

**Universidade do Vale do Paraíba
Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento**

Mayra Cecília Dellú

**“Estudo da prevalência de sintomas urinários e fatores associados em
funcionárias administrativas e docentes da Universidade do Vale do
Paraíba – São José dos Campos / SP”**

São José dos Campos – SP

2005

Mayra Cecília Dellú

“Estudo da prevalência de sintomas urinários e fatores associados em funcionárias administrativas e docentes da Universidade do Vale do Paraíba – São José dos Campos / SP.”

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Biológicas da Universidade do Vale do Paraíba, como complementação dos créditos necessários para obtenção do título de Mestre em Ciências Biológicas.

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Mara Danella Zácara.

São José dos Campos – SP

2005

D417e

Dellú, Mayra Cecília

Estudo da prevalência de sintomas urinários e fatores associados em funcionárias e professoras da Universidade do Vale do Paraíba – São José dos Campos / SP/ Mayra Cecília Dellú. São José dos Campos: UniVap, 2005.

84p.: il.; 31cm.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Biológicas do Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento da Universidade do Vale do Paraíba, 2005.

1. Incontinência urinária 2. Saúde da mulher I. Zácara, Patrícia Mara Danella, Orient. II. Título

CDU:616.62-008.22

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos a reprodução parcial ou total desta dissertação, por processo fotocopiador ou transmissão eletrônica.

Aluna: *Mayra Cecília Dellú*

Data: *02 de abril de 2005*

“ESTUDO DA PREVALÊNCIA DE SINTOMAS URINÁRIOS E FATORES ASSOCIADOS EM FUNCIONÁRIAS ADMINISTRATIVAS E DOCENTES DA UNIVERSIDADE DO VALE DO PARAÍBA – SÃO JOSÉ DOS CAMPOS/SP”

Mayra Cecília Dellú

Banca Examinadora:

Profa. **Dra. MARIA BELÉN SALAZAR POSSO** (UNIVAP) 

Profa. **Dra. PATRÍCIA MARA DANELLA ZÁCARO** (UNIVAP) 

Prof. **Dr. GERVAL DE ALMEIDA**(UNITAU) 


Prof. Dr. Marcos Tadeu Tavares Pacheco
Diretor do IP&D - UniVap
São José dos Campos, 02 de março de 2005.

DEDICATÓRIA

Aos meus familiares, em especial aos meus pais, marido e filha que me incentivam e me ajudam, incondicionalmente, em todas as etapas da minha vida.

Aos meus alunos que me mantêm comprometida e motivada a continuar meus estudos.

E a todas as mulheres, que buscam seus objetivos com perseverança, dedicação e feminilidade, superando os obstáculos e conquistando, a cada dia, mais oportunidades e sucesso.

AGRADECIMENTOS

À Deus que é fonte plena de gratuidade.

À Universidade do Vale do Paraíba na pessoa do Magnífico Reitor Prof. Dr. Baptista Gargione Filho pela oportunidade oferecida.

À Universidade de Taubaté na pessoa do Magnífico Reitor Prof. Dr. Nivaldo Zollner pelo incentivo financeiro à pesquisa.

Ao Instituto de Pesquisa & Desenvolvimento na pessoa do Excelentíssimo Diretor Prof. Dr. Marcos Tadeu Tavares Pacheco pelas possibilidades de pesquisa oferecidas.

À orientadora Profa. Dra. Patrícia Mara Danella Zácara por sua paciência, compreensão, oportunidade, conhecimento científico e experiência profissional compartilhados.

À querida Ana Carolina Basso Schmitt por sua atenção, incentivo, contribuições científicas e, acima de tudo, amizade.

Às bibliotecárias Rosangela Taranger e Maria Teresa Buono pelo auxílio na busca de informações científicas.

Aos amigos e colegas pelas constantes trocas de informações, experiências e companheirismo.

À todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

“O esforço é saudável e indispensável,
mas sem os resultados não significa nada.”

Paulo Coelho

“É preciso serenidade para aceitar as coisas que não podem ser mudadas,
coragem para mudar as que podem e sabedoria para conhecer as diferenças.”

R. Niebuhr

RESUMO

A incontinência urinária é doença com alta incidência e prevalência na população feminina e possui destacadas repercussões nos aspectos físicos, mentais e sociais das mulheres por ela acometidas. Visando contribuir com dados epidemiológicos brasileiros, o objetivo deste trabalho foi investigar a prevalência de sintomas urinários característicos de incontinência urinária e os fatores a eles associados em funcionárias administrativas e docentes da Universidade do Vale do Paraíba – São José dos Campos / SP. O tipo de estudo é analítico transversal de base populacional e foram analisados 194 indivíduos do sexo feminino, sendo estes funcionárias registradas no primeiro semestre letivo de 2004. Foram aplicadas questões adaptadas do *King's Health Questionnaire* validado e traduzido para o português por Tamanini et al. (2003). A análise estatística correlacionou sintomas urinários à idade, história obstétrica e ginecológica e prática de atividade física pela análise de médias não-pareadas pelo teste *t-student*, de independência pelo teste exato de Fisher com nível de confiança de 95%. O teste da razão de prevalência foi aplicado para as variáveis independentes com nível de confiança de 95%. Foi também analisada a porcentagem de concordância obtida pelo coeficiente de Kappa para a questão do incômodo relacionando-as com os sintomas urinários apresentados. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o protocolo nº L002/2004/CEP, conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde em 08 de março de 2004. A média de idade foi de $39,9 \pm 11,1$ anos (19-67), 55,2% funcionárias e 44,3% docentes na Universidade, com pelo menos 2º grau completo. Incontinência por esforço foi o sintoma mais apresentado (55,7%), seguido por nictúria (27,8%), urgência (24,1%), polaciúria (16,7%) e enurese noturna (10,2%). Outros sintomas referidos foram: infecção urinária recorrente (6,5%), dor na bexiga (2,8%), incontinência orgásmica (1,8%) e dificuldade para urinar (0,9%). Mulheres com mais de 40 anos tem 1,36 vezes mais risco de apresentar sintomas urinários que as adultas de idade inferior, mulheres que engravidaram pelo menos uma vez tem 1,75 vezes mais chance de desenvolver algum grau de incontinência urinária comparadas as nulíparas, sendo significativo para duas gestações ou mais ($p=0,009$). Quanto a paridade, dois partos ou mais tem 1,57 vezes mais risco de desenvolver incontinência urinária, independente da via de parto ($p=0,019$). Porém, o tipo de parto, assim como cirurgia ginecológica, estado menopausal, terapia de reposição hormonal e atividade física não se mostraram associados. A porcentagem de discordância entre as respostas foi de 41,8% e a de concordância de 58,1%, resultando na classificação fraca pelo coeficiente de Kappa (0,213); 54,3% apresentaram sintomas, e destas, 13,5% responderam não ter conseguido chegar a tempo ao banheiro. Portanto, a prevalência de um ou mais sintomas urinários em algum grau é alta entre mulheres consideradas continentas e aumenta com o decorrer da idade, gestação e paridade. História ginecológica e nível de atividade física não foram associados aos sintomas urinários. Há mulheres que não consideram os sintomas urinários como problema, entretanto, tal fato é indispensável para sua conscientização, proporcionando-lhes cuidado e assistência preventiva, preservando sua qualidade de vida.

Palavras-chave: prevalência; incontinência urinária; sintomas urinários; fatores associados.

ABSTRACT

Urinary incontinence is a disease having high incidence and prevalence in the female population. It brings about important repercussions in the affected women as far as the physical, mental, and social aspects are concerned. Aiming at contributing Brazilian epidemiological data, this work investigated the prevalence of urinary symptoms characterizing urinary incontinence and their associated factors in the administrative and teaching staff in the “Universidade do Vale do Paraíba” in São José dos Campos, São Paulo State - Brazil. This is a transversal analytic study of population base. 194 individuals of female sex have been analyzed, they being workers enrolled in the first semester of school year 2004. The questions applied have been adapted from the *King's Health Questionnaire* validated and translated for Portuguese by Tamanini et al. (2003). Statistical analysis has correlated the urinary symptoms with age, obstetric and gynecologic history, and practice of physical activities by analysis of nonpaired averages by the *t-student* test and independence by the *Fisher's* Exact test with 95% reliability level. The prevalence rate test has been applied for independence variables with 95% reliability level. Agreement percentage obtained by the Kappa coefficient has also been analyzed for the discomfort issue, relating it with the urinary symptoms presented. This study was approved by the Research Ethics Committee under protocol no. L002/2004/CEP, as per Resolution no. 196/96 of National Health Council on March 8, 2004. Average age has been 39.9 ± 11.1 years (19-67), with 55.2% being workers and 44.3% teachers of the University, all having at least full high-school education. Stress incontinence has been the most frequent symptom found (55.7%), it being followed by nocturia (27.8%), urgency (24.1%), pollakuria (16.7%) and nocturnal incontinence (10.2%). Other reported symptoms were: recurrent urinary infection (6.5%), bladder pain (2.8%), orgasmic incontinence (1.8%), and difficult urination (0.9%). Women over 40 years old are 1.36 times more prone to present urinary symptoms than younger adults, whereas women that get pregnant at least one time are 1.75 times more likely to develop some degree of urinary incontinence as compared with nulliparas, the difference being significant for the case that there have been two pregnancies or more ($p=0.009$). As for parity, two parturitions or more pose 1.57 times more risk of urinary incontinence development, regardless of the childbirth method ($p=0.019$). The type of childbirth, however, as well as gynecological surgery, menopausal state, hormonal reposition therapy, and physical activities, did not prove to be an associated factor. Disagreement percentage among answers was 41.8% and agreement percentage was 58.1%, which led to a weak classification (0.213) by the Kappa coefficient; 54.3% have shown the symptoms and, of them, 13.5% answered that they failed to reach the bathroom in time. Therefore, prevalence to some degree of one or more urinary symptoms is high among women regarded as continent and it increases as a function of aging, pregnancy, and parity. Gynecological history and level of physical activity have not been associated with urinary symptoms. There are women that do not consider urinary symptoms as a problem. However, such consciousness is indispensable so that they may have the necessary care and preventive assistance, with their quality of life being preserved.

Key words: prevalence; urinary incontinence; urinary symptoms; associated factors.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 Definição de incontinência urinária e sintomas do trato urinário	16
1.2 Prevalência de incontinência urinária e sintomas urinários	17
1.3 Tipos de incontinência urinária e sintomas do trato urinário inferior	19
1.4 Fatores de risco associados à incontinência urinária	23
1.5 Sintomas urinários e atividade física	27
1.6 Sintomas urinários e qualidade de vida	30
2. OBJETIVO	34
3. METODOLOGIA	35
3.1 Tipo e população de estudo	35
3.2 Caracterização das variáveis	35
3.3 Procedimento de coleta	37
3.4 Análise dos dados	38
4. RESULTADOS	40
4.1 Perfil das mulheres analisadas	40

4.1.1 Perfil obstétrico das mulheres analisadas	41
4.1.2 Perfil ginecológico das mulheres analisadas	43
4.2 Prática de atividade física das mulheres analisadas	45
4.3 Sintomas urinários relatados pelas mulheres analisadas	47
4.4 Sintomas urinários e suas associações	49
5. DISCUSSÃO	56
6. CONCLUSÃO	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
APÊNDICES	75
Apêndice A: Carta de Apresentação	75
Apêndice B: Termo de Consentimento Informado	76
Apêndice C: Questionário	77
Apêndice D: Planilha de codificação dos dados	81
ANEXO	84
Anexo A: Declaração do Comitê de Ética em Pesquisa	84

Lista de Tabelas e Figura

Tabela 1. Medidas de tendências central e dispersão da idade (em anos) e distribuição de sua freqüência segundo as faixas etárias estabelecidas (n=183).....	40
Tabela 2. Distribuição da freqüência dos valores absoluto e relativo do número de gestações de mulheres que engravidaram (n=127).....	41
Tabela 3. Distribuição da freqüência dos valores absoluto e relativo do número de partos das mulheres que engravidaram e pariram (n=124).....	42
Tabela 4. Distribuição da freqüência dos valores absoluto e relativo das vias de parto da população estudada (n = 124).....	42
Tabela 5. Distribuição da freqüência dos valores absoluto e relativo dos tipos de parto vaginal das mulheres analisadas (n=50).....	43
Tabela 6. Medidas de tendências central e dispersão da idade da menopausa (em anos) e tempo de reposição hormonal (em meses) das mulheres analisadas.....	44
Tabela 7. Distribuição da freqüência de valores absoluto e relativo da via cirúrgica das mulheres submetidas à cirurgia ginecológica (n =51).....	44
Tabela 8. Distribuição da freqüência dos valores absoluto e relativo do tipo cirúrgico das mulheres submetidas à uma ou mais cirurgias ginecológicas e a presença de um ou mais sintomas urinários análise de independência pelo teste exato de <i>Fisher</i> - p 0.05.....	45
Tabela 9. Distribuição de freqüência absoluta e relativa do nível de atividade física das mulheres analisadas (n=194).....	46
Tabela 10. Distribuição da freqüência dos valores absoluto e relativo dos tipos de atividade física praticadas pelas mulheres ativas (irregular e regular) e a presença de um	

ou mais sintomas urinários pela análise de independência pelo teste exato de Fisher - p 0,05.....	46
Tabela 11. Distribuição da frequência dos valores absoluto e relativo da percepção dos sintomas relatados pelas mulheres estudadas (n=194).....	48
Tabela 12. Relação das variáveis total de gestações, total de partos, número de partos normais, número de partos cesarianas, idade da menopausa em anos e tempo de TRH (em meses) com presença ou ausência de sintomas das mulheres estudadas pelo teste de médias não- pareadas.....	50
Tabela 13. Relação entre as variáveis demográfica e intervenientes e a presença ou ausência de sintomas das mulheres estudadas pelo teste exato de Fisher.....	51
Tabela 14. Prevalência e razão de prevalência das variáveis idade, gestações, número total de gestações, número total de partos segundo os sintomas urinários das mulheres que o relataram.....	53
Tabela 15. Porcentagem de concordância e discordância entre a presença ou ausência de sintomas urinários e as respostas “sim” e “não” para a questão da perda de urina isolada nas mulheres pelo coeficiente de Kappa.....	55
Tabela 16. Distribuição das frequências absoluta e relativa da descrição da saúde no momento pelas mulheres que responderam “não” a questão da perda de urina isolada e apresentaram sintomas urinários.....	55
Figura 1. Distribuição da frequência dos sintomas urinários e análise de médias não- pareadas para idade entre as mulheres sintomáticas e assintomáticas (n=194).....	49

Lista de Abreviaturas

AF: atividade física

AUAIS: American Urological Associations Symptom Index

BFLUTS: Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms

BH: bexiga hiperativa

ICS: International Continence Society

IU: incontinência urinária

IUE: incontinência urinária de esforço

IUM: incontinência urinária mista

QV: qualidade de vida

KHQ: King's Health Questionnaire

SF-36: The Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey

STUI: sintomas do trato urinário inferior

TRH: terapia de reposição hormonal

1. INTRODUÇÃO

Atividades sociais, familiares, profissionais e sexuais podem ficar restritas nas mulheres afetadas pela incontinência urinária (IU), e diminuir sua qualidade de vida (QV), ao gerar isolamento social e estresse emocional, associado ou não à sensação de inferioridade e depressão (RESNICK, 1995). Wilson, Herbison e Herbison (1996) complementaram que pode ser adicionada a tais conseqüências físicas e sociais a responsabilidade financeira, que é substancial e crescente, sendo estimado um custo anual direto da IU de 16,3 bilhões de dólares. Os autores concluíram que a IU é uma condição de alto custo, com despesas anuais similares a outras disfunções crônicas da mulher.

Curiosamente, a perda de urina, que afeta negativamente a vida de muitas mulheres e gera um problema de saúde pública, não é relatada por grande porcentagem das pacientes e o problema só pode ser detectado por meio de investigação objetiva (GUARISI et al., 2001a). Há poucas informações publicadas a respeito das razões para esse fato, mas a não consideração do sinal e sintoma “incontinência urinária” como uma situação anormal e as baixas expectativas sobre os benefícios dos tratamentos são algumas das possíveis explicações para as mulheres não procurarem ajuda médica (HOLST; WILSON, 1988). Além disso, o nível de tolerância das mulheres para essa condição incômoda é bastante grande. Problemas de micção e/ou incontinência urinária foram relatados como desconforto moderado a severo por 40% das mulheres dinamarquesas institucionalizadas sintomáticas, mas somente um terço delas sentiram a necessidade de procurar tratamento (VAN GEELEN; VAN DER WEIJER; ARNOLDS, 2000).

No estudo de Burgio, Matthews e Engel (1991), do total de 541 mulheres americanas com média de idade de 47 anos, 58,4% tinham vivenciado incontinência em algum momento de suas vidas e 30,7% tinham incontinência em uma regularidade de pelo menos uma vez ao mês. Das que sentiram alguma vez a perda de urina e daquelas que tinham incontinência urinária pelo menos mensalmente, apenas 19% e

25%, respectivamente, procuravam tratamento para o problema. Os autores concluem que tão baixa procura por tratamento sugere a necessidade de mais informações a respeito das atitudes das mulheres frente ao problema incontinência e mais atenção às providências nos cuidados com a saúde.

Guarisi et al. (2001a) complementam ainda que há falta de informação em todos os grupos socioeconômicos e em todas as idades e, uma vez que cada vez mais mulheres mantêm-se em plena atividade e se preocupa com uma vida sem restrições, torna-se fundamental contribuir para a qualidade de vida delas. Os autores colocam ainda que, pela sua alta incidência, uma atitude positiva quanto ao diagnóstico e tratamento da IU deve ser incentivada por parte dos profissionais de saúde.

