



Fatores associados à incontinência urinária em mulheres submetidas ao exame urodinâmico*

Associated factors to urinary incontinence in women undergoing urodynamic testing

Factores asociados con la incontinencia urinaria en mujeres sometidas al estudio urodinámico

Juliana Cristina Pereira da Silva¹, Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler¹, Anneliese Domingues Wysocki²

Como citar este artigo:

Silva JCP, Soler ZASG, Wysocki AD. Associated factors to urinary incontinence in women undergoing urodynamic testing. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03209. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2015048003209>

* Extraído da dissertação “Incontinência Urinária pós-estudo urodinâmico: variáveis associadas”, Programa de Pós-Graduação, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, 2016.

¹ Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

² Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Três Lagoas, Mato Grosso do Sul, Brazil.

ABSTRACT

Objective: Analyzing factors associated with urinary incontinence (UI) among women submitted to urodynamic testing. **Method:** A cross-sectional study of 150 women attended at a urological center. Data were analyzed using univariate and multivariate statistics. **Results:** White women (79.3%), overweight (45.3%), menopausal (53.3%), who drink coffee (82.7%), sedentary (65.3%), who had vaginal birth (51.4%), with episiotomy (80%), and who underwent the Kristeller maneuver (69%). 60.7% had Urethral Hypermobility (UH). A statistical association was found between: weight change and UH ($p = 0.024$); menopause, Intrinsic Sphincter Deficiency (ISD) and Detrusor Instability (DI) ($p = 0.001$); gynecological surgery, ISD and DI ($p = 0.014$); hysterectomy and all types of UI ($p = 0.040$); physical activity and mixed UI ($p = 0.014$). **Conclusion:** Interventions and guidance on preventing UI and strengthening pelvic muscles should be directed at women who present weight changes, who are sedentary menopausal women, and those who have undergone hysterectomy or other gynecological surgery. Studies on pelvic strengthening methods are needed in order to take into account the profile of the needs presented by women.

DESCRIPTORS

Urinary incontinence; Risk factors; Urodynamics; Urological Diagnostic Techniques; Women's Health.

Autor correspondente:

Juliana Cristina Pereira da Silva
Rua da Fé, 265, Apto 402/04 – Jardim Urano
CEP 15084-230 – São José do Rio Preto, SP, Brasil
julianapereira.enf@gmail.com

Recebido: 19/01/2016
Aprovado: 13/12/2016

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é definida pela International Continence Society (ICS) como qualquer queixa de perda de urina, independentemente do grau de desconforto social ou higiênico que cause, acometendo de 14% a 57% das mulheres com idade entre 20 e 89 anos⁽¹⁻⁴⁾. Sua maior prevalência nas mulheres decorre do menor comprimento da uretra, da anatomia do assoalho pélvico, e de gravidez e parto que ultrapassam as mudanças hormonais no decorrer do seu ciclo vital, com esgotamento dos folículos ovarianos e hipoestrogenismo progressivo⁽⁵⁻⁶⁾. No geral, os principais fatores de risco à IU estão ligados a aspectos sociodemográficos, histórico clínico de certas doenças, fatores ginecológicos e obstétricos, além de hábitos de vida, em especial tabagismo, consumo de caféina e sedentarismo ou atividade física intensa⁽⁵⁻⁶⁾.

Os impactos negativos da IU em mulheres destacam-se em seus relatos como: desconforto e constrangimento de perder urina com mínimos esforços, as idas frequentes ao banheiro, ficar molhada grande parte do tempo com vergonha do odor de urina, perder urina no percurso até o banheiro, a restrição do tempo de permanência fora de casa, ter que controlar a ingestão de líquidos, problemas no relacionamento familiar e social. Ao afetar todos os aspectos de sua qualidade de vida, tais problemas geram sentimentos de medo, vergonha, constrangimento e humilhação, com consequências de ordem física, emocional, psicológica e social^(1,3-4).

