina)?								
	Não sei se tive episio								
	Parto fórceps								
	Cesariana								
	Tomei anestesia local								
	Tomei anestesia na coluna								
	Não sei se tomei anestesia								
	Não tomei anestesia								
	Quantos Kg engordou na gravidez?								
	Quanto pesou o bebê?								
	Qual a sua idade no parto?								
	Você perdeu urina durante a gestação?								
17	Você pratica esporte, ginástica ou atividade	1	SIM	a) Qual esporte, ginástica ou atividade física você pratica?					

	física?			b) Quantos dias na semana _____ dias
		2	NÃO	
Sintomas de Incontinência Urinária				
18	Durante o último ano, você perdeu urina (sem querer, na calcinha) pelo menos uma vez no mês?	1	SIM	
		2	NÃO	
19	Você perde urina quando tosse, espirra, faz força ou carrega peso?	1	SIM	
		2	NÃO	
20	Você perde urina antes de chegar ao banheiro depois de sentir forte vontade de urinar ou sem perceber?	1	SIM	
		2	NÃO	
21	Você perde urina de alguma outra forma, diferente das duas perguntas anteriores?	1	SIM → COMO?	
		2	NÃO	
22	Há quanto tempo você perde urina?			_____ anos e _____ meses.
23	Qual a quantidade de urina que você perde?	1	Pequena (gotas)	
		2	Média (menos de 50ml)	
		3	Grande (mais de 50 ml)	
24	Você já procurou por algum tratamento médico?	1	SIM	
		2	NÃO → Se não, por que?	
25	Você teve alguma alteração nas suas atividades de trabalho devido à incontinência urinária?	1	SIM	
		2	NÃO	
26	Você sente falta de concentração no trabalho?	1	SIM → Porque?	
		2	NÃO	
27	Você percebe uma baixa produtividade?	1	SIM → Porque?	
		2	NÃO	
28	Você tem stress durante o trabalho?	1	SIM → Porque?	
		2	NÃO	
29	Você sente muita fadiga no trabalho?	1	SIM → Porque?	
		2	NÃO	
30	Existe alguma atividade, que você realiza no trabalho, que aumenta a freqüência de perda de urina?	1	SIM	
		a)	Carregar peso/ fazer esforço	
		b)	Andar rápido/ correr	
		c)	Empurrar objetos	
		d)	Mais alguma coisa?	

		2	NÃO
31	Existem algumas atividades no seu trabalho que você não realiza ou evita realizar devido à perda de urina porque exigem esforços?	1	SIM
		2	NÃO
32	Você faz alguma coisa para diminuir os problemas com a incontinência urinária?	1	SIM
		2	NÃO
33	Você evita tomar água e outros líquidos?	1	SIM
		2	NÃO
34	Você usa forro/ absorvente higiênico?	1	SIM → Troca quantas vezes no período de trabalho? _____ vezes
		2	NÃO
35	Você esvazia a bexiga em tempo programado?	1	SIM → Qual intervalo? _____
		2	NÃO
36	Você toma menos café?	1	SIM → Tomava quantas xícaras (de café) antes? _____ xícaras (de café)
		2	NÃO
37	Você tem ou já teve algum problema por causa das coisas que você faz para diminuir os problemas com a incontinência urinária?	1	SIM
		2	NÃO
38	Você já teve desidratação?	1	SIM
		2	NÃO
39	Você teve infecção urinária?	1	SIM
		2	NÃO
40	Você já teve irritação na pele pelo uso de absorvente higiênico?	1	SIM
		2	NÃO
41	Quantas vezes você interrompe trabalho para ir ao toalete durante a jornada diária? _____ vezes		
40	Quanto a perda de urina interfere em sua vida. Assinale de 0 a 10 o quanto ela interfere (sendo zero nenhuma interferência e 10 muita interferência). 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
Sentimentos			
Como se sente em relação à perda de urina ? O que o fato de perder urina atrapalha em sua vida?			

Anexo I



Continuação do Parecer: 547.498

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP está ciente do Relatório Parcial encaminhado a Plataforma Brasil em 06/03/2014.

SAO JOSE DO RIO PRETO, 06 de Março de 2014

Assinador por:
Fernando Batigália
(Coordenador)

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416
Bairro: VILA SAO JOAO CEP: 15.090-000
UF: SP Município: SAO JOSE DO RIO PRETO
Telefone: (17)3201-5813 Fax: (17)3201-5813 E-mail: cepfamerp@famerp.br

MANUSCRITO

Manuscrito

Fatores associados a incontinência urinária entre mulheres submetidas a exame urodinâmico.

Juliana Cristina Pereira da Silva

Mestranda da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Rua da Fé, 265, Apto 402/04. Bairro, Jardim Urano, CEP:15084-230. São José do Rio Preto – SP. Telefone: (017) 33014288. E-mail: julianapereira.enf@gmail.com

Profa. Dra. Zaida Aurora Sperli Geraldês Soler

Professora Livre docente na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto – SP, Brasil .Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5416, Vila São Pedro. CEP: 15090-000. São José do Rio Preto, SP. Telefone: (017) 32015700. E-mail: zaidaurora@gmail.com Orientadora da pesquisa.

Profa Dra. Anneliese Domingues Wysocki

Professora Doutora da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG – SP, Brasil. Avenida Dr. Odilon Fernandes, 420, Estados Unidos. CEP 38017-030. Uberaba, MG. Telefone: (017) 32270559. E-mail: lilisew@yahoo.com.br Co-Orientadora da pesquisa.

Este trabalho faz parte da dissertação de mestrado da primeira autora, com orientação e co-orientação das outras autoras, realizada junto ao Programa de Pós – Graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico – da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP.

RESUMO

Fatores associados a incontinência urinária entre mulheres submetidas a exame urodinâmico.