Atualmente, cerca de 17,8 milhões de mulheres americanas têm IU, envolvendo um custo anual de mais de 19,5 bilhões de dólares, com perda de produtividade total estimada em 553 milhões de dólares, sendo 393 milhões perdidos por mulher com IU e 159 milhões por homem na mesma condição (HU et al., 2004; HU et al., 2003). Quantificando o custo econômico total da IU, os autores proporcionaram uma importante perspectiva dessa afecção na sociedade e uma reflexão sobre o aspecto de “qualidade de vida” para melhor entendimento do problema.

A literatura mostra que esse quadro é comum entre as mulheres e sua prevalência é estimada com grande variabilidade. Não se exclui a presença de sintomas urinários em mulheres jovens, embora pareça ser mais grave o quadro clínico e de pior prognóstico com o avanço da idade (HUNSKAR et al., 2003; FELDNER JUNIOR et al., 2002a; SZE et al., 2002; HAILLOT et al., 2002; GUARISI et al., 2001a,b; ELVING et al., 1989; HOJBERG et al., 1999; MENDONÇA et al., 1997).

Nos últimos anos a terapêutica clínica da IU de esforço vem ganhando maior destaque, em decorrência dos seus excelentes resultados, dos raros efeitos colaterais e da diminuição dos custos hospitalares (CAMARGO, 2000). Entretanto, muitas mulheres ainda mantêm um errado conceito de que a IU e seus sintomas são condições inerentes ao envelhecimento. Embora os sintomas urinários sejam frequentes em

mulheres de meia idade, esses podem ser identificados, controlados e tratados para lhes garantir uma boa QV.

Halbe, Cunha e Sakamoto (2000) colocam que o rastreamento e a determinação das condições e dos fatores que favorecem a ocorrência e a distribuição da saúde, doença e suas conseqüências propiciam uma compreensão mais acurada da história natural da doença e da sua extensão, possibilitando a tomada de decisões preventivas. Rouquayrol e Goldbaum (2003) complementam e afirmam que “sinais iniciais confusos da doença tornam-se nítidos, transformando-se em sintomas, estágio esse chamado de clínico, iniciado ao serem atingidas alterações funcionais no organismo acometido. A evolução da doença encaminha-se, então, ou para um período de cura, ou para cronicidade, ou para invalidez, ou ainda, para morte”.

Diante dessa problemática, nota-se que para conscientizar as mulheres e proporcionar-lhes cuidado e assistência preventiva é indispensável conhecer os sinais e sintomas urinários característicos da IU mais freqüentes e seus fatores associados.

1.1 Definição de incontinência urinária e sintomas do trato urinário inferior

De acordo com a definição dada pela *International Continence Society* (ICS), IU é a condição na qual a perda involuntária de urina é objetivamente demonstrável (ABRAMS et al., 2002). De modo geral, o significado de IU é consenso entre os autores (BO, 2004; JIANG et al., 2004; ROBINSON et al., 1998). Acrescenta-se que a IU é toda condição na qual a perda involuntária da urina possa resultar em problemas de ordem social ou de higiene e provocar alterações graves na vida da mulher, afetando os aspectos físico, psicológico, ocupacional, doméstico e sexual, causando alta morbidade, estresse e debilidade (TAMANINI et al., 2003; FELDNER JUNIOR et al., 2002b).

Ainda, Swithinbank e Abrams (1999) afirmam que a perda de urina, para ser considerada um sintoma de IU, tem que causar impacto na QV da mulher.

Entretanto, a IU pode ter causas diferentes e estar associada a outros sintomas do trato urinário inferior (STUI) que podem gerar desconforto e diminuir substancialmente a qualidade de vida das mulheres. A IU é uma doença altamente prevalente em seus subtipos: de estresse, de urgência e mista e os STUI são também comumente relatados pela população de mulheres acometidas pelo problema (SALONIA et al., 2004). Os STUI são indicadores subjetivos da disfunção ou mudança na condição e, em geral, não podem ser usados como diagnóstico definitivo da IU. Além disso, os sintomas podem indicar outras patologias além de IU como, por exemplo, infecção urinária (ABRAMS et al, 2003; ABRAMS et al., 2002).

1.2 Prevalência de incontinência urinária e sintomas urinários

A prevalência de IU e sintomas associados é estimada em algum grau e tem sido investigada em um bom número de estudos. Estudos epidemiológicos definem, com frequência, o tipo de incontinência baseando-se somente nos relatos de sintomas urinários. Sendo assim, as estimativas variam consideravelmente dependendo de definições de IU, metodologias, tipo de pesquisa entre outros importantes fatores como população, faixa etária, diferenças raciais e étnicas e o tipo de incontinência estudados (HUNSKAAR et al., 2003).

Segundo Elving et al. (1989) a estimativa da incidência de IU é que seis em mil mulheres dinamarquesas, anualmente, na faixa etária entre 30 e 59 anos, experimentam pelo menos um episódio de perda de urina ao longo da vida.

Um estudo prospectivo de cinco anos com 901 mulheres entre 42 a 50 anos, para avaliar as mudanças nos fatores de risco cardiovasculares na saúde de pré-menopausadas e subsequente menopausa, verificou que no período de três anos 8% das mulheres americanas, residentes em Pittsburgh, previamente continentas evoluíram para incontinentes, experimentando a perda de urina, pelo menos, mensalmente (BURGIO; MATTHEWS; ENGEL, 1991).

Para Hannestad et al. (2000) a prevalência mostra um curioso modelo, considerando mulheres norueguesas de todas as idades: há um aumento gradual da IU, atingindo 30%, no decorrer da maturidade até a meia idade, em seguida uma certa estabilização ou até decréscimo do problema até 70 anos e, novamente, um aumento gradual chegando a 50% na população acima dessa faixa etária. Os autores consideram também que o problema ocorre com mais frequência em mulheres institucionalizadas, podendo acontecer em função da maior concentração de idosos nesses grupos.

Na França, Haillot et al. (2002) encontraram em 27,5% a queixa de perda de urina entre mulheres adultas jovens e de meia idade que trabalhavam em um hospital acadêmico. Já Hojberg et al. (1999) identificaram a queixa de incontinência urinária relatada no ano anterior em 8,9% do total das dinamarquesas estudadas que se encontravam na décima sexta semana gestacional.

Sze et al. (2002) analisaram a prevalência de sintomas de IU segundo raça e etnia, em mulheres atendidas em uma Universidade da Carolina do Norte, e encontraram a queixa mais frequente em mulheres brancas (41%), seguidas por negras e hispânicas, 31% e 30% respectivamente.

No Brasil, poucos são os estudos sobre prevalência de incontinência urinária e eles, em geral, investigam sua relação com o esforço em mulheres de meia idade. No estudo de Mendonça et al. (1997) os resultados mostraram que, das 410 mulheres atendidas no Hospital Júlia Kubitschek em Belo Horizonte, a prevalência da incontinência urinária de esforço (IUE) variou de 12,6% a 48%, e a frequência mais alta apareceu em mulheres com idade entre 41 e 50 anos.

Feldner Junior et al. (2002a) encontraram a queixa de perda urinária isolada referida em 36% das 114 pacientes, com média de idade de 51 anos, atendidas no setor de Uroginecologia e Cirurgia Vaginal da UNIFESP/EPM, na cidade de São Paulo.

Por inquérito populacional domiciliar realizado no município de Campinas, Guarisi et al. (2001a,b) encontraram das 456 mulheres na faixa etária de 45 a 60 anos

35% com queixa de IUE, sempre ou às vezes. Porém somente 59% delas procuravam ajuda médica. O principal motivo apontado foi o fato de acharem que os sintomas não mereciam atenção.

Portanto, não se exclui a presença dos sintomas urinários dos diferentes tipos de IU em mulheres jovens, embora pareça ser mais grave o quadro clínico e de pior prognóstico com o avanço da idade.

1.3 Tipos de incontinência urinária e sintomas do trato urinário inferior

Existem duas classificações básicas de IU: transitória ou crônica. A transitória é reversível quando causada por infecção, excesso de produção de urina, vaginite ou causas psicológicas e farmacológicas, e pode tornar-se crônica se não for realizado tratamento adequado (GIRÃO; LIMA; BARACAT, 1997). Moreno (2004) complementa que na segunda situação pode haver comprometimento uretral, instabilidade do detrusor, incompetência do esfíncter e retenção urinária com perda por transbordamento por exemplo; ou comprometimento extra-uretral se a perda de urina ocorrer por outros canais que não a uretra.

A IU crônica, por sua vez, pode ser subdividida em três tipos clássicos: de esforço, de urgência e mista (GIRÃO et al., 1997).

A mais comum é a IUE (incontinência urinária de esforço), definida pela ICS como perda de urina através da uretra, quando a pressão intravesical excede a pressão máxima de fechamento uretral na ausência de contração do músculo detrusor (MOREIRA et al., 2002). A IUE pode traduzir-se por um sintoma (alusão à perda involuntária de urina aos esforços excedidos), um sinal (observação da perda de urina através da uretra, mediante um aumento súbito de pressão intra-abdominal) e uma condição (perda involuntária de urina, quando a pressão intravesical exceder a uretral máxima, desde que na ausência de atividade do detrusor) (PIATO, 1997). O sintoma frequentemente associado a esse tipo de incontinência é a perda involuntária de urina

simultânea a aumento de pressão abdominal causada por esforços como tossir, espirrar, mudar de posição, carregar peso, pular, realizar exercícios físicos, entre outros (ABRAMS et al., 2003).

A incontinência de urgência é atualmente nominada como bexiga hiperativa (BH) e o termo é usado para descrever sintomas complexos como urgência, com ou sem urge-incontinência, geralmente com frequência de micção aumentada (polaciúria) e nictúria. Sinônimos para BH incluem “síndrome de urgência” e “síndrome de urgência e frequência” (WEIN; ROVNER, 2002). Estes sintomas atribuídos à BH foram arbitrariamente definidos por Milson, Abrams e Cardozo (2001) em seu estudo com 16.776 indivíduos europeus. A polaciúria foi definida como mais de oito micções em 24 horas e nictúria, como levantar mais que duas vezes durante a noite para urinar. Da população analisada de ambos os sexos, 19% apresentaram sintomas sugestivos de BH, e a polaciúria foi o sintoma mais comum (85%), seguido por urgência (54%) e urge-incontinência (36%).

Em 2003, a ICS *Standardization of Terminology* definiu como polaciúria a queixa de aumento da frequência de micção por dia. Outros autores complementam a definição como frequência de micção aumentada em intervalos menores que duas horas. Nictúria foi definida pela ICS como despertar uma ou mais vezes à noite exclusivamente para urinar, embora a frequência noturna de duas ou mais vezes seja geralmente considerada como STUI nas metodologias de pesquisa (ABRAMS, et al., 2003; SZE et al., 2002; SWITHINBANK; ABRAMS, 2001). Os autores concordam com a definição da ICS: urgência, um forte e repentino desejo miccional, dificilmente inadiável e urge-incontinência, perda involuntária de urina acompanhada ou precedida imediatamente de urgência urinária.

Os sintomas de IUE, polaciúria, nictúria, urgência e urge-incontinência são STUI, considerados sintomas experimentados durante a fase de enchimento da bexiga. Enurese noturna é definida como perda de urina durante o sono e também considerada um dos sintomas de enchimento. A incontinência urinária mista (IUM), por sua vez, combina ambos tipos de incontinência (BH e IUE) e seus sintomas. Outros STUI,

considerados de esvaziamento, que podem trazer desconforto às mulheres são dor, dificuldade para urinar, fluxo urinário lento, jato intermitente, sensação de esvaziamento incompleto e gotejamento pós-miccional. (ABRAMS et al., 2002; ABRAMS et al., 2003).

Terai et al. (2004) compararam a prevalência de STUI entre 2.328 japoneses com média de idade de 49,5 anos e 1.735 japonesas com média de idade de 48,3 anos e verificaram que os sintomas de esvaziamento são mais prevalentes em homens que em mulheres, embora o desenvolvimento dos STUI relacionados à idade seja similar em ambos os sexos.

Complementando o assunto, Cardozo e Robinson (2002) afirmam que outras condições do trato urinário inferior ou simplesmente variações da função fisiológica normal podem manifestar-se com STUI. Conseqüentemente, considerações especiais, como cardiopatias congestivas, infecções do trato urinário, constipação, atrofia urogenital, terapia diurética, entre outras, devem ser feitas quando se diagnostica BH em mulheres que se queixam de urgência, polaciúria, nictúria e urge-incontinência, pois falhas no diagnóstico podem resultar tratamentos inadequados e por fim levar ao aumento da morbidade.

A prevalência da BH que afeta negativamente a QV, qualidade de sono e saúde mental de milhões de pessoas em todo o mundo aumenta com o avanço da idade. Os sintomas mais prevalentes são urgência e polaciúria, além de nictúria e urge-incontinência, este último presente ou não. A urge-incontinência afeta apenas uma parcela da população com BH (33%), porém parece ser mais incômodo que outros STUI. Muitos destes pacientes com BH com ou sem urge-incontinência apresentam também a perda de urina aos esforços e são definidos como tendo sintomas mistos, isto é, IUM. O medo de perder urina e a necessidade freqüente de urinar priva as mulheres de relacionamentos sociais e íntimos, além da participação em atividades físicas (TUBARO, 2004).

Em uma pesquisa com 3.669 mulheres suecas entre 40 a 64 anos que responderam a um questionário de QV, uma pobre percepção de saúde foi relatada por 4,7% das mulheres sem nictúria *versus* 11,2%, 20,1% e 39% (p 0.0001) das mulheres com um, dois e três ou mais episódios de micção noturna (ASPLUND; ABERG, 2000). A noctúria aumenta com a idade e sua prevalência é estimada entre 3 a 4% dos idosos suecos com idade superior ou igual a 65 anos. Esse sintoma é causado pelo aumento do volume de urina produzido, a redução da capacidade da bexiga ou ambos (ASPLUND, 2004).

Em mulheres, a nictúria é com frequência considerada um resultado do envelhecimento, paridade e deficiência estrogênica da menopausa (WEISS; BLAIVAS, 2000). Um estudo que objetivou investigar a influência da idade e da menopausa sobre a ocorrência de nictúria verificou que a prevalência desse sintoma foi de 24,8% entre 1.247 mulheres tailandesas com idade igual ou superior a 20 anos e aumentou com a idade, sendo 16,4% em mulheres de 20 a 40 anos e de 46,9% em mulheres com 65 anos ou mais. Porém, não houve diferença significativa entre a prevalência de nictúria entre o estágio pré e pós-menopausal. Portanto, a idade está mais relacionada com a nictúria que a menopausa (LIN et al., 2004).

Um estudo que investigou a prevalência e o impacto dos STUI em 2.000 mulheres britânicas com idade igual ou maior que 19 anos de uma comunidade residencial, por meio do *Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms* (BFLUTS), questionário específico e validado que investiga o impacto dos sintomas urinários na QV das mulheres, mostrou que algum nível de IU foi relatado por 69% delas. Os diferentes grupos etários reagiram diferentemente para níveis de sintomas similares. As mulheres jovens, de meia idade e as acima de oitenta anos relataram mais problemas conseqüentes dos sintomas, enquanto as que estavam entre 60 a 79 anos aceitaram melhor os sintomas, provavelmente por percebê-los como inerentes ao envelhecimento. Os sintomas de BH – urgência, polaciúria e urge-incontinência – aumentaram sua prevalência com o avanço da idade. Os sintomas de enchimento foram os mais problemáticos. Sintomas de dor foram mais incômodos e afetaram mais frequentemente as mulheres mais jovens entre 19 e 39 anos, o que poderia ser explicado pela maior

incidência de infecções bacterianas, síndrome uretral e atividades sexuais (SWITHINBANK; ABRAMS, 2001). A síndrome uretral refere-se a sintomas de polaciúria, urgência e disúria (dificuldade para urinar) na ausência de bacteriúria ou outra evidência de condições do trato urinário inferior. Essa síndrome é bastante comum entre mulheres nulíparas e tem sido o relato de 20% a 30% dos atendimentos uroginecológicos (CARDOZO; ROBINSON, 2002).

Para correlacionar a queixa clínica dos STUI com o diagnóstico preciso do tipo de IU por meio de um exame específico (urodinâmico) Feldner Junior et al. (2002a) realizaram um estudo com 114 brasileiras com média de 51 anos, em que 53,5% se encontravam na menacme e 46,5% na pós-menopausa. A queixa de perda de urina aos esforços esteve presente em 36% das mulheres, sendo que 83% delas tinham IUE, 4,9% IUM e 12% foram consideradas normais ao diagnóstico urodinâmico. A queixa de urgência e de urge-incontinência apresentou-se em 11,4% da população analisada, sendo que 38,5% tinham BH, 7,7% IUM e 53,8% normais ao diagnóstico urodinâmico. Sintomas mistos – urgência, urge-incontinência e perda urinária aos esforços – foram relatados por 52,6% das mulheres. Nenhum dos tipos de IU ao urodinâmico foi mostrado em 25% dessas, 41,6% apresentaram IUE e 16,7% para cada um dos outros dois tipos, BH e IUM. Foi observado que 82% das mulheres que tinham o sinal clínico e 53,1% das que não tinham sinal clínico apresentaram IUE, sendo, portanto, necessário associar a queixa clínica a um exame físico para diagnosticar o tipo de IU.

1.4 Fatores de risco associados à incontinência urinária

Existem diversos fatores de risco relacionados à IU e parecem ser diferentes segundo os tipos de incontinência. BROWN et al. (1999) afirmam que o avanço da idade, diabetes, infecções do trato urinário estão associados à urge-incontinência. Entretanto, a relação da idade com a urge-incontinência não é clara. É possível que seja multifatorial, em razão das mudanças vasculares e no sistema nervoso central que afetam os mecanismos de controle da bexiga. Na IUE, os fatores de risco relacionados são: raça branca, aumento do índice de massa corpórea (IMC) e relação cintura-quadril. Os autores relatam que os fatores de risco citados para ambos os tipos de

incontinência são predisponentes à IUM. Porém, nesse estudo, a paridade, freqüentemente relatada como fator de risco para IU, não foi associada.