A IU é classificada em: Incontinência Urinária aos Esforços (IUE); Hipermobilidade Uretral (HU); Deficiência Esfinteriana Intrínseca (DEI); por hiperatividade detrusora ou Instabilidade do Músculo Detrusor (ID). No foco da IU, o estudo urodinâmico (EUD) é uma técnica diagnóstica muito usada no Brasil, feito em associação com o levantamento de dados do paciente sobre circunstâncias, frequência e gravidade das perdas urinárias⁽⁷⁾. Porém, a técnica é questionada por seu custo que inviabiliza a sua realização em maior escala, pelo desconforto e constrangimento da pessoa que a ela se submete, e pelo fato de muitas vezes não evidenciar os sintomas relatados, como nos casos de bexiga hiperativa⁽⁸⁾.

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

Assim, o objetivo deste estudo é analisar os fatores sociodemográficos, de saúde, os hábitos de vida, antecedentes ginecológicos e obstétricos associados à incontinência urinária entre mulheres submetidas a exame urodinâmico.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, do tipo transversal, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP – sob o parecer nº 303.015, realizada entre

mulheres com IU atendidas em um Centro de Diagnóstico e Tratamento Urológico, no município de São José do Rio Preto, São Paulo, que atende a particulares e conveniados à saúde suplementar e ao Sistema Único de Saúde (SUS), com média mensal de 100 avaliações urodinâmicas em mulheres.

A amostra foi constituída por 150 mulheres com IU em avaliação urodinâmica, selecionadas por amostra não probabilística por conveniência, incluindo-se as primeiras 30 mulheres que realizaram EUD, a cada mês, entre os meses de maio e setembro de 2013. Adotaram-se como critério de inclusão ser mulher com idade a partir de 18 anos, fora dos períodos gestacional e puerperal, sem déficit cognitivo e que aceitaram participar do estudo, depois da orientação sobre a pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Excluíram-se aquelas menores de 18 anos e incapazes de ler e responder o questionário.

Os dados foram coletados por meio de fontes de dados primárias e secundárias. As participantes responderam a um instrumento adaptado de Higa⁽⁵⁾, que contemplou variáveis referentes a dados sociodemográficos e de antecedentes ginecológicos, obstétricos, de saúde e de hábitos de vida. A classificação dos tipos de IU foi realizada com base nos achados do laudo médico do exame urodinâmico realizado, coletados por meio de revisão dos prontuários das participantes. Assim, classificaram-se os tipos de IU em: IU por Instabilidade Detrusora (ID); Incontinência Urinária aos Esforços (IUE), que foi dividida em dois subgrupos classificatórios de acordo com a causa da IU: IUE por Hipermobilidade Uretral (HU) e IUE por Deficiência Esfinteriana Intrínseca (DEI); e IU Mista (IUE + ID).

Os dados foram analisados segundo técnicas de estatística descritiva, uni e multivariada. Para verificar a associação entre os tipos de IU e as variáveis estudadas, foram realizados os seguintes testes: o Teste Qui-quadrado de associação ou, quando apropriado, o Teste Exato de Fisher, e a Análise Fatorial de Correspondência Múltipla. Para a comparação entre a idade e os tipos de IU aplicaram-se o teste de análise de Variância (ANOVA) com teste post-hoc de comparação múltipla de Tukey, ou teste de Kruskal-Wallis com teste post-hoc de comparação múltipla de Dunn, adotando nível de significância de 5%. Apenas para a realização da análise dos dados obstétricos foram excluídas 10 (6,7%) mulheres que não tinham antecedentes obstétricos, totalizando assim uma amostra de 140 mulheres.

RESULTADOS

Entre as mulheres estudadas, a idade variou de 18 a 86 anos, média de 53,7 anos (dp: 13,7 anos, mediana: 53 anos), verificando-se na Tabela 1: 79,3% de brancas; 60,7% com aumento de peso nos últimos 10 anos; 30,7% tinham hipertensão arterial; 11,3% usavam diurético; 11,3% tinham diabetes; 53,3% estavam na menopausa; 93,3% tinham antecedentes obstétricos; 82,7% ingeriam café diariamente; 6,7% eram tabagistas e 26% já tinham sido; 26,7% apresentavam tosse frequente; 39,3% possuíam constipação intestinal; 30,7% eram histerectomizadas; 30,7% haviam realizado perineoplastia; 4,7% realizaram cirurgia de sling; 65,3% eram sedentárias e 60,7% apresentavam IU por hipermobilidade uretral – HU.