Objetivo: Relacionar o tipo de incontinência urinária determinada pelo exame de urodinâmica em mulheres à fatores associados. **Método:** Estudo descritivo, transversal analítico, realizado com 150 mulheres em que faziam EUD em um centro urológico. Os dados foram analisados por meio de estatística uni e multivariada. **Resultados:** Ficaram destacados: brancas (79,3%); com sobrepeso (45,3%); na menopausa (53,33%); ingeriam café (82,7%), sedentárias (65,3%); fizeram parto normal (72–51,4%), com episiotomia (58–80%) e sofreram manobra de Kristeller (50–69%); 60,7% apresentavam hiper mobilidade uretral (HU); as associações estatísticas significantes foram com mudança de peso e HU ($p=0,024$), menopausa com deficiência esfíncteriana intrínseca (DEI) e instabilidade detrusora (ID) ($P=0,001$); cirurgia ginecológica com DEI e ID ($p=0,014$); histerectomia com todos os tipos de IU ($p=0,040$) e realização de atividade física com IU mista ($p=0,014$). **Conclusão:** Houve associação estatisticamente significativa entre o tipo de IU e mudança de peso, menopausa, histerectomia e realização de atividade física, sugerindo que a prevenção da IU exige orientação sobre modificações no estilo de vida, melhor controle dos agravos de saúde e práticas de fortalecimento da musculatura pélvica.

Descritores: Incontinência Urinária, Fatores de risco; Urodinâmica; Técnicas de Diagnóstico Urológico; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Factors associated with urinary incontinence among women undergoing urodynamic examination.

Objective: To investigate the type of urinary incontinence (UI) experienced by women who have undergone urodynamic study, according to associated risk factors. **Methods:** This descriptive-associative study was conducted with 150 women with UI who have undergone urodynamic study at a Urological Treatment Center. The data were analyzed using univariate and multivariate analysis of variance. **Results:** Most women were

white (79.3%); overweight (45.3%); menopausal (53.3%); drank coffee (82.67%); did not perform any physical activity (65.33%); had had normal deliveries (51.4%) with episiotomy (80%) and Kristeller's maneuver (69%). Sixty-point-seven percent of this group had urethral hypermobility (UH). We found a statistically significant association between type of UI and weight change ($P = 0.024$) and UH (68.13%); menopause ($P = 0.001$) and intrinsic sphincter deficiency (ISD) (70.59%) and detrusor instability (DI) (73.53%); gynecological surgery ($p = 0.014$) and ISD (70.59%) and DI (61.76%); hysterectomy ($P = 0.040$) and all types of UI; and performance of physical activity ($P = 0.014$) and mixed UI. **Conclusion:** The obtained data suggest that the prevention and control of UI require obtaining information on lifestyle changes, better control of diseases and the strengthening of pelvic floor muscles. Thus, this topic needs to be further investigated in Brazil, especially by nurses who work in the fields of urology, gynecology and obstetrics.

Descriptors: Urinary Incontinence; Risk Factors; Urodynamics; Diagnostic Techniques, Urological; Women's Health.

RESUMEN

Factores asociados con la incontinencia urinaria en las mujeres sometidas a exámenes y urodinámica.

Objetivo: conocer el tipo de incontinencia urinaria(IU) de mujeres que se sometieron a estudio urodinámico(EUD), según factores de riesgo asociados. **Métodos:** Estudio descriptivo, asociativo hecho con 150 mujeres con IU tras estudio urodinámico en un centro urológico. Para analizar los resultados se utilizaron conceptos de estadística univariada y multivariada. **Resultados:** La mayoría de las mujeres: eran blancas(79,3%); tenían sobrepeso(45,3%); estaban en la menopausia(53,3%); bebían café(82,7%); no hacían actividad física(65,33%); habían tenido parto normal(51,4%) con episiotomía(80%) y maniobra de Kristeller(69%). El 60,7% tenía hipermovilidad uretral-HU. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el tipo de IU y la existencia de cambio de peso($P=0,024$) y la HU(68,13%); la menopausia($p=0,001$) y la deficiencia intrínseca del esfínter(DIE)(70,59%) y la inestabilidad del detrusor(ID)

(73,53%); cirugía ginecológica ($p=0,014$) y DIE(70,59%) e ID(61,76%); histerectomía($P=0,040$) y todos los tipos de IU; y entre la realización de actividad física($P=0,014$) y la incontinencia mixta. **Conclusión:** Los datos obtenidos sugieren que la prevención y el control de la IU requieren la obtención de informaciones sobre cambios en estilos de vida, control de enfermedades y el fortalecimiento de la musculatura pélvica. Cabe señalar, que esta temática tiene mucho material que investigar y sacar a la luz en Brasil por enfermeros con énfasis en las áreas de urología, ginecología y obstetricia.

Descriptor: Incontinencia Urinaria; Factores de Riesgo; Urodinámica; Técnicas de Diagnóstico Urológico; Salud de la Mujer

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é definida pela International Continence Society (ICS), como “qualquer queixa de perda de urina”, independente do grau de desconforto social ou higiênico que cause. Acomete de 12 a 45% das mulheres e 11 a 34% dos homens,⁽¹⁻⁴⁾ tendo fatores de risco ligados a aspectos sociodemográficos, histórico clínico de certas doenças; fatores ginecológicos e obstétricos, além de hábitos de vida, em especial tabagismo, consumo de cafeína, sedentarismo ou atividade física intensa, que envolva a região abdominal.⁽⁵⁻⁶⁾

O impacto negativo da IU em mulheres fica representado no desconforto e constrangimento de perder urina aos mínimos esforços, as idas frequentes ao banheiro, ficar molhada grande parte do tempo, perder urina no percurso até o banheiro, a restrição do tempo de permanência fora de casa, o incômodo pelo odor da urina, o controle de ingestão de líquidos, que geram problemas no relacionamento em casa e social, sentimentos de medo, vergonha, constrangimento e humilhação, com consequências de ordem física, emocional, psicológica e social, impactando em todos os aspectos da sua qualidade de vida.^(1,3-4)

Segundo a forma de perda de urina, classifica-se a IU como Incontinência Urinária aos Esforços (IUE), devido à Hipermobilidade Uretral (HU) e à Deficiência Esfincteriana Intrínseca (DEI); à hiperatividade detrusora ou Instabilidade do músculo

detrusor (ID), na qual ocorre contrações involuntárias durante o enchimento vesical e a denominada mista, quando a perda de urina ocorre pelo esforço juntamente com a instabilidade detrusora.