Outros fatores de risco comumente descritos e associados ao desenvolvimento de IU são o parto vaginal quando, na passagem do feto, podem ocorrer danos à musculatura e inervação locais e os partos traumáticos com o uso de fórceps e/ou episiotomias, bem como a multiparidade e gravidez em idade avançada, além de obesidade, etnia, diabetes, infecções urinárias e menopausa (FAUNDES; GUARISI; PINTO-NETO, 2001). A incidência de IU após o parto vaginal alcança de 22% em partos vaginais espontâneos a 33% em nascimentos com o uso de fórceps (BUMP; NORTON, 1998). A episiotomia, definida como uma incisão cirúrgica no períneo para facilitar o parto, embora comumente utilizada em partos vaginais, tem pouca evidência de seus benefícios. Em geral, afirma-se que a episiotomia está associada a menos trauma posterior ao parto e, considerando partos consecutivos, apesar do trauma anterior ser aumentado, esse procedimento não tem influência no desenvolvimento da incontinência (FERNANDO; SULTAN, 2004).

MacLennan et al. (2000) entrevistaram 3.010 indivíduos de ambos os sexos e com idade entre 15 e 97 anos. Em 51,3% das australianas foi observado aumento nas disfunções do assoalho pélvico para cada tipo de parto: cesariana, 43%; parto vaginal espontâneo, 58%; e parto vaginal com uso de instrumentos, 64%. A diferença entre o grupo cesariana e os dois grupos de partos vaginais foi de 43%. Os dados do estudo mostraram a tendência de partos vaginais instrumentais aumentarem os riscos de futura disfunção do assoalho pélvico. Reforçaram também a idéia de que a associação de IU com o parto abdominal existe, porém é menor do que em partos vaginais. Nas mulheres com três ou mais cesarianas, a prevalência de IU foi similar à comparada com o parto vaginal justificada pela possibilidade de denervação vesical após várias cesáreas e pela idade.

Farrell, Allen e Baskett (2001) também afirmam que os fatores associados ao desenvolvimento da IU são partos vaginais, trauma à musculatura e à inervação durante o parto vaginal, alto IMC, e idade.

Na Coréia do Sul, Bai et al. (2002), baseados em parâmetros urodinâmicos e clínicos de 98 pacientes com IUE e 102 sem incontinência, identificaram a obesidade como importante fator para desenvolvimento de IUE. Os resultados foram comprovados entre as incontinentes com idade inferior a 52 anos, mas naquelas com idade superior a 52 anos outros fatores como paridade e número de partos vaginais demonstraram ser mais importantes.

Complementando o assunto, Santos et al. (1994) estudaram com avaliação urodinâmica pacientes com IUE e verificaram que o IMC foi maior nas brasileiras com IUE do que nas continentais. Entretanto, o aumento de IMC e conseqüente aumento da pressão intravesical em mulheres saudáveis de mesma faixa etária e paridade estavam mais relacionados com BH do que com IUE. Das pacientes obesas, 11,53% tinham IUE; 38,46% IUM e 50% BH. Os autores consideraram a obesidade tanto como fator agravante quanto contribuinte para o desenvolvimento de IUE, entretanto, como um importante fator etiológico da BH.

Em relação à raça, a probabilidade da mulher branca desenvolver IU é três vezes maior que a mulher negra, em razão das diferenças genéticas, anátomo-estruturais de suporte da uretra e estruturais de suporte da pelve (BROWN et al., 1999). Um estudo com 2.370 mulheres, 34% negras, 39% brancas e 27% hispânicas verificou que as brancas mostraram maior porcentagem de relatos de sintomas de IU, 41% e maior prevalência de IUE, 39%. Porém a prevalência de urge-incontinência não foi diferente entre os grupos. A IUM apresentou-se maior entre as negras, 14%; e brancas, 15%; do que nas hispânicas, 9%. Entretanto, relacionando raça e etnia, idade e paridade, foi observada maior probabilidade de relatos de IUE e de urge-incontinência nas mulheres hispânicas com menos de 30 anos e nulíparas do que nas negras e brancas com mesma idade e paridade. Entre as mulheres de 30 e 50 anos que tiveram filhos, a queixa de IUE foi mais freqüente entre as brancas e a de urge-incontinência entre as negras (SZE et al., 2002).

Em outro estudo, 315 mulheres, sendo 58% afro-americanas e 42% caucasianas, com média de idade de 57 anos e 63% dessas menopausadas, verificou-se

que IUE ocorria mais nas caucasianas e a BH nas afro-americanas; porém, não foi encontrada diferença étnica em relação à IUM (GRAHAM; MALLETT; RACE, 2001).

Outro fator de risco citado na literatura é o tabagismo. Bump e McClish (1992) analisaram 606 mulheres fumantes, sendo 322 com IU e 284 continentas e encontraram diferença altamente significativa ($p=0.000009$) entre as incontinentes fumantes, ex-fumantes e mulheres que nunca fumaram (35%, 16%, 49%, respectivamente) quando comparadas aos três grupos de continentas (24%, 8%, 68%, respectivamente). Os autores explicam que a tosse crônica e a nicotina do cigarro causam danos às estruturas que participam do controle da continência, como a bexiga e a uretra. Também Tampakoudis et al. (1995), estudaram 80 mulheres incontinentes e 80 continentas que fumavam, avaliando a exposição de cada mulher ao fumo por meio do cálculo da duração do consumo em anos, consumo diário de cigarros e quantidade de nicotina e alcatrão em mg/cigarro e sua relação com IU. O estudo demonstrou forte relação entre o tabagismo e a IU no grupo das incontinentes, 62,5% das mulheres eram fumantes e, no grupo das continentas, apenas 25% delas fumavam. Os resultados mostraram que as incontinentes fumantes eram mais propensas à urge-incontinência do que IUE; por outro lado, as incontinentes não-fumantes apresentaram maior tendência a IUE.

Em relação às infecções urinárias recorrentes, parecem ser tanto fator de risco quanto fator característico associado a mulheres que sofrem com IU. Cerca de 50% das mulheres com IU apresentam duas ou mais infecções urinárias por ano. As infecções urinárias estimulam a atividade do detrusor e inibem os receptores alfa-adrenérgicos na uretra que reduzem a pressão esfínteriana e levam à incontinência. Pode haver, porém, relação inversa na qual a IU leva a infecções, já que foi observado que a IU por urgência aumenta o risco de infecções em 51% (BROWN et al., 1999; BROWN et al., 2001). Também, no estudo de Buchsbaum et al. (2002), pelo método estatístico de regressão logística multivariada, a associação dos sintomas foi significativa para infecções recorrentes do trato urinário inferior, além de obesidade e depressão.

É colocado que a histerectomia, cirurgia para retirada do útero, está associada ao desenvolvimento da IU (VAN DER VAART et al., 2002), em virtude dos prejuízos à inervação e estruturas de suporte pélvico provocados pela cirurgia (GUARISI et al., 2001b), porém a literatura não é conclusiva.

È importante ressaltar também que a menopausa é um período em que ocorre diminuição dos níveis de estrogênios endógenos, o que pode contribuir para o desenvolvimento da IU. Esse fato é respaldado pela íntima associação embriológica e anatômica entre os tratos urinário e genital (GUARISI et al., 2001a).

Segundo Diokno et al. (1990), fatores adicionais associados à IU são: história de pais e irmãos incontinentes, incontinência inclusive durante a gestação e pós-parto, problemas auditivos, uso de hormônios femininos e infecções vaginais, sugerindo que a IU é parte de um problema complexo e multifatorial.

Dessa forma, vários são os fatores de risco associados à IU descritos na literatura, embora existam ainda muitas dúvidas a esse respeito.

1.5 Sintomas urinários e atividade física

O posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte ressalta a importância da atividade física (AF) na saúde da mulher, visto que o aumento da expectativa de vida na população e o papel social e profissional adotado pela mulher colocam-na em uma posição de destaque na sociedade. Sendo assim, há a necessidade de investigar a incidência de determinadas patologias e de associá-las à prática de AF, visando ampliar o conhecimento das influências dessa atividade na vida dos indivíduos (LEITÃO et al., 2000).

A influência da AF na IU foi investigada na literatura. Parte de um estudo prospectivo de intervenção clínica na Finlândia, com os objetivos de avaliar a AF entre 82 mulheres que procuraram tratamento para IU e acessar as mudanças na AF após tratamento, verificaram que 45,1% delas eram ativas regulares, relatando realizar

exercícios três vezes ou mais por semana, 41,5% exercitavam-se de maneira irregular e 13,4% pequeno tempo de exercício durante o lazer. Declararam IUE 67% das mulheres, urge-incontinência 16% e IUM 13%. As médias de idade e paridade foram de 52,1 anos e de dois partos, respectivamente. A caminhada foi a AF mais freqüentemente realizada (65%), seguida por ginástica de condicionamento físico (46%), bicicleta (41%) e natação (32%). Os autores concluíram que essas mulheres são tão fisicamente ativas como a população saudável e que os hábitos de AF não foram modificados pela presença de IU, nem mesmo após o tratamento (STACH-LEMPINEN et al., 2004).

Já BO et al. (1989a) estudaram a IUE em 52 norueguesas entre 24 e 64 anos, participantes de diferentes esportes e atividades sociais. O objetivo do estudo foi comparar a participação nas práticas de AF e esporte antes e após 6 meses de exercícios específicos para a musculatura pélvica. Os resultados mostraram que 27 mulheres relataram que tentaram participar de diferentes tipos de AF e esporte, mas desistiram em função da perda de urina e 22 relataram ser essa a principal causa da inatividade. Porém, após o tratamento específico, as mulheres com IUE aumentaram sua habilidade em participar das atividades física, esportiva e social.

Nygaard et al. (1994) determinaram a prevalência de sintomas de IU em 144 atletas de elite nulíparas, universitárias de Iowa, com média de idade de 19,9 anos e que participavam de diferentes tipos de esporte. Pelo menos um episódio de perda de urina foi admitido por 40 atletas (28%), 16% durante a prática esportiva e 14% durante as competições. Houve diferença estatística entre os esportes analisados ($p=0.00004$) ginástica e natação ($p=0.0002$), vôlei ($p=0.005$), *softball* ($p=0.002$) e golfe (0.005); e entre basquete e natação ($p=0.002$) e *softball* ($p=0.003$). Os autores enfatizaram que outros sintomas urinários como urgência (31%), polaciúria (37%) e dor na bexiga (7%) foram mais comuns que a perda de urina (21%). Ginástica e basquete pareceram ser os esportes mais provocativos para a queixa de IU. Dessa forma, sugere-se que há um limiar de continência que, quando excedido, pode gerar aumento da pressão abdominal suficiente para causar perda de urina, mesmo na ausência de outros fatores de risco para IU, como, por exemplo, idade e paridade. Além disso, atletas podem ter mais

facilmente amenorréia resultante de baixos níveis estrogênicos que contribuiriam para a presença dos sintomas urinários acima citados.

Em outro estudo, BO et al. (1989b) compararam a prevalência de IU entre 116 norueguesas, estudantes de Educação Física, com média de idade de 22,9 anos e 189 estudantes de Nutrição, com média de 25,6 anos. Os autores verificaram que IUE foi mais prevalente nas estudantes nulíparas de Educação Física que participavam de AF regularmente (3 vezes por semana, além das práticas de AF, inerentes ao curso) (31%) quando comparadas às de Nutrição sedentárias (10%) ($p=0.02$). Porém, a maioria das estudantes com IUE relataram o sintoma também durante a tosse, espirro e gargalhadas. Os autores sugeriram que mulheres que nunca pariram mas já apresentaram perda de urina estão potencialmente sujeitas a desenvolver IU quando expostas a outros fatores de risco como gestação, parto e menopausa. Colocam ainda que ginástica de baixo impacto, bicicleta, natação e caminhada causam menor aumento da pressão intra-abdominal que ginástica de alto impacto e corrida, o que gera menor possibilidade de perda de urina.

O estudo de Thyssen et al. (2002) demonstrou que mais de 50% das 291 mulheres dinamarquesas, entre atletas de elite e bailarinas profissionais analisadas, experimentaram perda de urina, sendo 95,2% delas durante o treinamento e 51,2% em competições. Uma possível explicação para o fato é o alto nível de catecolamina circulante em situações de estresse aumentado em que os alfa-receptores da uretra manter-se-iam fechados. Apenas 0,3% delas relataram o incômodo em suas atividades de vida diária. No entanto, em suas atividades esportivas, principalmente as que incluíam saltos, 4% perdiam urina com frequência. Os autores sugeriram que o exercício físico parece ser um importante fator provocativo de IU.

Hannestad et al. (2003) não encontraram efeito importante da AF de alta intensidade e, nem mesmo, do aumento nos níveis da AF de baixa intensidade sobre a IU. Ambos mostraram fraca e não significativa associação com o problema. Porém, discutem que há uma tendência entre as mulheres que participam de AF de alta intensidade relatarem mais frequentemente os sintomas urinários, sugerindo que

atividades de baixo impacto protegeriam as mulheres, pois as manteriam mais ativas e sem o incômodo da perda de urina.

Dessa forma, a AF parece ser não um fator de risco, mas um fator agravante da IU que poderia afastar as mulheres da prática de exercícios, levando-as ao sedentarismo e, conseqüentemente, prejudicando sua saúde.

1.6 Sintomas urinários e qualidade de vida

A perda involuntária de urina é uma condição angustiante e incapacitante que causa significativa morbidade, afetando os aspectos social, psicológico, ocupacional, doméstico, físico e sexual de 15 a 30% de mulheres em todas as idades (KELLEHER et al., 1997).

Diversos autores confirmam o impacto negativo dos sintomas urinários e que principalmente a perda de urina causa queda significativa nos índices de QV. Dessa forma, têm sido utilizados questionários genéricos e específicos de medida de QV para acessar tanto os aspectos subjetivos da doença como o impacto que ela e seus tratamentos causam aos indivíduos que sofrem com o problema.

Os questionários genéricos têm a vantagem de permitir comparação entre disfunções diferentes e suas implicações na QV, enquanto os questionários de disfunção específica para sintomas urinários são mais sensíveis em detectar mudanças na QV (SWITHINBANK; ABRAMS, 1999). Entre os genéricos, o mais famoso é o *The Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey*, mais conhecido como “SF-36”. Esse questionário não tem validade de conteúdo para incontinência urinária e por isso tem menor sensibilidade a mudanças do que um instrumento específico.

Kelleher et al. (1997) construíram e validaram em inglês o *King's Health Questionnaire* (KHQ), específico para avaliar a QV em mulheres com incontinência urinária diagnosticada. Verificaram ser esse questionário um instrumento fácil, eficaz,

confiável e válido para análise de suas propriedades psicométricas. No mesmo estudo os autores verificaram que mulheres com BH têm maior prejuízo da QV que mulheres com outros diagnósticos urodinâmicos.

Até o momento, o único instrumento específico para avaliar o impacto da IU nos diferentes aspectos de QV e os sintomas urinários associados na literatura nacional é o KHQ validado e traduzido para o português por Tamanini et al. (2003). Nesse estudo foram selecionadas 156 mulheres com sintomas de IU, as quais relataram um ou mais episódios de perda de urina por semana durante os três meses anteriores. Os autores verificaram que aquelas que apresentaram IUM, com queixa maior de um ano e uso de absorventes (agravada quando a troca de absorvente era superior a quatro vezes ao dia) mostraram queda na QV. Dessa forma, pode-se concluir que a QV é pior quanto maior a gravidade dos parâmetros clínicos.

No noroeste da Carolina do Norte, Robinson et al. (1998), para determinar se os relatos de sintomas de IU poderiam prever qualidade de vida por meio de dois questionários padronizados e específicos dessa disfunção, o *Incontinence Impact Questionnaire* e *Urogenital Distress Inventory*, analisaram 384 mulheres com mais de 60 anos e com pelo menos um episódio de IU por semana nos três meses anteriores. Aquelas com relatos de dois episódios de perda de urina por dia e em jato têm pior qualidade de vida comparada àquelas com menos de dois episódios e em gota.

Outro estudo, com a finalidade de comparar QV de 1.062 italianas com sintomas de IU e 1143 (grupo-controle) sem sintomas urinários, utilizou um instrumento genérico de mensuração de QV: o SF 12. Os resultados obtidos mostraram que a QV é melhor no grupo-controle e que é pior quanto maior a severidade dos sintomas, concluindo, então, que a perda involuntária de urina é debilitante e que compromete a QV das mulheres (CHIAFFARINO et al., 2003).

Determinar se *American Urological Associations Symptom Index* (AUASI) correlaciona-se com grau de incômodo causado por sintomas e afeta a QV e, também, se esse é afetado pela presença ou ausência de IU foi objetivo do estudo de Scarpero et

al. (2003). Os dados mostraram que das 1.232 nova-iorquinas que participaram do estudo, 49% tinham algum grau de IU determinada pela queixa ou exame físico. Os escores de sintomas foram altamente correlacionados com o grau de incômodo, independente da IU. Os autores concluíram que a forte associação entre AUASI ($p < 0.0001$) e a QV das mulheres muda significativamente com idade e estado de continência.

Segundo Lam et al. (1992), as conseqüências de IU na vida diária são comuns e podem causar sérios problemas nas relações sociais dos indivíduos. O sintoma de IUE manifestam-se como uma condição somática, levando os indivíduos a absterem-se de atividades esportivas e/ou sexuais. Urge-incontinência está associada com episódios de perda de urina que ocorrem em domicílio e em situações específicas como ansiedade e sono. A percepção da IU como um problema social e higiênico depende do tempo decorrido desde o primeiro episódio da perda de urina, assim como da abstenção do contexto de vida social.