Tabela 1 – Variáveis de caracterização sociodemográfica, de saúde e hábitos de vida de mulheres submetidas à avaliação urodinâmica – São José do Rio Preto, SP, Brasil, maio a set. 2013.

Variáveis	N	%	
Raça	Asiática	2	1,3
	Branca	119	79,3
	Negra	7	4,7
	Parda	22	14,7
Mudança de peso nos últimos 10 anos	Emagreceu	21	14,0
	Engordou	91	60,7
	Não alterou peso	38	25,3
Hipertensão arterial	Não	104	69,3
	Sim	46	30,7
Uso de diurético	Não	133	88,7
	Sim	17	11,3
Diabetes	Não	133	88,7
	Sim	17	11,3
Menopausa	Não	70	46,7
	Sim	80	53,3
Antecedentes obstétricos	Não	10	6,7
	Sim	140	93,3
Ingestão de café	Não	26	17,3
	Sim	124	82,7
Fumante	Não	101	67,3
	Não, mas já fumou	39	26,0
	Sim	10	6,7
Tosse frequente	Não	110	73,3
	Sim	40	26,7
Constipação	Não	72	48,0
	Não, mas já teve	19	12,7
	Sim	59	39,3
Histerectomia	Não	104	69,3
	Sim	46	30,7
Perineoplastia	Não	104	69,3
	Sim	46	30,7
Sling	Não	143	95,3
	Sim	7	4,7
Atividade física	Não	98	65,3
	Sim	52	34,7
Tipo de IU	DEI	17	11,3
	HU	91	60,7
	ID	34	22,7
	Mista	8	5,3

DEI: Deficiência Esfíncteriana Intrínseca; HU: Hiper mobilidade Uretral; ID: hiperatividade detrusora ou Instabilidade do Músculo Detrusor.

Nota-se pela Tabela 2 que houve associação estatisticamente significativa entre o tipo de IU das participantes e: mudança de peso, menopausa, histerectomia e realização de atividade física. Houve associação entre IU dos tipos DEI, ID e mista nas mulheres pós-menopausa; as que tinham cirurgia ginecológica

apresentaram IU do tipo DEI e ID; as que apresentaram mudança de peso e que sofreram histerectomia tinham associação de todos os tipos de IU avaliados. Mulheres sedentárias tiveram mais IU do tipo DEI, HU e ID e aquelas que realizavam atividade física apresentaram mais IU do tipo mista.

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

Variáveis		Tipo de IU				Valor de <i>p</i>
		DEI	HU	ID	Mista	
Mudança de peso	Diminuição do peso	3 (17,6%)	8 (8,8%)	6 (17,6%)	4 (50,0%)	0,024
	Aumento do peso	8 (47,1%)	62 (68,1%)	17 (50,00%)	4 (50,0%)	
	Não houve mudança	6 (35,3%)	21 (23,1%)	11 (32,4%)	0 (0,0%)	
Menopausa	Sim	12 (70,6%)	37 (40,7%)	25 (73,5%)	6 (75,0%)	0,001
	Não	5 (29,4%)	54 (59,3%)	9 (26,5%)	2 (25,0%)	
Cirurgia ginecológica	Sim	12 (70,6%)	34 (37,4%)	21 (61,8%)	3 (37,5%)	0,014
	Não	5 (29,4%)	57 (62,6%)	13 (38,2%)	5 (62,5%)	
Histerectomia	Sim	9 (52,9%)	71 (78,0%)	19 (55,9%)	5 (62,5%)	0,040
	Não	8 (47,1%)	20 (22,0%)	15 (44,1%)	3 (37,5%)	
Atividade física	Sim	7 (41,2%)	33 (36,3%)	6 (17,6%)	6 (75,0%)	0,014
	Não	10 (58,8%)	58 (63,7%)	28 (82,4%)	2 (25,0%)	