O estudo urodinâmico (EUD) é uma técnica diagnóstica muito usada no Brasil, visando a análise da estabilidade do detrusor na fase de enchimento vesical, a perda urinária durante a manobra de Valsava, o fluxo/pressão e presença de obstrução infravesical. É feito em associação com o levantamento de dados do paciente sobre circunstâncias, frequência e gravidade das perdas urinárias. É questionado quanto a seu custo, que não permite que seja realizado em maior escala; o desconforto e constrangimento para a pessoa submetida e o fato de muitas vezes não evidenciar os sintomas relatados, como nos casos de bexiga hiperativa.⁽⁷⁾

Muitas pesquisas têm sido realizadas no Brasil a respeito da IU feminina, mas ainda são poucos os estudos que abordam a associação com os tipos de IU e suas subclassificações, o que permite obter subsídios para traçar medidas diagnósticas e de tratamento que minimizem os sintomas apresentados ou previnam seu aparecimento, resultando em melhor qualidade de vida às mulheres, no aspecto estudado.

Assim, o objetivo desta pesquisa é verificar o tipo de incontinência urinária determinado através do estudo urodinâmico de mulheres, associado a dados sociodemográficos, condições de saúde, hábitos de vida e antecedentes ginecológicos e obstétricos.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, descritiva e transversal analítica, cujo projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP – Parecer No. 303015. Foi realizada no município de São José do Rio Preto, São Paulo, em um Centro de Diagnóstico e Tratamento Urológico, com atendimentos a pacientes da rede de atenção em saúde particulares ou vinculados à saúde suplementar e ao Sistema Único de Saúde (SUS). Neste centro urológico a média mensal é de 100 avaliações urodinâmicas em mulheres.

A população de estudo foi constituída por 150 mulheres adultas com IU, que

vinham para avaliação urodinâmica, selecionadas por amostra não probabilística por conveniência, de modo que foram incluídas as primeiras 30 mulheres que realizaram EUD, a cada mês, entre os meses de maio a setembro. Teve-se como critério de inclusão ser mulher, com idade a partir de 18 anos, fora dos períodos gestacional e puerperal, sem déficit cognitivo e que aceitaram participar do estudo, após orientação sobre a pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram coletados por meio de fontes de dados primárias e secundárias. As participantes responderam ao questionário contendo dados sociodemográficos, antecedente ginecológicos e obstétricos, de saúde e de hábitos de vida. Os tipos de IU foram obtidos através do resultado do exame urodinâmico retirados do prontuário das participantes, classificando-se a IU em IUE por Hiper mobilidade Uretral (HU), IUE por Deficiência Esfíncteriana Intrínseca (DEI), sendo a HU e a DEI subgrupos de IUE, IU por Instabilidade Detrusora (ID) e IU Mista (IUE + ID).

Os dados foram analisados segundo técnicas de estatística descritiva, uni e multivariada, com os seguintes testes: o Teste Qui-quadrado (χ^2) na associação entre os fatores de risco; o Teste Exato de Fisher para os tipos de IU, ou quando apropriado; a Análise Fatorial de Correspondência múltipla na relação entre os tipos de IU e os fatores de risco; na comparação entre a idade e os tipos de IU aplicou-se o teste de análise de Variância (ANOVA) com teste post-hoc de comparação múltipla de Tukey, ou teste de Kruskal-Wallis com teste post-hoc de comparação múltipla de Dunn, nível de significância de 5%. Na análise de dados obstétricos, foram excluídas 10 (6,7%) mulheres sem antecedentes obstétricos, totalizando 140 mulheres.

RESULTADOS

Entre as mulheres estudadas, a idade variou de 18 a 86 anos, média de 53,7 anos (dp:13,7 anos, mediana 53 anos). Na Tabela 1 verifica-se: 79,3% eram brancas; 60,7% com aumento de peso nos últimos 10 anos; 30,7% tinham hipertensão arterial; 11,3% usavam diurético; 11,3% tinham diabetes; 53,3% estavam na menopausa (53,3%); 82,7% ingeriam café diariamente; 6,7% eram tabagistas e 26% já tinham sido; 26,7% tinham tosse frequente; 39,3% tinham constipação intestinal e 12,7% já tiveram; 65,3% eram sedentárias e 60,7% apresentavam IU por hiper mobilidade uretral – HU.

Tabela 1. Variáveis de caracterização sócio-demográfica, de saúde e hábitos de vida de mulheres submetidas a avaliação urodinâmica, São José do Rio Preto, 2013.