A disfunção sexual que pode ser gerada pela presença de STUI, e conseqüentemente, baixar a QV de muitas mulheres, é comumente relatada na literatura. Mulheres com BH têm incidência significativamente alta de disfunção sexual quando comparadas às mulheres com IUE (SUTHERST, 1979). Em um estudo com 324 mulheres sexualmente ativas, das 209 pacientes que mostraram IUE, 48 experimentaram incontinência durante a relação sexual e das 57 com BH, 11 relataram a perda de urina. Porém, somente uma delas queixou-se do problema, embora 77 já tivessem experimentado o sintoma durante a atividade sexual. A ocorrência de IU durante a atividade sexual é um problema muito mais freqüente nas mulheres incontinentes que comumente reconhecido e relatado, sendo presente em uma entre quatro mulheres com IU (HILTON, 1988).

Apesar dos diferentes métodos usados para medir o impacto dos STUI no bem-estar físico, emocional e social das mulheres, há consenso na literatura a QV é afetada em algum grau nessas mulheres, podendo causar isolamento social e depressão. Além disso, a percepção do grau de incômodo é subjetiva e individual, fato que pode

explicar a falta de procura por ajuda médica e de políticas preventivas para o problema, apesar da sua alta prevalência.

2. OBJETIVO

Este estudo teve por objetivo investigar a prevalência de sintomas urinários característicos de incontinência urinária e os fatores a eles associados em funcionárias administrativas e docentes da Universidade do Vale do Paraíba por questionário auto-administrado.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo e população de estudo

O tipo de estudo é analítico transversal de base populacional (PEREIRA, 2001) e investigou a prevalência de sintomas de IU e os fatores a eles associados em funcionárias administrativas e docentes da Universidade do Vale do Paraíba, em São José dos Campos, São Paulo.

Essa população constituiu-se de 452 indivíduos do sexo feminino, sem distinção de idade, registrada no primeiro semestre do ano letivo de 2004. Foi solicitada e fornecida pelo Departamento Pessoal da Universidade uma listagem com código da lotação das mulheres vinculadas a Instituição nesse período.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o protocolo nº L002/2004/CEP em anexo A, conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde em 08 de março de 2004.

3.2 Caracterização das variáveis

As variáveis consideradas independentes foram os sintomas urinários característicos dos diferentes tipos de IU, descritos no questionário do KHQ em apêndice C. As variáveis sócio-demográficas consideradas foram: sexo, idade, vínculo empregatício e escolaridade. A história obstétrica (número de gestações, número de partos, vias de parto, episiotomia, fórceps), história ginecológica (tipo e via de cirurgia ginecológica, menopausa e terapia de reposição hormonal (TRH)) e prática de AF (nível e tipo de AF) foram consideradas variáveis intervenientes das mulheres analisadas. Em relação ao tipo de cirurgia ginecológica foram considerados: histerectomia, perineoplastia, curetagem, *sling* ou *Tensional Vaginal Taping* (TVT) e outras que incluiu: ooforectomia, Bartholinetomia, salpingectomia e exérese de cistos ovarianos. Também como variável interveniente foi considerada a pergunta “Você alguma vez não conseguiu ou não consegue chegar a tempo ao banheiro para fazer

xixi?” que, neste estudo, foi classificada como “perda de urina isolada”, isto é, pelo menos uma perda involuntária de urina em qualquer circunstância da vida das mulheres pesquisadas.

Para a identificação do nível da AF adotou-se a classificação descrita por Gonçalves et al (1997) como i) sedentário: indivíduo fisicamente inativo sem tempo definido dedicado à atividade física; ii) ativo irregular: indivíduo com AF realizada por menos que 3 vezes por semana e/ ou com tempo inferior a 20 min por sessão e iii) ativo regular: indivíduo com AF realizada 3 vezes ou mais por semana, com tempo igual ou superior a 20 minutos. Para a presente pesquisa foi relevante incluir o tipo de AF realizado, visto que a literatura correlaciona a incontinência urinária com AF de impacto. Foram inclusos como tipo de AF: ginástica de alto impacto (EX: *body attack*, *body step*, *body combat*, aeróbica, etc), ginástica de baixo impacto (Ex: localizada, *body pump*, etc), musculação, corrida, caminhada, natação e/ou hidroginástica, bicicleta (ergométrica, *spinning*, Rpm), esportes coletivos e outros (dança, yoga e *tai chi chuan*).

Foram considerados como sintomas urinários característicos de IU na população estudada a presença de uma ou mais respostas descritas a seguir: “muito” para polaciúria; “moderadamente” e “muito” para nictúria, urgência, urge-incontinência, infecção urinária, dor e dificuldade para urinar e “pouco”, “moderadamente” e “muito” para o sintoma de IUE, enurese noturna e incontinência orgásmica. Portanto, foram identificadas duas situações distintas dos dados coletados: ter ou não sintomas apresentados pela classificação acima descrita e a análise foi realizada com referência a essas duas condições.

Neste estudo, foram considerados como sintomas urinários de enchimento a polaciúria, nictúria, urgência, urge-incontinência, IUE e incontinência orgásmica e como sintomas de esvaziamento a enurese noturna, dor e dificuldade para urinar. A infecção urinária recorrente, por sua vez, foi considerada como sintoma freqüente e característico nas mulheres com IU.

3.3 Procedimento de coleta

Após ter sido lida a Carta de Apresentação da pesquisa pelos indivíduos voluntários, estes assinaram ao Termo de Consentimento Informado, ambos em apêndice, A e B, respectivamente, aceitando participar do estudo.

O questionário foi composto por informações sobre idade, tipo de vínculo empregatício, grau de escolaridade, além das questões sobre a prática de AF, os perfis ginecológico e obstétrico e a pergunta da perda de urina isolada que foram inclusas para este estudo. As questões sobre os sintomas urinários foram adaptadas do questionário original (apêndice C) e quantificadas pelo autor como descrito em caracterização das variáveis. Os questionários foram entregues para todas as funcionárias por intermédio da secretaria dos departamentos, com autorização de suas chefias.

O KHQ estruturado, pré-testado, traduzido e validado para o português por Tamanini et al. (2003) avalia a presença ou não de queixa de perda urinária, o quanto esse problema afeta a pessoa e se limita às atividades diárias, o sono e estima a gravidade do problema. A validação do instrumento para o português não foi alterada do original, com exceção da forma de administração para pessoas com baixo grau de alfabetização, situação em que foi lido durante a entrevista. O alfa de Cronbach padronizado foi de 0,87 em relação ao KHQ e a avaliação de seus domínios apresentou variação de 0,49 a 0,92. A confiabilidade, medida pelo índice de correlação intraclassas foi considerada de moderada a forte em todos os domínios e na escala de medidas de gravidade, variando de 0,53 a 0,81. O coeficiente de correlação de Pearson entre o KHQ e o SF-36 foi considerado de fraco a moderado na maioria dos domínios afins, variando de -0,27 a -0,53. Dessa forma sugere-se pelo autor que a versão em português do KHQ, traduzida e adaptada para seu uso em mulheres brasileiras com queixas de incontinência urinária, representa um importante instrumento para a avaliação de mulheres incontinentes em pesquisa clínica.

3.4 Análise dos dados

Os dados foram analisados após elaboração de planilha de codificação de cada variável descrita (apêndice D). As repostas “não sei” ou a ausência delas nas questões aplicadas foram consideradas como *missing*, ou seja, dados perdidos. Para as informações de idade, idade da menopausa e tempo de TRH foi realizada análise descritiva, medidas de tendência central e de dispersão, com nível de confiança de 95%. Para as demais variáveis estudadas como vínculo empregatício, grau de escolaridade, história obstétrica e ginecológica, sintomas urinários, prática de AF e a perda de urina isolada foram calculadas as frequências dos valores absoluto e relativo da amostra.

As associações foram realizadas entre as variáveis pela análise de médias não-pareadas para idade, total de gestações e de partos, números de partos normais e de partos cesárea, idade da menopausa (em anos) e tempo de TRH (em meses) pelo teste *t-student* com nível de confiança de 95%.

A análise de independência pelo teste exato de *Fisher* com nível de confiança de 95% foi realizada para as variáveis de idade, total de gestações e de partos, tipo de partos, número de partos normais, e de partos cesárea, uso de fórceps e de episiotomia no parto normal, realização de cirurgia ginecológica, incluindo via e tipo cirúrgico realizados, estado menopausal, TRH e prática de AF (nível e tipo de atividades praticadas).

O teste da razão de prevalência foi aplicado para idade, gestações, número total de gestações e partos, histerectomia, perineoplastia, *sling* ou TVT, menopausa, TRH, AF e para a presença de sintomas urinários com nível de confiança de 95%.

O coeficiente de Cramer, um número entre 0 e 1, foi estabelecido para todas as variáveis analisadas, quantificando a associação entre elas e a presença ou não dos sintomas estabelecidos.

Foi também analisada a porcentagem de concordância obtida pelo coeficiente de Kappa para as respostas “sim” e “não” à pergunta: “Você alguma vez não conseguiu ou não consegue chegar a tempo ao banheiro para fazer xixi?”, relacionando-se com ter ou não sintomas urinários definidos pela descrição supracitada. Como descrito anteriormente, esta questão foi considerada como “perda de urina isolada”.

A representatividade do número de mulheres analisadas foi calculada pelo erro amostral estimado.

4. RESULTADOS

A população feminina desta Instituição de Ensino constituía 452 funcionárias vinculadas no primeiro semestre letivo de 2004. Destas, 4 (0,9%) não eram mais funcionárias, 6 (1,3%) estavam de licença maternidade, 34 (7,5%) declararam não aceitar participar do estudo, 5 (1,1%) não responderam e devolveram os questionários, 209 (46,2%) não os devolveram e 194 (42,9%) aceitaram participar da pesquisa, representando a amostra analisada, cuja representatividade foi de 4,7%.

4.1 Perfil das mulheres analisadas

Das 194 mulheres analisadas, verificou-se que 107 (55,2%) eram funcionárias administrativas, 86 (44,3%) docentes na Universidade e 1 (0,5%) não respondeu ao vínculo empregatício. Todas tinham pelo menos 2º grau completo, sendo 40,7% com pós-graduação completa e 34,5% com ensino superior. A média de idade foi de 39,9 ± 11,1 anos, com a idade mínima 19, máxima 67 anos e a mais freqüente 34 anos (Tabela 1), e 8 mulheres não relataram a idade.

Tabela 1. Medidas de tendências central e dispersão da idade (em anos) e distribuição de sua freqüência segundo as faixas etárias estabelecidas (n=183).

Medidas descritivas	Idade (em anos)	Distribuição das faixas etárias	Freqüência	
			Absoluta	Relativa %
Média	39,9	Menor de 30 anos	14	7,6
Mediana	38	30 – 39 anos	34	18,6
Moda	34	40 – 49 anos	28	15,3
Desvio padrão	11,1	50 – 59 anos	22	12
Mínimo	19	Maior/igual 60 anos	5	2,7
Máximo	67			

4.1.1 Perfil obstétrico das mulheres analisadas

Em relação aos aspectos obstétricos, 65,5% das mulheres analisadas engravidaram pelo menos uma vez e 34,6% eram nuligestas, ou seja, nunca engravidaram. Das primeiras, 24,4% já abortaram pelo menos uma vez e, destas, 9,7% não mais engravidaram. Portanto, 63,9% pariram pelo menos uma vez e 36,1% nunca pariram.

Das mulheres que engravidaram (127) e pariram (124), somente 2 apresentaram número máximo de seis tanto para gestação quanto para parto (1,6%). O número mais freqüente foi de duas gestações em 41 mulheres (32,3%) e uma gestação em 39 mulheres (30,7%) (Tabela 2). Em relação ao número de partos, foram encontradas 47 mulheres que pariram somente uma vez (37,9%), 43 que pariram duas vezes (34,7%) e 25 que pariram três vezes (20,2%) (Tabela 3).

Tabela 2. Distribuição da freqüência dos valores absoluto e relativo do número de gestações de mulheres que engravidaram (n=127).

Nº de gestações	Freqüência	
	Absoluta	Relativa %
1 vez	39	30,7
2 vezes	41	32,3
3 vezes	24	18,9
4 vezes	14	11
5 vezes	7	5,5
6 vezes	2	1,6

Tabela 3. Distribuição da frequência dos valores absoluto e relativo do número de partos das mulheres que engravidaram e pariram (n=124).

Nº de partos	Frequência	
	Absoluta	Relativa %
1 vez	47	37,9
2 vezes	43	34,7
3 vezes	25	20,2
4 vezes	4	3,2
5 vezes	3	2,4
6 vezes	2	1,6

A Tabela 4 mostra a distribuição da frequência dos valores absoluto e relativo das vias de parto das mulheres estudadas. Destas, 59,7% pariram somente por cesariana, 33,1% delas exclusivamente por parto via vaginal e 7,2% pariram tanto por via vaginal como por cesariana.

Em relação aos partos vaginais, 68% deles foram realizados somente com episiotomia; 22% foram partos naturais, sem fórceps e sem episiotomia; e 10% foram com fórceps e com episiotomia (Tabela 5).

Tabela 4. Distribuição da frequência dos valores absoluto e relativo das vias de parto da população estudada (n = 124).

Via de parto	Frequência	
	Absoluta	Relativa %
Cesariana	74	59,7
Via vaginal	41	33,1
Ambas	9	7,2

Tabela 5. Distribuição da frequência dos valores absoluto e relativo dos tipos de parto vaginal das mulheres analisadas (n=50).

Tipos de partos vaginais	Frequência	
	Absoluta	Relativa %
CE*	34	68
natural	11	22
CE*/CF**	5	10

* CE = com episiotomia / **CF= com fórceps.

4.1.2 Perfil ginecológico das mulheres analisadas

Quanto aos aspectos ginecológicos, os resultados mostraram que 51 mulheres já foram submetidas a pelo menos uma cirurgia ginecológica (26,3%), 38 estavam ou já passaram pela menopausa (19,6%) e, destas, 25 faziam uso de TRH (65,8%).

A média de idade das mulheres menopausadas foi de $46,1 \pm 5,6$ anos. A idade mais frequente de entrada na menopausa foi de 50 anos, sendo a mínima de 27 e a máxima de 54 anos. O tempo médio de uso de TRH foi de $84,7 \pm 63$ meses, cujo tempo de reposição hormonal mais frequente foi de 24 meses, sendo o mínimo de 3 e máximo de 240 meses (Tabela 6).

Das submetidas à cirurgia ginecológica, 52,9% tiveram a vaginal como via cirúrgica, 39,2% a via abdominal e 5,9% ambas (Tabela 7). Duas ou mais cirurgias foram relatadas por 17,6% das mulheres. O tipo cirúrgico mais frequente foi curetagem a que foram submetidas 39,4% das mulheres, seguido por 35,3% de outros tipos. Perineoplastia, histerectomia e *sling* ou TVT foram realizados em 21,6%, 17,6% e 13,7% mulheres, respectivamente. Trinta e três mulheres que realizaram cirurgia ginecológica apresentaram sintomas urinários, porém esse dado não foi significativo quando comparado às assintomáticas (Tabela 8).

Tabela 6. Medidas de tendências central e dispersão da idade da menopausa (em anos) e tempo de reposição hormonal (em meses) das mulheres analisadas.

Medidas descritivas	Idade da menopausa	Tempo de TRH
	(anos) n = 38	(meses) n = 25
Média	46,1	84,7
Desvio padrão	5,6	63
Erro padrão	1	12,9
Mediana	48	66
Moda	50	24
Mínimo	27	3
Máximo	54	240

Tabela 7. Distribuição da frequência de valores absoluto e relativo da via cirúrgica das mulheres submetidas à cirurgia ginecológica (n =51).

Via cirúrgica	Frequência	
	Absoluta	Relativa %
Via vaginal	27	52,9
Via abdominal	20	39,2
Ambas as vias	3	5,9
Não responderam	1	2

Tabela 8. Distribuição da frequência dos valores absoluto e relativo do tipo cirúrgico das mulheres submetidas à uma ou mais cirurgias ginecológicas e a presença de um ou mais sintomas urinários análise de independência pelo teste exato de Fisher - $p < 0.05$.

Tipo cirúrgico	Frequência do tipo cirúrgico (n=51)		Presença de um ou mais sintomas urinários (n=33)	
	Absoluta	Relativa %	Absoluta	Relativa %
Histerectomia	9	17,6	7	21,2
Perineoplastia	11	21,6	8	24
Curetagem	19	37,2	13	39,4
Sling ou TVT	7	13,7	6	18,2
Outras	18	35,3	10	30,3

* Os resultados não mostraram significância estatística.

4.2 Prática de atividade física das mulheres analisadas

Quanto ao nível de atividade física, as mulheres foram classificadas em sedentárias e ativas regular e irregular, segundo classificação de Gonçalves et al. (1997). Do total analisado, metade das mulheres eram ativas (Tabela 9). Destas, 51,6% realizavam um tipo de AF, 48,4% realizavam dois ou mais tipos de AF simultaneamente e 24,7%, três tipos ou mais. A caminhada foi a atividade física mais frequente, relatada por 73,2% da população ativa estudada, seguida por musculação e bicicleta, 34% e 23,7% respectivamente. Das ativas que realizavam caminhada, 72% apresentaram sintomas urinários; das que faziam musculação, 34%; das que realizavam bicicleta, corrida e ginástica de alto impacto, 26%, 14% e 8%, apresentaram sintomas, respectivamente. Os resultados não se mostraram significativos tanto para o nível como para o tipo de AF praticada, quando comparadas às ativas assintomáticas (Tabela 10).