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

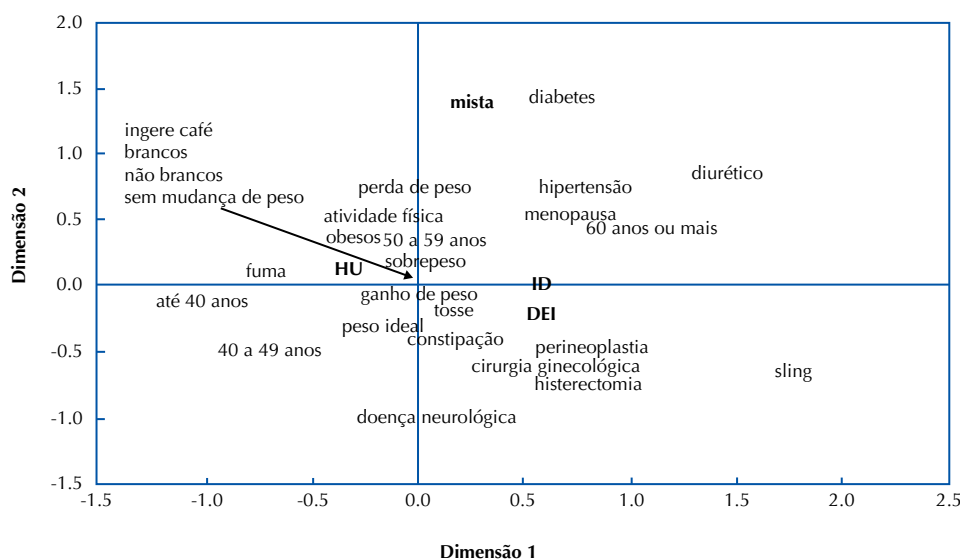
Por meio da Figura 1 é possível observar que as mulheres com IU do tipo HU tinham idade até 49 anos, sofreram aumento de peso nos últimos 10 anos, ingeriam café e tinham o hábito de fumar. Já as mulheres com IU do tipo

mista associou-se àquelas com um ou mais dos seguintes fatores: acima de 50 anos, com sobrepeso, hipertensas, em uso de diurético, diabéticas, na menopausa e realizavam alguma atividade física. Entre as mulheres com IU do tipo ID ou DEI, foram relatados agravos como doença neurológica, tosse, constipação e cirurgia ginecológica prévia, como histerectomia, perineoplastia ou uso de sling.

Tabela 3 – Descrição da idade das mulheres submetidas à avaliação urodinâmica segundo o tipo de Incontinência Urinária apresentada – São José do Rio Preto, SP, Brasil, maio a set. 2013.

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

¹ Valor P referente ao teste Análise de Variância (ANOVA).

**Figura 1** – Plano fatorial de análise dos Tipos de Incontinência Urinária e variáveis sociodemográficas, obstétricas, de saúde e hábitos de vida – São José do Rio Preto, SP, Brasil, maio a set. 2013.

Na Tabela 4 é apresentada a descrição das variáveis obstétricas e tipo de IU entre 140 mulheres do estudo, verificando-se: média de 2,8 gestações (dp: 1,5; mínimo 1 e máximo 12 gestações); ocorridas quando as mulheres tinham em média 27,4 anos de idade (dp: 5 anos); engordaram uma média de 15,4 kg (dp: 5,8; mínimo 5 e máximo 30 kg); os recém-nascidos pesaram em média 3.480g (dp: 535g; mínimo 1.980 e máximo 5.300g); 48,6% tiveram em média 2 partos (dp: 0,7; mínimo 1 e máximo 3 partos) do tipo cesariana; 40 (28,6%)

realizaram em média de 2,5 partos (dp: 1,5; mínimo 1 e máximo 8 partos) do tipo normal e 32 (22,9%) vivenciaram os dois tipos de parto; 50 (69,4%) relataram que sofreram Manobra de Kristeller; 58 (80,6%) tiveram episiotomia e 57 (79,2%) não usaram ocitocina. Quanto ao tipo parto e IU, encontrou-se: DEI (15 – 10,7%), com 53,3% de parto cesárea; HU (88 – 62,9%); do tipo ID (29 – 20,7%), com 62,1% de parto normal e a IU mista (8 – 8,7%), com 75% de parto normal.