Variáveis		N	%
Raça	Asiática	2	1,3
	Branca	119	79,3
	Negra	7	4,7
	Parda	22	14,7
Mudança de peso	Emagreceu	21	14,0
	Engordou	91	60,7
	Não alterou peso	38	25,3
Hipertensão	Não	104	69,3
	Sim	46	30,7
Uso de diurético	Não	133	88,7
	Sim	17	11,3
Diabetes	Não	133	88,7
	Sim	17	11,3
	Sim	3	2,0
Menopausa	Não	70	46,7
	Sim	80	53,3
Ingestão de café	Não	26	17,3
	Sim	124	82,7
Fuma	Não	101	67,3
	Não, mas já fumou	39	26,0
	Sim	10	6,7
Tosse frequente	Não	110	73,3
	Sim	40	26,7
Constipação	Não	72	48,0
	Não, mas já teve	19	12,7
	Sim	59	39,3
	Sim	70	46,7
Histerectomia	Não	104	69,3
	Sim	46	30,7
Perineoplastia	Não	104	69,3
	Sim	46	30,7
Sling	Não	143	95,3
	Sim	7	4,7
Atividade física	Não	98	65,3
	Sim	52	34,7
Tipo de IU	DEI	17	11,3
	HU	91	60,7
	ID	34	22,7
	Mista	8	5,3

DEI: (Deficiência Esfincteriana Intrínseca); **HU:** (Hiper mobilidade Uretral); **ID:** (hiperatividade detrusora ou Instabilidade do músculo detrusor).

Nota-se pela Tabela 2 que houve associação estatisticamente significativa entre o tipo de IU das participantes e a mudança de peso, menopausa, histerectomia e realização de atividade

física. Houve associação entre IU dos tipos DEI, ID e mista nas mulheres pós menopausa; as que tinham cirurgia ginecológica apresentaram IU do tipo DEI e ID; as que sofreram histerectomia tinham associação de todos os tipos de IU avaliados; as mulheres sedentárias tiveram mais IU do tipo DEI, HU e ID, as mulheres que realizavam atividade física tiveram mais IU do tipo mista.

Tabela 2. Caracterização das mulheres submetidas à avaliação urodinâmica segundo o tipo de Incontinência Urinária apresentada, São José do Rio Preto, 2013.

Variáveis	Tipo de IU				Valor p	
	DEI	HU	ID	Mista		
Mudança de peso	Diminuição do peso	3 (17,6%)	8 (8,79%)	6 (17,65%)	4 (50,00%)	0,024
	Aumento do peso	8 (47,1%)	62 (68,13%)	17 (50,00%)	4 (50,00%)	
	Não houve mudança	6 (35,3%)	21 (23,08%)	11 (32,35%)	0 (0,00%)	
Menopausa	Sim	12 (70,59%)	37 (40,66%)	25 (73,53%)	6 (75,00%)	0,001
	Não	5 (29,41%)	54 (59,34%)	9 (26,47%)	2 (25,00%)	
Cirurgia ginecológica	Sim	12 (70,59%)	34 (37,36%)	21 (61,76%)	3 (37,50%)	0,014
	Não	5 (29,41%)	57 (62,64%)	13 (38,24%)	5 (62,50%)	
Histerectomia	Sim	9 (52,94%)	71 (78,02%)	19 (55,88%)	5 (62,50%)	0,04
	Não	8 (47,06%)	20 (21,98%)	15 (44,12%)	3 (37,50%)	
Atividade física	Sim	7 (41,18%)	33 (36,26%)	6 (17,65%)	6 (75,00%)	0,014
	Não	10 (58,82%)	58 (63,74%)	28 (82,35%)	2 (25,00%)	

Observou-se que as mulheres com IU do tipo ID apresentaram idade significativamente superior àquelas que tinham IU do tipo HU (Tabela 3).

Tabela 3. Descrição da idade das mulheres submetidas à avaliação urodinâmica segundo o tipo de Incontinência Urinária. São José do Rio Preto, 2013.

Tipo de IU	Média±dp	Mediana	(Mín;Máx)	Valor P ¹
DEI (n=17)	57,76±12,35 ab	58,00	(36,0;78,0)	0,001
HU (n=91)	50,35±11,43 b	48,00	(31,0;79,0)	
ID (n=34)	59,21±16,26 a	60,00	(28,0;86,0)	
Mista (n=8)	59,88±9,73 ab	62,50	(47,0;71,0)	

¹ Valor P referente ao teste Análise de Variância (ANOVA). ² Letras distintas na mesma coluna indicam diferenças significativas a p<0,05.

Por meio da Figura 1 é possível observar que as mulheres com IU do tipo HU tinham idade até 49 anos, sofreram aumento de peso nos últimos 10 anos, ingeriam café e tinham o hábito de fumar. Já as mulheres com o tipo de IU mista associou-se àquelas com um ou mais dos seguintes fatores: mais de 50 anos, sobrepeso, hipertensas, em uso de diurético, diabéticas, na menopausa e realizavam alguma atividade física. Entre as mulheres com IU do tipo ID ou DEI, foram relatados agravos como doença neurológica, tosse, constipação e cirurgia ginecológica prévia, como histerectomia, perineoplastia ou uso de sling.