Tabela 9. Distribuição de frequência absoluta e relativa do nível de atividade física das mulheres analisadas (n=194).

Nível AF	Frequência	
	Absoluta	Relativa %
Sedentário	94	48,5
Ativo irregular	39	20,1
Ativo regular	58	29,9
Não responderam	3	1,5

Tabela 10. Distribuição da frequência dos valores absoluto e relativo dos tipos de atividade física praticados pelas mulheres ativas (irregular e regular) e a presença de um ou mais sintomas urinários pela análise de independência pelo teste exato de Fisher - p 0,05.

Tipos de AF praticadas	Frequência dos tipos de AF (n=97)		Presença de um ou mais sintomas urinários (n=50)	
	Absoluta	Relativa %	Absoluta	Relativa %
Ginástica de alto impacto	9	9,3	4	8
Ginástica de baixo impacto	13	13,4	7	14
Musculação	33	34	17	34
Corrida	9	9,3	7	14
Caminhada	71	73,2	36	72
Natação / hidroginástica	13	13,4	4	8
Bicicleta	23	23,7	13	26
Esportes coletivos	1	1	1	2
Outros (dança, yoga, tai chi chuan)	6	6,2	5	10

* Os resultados não mostraram significância estatística.

4.3 Sintomas urinários relatados pelas mulheres analisadas

A tabela 11 mostra a distribuição da frequência dos valores absoluto e relativo da percepção dos sinais e sintomas urinários pelas mulheres estudadas. A polaciúria foi o sinal apresentado e relatado como “muito” freqüente por 9,4%. A nictúria apresentou-se “moderadamente” e “muito” freqüente em 14,8% e 1,1% das mulheres analisadas, respectivamente. Os sintomas de urgência e urge-incontinência foram percebidos como “moderadamente” e “muito” freqüentes em 12% e 1,6% e 3,7% e 0,5%, respectivamente. O sintoma de IUE foi relatado como “pouco” e “moderadamente” freqüentes por 27,2% e 56,8%, respectivamente, das mulheres estudadas. Nesta população 14,5% relatou infecção urinária recorrente, 5,7% sofria com enurese noturna e somente 1% relatou como pouco freqüente a incontinência orgásmica. Outros sintomas relatados como “pouco” ou “moderadamente” incômodos foram dor na bexiga em 10,3% das mulheres e dificuldade para urinar em 3,6% delas.

Conforme critério estabelecido neste estudo para presença ou ausência de sintomas urinários, a IUE foi o sintoma mais freqüente na amostra estudada, sendo relatado por 58,3% das mulheres. O segundo sintoma mais freqüente foi a nictúria relatado por 27,8%. Em terceiro, quarto e quinto lugares apresentaram-se urgência, polaciúria e enurese noturna com 24,1%, 16,7% e 10,2%, respectivamente. A urge-incontinência e infecção urinária mostraram-se como a sexta e sétima queixas de STUI, respectivamente (Figura 1).

Pode-se observar na Figura 1 que, com exceção dos sintomas de polaciúria e de infecção urinária, as médias de idade das mulheres sintomáticas foram maiores que a média das assintomáticas. A análise de médias não-pareadas para idade mostrou-se estatisticamente significativa para mulheres que apresentaram algum sintoma urinário ($p=0,005$), 55,7% ($n=108$) das mulheres com média de idade de $41,9 \pm 10,52$ anos relataram ter algum grau e/ou tipo de sintoma urinário e 44,3% ($n=86$), com média de $37,3 \pm 11,33$ anos, não apresentaram nenhum dos sintomas. A mesma análise mostrou-se também significativa para o sintoma de IUE entre as mulheres sintomáticas e assintomáticas ($43,1 \pm 10,28$ anos e $38,2 \pm 11,12$ anos, respectivamente) ($p=0,005$).

Tabela 11. Distribuição da frequência dos valores absoluto e relativo da percepção dos sintomas relatados pelas mulheres estudadas (n=194).

Sintomas urinários	Percepção dos sintomas					Total % (n)	Não responderam % (n)*
	Não/ Nunca	Um pouco	Moderado	Muito			
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)		
Polaciúria	0 (0)	21,5 (41)	69,1 (132)	9,4 (18)	100 (191)	1,5 (3)	
Nictúria	45 (85)	39,2 (74)	14,8 (28)	1,1 (2)	100 (189)	2,6 (5)	
Urgência	72,3 (138)	14,1 (27)	12 (23)	1,6 (3)	100 (191)	1,5 (3)	
Urge- incontinência	77,8 (147)	18 (34)	3,7 (7)	0,5 (1)	100 (189)	2,6 (5)	
IUE	67 (128)	27,2 (52)	5,8 (11)	0 (0)	100 (191)	1,5 (3)	
Enurese noturna	94,2 (179)	4,7 (9)	0,5 (1)	0,5 (1)	100 (190)	2,1 (4)	
Incontinência orgásmica	99 (189)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	100 (191)	1,5 (3)	
Infecções urinárias	85,5 (165)	10,9 (21)	3,1 (6)	0,5 (1)	100 (193)	0,5 (1)	
Dor na bexiga	89,7 (174)	8,8 (17)	1,5 (3)	0 (0)	100 (194)	0 (0)	
Dificuldade para urinar	96,4 (187)	3,1 (6)	0,5 (1)	0 (0)	100 (194)	0 (0)	

* porcentagem do total da amostra.

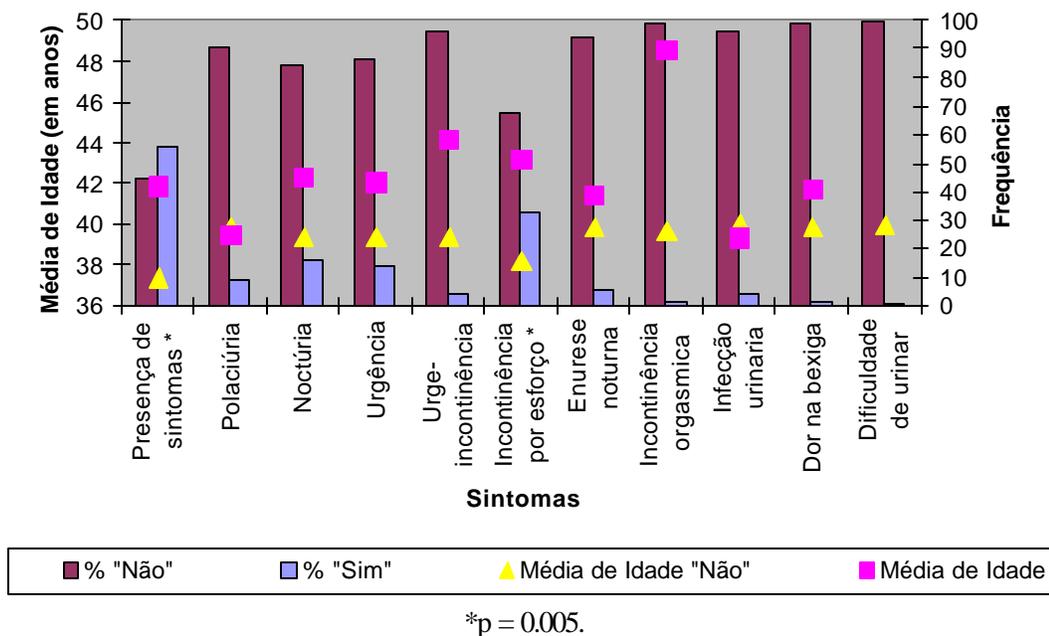


Figura 1. Distribuição da freqüência dos sintomas urinários e análise de médias não-pareadas para idade entre as mulheres sintomáticas e assintomáticas (n=194).

4.4 Sintomas urinários e suas associações

De acordo com o critério estabelecido neste estudo para definir a presença de sintomas urinários, a média do total de gestações para as mulheres sintomáticas e das assintomáticas foi de 1,9 e 1 gestação por mulher, respectivamente, e esses foram dados significativos ($p = 0,05$). A paridade também mostrou-se estatisticamente significativa na análise de médias não-pareadas ($p = 0,05$). Porém, as médias dos tipos de paridade, da idade da menopausa em anos e o tempo de TRH em meses não se mostraram significativos na amostra (tabela 12).

Tabela 12. Relação das variáveis total de gestações, total de partos, número de partos normais, número de partos cesariana, idade da menopausa em anos e tempo de TRH (em meses) com presença ou ausência de sintomas urinários das mulheres estudadas pelo teste de médias não- pareadas.

Variáveis	Sintomas urinários	
	sim	não
Total de gestações**	1,9	1
Total de partos**	1,6	0,9
Nº de partos normais	2,4	1,7
Nº de partos cesariana	1,8	1,6
Idade da menopausa (em anos)	46,5	45,5
Tempo de TRH (em meses)	86,1	82,3

*p=0,005 / ** p= 0,000.

A tabela 13 mostra a relação das variáveis idade, total de gestações, total de partos, número de partos normais, número de partos cesarianas, idade da menopausa (em anos) e tempo de TRH (em meses) com presença ou ausência de sintomas das mulheres estudadas pelo teste exato de Fisher.

Em mulheres com idade maior ou igual a 40 anos a prevalência dos sintomas foi de 64,7% e as com idade inferior mostraram uma prevalência de 47,5%. Portanto, mulheres com mais de 40 anos têm 1,36 vezes mais risco de apresentar sintomas urinários que as adultas de idade inferior ($p=0,026$).

Quanto ao número de gestações, as mulheres sintomáticas que engravidaram três ou mais vezes mostraram-se estatisticamente diferentes das mulheres que engravidaram na mesma frequência, mas não apresentaram sintomas ($p > 0,05$). Isto mostra que três ou mais gestações pode ser fator associado a sintomas urinários nas mulheres analisadas. A

mesma relação pode ser considerada para o total de partos em que a paridade maior ou igual a três partos mostrou-se significativa para a presença dos sintomas urinários ($p=0,001$).

Já para os tipos de parto, os dados não se mostraram significativos, tanto quanto ao número total de partos cesarianas e normais, com ou sem o uso de fórceps e/ou episiotomia. Portanto, esses fatores da história obstétrica não foram associados aos sintomas urinários nesta amostra.

Quanto à história ginecológica, os resultados analisados pelo teste de *Fisher* não foram significativos para realização de cirurgia ginecológica, via e tipo cirúrgico, estado menopausal e TRH. Também não houve relação estatística entre o nível e tipo de atividade física praticados com os sintomas urinários apresentados pelas mulheres analisadas.

Tabela 13. Relação entre as variáveis demográfica e intervenientes e a presença ou ausência de sintomas das mulheres estudadas pelo teste exato de Fisher.

Variáveis	Sintoma		Coeficiente de Cramer	Valor de p	
	Sim % (n)	Não % (n)			
idade	Menor 40	46,6 (48)	63,9 (53)	0,172	0,026*
	Maior ou igual 40	53,4 (55)	36,1 (30)		
Total de gestações	Zero a duas	66,7 (72)	87,2 (75)	0,238	0,001*
	Três ou mais	33,3 (36)	12,8 (11)		
Total de partos	Zero a dois	74,1 (80)	93 (80)	0,248	0,001*
	Três ou mais	25,9 (28)	7 (6)		
Tipo de parto	Normal	36,3 (29)	27,3 (12)	0,133	0,384
	Cesárea	55 (44)	68,2 (30)		
	Normal e cesárea	8,8 (7)	4,5 (2)		
Nº de partos normais	Um ou dois	55,6 (20)	78,6 (11)	0,213	0,197
	Três ou mais	44,4 (16)	21,4 (3)		
Nº de partos cesarianas	Um ou dois	78,4 (40)	93,8 (30)	0,205	0,071
	Três ou mais	21,6 (11)	6,3 (2)		
Uso de fórceps no parto normal	Sim	13,9 (5)	7,1 (1)	0,093	0,663
	Não	86,1 (31)	92,9 (13)		

Tabela 13. Continuação.

Uso de episiotomia no parto normal	Sim	80,6 (29)	78,6 (11)	0,022	1,000
	Não	19,4 (7)	21,4 (3)		
Cirurgia ginecológica	Sim	31,4 (33)	21,2 (18)	0,115	0,139
	Não	68,6 (72)	78,8 (67)		
Menopausa	Sim	21,5 (23)	18,1 (15)	0,042	0,588
	Não	78,5 (84)	81,9 (68)		
TRH	Sim	15,7 (16)	11,4 (9)	0,062	0,516
	Não	84,3 (86)	88,6 (70)		
Prática de atividade física	Sedentário	52,8 (56)	44,7 (38)	0,148	0,131
	Ativo Irregular	15,1 (16)	27,1 (23)		
	Ativo Regular	32,1 (34)	28,2 (24)		

* valores estatisticamente significativos - p 0,05.

Esta amostra, quando estratificada em faixas etárias, apresentou-se com prevalência crescente dos sintomas urinários diretamente proporcional ao aumento da idade até 60 anos. As mulheres com menos de 30 anos apresentaram 35% de prevalência dos sintomas de 35%; na faixa etária de 30 a 39 anos, 55,7%, seguidas por 65,1% e 66,6%, nas faixas de 40-49 e 50-59 anos, respectivamente. A prevalência dos sintomas urinários foi maior nas mulheres entre 40 e 59 anos, diminuindo um pouco, embora alta, em mulheres com 60 anos ou mais (55,5%) conforme mostra a tabela 14.

O teste da razão de prevalência para a história obstétrica mostrou que as mulheres que engravidaram pelo menos uma vez têm 1,75 vezes mais chance de desenvolver algum grau de IU em relação àquelas que nunca engravidaram, sendo significativo para duas gestações ou mais (p=0,009), cuja razão de prevalência é de 1,70. As mulheres que pariram duas vezes ou mais têm 1,57 vezes mais risco de desenvolver IU que as que pariram menos vezes, independente da via de parto (tabela 14).

Porém, os tipos de parto não se mostraram associados aos sintomas urinários, assim como a história ginecológica e o nível e tipo de atividade física, que também não foram estatisticamente significativos nesta população.

Tabela 14. Prevalência e razão de prevalência das variáveis idade, gestações, número total de gestações, nº total de partos segundo os sintomas urinários das mulheres que o relataram.

Variável independente	Sintomas urinários		Índice de Confiança (com nível de 95%)	Valor de p
	Prevalência (em 1000 Hab)	Razão de prevalência		
Resposta “sim” para a questão da perda isolada de urina	135,58	referência		
Apresentar sintomas urinários	543,48	4,00	2,71 – 5,89	0,000*
Idade				
Menor 30 anos	350,0	referência		
30 – 39 anos	557,4	1,59	0,99 – 2,57	0,042*
40 – 49 anos	651,2	1,86	1,16 – 2,99	0,006*
50 – 59 anos	666,7	1,90	1,17 – 3,10	0,007*
60 anos ou mais	555,6	1,59	0,77 – 3,26	0,258
Gestações				
Não	373,1	referência		
Sim	635,5	1,75	1,25 – 2,45	0,000*
Nº total de gestações				
Zero	373,1	referência		
Um	538,5	1,44	0,94 – 2,21	0,099*
Dois	634,1	1,70	1,15 – 2,50	0,009*
Três	708,3	1,90	1,27 – 2,84	0,005*
Quatro ou mais	826,1	2,21	1,54 – 3,18	0,000*
Nº total de partos				
Zero	400,0	referência		
Um	531,9	1,33	0,90 – 1,97	0,162
Dois	627,9	1,57	1,09 – 2,27	0,019*
Três	708,3	2,00	1,41 – 2,83	0,001*
Quatro ou mais	826,1	2,22	1,54 – 3,21	0,006*
Histerectomia				
Não	547,0	referência		
Sim	777,8	1,42	0,98 – 2,07	0,175

Tabela 14. Continuação.

Perineoplastia	Não	547,5	referência		
	Sim	727,3	1,33	0,90 – 1,95	0,245
Sling ou TVT	Não	546,4	referência		
	Sim	857,1	1,57	1,13 – 2,18	0,105
Menopausa	Não	605,3	referência		
	Sim	551,6	0,91	0,68 – 1,23	0,560
TRH	Sim	640,0	referência		
	Não	551,3	0,86	0,62 – 1,19	0,408
Atividade física	Sedentário	595,7	referência		
	Ativo	410,3	0,69	0,46 – 1,04	0,052
	Irregular				
	Ativo Regular	586,2	0,98	0,75 – 1,29	0,908

* valores estatisticamente significativos - $p < 0,05$.

A tabela 15 mostra a classificação pelo coeficiente de Kappa da porcentagem de concordância e discordância entre a presença ou ausência de sintomas urinários e as respostas “sim” e “não” para a questão da perda de urina isolada nas mulheres estudadas. Das que responderam “não” para essa questão, 41,3% apresentaram sintomas urinários e somente 0,5% não apresentou sintomas. A porcentagem de discordância entre as respostas foi de 41,8% e a de concordância de 58,1%, resultando na classificação fraca pelo coeficiente de Kappa (0,213). Pelo teste da razão de prevalência, apresentar algum sintoma urinário em algum grau de percepção foi 4 vezes mais frequente que a resposta “sim” para a questão da perda de urina isolada ($p < 0,05$) (tabela 15), ou seja, 54,3% da população estudada apresentaram sintomas urinários pela classificação pré-estabelecida, e desse número, 13,5% responderam não ter, pelo menos uma vez, conseguido chegar a tempo ao banheiro para urinar (tabela 14).

Tabela 15. Classificação pelo coeficiente de Kappa da porcentagem de concordância e discordância entre a presença ou ausência de sintomas urinários e as respostas “Sim” e “Não” para a questão da perda de urina isolada nas mulheres.