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

Variáveis obstétricas		Tipo de IU				TOTAL
		DEI n (%)	HU n (%)	ID n (%)	Mista n (%)	
Tipo de parto	Cesárea	8 (53,3%)	43 (48,9%)	11 (37,9%)	6 (75,0%)	68
	Normal	7 (46,7%)	45 (51,1%)	18 (62,1%)	2 (25,0%)	72
Local do parto	Domiciliar	1 (6,7%)	5 (5,7%)	5 (17,2%)	0 (0%)	11
	Hospitalar	14 (93,3%)	83 (94,3%)	24 (82,8%)	8 (100%)	129
Abortos	Sim	4 (26,7%)	30 (34,1%)	8 (27,6%)	5 (62,5%)	47
	Não	11 (73,3%)	58 (65,9%)	21 (72,4%)	3 (37,5%)	93
Tipo anestesia	Sem	1 (6,7%)	7 (8%)	6 (20,7%)	0 (0%)	14
	Coluna	9 (60%)	47 (53,4%)	13 (44,8%)	6 (75%)	75
Perda de urina na gestação	Local	5 (33,3%)	34 (38,6%)	10 (34,5%)	2 (25%)	51
	Sim	3 (20%)	19 (21,6%)	7 (25%)	0 (0%)	29
kg adquiridos na gestação	Não	12 (80%)	69 (78,4%)	21 (75%)	9(100%)	111
	Até 10 kg	2 (13,3%)	21 (23,9%)	6 (20,7%)	4 (50%)	33
Peso do RN ao nascer	Acima de 10 kg	13 (86,7%)	67 (76,1%)	23 (79,3%)	4 (50%)	107
	Até 3.000 g	4 (26,7%)	18 (20,5%)	11 (37,9%)	2 (25%)	35
Laceração*	Acima de 3.000 g	11 (73,3%)	70 (79,5%)	18 (62,1%)	6 (75%)	105
	Sim	3 (42,9%)	16 (35,6%)	8 (44,4%)	1 (50%)	28
Episiotomia*	Não	4 (57,1%)	29 (64,4%)	10 (55,6%)	1 (50%)	44
	Sim	5 (71,4%)	40 (88,9%)	11 (61,1%)	2 (100%)	58
Uso de fórceps*	Não	2 (28,6%)	5 (11,1%)	7 (38,9%)	0 (0%)	14
	Sim	2 (28,6%)	4 (8,9%)	4 (22,2%)	1 (50%)	11
Manobra de Kristeller*	Não	5 (71,4%)	41 (91,1%)	14 (77,8%)	1 (50%)	61
	Sim	4 (57,1%)	31 (68,9%)	13 (72,2%)	2 (100%)	50
Uso de Ocitocina*	Não	3 (42,9%)	14 (31,1%)	5 (27,8%)	0 (0%)	22
	Sim	1 (14,3%)	10 (22,2%)	3 (16,7%)	1 (50%)	15
	Não	6 (85,7%)	35 (77,8%)	15 (83,3%)	1 (50%)	57

*Para estas variáveis foram consideradas apenas as 72 mulheres que tiveram parto normal.

DISCUSSÃO

Estudar a perda da continência urinária e os fatores associados é importante não apenas por representar um sério problema de saúde pública, mas também pela magnitude do sofrimento que provoca às pessoas acometidas nos âmbitos físico, psicológico e social^(1,9).

A idade das mulheres afetadas pela IU é revelada em diversos estudos, que trazem que a IU acomete mulheres em ampla faixa etária, especialmente depois dos 40 anos, aumentando a incidência no decorrer do envelhecimento, também

evidenciado neste estudo. Em idosas, os tipos mais frequentes de IU são a IUE, com perda de urina ao tossir e espirrar⁽⁹⁾, seguida de ID, caracterizada pela perda de urina antes de chegar ao banheiro⁽⁶⁻¹¹⁾. A IUE acomete 50% das mulheres norte-americanas, principalmente as mais jovens⁽¹¹⁻¹²⁾.