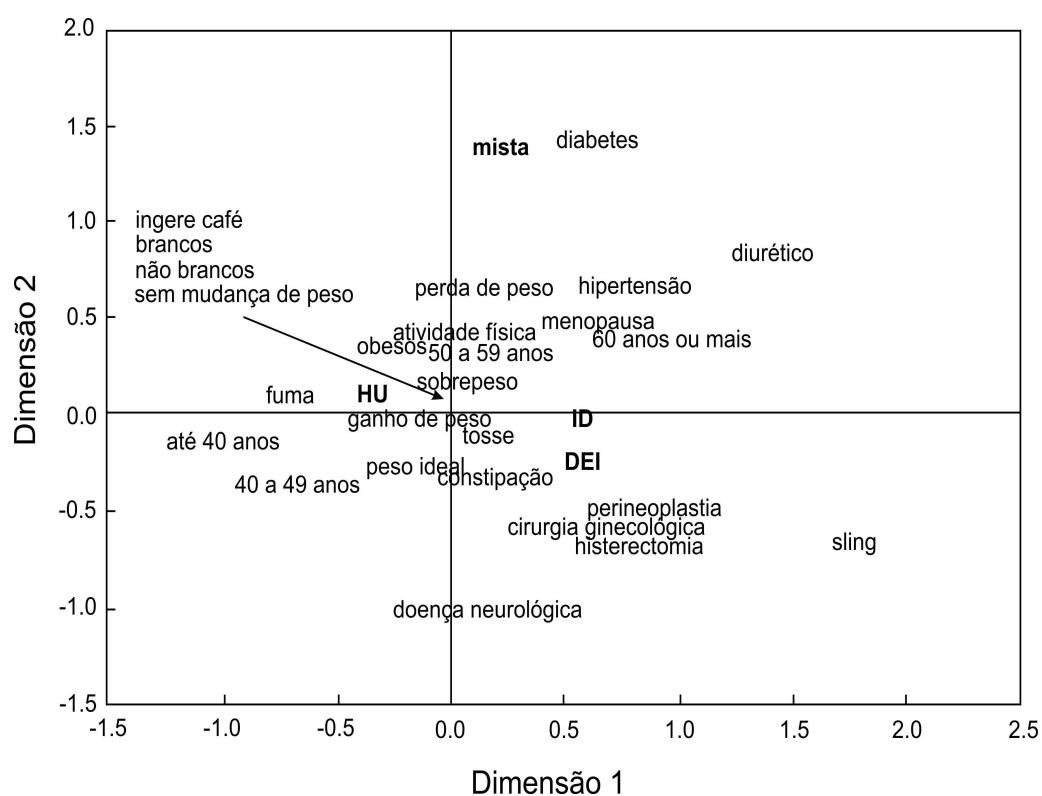


Figura 1. Plano fatorial de análise dos Tipos de Incontinência urinária e variáveis sócio-demográficas, obstétricas, de saúde e hábitos de vida, São José do Rio Preto, 2013.

Na Tabela 4 são apresentadas a associação entre as variáveis obstétricas e tipo de IU entre 140 mulheres do estudo, verificando-se: média de 2,8 gestações (dp: 1,5; mínimo 1 e máximo 12 gestações); ocorridas quando as mulheres tinham em média 27,4 anos de idade (dp:5 anos); engordaram uma média de 15,4Kg (dp:5,8; mínimo 5 e máximo 30 kg); os recém-

nascidos pesaram em média 3480kg (dp:535g: mínimo 1980 e máximo 5300g); 48,6% tiveram em média 2 partos (dp:0,7; mínimo 1 e máximo 3 partos) do tipo cesariana; 40 (28,6%) realizaram em média de 2,5 partos (dp:1,5; mínimo 1 e máximo 8 partos) do tipo normal e 32 (22,9%) vivenciaram os dois tipos de parto; 50 (69,4) relataram que sofreram manobra de Kristeller; 58 (80,6%) tiveram episiotomia e 57 (79,2%) não usaram ocitocina. Quanto ao tipo de IU encontrou-se: por DEI (15 – 10,7%), com 53,3% de parto cesárea; por HU (88 – 62,9%), o parto foi do tipo normal (45 – 51,1%); do tipo ID ocorreu em 29 (20,7%) mulheres, com parto normal (62,1%) e a IU mista ocorreu com 8 (8,7%), 75% tiveram parto normal.

Tabela 4. Variáveis obstétricas das mulheres submetidas à avaliação urodinâmica segundo o tipo de Incontinência Urinária apresentada. São José do Rio Preto, 2013.

Variáveis obstétricas		Tipo de IU				TOTAL
		DEI n (%)	HU n (%)	ID n (%)	Mista n (%)	
Tipo de parto	Cesárea	8 (53,3%)	43 (48,9%)	11 (37,9%)	6 (75,0%)	68
	Normal	7 (46,7%)	45 (51,1%)	18 (62,1%)	2 (25,0%)	72
Local do parto	Domiciliar	1 (6,7%)	5 (5,7%)	5 (17,2%)	0 (0%)	11
	Hospitalar	14 (93,3%)	83 (94,3%)	24 (82,8%)	8 (100%)	129
Abortos	Sim	4 (26,7%)	30 (34,1%)	8 (27,6%)	5 (62,5%)	47
	Não	11 (73,3%)	58 (65,9%)	21 (72,4%)	3 (37,5%)	93
Tipo anestesia	Sem	1 (6,7%)	7 (8%)	6 (20,7%)	0 (0%)	14
	Coluna	9 (60%)	47 (53,4%)	13 (44,8%)	6 (75%)	75
	Local	5 (33,3%)	34 (38,6%)	10 (34,5%)	2 (25%)	51
Perda de urina na gestação	Sim	3 (20%)	19 (21,6%)	7 (25%)	0 (0%)	29
	Não	12 (80%)	69 (78,4%)	21 (75%)	8 (100%)	110
Kg adquiridos na gestação	Até 10 Kg	2 (13,3%)	21 (23,9%)	6 (20,7%)	4 (50%)	33
	Acima de 10 Kg	13 (86,7%)	67 (76,1%)	23 (79,3%)	4 (50%)	107
Peso do RN ao nascer	Até 3000g	4 (26,7%)	18 (20,5%)	11 (37,9%)	2 (25%)	35
	Acima de 3000g	11 (73,3%)	70 (79,5%)	18 (62,1%)	6 (75%)	105
Laceração	Sim	3 (42,9%)	16 (35,6%)	8 (44,4%)	1 (50%)	28
	Não	4 (57,1%)	29 (64,4%)	10 (55,6%)	1 (50%)	44
Episiotomia	Sim	5 (71,4%)	40 (88,9%)	11 (61,1%)	2 (100%)	58
	Não	2 (28,6%)	5 (11,1%)	7 (38,9%)	0 (0%)	14
Uso de fórceps	Sim	2 (28,6%)	4 (8,9%)	4 (22,2%)	1 (50%)	11
	Não	5 (71,4%)	41 (91,1%)	14 (77,8%)	1 (50%)	61
Manobra de Kristeller	Sim	4 (57,1%)	31 (68,9%)	13 (72,2%)	2 (100%)	50
	Não	3 (42,9%)	14 (31,1%)	5 (27,8%)	0 (0%)	22
Uso de Ocitocina	Sim	1 (14,3%)	10 (22,2%)	3 (16,7%)	1 (50%)	15
	Não	6 (85,7%)	35 (77,8%)	15 (83,3%)	1 (50%)	57