		Você alguma vez não conseguiu ou não consegue chegar a tempo ao banheiro para fazer xixi?		
		“Não” % (n)	“Sim” % (n)	Total % (n)
Sintomas urinários	Não % (n)	45,1 (83)	0,5 (1)	45,7 (84)
	Sim % (n)	41,3 (76)	13 (24)	54,3 (100)
	Total % (n)	86,4 (159)	13,6 (25)	100 (184)*
Porcentagem de concordância		58,1		Classificação ** fraca
Porcentagem de discordância		41,8		
Coefficiente de Kappa		0,213		

* n=10 foram considerados dados perdidos: cinco não responderam a questão e cinco responderam “não sei” para a questão./ ** classificação da concordância obtida pelo coeficiente de Kappa (valor entre 0 e 1, sendo que 1 significa concordância total e 0 discordância total).

Conforme mostra a tabela 16, apesar da alta prevalência dos sintomas urinários na população estudada, grande parte das mulheres percebe sua saúde como “boa”. Da população total analisada, 54,6% perceberam a saúde como boa. Assim também perceberam 59,2% das mulheres sintomáticas sem perda de urina isolada.

Tabela 16. Distribuição das frequências absoluta e relativa da descrição da saúde no momento pelas mulheres que responderam “não” a questão da perda de urina isolada e apresentaram sintomas urinários.

	Descrição da saúde no momento			Total % (n)
	Muito boa % (n)	Boa % (n)	Regular % (n)	
Mulheres que responderam “Não” para a questão do incômodo e apresentaram sintomas urinários	32,9 (25)	59,2 (45)	7,9 (6)	100 (76)
Total	33,5 (65)	54,6 (106)	11,9 (23)	100 (194)

5. DISCUSSÃO

A literatura mostra que a maior frequência de sintomas do trato urinário inferior está diretamente relacionada à idade avançada. Segundo Grodstein et al. (2003) existe forte associação entre idade e sintomas de IU, mostrando prevalência de 34,1% entre enfermeiras com idades entre 50 a 70 anos, participantes de um estudo prospectivo, que relatam ter perdido urina pelo menos uma vez nos prévios doze meses. Mulheres com idade entre 61 e 65 anos e superior a 70 anos tiveram o risco aumentado em 22% e 67%, respectivamente, quando comparadas a mulheres com idade inferior a 50 anos. Foi também observado um aumento significativo comparando-se a prevalência de perdas ocasionais e frequentes com o avanço da idade ($p < .0001$). Neste estudo, a prevalência dos sintomas urinários nas mulheres acima de 60 anos foi mais alta que o estudo anterior, embora o número amostral tenha sido pequeno (5).

A prevalência da perda de urina isolada nesta pesquisa apresentou-se em 13,5% das mulheres analisadas, sendo mais baixa que o estudo de Hannestad et al. (2000) que verificaram o fato em 25% das norueguesas acima de 20 anos. A prevalência em algum grau dos sintomas urinários pré-estabelecidos neste trabalho foi extremamente alta e superior a outros estudos e significativa em mulheres com idade superior a 30 anos. A mais alta prevalência foi verificada na faixa etária de 50 a 59 anos, concordando com os autores acima citados que encontraram um pico da prevalência de sintomas urinários em torno da meia idade: 30% entre as mulheres de 50 – 54 anos. Em mulheres climatéricas, com faixa etária de 45 a 60 anos, foi observado que a queixa de IU estava presente em 27,4% (PEDRO et al., 2003).

Elving et al. (1989) afirmam que há três níveis de razão de incidência especificadas e distinguíveis pela idade, independentemente do tipo clínico da incontinência urinária. A mais alta razão está entre 45 e 59 anos (1,4 – 1,34), sendo seu pico entre 45 e 49 anos (1,4); a mais baixa entre 15 a 24 anos (0,04 – 0,54); e uma razão de prevalência intermediária de 25 a 44 anos (0,93 – 0,86).

Entretanto, há estudos que não relacionaram o risco de incontinência urinária à idade, apesar da sua alta prevalência também considerada. Um estudo com 541 mulheres americanas saudáveis de 42 a 50 anos mostrou que 58,4% havia experimentado a perda de urina em algum momento de suas vidas. Porém idade, estado menopausal, cirurgia ginecológica prévia e TRH não foram associados à incontinência (BURGIO; MATTHEWS; ENGEL, 1991).

Guarisi et al. (2001b) também relataram que não houve diferença significativa relacionando-se o risco de incontinência urinária com idade, estado menopausal, cirurgia ginecológica prévia e uso de TRH, apesar da alta prevalência encontrada nas 456 mulheres climatéricas analisadas (35%).

Mais alta prevalência foi encontrada por Swithinbank e Abrams (2001) que verificaram que algum grau de STUI foi relatado por 69% de mulheres britânicas. Os autores encontraram sintomas de enchimento – urgência, IUE, urge-incontinência – como os mais prevalentes: 61%, 60%, 46%, respectivamente. A urgência e urge-incontinência foram comuns em todas as faixas etárias e o IUE mais prevalente na meia-idade, ao redor da menopausa. Nictúria e polaciúria ficaram em oitavo e nono lugares com prevalência de 19% e 15%, respectivamente; dor na bexiga e dificuldade para urinar em sétimo lugar (23%) e enurese noturna em décimo segundo lugar (19%).

No presente estudo, também foi observada a maior frequência de sintomas de enchimento como perda de urina aos esforços, nictúria, urgência, polaciúria e enurese noturna, porém em ordem diferente de aparecimento entre as mulheres analisadas. A IUE foi o sintoma mais frequente na amostra estudada, sendo relatado por 58,3% das mulheres, cuja média de idade foi de 43,1 anos, concordando com o estudo de Diokno et al. (2004) que o verificaram como mais prevalente entre mulheres jovens de 18 a 44 anos.

Portanto, parece haver um incremento na prevalência de sintomas urinários, considerada alta, com o avançar da idade. Em geral, justifica-se tal fato, pela diminuição dos níveis de estrógeno circulante e diminuição da capacidade da bexiga,

decorrentes do envelhecimento, porém a literatura não é muito conclusiva. Mulheres jovens sintomáticas deveriam ser consideradas como pacientes em potencial.

Discutir o papel do estrógeno na patogênese e tratamento das disfunções do trato urinário inferior foi objetivo de um estudo de revisão. A menopausa e subsequente deficiência do estrógeno têm sido implicados de etiologia de um número de queixas urogenitais, incluindo incontinência, urgência e infecção urinária recorrente. Entretanto, a suplementação de estrógeno (TRH) para tais condições tem trazido resultados divergentes e desapontadores. Sugere-se que a suplementação do estrógeno deva ser administrada em combinação com o agonista alfa-adrenérgico, local ou oralmente, para melhorar os sintomas irritativos de polaciúria e urgência, possivelmente por reverter a atrofia urogenital, embora muitos estudos tenham falhado em mostrar efeito melhor que o placebo (HEXTAL, 2000).

Neste estudo, em que 19,6% das mulheres estavam ou já haviam passado pela menopausa e 65,8% delas faziam uso de TRH, os dados não se mostraram relacionados com os sintomas urinários apresentados, concordando com o estudo de Nygaard et al. (1990).

Acredita-se que a principal etiologia da IU é um ou mais partos vaginais, com aumento do risco com a grande paridade. Uma possível explicação para o fato é que distensões ou rupturas imperceptíveis dos músculos, ligamentos e nervos responsáveis pelo controle do esvaziamento da bexiga aconteceriam durante o parto vaginal (ALLEN et al., 1990).

Hojberg et al. (1999) verificaram que primíparas com parto via vaginal apresentam risco maior de até 6% para desenvolver IU que nulíparas, porém, acrescentam que, partos vaginais subsequentes não aumentam o risco significativamente. Mulheres primíparas que fizeram cesárea não têm risco aumentado quando comparadas a nulíparas. Colocam ainda que o peso de filho nascido maior que quatro quilos, associado ou não a episiotomia durante o parto vaginal, aumenta o risco

de IU. Outros fatores intraparto como uso de fórceps e extração a vácuo não foram associados ao problema.

Todavia, no presente estudo o aumento da paridade mostrou-se associado aos sintomas urinários: das mulheres que pariram, aquelas com dois partos ou mais têm 1,57 vezes mais risco de desenvolver IU que as que pariram menos vezes. Entretanto, confirmou que os tipos de parto não foram fatores associados a presença dos sintomas. Vale ressaltar que poucas mulheres relataram parto a fórceps e episiotomia, fato que pode estar subestimado na pesquisa, pois há falta de conhecimento das mulheres sobre tais procedimentos durante o parto.

Também Wilson, Herbison e Herbison (1996) relataram que não houve diferença na prevalência de IU posterior a parto vaginal espontâneo e com uso de fórceps. No entanto, houve maior redução na prevalência de IU nas submetidas até no máximo a dois partos cesáreas (23%) comparadas com o parto vaginal (39%). Em contrapartida, a prevalência de IU era similar nos casos em que o número de partos cesáreas era igual ou maior que três (38,9%) e nos casos de parto vaginal (37,7%).

Já Arya et al. (2001), para analisar a relação entre novos casos de IU e tipo de parto de 315 mulheres observadas no período de um ano após o parto, verificaram que casos de IUE e propensão para persistência dos sintomas é maior no parto com fórceps do que nos partos espontâneo e a vácuo. Quando comparadas vias de parto, as que foram submetidas à cesariana apresentaram risco de IU diminuído em relação às que fizeram com uso de fórceps. Portanto, o risco de IUE foi maior no parto com fórceps do que nos partos espontâneo e a vácuo e na relação entre os dois últimos não houve discrepância. Para o fato de o parto com fórceps ser maior indicativo de IUE, o mecanismo de lesão ainda não é claro, mas considera-se a compressão do nervo podendo com evolução para neuropatia desse nervo e subseqüentemente desneruação do esfíncter urinário.

Peeker e Peeker (2003) afirmam que a gravidez por si mesma está relacionada com o risco de gerar IU que se eleva quando associada com parto vaginal e

multiparidade. Os autores identificaram que após o parto vaginal a prevalência de IU aumenta de 30 a 50%; em partos com cesárea eletiva ou mesmo nas realizadas durante o parto, a susceptibilidade de desenvolvimento de IU é reduzida significativamente. No entanto, esse dado é válido apenas para mulheres com uma ou duas cesarianas, uma vez que o aumento da paridade foi considerado fator de risco para IU, especialmente após quatro filhos.

Um estudo prospectivo de coorte, com 1.299 mulheres para investigar o impacto dos fatores reprodutivos na prevalência de sintomas urinários, encontrou forte associação entre os sintomas de incontinência por esforço e urge-incontinência com a paridade. Ambos os sintomas foram mais prevalentes nas mulheres que pariram pelo menos uma vez ($p < 0.01$) e com aumento linear para quatro ou mais partos ($p < 0.008$) (HANDA et al., 2004).

Para ambos os fatores, gestação e paridade, quanto maior o número deles, maior a prevalência do agravo em questão. Tal fato pode ser também verificado, em parte, neste estudo, pois mulheres que engravidaram pelo menos uma vez mostraram 1,44 vezes mais sintomas que nulíparas. aumento da razão de prevalência foi diretamente proporcional ao aumento do número de gestações e paridade, porém, independente dos tipos e vias de parto.

Corroborando o assunto, Faúndes, Guarisi e Pinto-Neto (2001) avaliaram a associação da via de parto com a prevalência de IU e verificaram que a única variável significativamente associada foi a história de uma ou mais gestações. O risco de IU foi aproximadamente cinco vezes maior entre as mulheres com uma ou mais gestações, mas não aumentou com três ou mais gestações quando comparadas às nulíparas e foi 3,5 vezes maior entre as mulheres que tiveram somente parto cesárea que entre as nulíparas. O risco daquelas com um ou mais partos vaginais foi apenas levemente maior (4,3). Os autores concluíram que mulheres não podem prevenir IU tendo parto cesariana exclusivamente e que a gestação é mais importante que o próprio nascimento vaginal como determinante de IU permanente nos anos pós-reprodutivos, sem eliminar

obviamente a via de parto. A mudança no terminal motor do nervo podendo observada da gestação ao parto foi similar após parto vaginal ou cesárea.

A proteção do assoalho pélvico e conseqüentemente a diminuição da prevalência de incontinência urinária são freqüentemente citadas como benefícios oriundos do parto cesariana eletivo, porém a relação entre gestação e tipo de parto com a incidência de incontinência urinária não está completamente esclarecida. Gestação, trauma, intervenções durante o parto, tipo de parto e rigidez tecidual, provavelmente, influenciam a integridade do assoalho pélvico (MACLENNAN et al., 2000; MCFARLIN, 2004). E, mesmo na ausência de trauma ao assoalho pélvico pela paridade, sintomas urinários de IUE (29,7%), BH (24,3%) e IUM (35,1%) foram identificados em estudo para estimar a prevalência de IU entre freiras nulíparas pós-menopausadas. Os resultados mostraram-se similares às mulheres que tiveram filhos e estavam na pós-menopausa (BUCHSBAUM et al., 2002).

Em relação às cirurgias ginecológicas, tem-se discutido a respeito da histerectomia e sua relação com sintomas urinários. Em um estudo de revisão, que objetivou analisar o papel dos fatores reprodutivos no desenvolvimento da incontinência urinária em idade avançada, verificou-se que a maioria dos estudos prospectivos de curta duração não tem mostrado associação entre histerectomia e incontinência urinária subseqüente, embora estudos epidemiológicos transversais identifiquem essa relação em idades mais avançadas (THOM; BROWN, 1998).

Os resultados da análise de 1.626 mulheres com idade entre 35 a 75 anos, das quais 13% já haviam realizado histerectomia, mostrou que esse tipo cirúrgico estava associado ao aumento do risco de sintomas de urge-incontinência, mas não de IUE, independente da idade, paridade e nível educacional das pacientes. Quando considerada a idade, observou-se que mulheres histerectomizadas com 60 anos ou mais têm a chance de desenvolvimento de IU elevada em 60% enquanto nas mulheres com menos de 60 anos o índice foi de 30% quando comparadas com mulheres sem história de histerectomia (VAN DER VAART et al., 2002).

Este estudo não encontrou associação entre os sintomas urinários apresentados e a realização, tipo e via de cirurgia ginecológica. Atribui-se o fato ao pequeno número amostral nos tipos cirúrgicos mais frequentemente relacionados com os sintomas urinários: histerectomia (9), perineoplastia, (11) e *sling* e TVT (7).

Outros estudos também não encontraram associação entre cirurgia ginecológica prévia e sintomas urinários (GUARISI et al., 1998; GUARISI, 2001b). TAYRAC et al. (2004) analisaram 117 mulheres submetidas a histerectomia por menorragia e 116 mulheres que realizaram tratamento conservador, sendo este último grupo-controle. A média de idade, paridade, estado menopausal, tabagismo e hábitos de ingestão de líquidos eram similares nos dois grupos. Os autores verificaram que a prevalência de sintomas urinários, que incluíam IUE e urge-incontinência, foram estatisticamente iguais nos grupos, revelando que a histerectomia não é fator associado a perda de urina aos esforços e a urge-incontinência.

Apesar de Van Geelen, Van de Weijer e Arnolds (2000) também não terem encontrado relação dos sintomas urinários com a histerectomia em seu estudo, verificaram que, após a cirurgia, as mulheres perceberam com mais frequência os sintomas urinários como moderados ou severos.

Em relação à prática de AF, embora possa existir queixa de STUI pelas mulheres durante o exercício, dados atuais indicam que a maioria dos tipos de AF não é fator de risco para o desenvolvimento de IU. Entretanto, esportes de extremo alto impacto podem aumentar o risco de desenvolvimento de IU por causar danos diretos às estruturas de suporte dos órgãos pélvicos. Adicionalmente, mulheres atletas com distúrbios alimentares têm alto risco de desenvolver IU, ainda que participem de exercícios de menor intensidade (JIANG et al., 2004).

Os resultados deste estudo não se mostraram significativos tanto para o nível como para o tipo de AF. A caminhada foi a atividade mais frequente, seguida por musculação e bicicleta, consideradas de baixo impacto. As atividades de alto impacto que poderiam relacionar-se aos sintomas urinários como ginástica de alto impacto e

corrida foram pouco frequentes na amostra, nove mulheres em cada uma delas. Apesar disso, das mulheres ativas, 47,2% (50) apresentaram sintomas urinários. Das ativas que realizavam corrida e ginástica de alto impacto, 14% e 8%, apresentaram sintomas, respectivamente.

Nygaard et al. (1990) relataram que não houve diferença na prevalência de IU entre 290 mulheres ativas e 36 sedentárias com média de idade de 38,5 anos. No total, 30% das mulheres ativas notaram perda de urina durante pelo menos um tipo de exercício; e, aqueles que incluíam saltos repetidos tiveram a mais alta incidência de IU. Das mulheres que realizaram caminhada, atividade mais freqüente nesta população, 21% (164) apresentaram IU, 38% (99) apresentaram IU durante a corrida, 36% (94) durante ginástica de alto impacto, 16% (81) durante a bicicleta e 7% (54) durante a musculação. Porém, nesse estudo o pequeno número de mulheres no grupo-controle, isto é, as sedentárias, pode ter influenciado nos resultados.

Assim também, em um estudo prospectivo com 660 mulheres atletas e 765 não atletas (controle), Bo e Borgen (2001) não encontraram diferença estatisticamente significativa na prevalência de IUE e urge-incontinência entre as atletas e o grupo controle (41% vs. 39% com IUE e 16% vs. 19% com urge-incontinência, respectivamente). Entretanto, a prevalência de IUE (49.5%) e urge-incontinência (20%) em atletas com distúrbio alimentar foi significativamente mais alta que em atletas saudáveis, 38% ($p=0.003$) e 15% ($p=0.048$), respectivamente.