DISCUSSÃO

Estudar a perda da continência urinária e os fatores associados é importante por representar um sério problema de saúde pública, afetando o poder público e as pessoas acometidas no âmbito físico, social e financeiro. Está associada a fatores sociodemográficos, condições de saúde, antecedentes obstétricos e ginecológicos e estilo de vida.⁽⁹⁾

A IU é mais prevalente nas mulheres, acometendo-as em ampla faixa etária, em especial após os 40 anos, do tipo IUE, com perda de urina ao tossir e espirrar,⁽⁹⁾ seguido daquelas que apresentam perda antes de chegar ao banheiro, o que caracteriza ID.⁽¹⁰⁾ A maior prevalência de IU nas mulheres é explicada pela diferença do comprimento da uretra entre os sexos feminino e masculino, a anatomia do assoalho pélvico, os resultados da gravidez e parto e as mudanças hormonais na mulher no decorrer do seu ciclo vital, com esgotamento dos folículos ovarianos e hipoestrogenismo progressivo.⁽⁶⁾

Relacionando o tipo de perda urinária com a idade, foi observado que IU do tipo ID é mais frequente nas mulheres idosas⁽⁶⁻¹⁰⁾ e a HU em mulheres mais jovens.⁽¹¹⁻¹²⁾ Em outra investigação observou-se que IUE foi mais comum entre mulheres de 35 a 44 anos e a IU de urgência foi mais comum em mulheres com idade superior a 75 anos.⁽¹²⁾

No que concerne à etnia, os achados encontrados nesta pesquisa foram semelhantes aos verificados em um artigo de revisão da literatura, com evidências de maior prevalência de IU em mulheres da raça branca, nas diferentes faixas etárias.⁽¹³⁾

O aumento de peso está associado à IU, o que também foi verificado nesta pesquisa, sendo o IMC determinante na incidência e persistência de IU.⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ Associado à idade, o sobrepeso entre idosas contribuem para os sintomas de IU, assim como há evidências de que a prática de exercícios físicos regularmente como forma prevenção da obesidade previne e melhora os sintomas de IU.⁽¹¹⁾ Nesta pesquisa a maioria não praticava atividade física e entre as que a praticavam a frequência média era de 3,25 dias na semana (dp: 1,51 dias, mediana de 3,00 dias), com frequência mínima de 1 e máximo de 7 dias da semana;

Os estudiosos destacam a importância da atividade física para a saúde, assim como para a melhora da IU, demonstrando maior frequência de perdas urinárias entre as idosas pouco ativas.⁽⁷⁾ No entanto, a realização de exercício físico rigoroso e de alto

impacto pode ser fator predisponente para desenvolver IU em mulheres jovens e nulíparas, devido ao aumento da pressão intra-abdominal, como foi comprovado em mulheres praticantes de jump.⁽¹⁶⁾

A ingestão diária de café é citada como fator para a IU, pois a cafeína pode gerar instabilidade detrusora, que leva à perda de urina e sensação de urgência miccional.⁽⁶⁾ Na presente pesquisa 82,7% das mulheres referiram ingerir café diariamente, com média de 2,5 xícaras por dia (dp:2,3 xícaras/dia e mediana de 2 xícaras) e entre 1,0 e 15,0 xícaras por dia.

Também o tabagismo é associado à perda de urina, pois o tabaco causa deficiência de estrógeno e o fumo provoca tosse frequente, fatos que podem levar à IU.⁽⁶⁾ Embora nesta pesquisa não tenha sido revelada a associação entre IU e constipação intestinal, ela associa-se principalmente à IUE, devido às lesões que pode provocar na musculatura pélvica, pela força realizada no momento da evacuação.^(6,17)

A associação de IU com agravos à saúde é relatada em várias pesquisas. A proporção de mulheres com IU e com hipertensão arterial encontrada neste estudo foi correspondente a pesquisa que mostrou a prevalência de IU em mulheres que faziam uso de diurético (21,4%).⁽¹⁵⁾ Também descreve-se associação 2,5 vezes maior de IU entre diabéticos,⁽¹⁸⁾ pois a hiperglicemia provoca alterações no músculo e na matriz extracelular uretral.⁽¹⁹⁾

Os fatores de risco associados à IU e aspectos ginecológicos foram: a menopausa, que mostrou associação estatística com a IU neste estudo e em artigos selecionados, sendo explicada pelas alterações hormonais que afetam a musculatura pélvica^(15,20) a perineoplastia e o sling, que foram ineficazes entre as mulheres de nosso estudo; a histerectomia, citada como risco para IU, pois pode causar danos às estruturas de sustentação da bexiga e a uretra⁽⁵⁾ e como neste estudo, verifica-se a alta prevalência de IU mista pós histerectomia.^(12,21)