Embora a AF não seja fator de risco para IU, esta pode desencorajar e impedir a sua prática em mulheres que sofrem perda de urina, principalmente a causada por esforço, tornando-as menos ativas. A IU é, portanto, uma ameaça à saúde, auto-estima e bem estar da mulher (BO, 2004).

Algumas considerações importantes devem ser feitas. A população deste estudo foi escolhida de modo aleatório, e considerada, a princípio, continente e sem diagnóstico de IU. Apesar disso, houve alta prevalência do agravo em questão o que pode ser, em parte, explicado pela tendência de algumas pessoas em responder o

questionário por interesse individual pelo tema da pesquisa, como um viés de população voluntária. Entretanto, não se pode desconsiderar que o esperado era que a população jovem não apresentasse tão alta prevalência de sintomas urinários.

Dessa forma, é preocupante essa condição em população jovem e na população em geral. Uma parcela relevante parece não reconhecer o problema, uma vez que 41,3% das mulheres que responderam “não” para a questão da perda de urina isolada apresentaram sintomas urinários e a maioria delas percebeu a saúde como “boa”.

Segundo, Guarisi et al. (2001a), em geral “as ocorrências são achados médicos, pois poucas mulheres procuram espontaneamente por serviço especializado com queixa de sintomas urinários”. Como consequência, surgem problemas sociais e higiênicos que afetam a qualidade de vida dessas mulheres (FELDNER JUNIOR et al., 2002a). É possível que elas ajustem seus estilos de vida pela presença de STUI e que eles não as incomodem tanto. Problemas como determinar o impacto na QV de mulheres com STUI e verificar a presença de IU coexistem. Para algumas mulheres, a perda de urina pode ser menor e ter menos impacto que outros STUI, enquanto para outras a IU pode ter um impacto esmagador. (SCARPERO et al., 2003).

Portanto, surge a necessidade de quanto mais precoce possível sejam passadas informações, orientações e detectados os STUI por parte dos profissionais da saúde que devem estar atentos à condição tão freqüente entre as mulheres. Um programa educativo permanente sobre assuntos de interesse da saúde da mulher, em específico sobre os sintomas urinários característicos de IU, deveria ser implantado em populações femininas, visto que o sintomas urinários iniciais podem não ser considerados como incômodo, porém podem agravar com o avançar da idade e tornarem-se problemas reais.

Outra possível explicação para o resultado de alta prevalência é que o instrumento utilizado foi KHQ que, na sua forma original, tem o objetivo de investigar a QV de mulheres com IU, não aborda os sintomas urinários de maneira objetiva e com tempo determinado, o que torna subjetiva as respostas sobre os sintomas, pois os

quantifica em “pouco”, “moderado” e “muito”. Além disso, não permite diferenciar o tipo de IU. Entretanto, os resultados incluem sintomas urinários de casos de IUE, BH e IUM. Porém, é o único questionário específico de IU validado para o português e que na presente pesquisa teve suas questões adaptadas. Vale ressaltar que questões como: “Você está gestante no momento?” ou “Você está com quadro de infecção urinária no momento?” não foram incluídas e poderiam influenciar na prevalência dos sintomas.

Portanto, torna-se evidente a necessidade de validação, para a literatura nacional, de instrumentos específicos que investiguem os sintomas urinários de maneira a classificá-los e quantificá-los em populações sem diagnóstico de IU, permitindo assim rastreamento mais definido e específico, que possibilite adequada abordagem preventiva.

6. CONCLUSÃO

Com base nos resultados deste estudo, pôde-se concluir que:

- Mais da metade das mulheres estudadas apresentaram um ou mais sintomas urinários (54,3%).
- Os sintomas mais prevalentes foram os de IUE, nictúria, urgência, polaciúria e enurese noturna.
- Para a presença do sintoma de IUE, a média de idade foi estatisticamente significativa.
- O avanço da idade também se mostrou relacionado aos sintomas urinários presentes.
- Os sintomas urinários relatados parecem não estar sendo devidamente considerados pelas mulheres analisadas.
- Independentemente do tipo de análise, engravidar e parir foram fatores associados aos sintomas urinários, independente do tipo de parto e isto foi diretamente proporcional ao aumento do número de gestações e partos na amostra.
- A história ginecológica e a prática de AF, porém, não se mostraram associadas à prevalência de sintomas urinários na amostra analisada.

Portanto, tornam-se evidentes as necessidades de programas de educação permanente em saúde da mulher para esta população, além de mais estudos com instrumentos específicos validados para a literatura nacional que investiguem os sintomas urinários de maneira a classificá-los e quantificá-los em populações sem diagnóstico de incontinência urinária. Tais estudos permitiriam rastreamento mais definido e específico, com adequada abordagem preventiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMS, P.; CARDOZO, L.; FALL, M.; GRIFFITHS, D.; ROSIER, P.; ULMLSTEN, U.; VAN KERREBROEK, P.; VICTOR, A.; WEIN, A. The standardization of terminology in lower tract function: report from the Standardization Sub-committee of the International Continence Society. **Urology**, v. 61, n. 1, p. 37-49, 2003.

ABRAMS, P.; CARDOZO, L.; FALL, M.; ROSIER, P.; ULMLSTEN, U.; VAN KERREBROEK, P.; VICTOR, A.; WEIN, A. The standardization of terminology in lower tract function: report from the Standardization Sub-committee of the International Continence Society. **American Journal Obstetrics and Gynecology**, v. 187, n. 1, p. 116 - 126, 2002.

ALLEN, R.E.; HOSKER, G.L.; SMITH, A.R.B.; WARRELL, D.W. Pelvic floor damage and childbirth: a neurophysiological study. **British Journal Urology International**, v. 97, p. 770-779, 1990.

ASPLUND, R. Nocturia, nocturnal polyuria, and sleep quality in elderly. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 56, p. 517-525, 2004.

ASPLUND, R.; ABERG, H.E. Nocturia nad health in womem aged 40-64 years. **Maturitas**, v. 35, p. 143-148, 2000.

ARYA, L.A.; JACKSON, N.D.; MYERS, D.L.; VERMA, A. Risk of new-onset urinary incontinence after fórceps and vacuum delivery in primiparous women. **American Journal Obstetrics and Gynecology**, v. 185, n. 6, p. 1318-1324, 2001.

BAI, S.W.; KANG, J.Y.; RHA, K.H.; LEE, M.S.; KIM, J.Y.; PARK, K.H. Relationship of urodynamic parameters and obesity in women with stress urinary incontinence. **The Journal of Reproductive Medicine**, v. 47, n. 7, p. 559-563, 2002.

BARNES, N.M.; DMOCHOWISK, R.R.; PARK, R.; NITTI, V.W. Pubovaginal sling and pelvic floor prolapse repair in women with occult stress urinary incontinence: effect on postoperative emptying and voiding symptoms. **Urology**, v. 59, n. 6, p. 856-860, 2002.

BO, K. Urinary incontinence, pelvic floor dysfunction, exercise and sport. **Sports Medicine**, v. 34, n. 7, p. 451-464, 2004.

BO, K.; BORGEN, J.S. Prevalence of stress and urge urinary incontinence in elite athletes and controls. **Medicine & Science in Sports & Medicine**, v. 33, n. 11, p. 1797-1802, 2001.

BO, K.; HAGEN, R.; KVARSTEIN, B.; LARSEN, S. Female stress urinary incontinence and participation in different sports and social activities. **Scand. J. Sports Sci.**, v. 11, n. 3, p. 117-121, 1989a.

BO, K.; MAEHLUM, S.; ASEID, S.; LARSEN, S.. Prevalence of stress urinary incontinence among physically active and sedentary female students. **Scand. J. Sports Sci.**, v. 11, n. 3, p.113-116, 1989b.

BROWN, J.S.; GRADY, D.; OUSLANDER, J.G.; HERZOG, A.R.; VARNER, R.E.; POSNER, S.F. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in postmenopausal women. **Obstetrics & Gynecology**, v. 94, n. 1, p. 66-70, 1999.

BROWN, J.S.; VITTINGHOFF, E.; KANAYA, A.M.; AGARWAL, S.K.; HULLEY, S.; FOXMAN, B. Urinary tract infections in postmenopausal women: effect of hormone therapy and risk factors. **Obstetrics & Gynecology**, v. 98, n. 6, p. 1045-1052, 2001.

BUCHSBAUM, G.M.; CHIN, M.; GLANTZ, C.; GUZIK, D. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in a cohort of nuns. **The American College of Obstetricians and Gynecologists**, v. 100, n. 2, p. 226-229, 2002.

BUMP, R.C.; NORTON, P.A. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. **Obstet. Gyn. Clin. North Am.**, v. 25, p. 723-746, 1998.

BUMP, R.C.; MCCLISH, D.K. Cigarette smoking and urinary incontinence in women. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 167, p. 1213-1218, 1992.

BURGIO, K.L.; MATTHEWS, K.A.; ENGEL, B.T. Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy, middle-aged women. **The Journal of Urology**, v. 146, p. 1255-1259, 1991.

CARDOZO, L.; ROBINSON, D. Special considerations in premenopausal and postmenopausal women with symptoms of overactive bladder. **Urology**, v. 60, suppl. 5A, p. 64-71, 2002.

CAMARGO, A.L.M. **Cinesioterapia do assoalho pélvico em mulheres com incontinência Urinária de Esforço**. 2000. 54 folhas. Tese de mestrado. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2000.

CHIAFFARINO, F.; PARAZINNI, F.; LAVEZZRI, M. GIAMBANCO, V. Impact of incontinence and overactive bladder on quality of life. **European Urology**, v. 43, p. 535-538, 2003.

DIOKNO, A.C.; BROCK, B.M.; HERZOG, A.R.; BROMBERG, J. Medical correlates of urinary incontinence in the elderly. **Urology**, v. 16, n. 2, p. 129-138, 1990.

ELVING, L.B.; FOLDSPANG, A.; LAM, G.W.; MOMMSEN, S. Descriptive epidemiology of urinary incontinence in 3,100 women age 30-59. **Scand. J. Urol. Nephrol.**, Suppl 125: 37-43, 1989.

FARRELL, S.A.; ALLEN, V.M.; BASKETT, T.F. Parturition and urinary incontinence in primiparas. **Obstetrics & Gynecology**, v. 97, p. 350-356, 2001.

FAUNDES, A.; GUARISI, T.; PINTO-NETO, A.M. The risk of urinary incontinence of paraous women who delivered only by cesarean section. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 72, p. 41-46, 2001.

FELDNER JUNIOR, P.C.; BEZERRA, R.P.S.; GIRÃO, M.J.B.C.; DE CASTRO, R.A.; SARTORI, M.G.F.; BARACAT, E.C.; DE LIMA, G.R. Valor da queixa clínica e exame físico no diagnóstico da incontinência urinária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 24, n. 2, p. 87-91, 2002a.

FELDNER JUNIOR, P.C.; BEZERRA, R.P.S.; GIRÃO, M.J.B.C.; DE CASTRO, R.A.; SARTORI, M.G.F.; BARACAT, E.C.; DE LIMA, G.R. Correlação entre a pressão de perda à manobra de valsalva e a pressão máxima de fechamento uretral com a história clínica em mulheres com incontinência urinária de esforço. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 24, n. 7, p. 433-438, 2002b.

FERNANDO, R.J.; SULTAN, A.H. Risk factors and management of obstetric perineal injury. **Current Obstetrics & Gynaecology**, v. 14, p. 320-326, 2004.

GIRÃO, M.J.B.C.; LIMA, G.M.; BARACAT, E.C. **Uroginecologia**. São Paulo: editora Artes Médicas, 1997, p. 33-35.

GONÇALVES, A.; CONTE, M.; PIRES, G.L.; OLIVEIRA, P.R. A saúde da geração saúde: pesquisa ensino sobre capacidades físicas e referências a hábitos de morbidade dos calouros da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 2, n. 4, p. 41-58, 1997.

GRAHAN, C.A.; MALLETT, V.T.; RACE s a predictor of urinary incontinence and pelvic organ prolapse. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 185, n. 1, p. 116-120, 2001.

GUARISI, T.; PINTO-NETO, A.M.; OSIS, M.J.; PEDRO, A.O.; COSTA-PAIVA, L.H.; FAÚNDES, A. Procura de serviço médico por mulheres com incontinência urinária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 23, n. 7, p. 439 - 443, 2001a.

GUARISI, T.; PINTO-NETO, A.M.; OSIS, M.J.; PEDRO, A.O.; COSTA-PAIVA, L.H.; FAÚNDES, A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 5, p. 428-435, 2001b.

GUARISI, T.; PINTO-NETO, A.M.; COSTA-PAIVA, M.J.; PEDRO, A.O.; FAÚNDES, A. Sintomas urinário e genitais mulheres climatéricas. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, v. 108, n. 4, p. 125-130, 1998.

GRODSTEIN, F.; FRETTS, R.; LIFFORD, K.; RESNICK, N.; GURHAN, G. Association of age, race, and obstetric history with urinary symptoms among women in the Nurses' Health Study. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 189, n. 2, p. 428-434, 2003.

HAILLOT, P.O.; BRUYERE, F.; BERTRAND, P.; LANSON, Y.; Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle-aged women. **British Journal Urology International**, v. 89, p. 61-66, 2002.

HALBE, H.W.; CUNHA, D.C.; SAKAMOTO, L.C. Epidemiologia e medicina preventiva aplicadas à ginecologia. In: HALBE, H.W. **Tratado de ginecologia**. 3ed. São Paulo: Roca, 2000, v. 1, p. 101-106.

HANNESTAD, Y.S.; RORTVEIT, G.; DALTVEIT, A.K.; HUNSKAAR, S. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPICONT Study. **British Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 110, p. 247-254, 2003.

HANNESTAD, Y.S.; RORTVEIT, G.; SANDVIK, H.; HUNSKAAR, S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPICONT Study. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 53, p. 1150-1157, 2000.

HANDA, V.L.; HARVEY, L.; FOX, H.E.; KJERULFF, K.H. Parity and route of delivery: does cesarean delivery reduce bladder symptoms later in life? **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 191, p. 463-469, 2004.

HEXTAL, A. Oestrogens and lower tract function. **Maturitas**, v. 36, p. 83-92, 2000.

HILTON, P. Urinary incontinence during sexual intercourse: a common, but rarely volunteered, symptom. **British Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 95, p. 377-381, 1988.

HOJBERG, K.E.; SALVIG, J.D.; WINSLOW, N.A.; LOSE, G.; SECHER, N.J. Urinary incontinence: prevalence and risk factors at 16 weeks of gestation. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 106, p. 842-850, 1999.

HOLST, K.; WILSON, D. The prevalence of female urinary incontinence and reasons for not seeking treatment. **New Zealand Medical Journal**, v. 101, p. 756-758, 1988.

HUNSKAAR, S.; BURGIO, K.; DIKONO, A.; HERZOG, R.; HJALMAS, K.; LAPITAN, M.C. Epidemiology and natural history of urinary incontinence in women. **Urology**, Suppl. 4A, v. 62, p. 16-23, 2003.

HU, T.-W.; WAGNER, T.H.; BENTKOVER, J.D.; LEBLANC, K.; PIANCENTINI, W.F.; STEWART, W.F.; COREY, R.; ZHOU, S.Z.; HUNT, T.L. Estimated economic costs of overactive bladder in the United States. **Urology**, v. 6, n. 61, p. 1123-28, 2003.

HU, T.-W.; WAGNER, T.H.; BENTKOVER, J.D.; LEBLANC, K.; ZHOU, S.Z.; HUNT, T.L. Costs of urinary incontinence and overactive bladder in the United States: a comparative study. **Urology**, v. 3, n. 63, p. 461-65, 2004.

JIANG, K.; NOVI, J.M.; DARNELL, S.; ARYA, L.A. Exercise and urinary incontinence in women. **Obstetrical and Gynecological Survey**, v. 59, n. 10, p. 717-721, 2004.

KELLEHER, C.J.; CARDOZO, L.D.; KHULLAR, V.; SALVATORE, S. A new questionnaire to assess the quality of life urinary incontinent women. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 104, p. 1374-1379, 1997.

LAM, G.W.; FOLDSPANG, A.; ELVING, L.B.; ELVING, S.M. Social context, social abstinence, and problem recognition correlate with adult female urinary incontinence. **Danish Medical Bulletin**, v. 39, n. 6, p. 565-570, 1992.

LEITÃO, M.B.; LAZZOLI, J.K.; OLIVEIRA, M.A.B.; NÓBREGA, A.C.L.; SILVEIRA, G.G.; CARVALHO, T.; FERNANDES, E.O.; LEITE, N.; AYUB, A.V.; MICHELS, G.; DRUMMOND, F.A.; MAGNI, J.R.T.; MACEDO, C.; DE ROSE, E.H. Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: atividade física e saúde da mulher. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 6, n. 6, p. 215-220, 2000.

LIN, T.-L.; NG, S.-C.; CHEN, Y.-C.; HU, S.-W.; CHEN, G.-D. What affects the occurrence of nocturia more: menopause or age? **Maturitas**, 2004.

MACLENNAN, A.H.; TAYLOR, A.W.; WILSON, D.H.; WILSON, D. The prevalence of pelvic disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 107, p. 1460-1470, 2000.

MCFARLIN, B.L. Elective cesarean birth: issues and ethics of an informed decision. **Journal of Midwife & Women's Health**, v. 49, n. 5, p. 421-429, 2004.

MENDONÇA, M.; REIS, R.V.; MACEDO, C.B.M.S.; BARBOSA, K.S.R. Prevalência da queixa de incontinência urinária de esforço em pacientes atendidas no serviço de ginecologia do Hospital Júlia Kubitschek. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, v. 107, n. 5, p. 153-155, 1997.

MILSOM, I.; ABRAMS, P.; CARDOZO, L. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based survey. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 87, p. 760-766, 2001.

MOREIRA, S.F.S.; GIRÃO, M.J.B.C.; SARTORI, M.G.F.; BARACAT, E.C.; LIMA, G.R. Mobilidade do colo vesical e avaliação funcional do assoalho pélvico em mulheres continentemente e com incontinência urinária de esforço, consoante ao estado hormonal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 24, n. 6, p. 365-370, 2002.

MORENO, A.L. **Fisioterapia em uroginecologia**. 1.ed. Barueri: Manole, 2004, p.33-35.

NYGAARD, I.E.; THOMPSON, F.L.; SVENGALIS, S.L.; ALBRIGHT, J.P. Urinary incontinence in elite nulliparous athletes. **Obstetrics & Gynecology**, v. 84, n. 2, p. 183-187, 1994.

NYGAARD, I.E.; DELANCEY, J.O.L.; ARNSDORF, L.; MURPHY, E. Exercise and incontinence. **Obstetrics & Gynecology**, v. 75, n. 5, p. 848-851, 1990.

PEDRO, A.O.; PINTO-NETO, A.M.; COSTA-PAIVA, L.H.S.; OSIS, M.J.D.; HARDY, E.E. Síndrome do climatério: inquérito populacional domiciliar em Campinas – SP. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.6, p.735-742, 2003.

PEEKER, I.; PEEKER, R. Early diagnosis and treatment of genuine stress urinary incontinence in women after pregnancy: midwives as detectives. **Journal of Midwives & Women's Health**, v. 48, n. 1, p. 60-66, 2003.

PIATO, S. **Tratado de Ginecologia**. São Paulo: Editora Artes Médicas, 1997, p. 442-443.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

RESNICK, N.M. Urinary incontinence. **The Lancet**, v. 346, p. 94-99, 1995.

ROBINSON, D.; PEARCE, K.F.; PREISSER, J.S.; DUGAN, E.; SUGGS, P.K.; COHEN, S.J. Relationship between patient reports of urinary incontinence symptoms and quality of life measures. **Obstetrics & Gynecology**, v. 91, n. 2, p. 224-228, 1998.

ROUQUAYROL, M.Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, p. 17-35.

SALEH, N.; BENER, A.; KHENYAB, N.; AL-MANSORI, Z.; AL MURAIKHI, A. Prevalence, awareness and determinants of health care-seeking behaviour for urinary incontinence in Qatari women: a neglected problem. **Maturitas**, v. 50, p. 58- 65, 2005.

SALONIA, A. ZANNI, G.; NAPPI, R.E.; BRIGANTI, A.; DEHO, F.; FABBRI, F.; COLOMBO, R.; GUAZZONI, G.; DI GIROLAMO, V.; RIGATTI, P.; MONTORSI, F. Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: results of a cross-section study. **European Urology**, v. 45, p. 642-648, 2004.

SANTOS, W.N.; FEITOSA, J.A.; OLIVEIRA, F.C.; FILHO, M.O.; ALMEIDA, F.M.L.; MEDEIROS, F.C. Efeitos da obesidade sobre a função urinária na mulher. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 16, n. 5, p. 175-178, 1994.

SCARPERO, H.M.; FISKE, J.; XUE, X.; NITTI, V.W. American urological association symptom index for lower urinary tract symptoms in women: correlation

with degree of bother and impact on quality of life. **Urology**, v. 61, n. 6, p. 1118-1122, 2003.

STACH-LEMPINEN, B.; NYGARD, C.-H.; LAIPPALA, P.; METSANOJA, R.; KUJANSUU, E. Is physical activity influenced by urinary incontinence? **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 111, p. 475-480, 2004.

SUTHERST, J.R. Sexual dysfunction and urinary incontinence. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 86, p. 387-388, 1979.

SWITHINBANK, L.; ABRAMS, P. Lower urinary tract symptoms in community-dwelling women: defining diurnal and nocturnal frequency and "the incontinence case". **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 88, suppl. 2, p. 18-22, 2001.

SWITHINBANK, L.; ABRAMS, P. The impact of incontinence on the quality of life of women. **World Journal of Urology**, v. 17, p. 225-229, 1999.

SZE, E.H.M.; JONES, W.P.; FERGUSON, J.L.; BARKER, C.D.; DOLEZAL, J.M. Prevalence of urinary incontinence symptoms among black, white and hispanic women. **Obstetrics and Gynecology**, v. 99, p. 572-575, 2002.

TAMANINI, J.T.N.; D'ANCONA, C.A.L.; BOTEGA, N.J.; RODRIGUES NETO JR., N. Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 2, p. 203-211, 2003.

TAMPAKOUDIS, P.; TANTANASSIS, T.; GRIBIZIS, G.; PAPALETOS, M.; MANTALENAKIS, S. Cigarette smoking and urinary incontinence in women – a new calculative method of estimating the exposure to smoke. **European Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 63, p. 27-30, 1995.

TAYRAC, R.; CHEVALIER, N.; CHAUVEAUD-LAMBLING, A.; GERVAISE, A.; FERNANDEZ, H. Risk of urge stress urinary incontinence at long-term follow-up after vaginal hysterectomy. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 191, p. 90-94, 2004.

TERAI, A.; MATSUI, Y.; ACHIOKA, K.; OHARA, H.; TERADA, N.; YOSHIMURA, K. Comparative analysis of lower urinary tract symptoms and bother in both sexes. **Urology**, v. 63, n. 3, p. 487-491, 2004.

THOM, D.H.; BROWN, J. Reproductive and hormonal risk factors for urinary incontinence in later life: a review of the clinical and epidemiologic literature. **J. Am. Geriatric Soc.**, v. 46, n. 11, p. 1411-1417, 1998.

THYSEN, H.H.; CLEVIN, S.; OLESEN, S.; LOSE, G. Urinary incontinence in elite female athletes and dancers. **International Urogynecology Journal**, v. 13, n. 1, p. 15-17, 2002.

TUBARO, A. Defining overactive bladder: epidemiology and burden of disease. **Urology**, v. 64, suppl. 6A, p. 2-6, 2004.

VAN DER VAART, C.H.; VAN DER BOM, J.G.; LEEUW, J.R.J.; ROOVERS, J.P.W.R.; HEINTZ, A.P.M. The contribution of hysterectomy to the occurrence of urge and stress urinary incontinence symptoms. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 109, p. 149-154, 2002.

VAN GEELLEN, J.M.; VAN DE WEIJER, P.H.M.; ARNOLDS, H.Th. Urogenital symptoms and resulting discomfort in non-institutionalized Dutch women aged 50-75 years. **International Urogynecology Journal**, v. 11, p. 9-14, 2000.

WEIN, A.J.; ROVNER, E.S. Definition and epidemiology of overactive bladder. **Urology**, v. 60, suppl. 5A, p. 7-12, 2002.

WEISS, J.P.; BLAIVAS, J.G. Nocturia. **The Journal of Urology**, v. 163, p. 5-12, 2000.

WILSON, L.; BROWN, J.S.; SHIN, G.P.; LUC, K.; SUBACK, L.L. Annual direct cost of urinary incontinence. **Obstetrics & Gynecology**, v. 98, p. 398-406, 2001.

WILSON, P.D.; HERBISON, R.M.; HERBISON, G.P. Obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence three months after delivery. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 103, p. 154-161, 1996.

APÊNDICES

Apêndice A: Carta de Apresentação

Prezada Senhora:

Vimos por meio desta, relatar a realização de uma pesquisa sobre possíveis sintomas de incontinência urinária. O objetivo é investigar o número de mulheres com este tipo de problema e os fatores de risco possivelmente relacionados entre as funcionárias e professoras da UNIVAP e tentar propor ajuda, futuramente. Diante disso, pedimos sua contribuição em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Informado e respondendo ao questionário com perguntas sobre seus hábitos miccionais.

Agradecemos antecipadamente sua atenção e participação,

Máya Cecília Dellú
Pesquisadora responsável

Apêndice B: Termo de Consentimento Informado

Esta pesquisa está sendo realizada pela mestranda Máyra Cecília Dellú, do Programa de Pós-graduação em Ciências Biológicas, área de Fisiologia da Universidade do Vale do Paraíba, sendo orientada pela Professora Doutora Patrícia Mara Danella, sob o Título de “Estudo da prevalência da incontinência urinária e os possíveis fatores de risco envolvidos em funcionárias e professoras da Universidade do Vale do Paraíba – São José dos Campos / SP”.

Pedimos sua colaboração no sentido de participar desta pesquisa, visto que ela busca ampliar o conhecimento sobre a incontinência urinária e, desta forma, propor ajuda futura. Sua colaboração consistirá em responder um questionário que pretende identificar ou não a presença de sintomas urinários.

Informamos que sua participação será absolutamente sigilosa, não constando seu nome ou qualquer dado que possa identificá-lo no relatório final ou em qualquer publicação posterior desta pesquisa.

Adicionamos que a participação na pesquisa não lhe causará nenhum dano e colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

A Senhora tem a total liberdade de recusar sua participação, assim como solicitar a exclusão dos dados, retirando seu consentimento sem qualquer prejuízo ou penalidade em qualquer fase da pesquisa.

Eu, _____,
(NOME) (IDADE)

RG _____, Endereço _____

_____, estou respondendo de forma voluntária o questionário e autorizo a utilização dos dados para pesquisa científica. Considero-me suficientemente informado de que se trata de informações sobre incontinência urinária obtidas através de perguntas, absolutamente sem teste invasivo, sem utilização de nenhuma droga ou substância. Tenho conhecimento que meus dados serão confidenciais e poderão ser divulgados em eventos da área e áreas afins sem menção nominal ou outra forma de identificação.

_____/_____/_____
DATA

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

Pesquisadora Mayra Cecília Dellú

Apêndice C: Questionário

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ anos.

1- Você é funcionária ou professora?

- funcionária
 professora

2- Qual seu grau de escolaridade?

- 2º grau
 superior incompleto
 superior completo
 pós-graduação incompleta
 pós-graduação completa

3- Qual sua renda familiar? _____ salários mínimos

4- História Obstétrica refere-se às questões A - E:

A- Qual o número total de gestações? _____ gestações

B- Qual o número de partos? _____ partos

C- Tipo de parto: _____ normal (is) _____ cesariana (s)

D- Usou Fórceps (instrumento para auxiliar o nascimento)

sim não

E- Fez episiotomia (pique ou corte realizado na região vaginal para facilitar a saída do bebê)

sim não

5- História Ginecológica refere-se às questões F- H

F- Fez cirurgia ginecológica? sim não

Quantas? _____

Qual (is)? histerectomia (retirado do útero)

perineoplastia (cirurgia de períneo)

curetagem (limpeza do útero)

outras via vaginal Qual (is)? _____

outras via abdominal Qual (is)? _____

G- Está na menopausa? sim não

Se sim, com que idade entrou nela? _____ anos

H- Faz reposição hormonal? sim não

Se sim, há quanto tempo? _____ anos e _____ meses

6- Você alguma vez não conseguiu ou não consegue chegar a tempo no banheiro para fazer xixi?

sim

não

não sei

1. Como você descreveria sua saúde no momento?	<input type="checkbox"/> muito boa <input type="checkbox"/> boa <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> ruim <input type="checkbox"/> muito boa
<p>Gostaríamos de identificar possíveis sintomas de problemas de bexiga e se há, quanto eles afetam você.</p> <p>Da lista abaixo, escolha os sintomas que você apresenta atualmente, ou indique a ausência deles.</p>	
2a. FREQUÊNCIA: Você costuma ir ao banheiro para urinar muitas vezes?	<input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito
2b. NOCTÚRIA: Levanta à noite para urinar?	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito
2c. URGÊNCIA: Apresenta um forte desejo de urinar e difícil de segurar?	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito
2d. URGE-INCONTINÊNCIA: Já apresentou vontade muito forte de urinar, com perda de urina antes de chegar ao banheiro?	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito
2e. INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO: Já apresentou perda urinária durante a realização de esforço físico como tossir, espirrar, correr, etc?	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito

2f. ENURESE NOTURNA: Quando adulta, já urinou na cama, à noite, durante o sono?	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito
2g. INCONTINÊNCIA DURANTE RELAÇÃO SEXUAL: Já apresentou perda urinária durante relação sexual?	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito
2h. Você tem infecções urinárias frequentes?	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito
2i. Você sente dor na bexiga?	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito
2j. Você sente dificuldade para urinar?	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito
2k. Você te alguma outra queixa em relação ao funcionamento da bexiga? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim QUAL? _____	<input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito

7- Em relação à prática de atividade física, responda às questões de I à L :

I- Realiza atividade física? () sim () não

J- Se sim, qual?

() ginástica de alto impacto (Ex: body attack, body step, combat, aeróbica, etc)

() ginástica de baixo impacto (Ex: localizada, body pump, etc)

() musculação

() corrida

() caminhada

() natação e/ou hidroginástica

() bicicleta (ergométrica, spinning, rpm)

() esportes coletivos Qual? _____

L- Frequência semanal:

() 1 dia

() 2 dias

() 3-5 dias

() mais que 5 dias

M- Duração de cada sessão:

() 30 min

() 1 hora

() 2 horas

() mais que 3 horas

Muito obrigada. Agora veja se você deixou de responder alguma questão.

Apêndice D: Planilha de codificação dos dados.

n° da variável	variável	codificação das respostas
1	idade (em anos)	dados contínuos 99- <i>missing</i>
2	vínculo	1- funcionárias 2- professora 99- <i>missing</i>
3	escolaridade	1- 2° grau 2- superior incompeteto 3- superior completo 4- pós-graduação incompleta 5- pós-graduação completa 99- <i>missing</i>
4	n° total de gestações	dados contínuos 99- <i>missing</i>
5	n° total de partos	dados contínuos 99- <i>missing</i>
6	parto normal	dados contínuos 99- <i>missing</i>
7	parto cesárea	dados contínuos 99- <i>missing</i>
8	uso de fórcepe	1- sim 2- não 99- <i>missing</i>
9	episiotomia	1- sim 2- não 99- <i>missing</i>
10	cirurgia ginecológica	1- sim 2- não 99- <i>missing</i>
11	via cirúrgica	1- vaginal 2- abdominal 3- ambas 4- não fez cirurgia 99- <i>missing</i>
12	tipo cirúrgico	1- histerectomia 2- perineoplastia 3- curetagem 4- sling ou TVT 5- duas ou mais das citadas 6- outras (laparoscopia, ooforectomia, glds de Bartolhin, salpingoplastia, policisto) 7- não fez cirurgia 99- <i>missing</i>
13	menopausa	1-sim 2- não 99- <i>missing</i>

14	idade da menopausa	dados contínuos 1- não fez menopausa 99- <i>missing</i>
15	TRH	1- sim 2- não 99- <i>missing</i>
16	tempo de TRH (em meses)	dados contínuos 1- não fez TRH 99- <i>missing</i>
17	indicando algum sintoma	1- sim 2- não 3- não sei 99- <i>missing</i>
18	percepção de saúde	1- muito boa 2- boa 3- regular 4- ruim 99- <i>missing</i>
19	freqüência (polaciúria)	1- um pouco 2- moderadamente 3- muito 99- <i>missing</i>
20	noctúria	1- nunca 2- um pouco 3- moderadamente 4- muito 99- <i>missing</i>
21	urgência	1- nunca 2- um pouco 3- moderadamente 4- muito 99- <i>missing</i>
22	urge-incontinência	1- nunca 2- um pouco 3- moderadamente 4- muito 99- <i>missing</i>
23	IUE	1- nunca 2- um pouco 3- moderadamente 4- muito 99- <i>missing</i>
24	enurese noturna	1- nunca 2- um pouco 3- moderadamente 4- muito 99- <i>missing</i>
25	incontinência orgásmica	1- nunca 2- um pouco

		3- moderadamente 4- muito 99- <i>missing</i>
26	infecções urinárias	1- não 2- um pouco 3- moderadamente 4- muito 99- <i>missing</i>
27	dor na bexiga	1- não 2- um pouco 3- moderadamente 4- muito 99- <i>missing</i>
28	dificuldade para urinar	1- não 2- um pouco 3- moderadamente 4- muito 99- <i>missing</i>
29	outra queixa de bexiga	1- sim 2- não 99- <i>missing</i>
30	prática de atividade física	1- sedentário 2- intermedário 3- ativo 99- <i>missing</i>
31	tipo de atividade	1- ginástica de alto impacto 2- ginástica de baixo impacto 3- musculação 4- corrida 5- caminhada 6- natação e/ou hidroginástica 7- bicicleta (ergométrica, spinning, rpm) 8- esportes coletivos 9- outras (yoga, tai chi chuan, dança) 10- para sedentário 11- para 1 tipo de atividade 12- para 2 tipos de atividade 13- para 3 tipos ou mais de atividade 99- <i>missing</i>

ANEXO

Anexo A: Declaração do Comitê de Ética em Pesquisa.

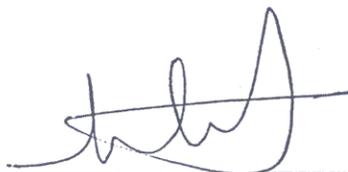
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVAP

CERTIFICADO

Certificamos que o Protocolo n.º L002/2004/CEP, sobre "*Estudo da prevalência de sintomas urinários e fatores associados em funcionárias administrativas e docentes da Universidade do Vale do Paraíba - São José dos Campos/SP*", sob a responsabilidade da Profa. Dra. Patricia Mara Danella Zácara, está de acordo com os Princípios Éticos, seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foi **aprovado** por esta Comissão de Ética em Pesquisa.

Informamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação.

São José dos Campos, 08 de março de 2004



PROF. DR. LANDULFO SILVEIRA JUNIOR

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Univap