No período gestacional a IU pode ser frequente devido: à crescente pressão do útero e do peso fetal nos músculos do assoalho pélvico, além das alterações hormonais, que levam à redução da força da função de apoio do esfíncter uretral;^(20,22) Neste estudo, 21% das mulheres referiram IU na gestação, proporção menor que a encontrada na

literatura,⁽²³⁻²⁴⁾ Aponta-se uma que há relação entre a IU na gestação com o aumento de peso da gestante, o que considera-se como fator de risco para disfunção muscular do assoalho pélvico.⁽²⁵⁾ Uma estratégia de prevenção da IU no pós parto é o treinamento muscular do assoalho pélvico e a perda de peso pós parto.⁽²⁶⁾ Ainda, tem-se como certo que sintomas como frequência, noctúria e incontinência de urgência, comuns na gravidez, diminuem significativamente e tendem a desaparecer no pós-parto.⁽²⁵⁾ É citado que a paridade é fator de risco para a IU, mas não é corroborado em pesquisas,⁽⁹⁾ o que também ficou demonstrado neste estudo. O histórico de aborto nas mulheres que apresentam IU também é pouco estudado e nesta pesquisa a maioria das mulheres com IU não tinham antecedentes de abortamento;⁽²²⁾

É comum a afirmação que o parto vaginal confere maior risco ao desenvolvimento de IUE, em relação à cesárea,⁽⁹⁾ mas na atualidade está evidenciado que o parto normal bem conduzido é mais benéfico para a mãe e o bebê. Não há evidências científicas que traumas no assoalho pélvico representariam risco ao desenvolvimento de IU, pois há pesquisas de igual prevalência de IU entre parto normal e cesárea e IU na meia idade entre mulheres que só fizeram cesariana.⁽²⁷⁾ No presente estudo a frequência de IU em mulheres que tiveram parto vaginal ou cesariana foi semelhante. O parto fórceps provoca mais laceração vulvo perineal, mostra aspectos associados com o aparecimento de IU, em especial da IUE.^(17,28-30) Em nosso estudo não foi verificado que o uso do fórceps foi determinante para a IU e é aventado que a má prática é que está associada às disfunções do assoalho pélvico.

A analgesia epidural é citada como um fator de risco para IU, por provocar prolongamento do período expulsivo, aumentando o risco de lesão do assoalho pélvico, mas alguns autores consideram que tal anestesia protege contra a IU, por provocar relaxamento da musculatura do assoalho pélvico, prevenindo o trauma no segundo estágio do parto vaginal.⁽⁵⁾ Na presente pesquisa, a maioria das mulheres entrevistadas teve anestesia espinhal. É reconhecido que os recém-nascidos de maior peso provocam danos nos músculos do assoalho pélvico, com redução da força da função de apoio ao esfíncter, o que pode causar mobilidade da uretra e posteriormente levar a

incompetência do esfíncter uretral, com maior probabilidade de IU. Na presente pesquisa a maioria das mulheres tiveram filhos com peso acima de 3000g. ^(9, 25, 30)

Muitas complicações podem ser reduzidas ou prevenidas com cuidados obstétricos apropriados, mas no Brasil e especialmente na região de São José do Rio Preto, a atenção obstétrica é exageradamente intervencionista, tecnocrática, medicalizada, intervencionista e hospitalocêntrica, resultando no desonroso título de campeão de cesáreas no mundo. Entre as práticas comuns que prejudicam a atenção obstétrica estão o uso inadequado de ocitocina a posição de litotomia no parto, e a manobra de kristeller. ⁽³⁰⁾ Todos esses procedimentos estão relacionados à condução inadequada no trabalho de parto, destacando-se que a manobra de Kristeller não encontra qualquer respaldo científico para seu uso.

Na realização desta pesquisa mencionamos como facilidades a cooperação das mulheres, fornecendo informações detalhadas sobre as variáveis importantes para este estudo e o acesso dos registros nos prontuários das participantes. Já como dificuldades citamos o maior tempo dispendido na coleta de dados, por solicitações reiteradas de explicação sobre o assunto pesquisado. Mesmo assim, consideramos que esta pesquisa pode contribuir para o aprofundamento de conhecimentos sobre a IU e os fatores a ela associados, Os dados obtidos podem subsidiar melhor atuação profissional, principalmente do enfermeiro, no estabelecimento de protocolos assistenciais que facilitem o diagnóstico, as medidas de intervenção para prevenção, tratamento e controle.

CONCLUSÃO

O perfil analisado das mulheres do estudo sugere que a prevenção e controle da IU seria por orientação sobre modificações no estilo de vida, melhor controle dos agravos de saúde e práticas de fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico.

Os dados obtidos revelam o amplo campo de investigação que tem a IU feminina, para pesquisadores de diferentes áreas profissionais em saúde, nos aspectos de diagnóstico, terapêutica e outras diretrizes e protocolos assistenciais multi e interprofissionais, que contribuam para a melhoria da qualidade de vida das mulheres

afetadas por IU. Também, que esta temática deve ser investigada de forma mais aprofundada por enfermeiros que atuam nas áreas de urologia, ginecologia e obstetrícia.

REFERÊNCIAS

1. Rincon Ardila A. Caracterización clínica de la incontinencia urinaria y factores asociados en usuarias de la Unidad de la Mujer del Centro de Salud Familiar “Ultraestación” en la ciudad de Chillán, Chile. Rev. méd. Chile [Internet]. 2015; [cited 2015 Nov 10];143 (2): 203-212. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v143n2/art08.pdf>
2. 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 (2): 265 – 70.
3. Pedro AF, Ribeiro J, Soler ZASG, Bugdan AP. Qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. SMAD Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog [Internet] 2011; [cited 2015 Nov 10]; 7(2): 63-70 Available from: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/49574>.
4. Senra C, Pereira GM. Quality of life in women with urinary incontinence. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 2015; [cited 2015 Nov 11]; 61 (2):178-183. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v61n2/0104-4230-ramb-61-02-0178.pdf>
5. Higa R, Lopes MHBM, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(1):187-92.
6. Marques LP, Schneider IJC, Giehl MWC, Antes DL, d’Orsi. Fatores demográficos, condições de saúde e hábitos de vida associados à incontinência urinária em idosos de Florianópolis, Santa Catarina. Rev. bras. epidemiol. [Internet]. 2015; [cited 2015 Nov 11]; 18 (3): 595-606. Available from: http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v18n3/pt_1415-790X-rbepid-18-03-00595.pdf
7. Virtuoso JF, Mazo GZ, Menezes EC. Prevalência, tipologia e sintomas de gravidade da incontinência urinária em mulheres idosas segundo a prática de atividade física. Fisioter Mov. 2012; 25(3): 571-82.

8. Monteiro MVC, Fonseca AMRM.; Filho ALS. Valor do estudo urodinâmico no tratamento da incontinência urinária. *FEMINA*. 2012; 40(3): 135-9.
9. Oliveira E, Zuliani LMM, Ishicava J, Silva SV, Albuquerque SSR, Souza AMBde,Barbosa CP. Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, [Internet] 2010; [cited 2015 Nov 11] 56(6). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000600019
10. Silva VA, D'Elboux MJ. Fatores associados à incontinência urinária em idosos com critérios de fragilidade. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2012, [cited 2015 Nov 11] 21(2): 338-47. <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a11v21n2.pdf>.
11. Patrizzi LJ, Viana DA, Silva LMA, Pegorari MS. Incontinência urinária em mulheres jovens praticantes de exercício físico. *R. Bras. Ci. e Mov.* 2014; 22(3): 105-110.
12. Botlero R, Davis SR, Urquhartb DM, Shortreedb S, Bell RJ. Age-specific prevalence of, and factors associated with, different types of urinary incontinence in community-dwelling Australian women assessed with a validated questionnaire. *Maturitas*. 2009; 62:134-9.
13. Leroy LS, Lopes MHBN, Shimo AKK. A Incontinência urinária em mulheres e os aspectos raciais: uma revisão de literatura. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis. [Internet] 2012; [cited 2015 Nov 11]; 21(3): 692-701. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a26.pdf>
14. Herrmann V, Sessa RGdeGdi, Ricceto CLZ, Morais SS, Castro EBde. Associação entre o escore do International Consultation on Incontinence Questionnaire: Urinary Incontinence/Short Form e a Avaliação Urodinâmica em mulheres com incontinência urinária. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2013; [cited 2015 Nov 11]; 35 (1): 16-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n1/04.pdf>
15. Berlezi EM, Fiorin AAM, Bilibio PVF, 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(3):415-423.
16. Almeida PP, Machado LRG. A prevalência de incontinência urinária em mulheres praticantes de jump. *Fisioter. mov.* 2012; 25(1): 55-65.

17. Perera J, Kirthinanda DS, Wijeratne S, Wickramarachchi TK. Descriptive cross sectional study on prevalence, perceptions, predisposing factors and health seeking behavior of women with stress urinary incontinence. *BMC Womens Health*. 2014; 14: 78.
18. Oliveira EG, Marinheiro LPF, Silva KS. Diabetes melito como fator associado às disfunções do trato urinário inferior em mulheres atendidas em serviço de referência. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011; 33(12):414-20.
19. Marini G, Rinaldi JC, Damasceno DC, Felisbino SL, Rudge MVC. Alterações da matriz extracelular causadas pelo diabetes: o impacto sobre a continência urinária. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2014; 36(7): 328-33.
20. Sacomori C, Negri NB, Cardoso FL. Incontinência urinária em mulheres que buscam exame preventivo de câncer de colo uterino: fatores sociodemográficos e comportamentais. *Cad. Saúde Pública* [Internet].2013; [cited 2015 Nov 11] 29(6): 1251-1259. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a21v29n6.pdf>
21. Gomes GV, Silva GD. Incontinência urinária de esforço em mulheres pertencentes ao programa de saúde da família de Dourados (MS). *Rev Assoc Med Bras*. [Internet] 2010; [cited 2015 Nov 11]; 56(6):649-54. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n6/v56n6a11.pdf>
22. Sangsawang B. Risk factors for the development of stress urinary incontinence during pregnancy in primigravidae: a review of the literature. *Eur J Obstet Ginecol Reprod Biol*. 2014; 178: 27–34.
23. Riesco MLG, Fernandes KT, Leister N, Cruz CS, Caroci AS, Zanetti MRD. Incontinência urinária relacionada à força muscular perineal no primeiro trimestre da gestação: estudo transversal. *Rev. esc. enferm. USP*. 2014; 48(spe): 32-38.
24. Barbosa AMP, Marini G, Piculo F, Rudge CVC, Calderon IMP, Rudge MVC. Prevalence of urinary incontinence and pelvic floor muscle dysfunction in primiparae two years after cesarean section: cross-sectional study. *São Paulo Med. J*.2013;131(2): 95-99.
25. Botelho S, Silva JM, Palma P, Herrmann V, Riccetto C. Can the delivery method influence lower urinary tract symptoms triggered by the first pregnancy? *Int. braz j urol*. 2012; 38(2): 267-276.

-
26. Svare JA.; Hansen BB.; Lose G. Risk factors for urinary incontinence 1 year after the first vaginal delivery in a cohort of primiparous Danish women. *Int Urogynecol.* 2014;25(1):47-51.
27. Dolan LM, Hilton P. Obstetric risk factors and pelvic floor dysfunction 20 years after first delivery. *Int Urogynecol J.* 2010; 21(5): 535-544.
28. Handa VL, Blomquist JL, McDermott KC, Friedman S, Muñoz A. Pelvic Floor Disorders After Childbirth: Effect of Episiotomy, Perineal Laceration, and Operative Birth. *Obstet Gynecol.* 2012; 119(2 Pt 1): 233-239.
29. Lima MC, Moccelin GBA, Silva MB, Nogueira GB. Effect of mode of delivery and parities on the occurrence of urinary incontinence during pregnancy. *Fisioter. Mov.* Março 2015; 28(1):107-116.
30. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Pereira MN et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2014, [cited 2015 Nov 11]; 30 (suppl.1): S17-S32. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>