No que concerne à etnia, existem evidências de maior prevalência de IU em mulheres da raça branca, nas diferentes faixas etárias⁽¹³⁾. No entanto, embora também tenha sido identificada maior proporção de IU em mulheres brancas no presente estudo, não foram encontradas evidências

estatísticas suficientes para sustentar esse achado, de modo que tal resultado pode ter sido influenciado pela predominância da raça branca na região estudada.

O aumento de peso está associado à IU, o que também foi verificado nesta pesquisa, sendo o índice de massa corporal (IMC) determinante na incidência e persistência de IU^(5,14-15). O sobrepeso entre idosas contribui para o aumento dos sintomas de IU, evidenciando que a prática regular de exercícios físicos é um fator protetor contra à IU, pois previne a obesidade⁽¹²⁾. Nesta pesquisa, observou-se que a maioria não praticava atividade física, o que pode justificar a associação entre todos os tipos de IU estudados e mulheres que referiram aumento de peso. Estudos destacam a importância da atividade física para a saúde, assim como para a melhora da IU, demonstrando maior frequência de perdas urinárias entre as idosas pouco ativas⁽⁷⁾. No entanto, a realização de exercício físico rigoroso e de alto impacto pode ser fator predisponente para desenvolver IU em mulheres jovens e nulíparas, devido ao aumento da pressão intra-abdominal, como foi comprovado em mulheres praticantes de *jump*⁽¹⁶⁾. Embora o presente estudo não tenha mensurado a força e o impacto empregado nos exercícios físicos realizados pelas mulheres analisadas, observou-se que estas apresentaram maior frequência de IU do tipo mista. Dada a importância dos exercícios físicos e sua efetividade no tratamento da obesidade, apresentada como aspecto associado à IU, evidencia-se a necessidade de estudos com delineamento adequado para avaliar o aparecimento e a gravidade da IU segundo o perfil de exercício físico realizado, de modo a obter subsídios para a implementação de medidas protetoras específicas aos exercícios praticados.

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

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

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

Os aspectos ginecológicos associados à IU foram: a menopausa, explicada pelas alterações hormonais que afetam a musculatura pélvica^(15,20); a perineoplastia e o sling, que embora sejam apresentados como tratamentos protetores

ao aparecimento da IU, se mostraram ineficazes entre as mulheres do estudo; e a histerectomia, citada como risco para IU, uma vez que pode causar danos às estruturas de sustentação da bexiga e da uretra^(5,11,21).

No período gestacional a IU pode ser frequente por ação da crescente pressão do útero e do peso fetal nos músculos do assoalho pélvico, e pelas alterações hormonais que levam à redução da força da função de apoio do esfíncter uretral^(20,22). Neste estudo, 21% das mulheres citaram IU na gestação, proporção menor que a encontrada na literatura, o que revela que o estilo de vida pode ter influenciado e que medidas protetoras ao aparecimento da IU podem ter sido empregadas antes mesmo de serem gestantes⁽²³⁻²⁴⁾. Aponta-se que há relação entre a IU na gravidez e o aumento de peso da gestante, considerado como fator de risco para disfunção muscular do assoalho pélvico⁽²⁵⁾. Uma estratégia de prevenção da IU no pós-parto é o treinamento muscular do assoalho pélvico e a perda de peso pós-parto⁽²⁶⁾. Ainda, tem-se como certo que sintomas como frequência, noctúria e incontinência de urgência, comuns na gravidez, diminuem significativamente e tendem a desaparecer no pós-parto⁽²⁵⁾. É citado que a paridade é fator de risco para a IU⁽²⁵⁻²⁷⁾, o que também ficou demonstrado neste estudo.

No que se refere ao histórico de aborto nas mulheres que apresentam IU, poucos são os estudos que o associam ao aparecimento da IU. No presente estudo revelou-se que a maioria das mulheres com IU não possuíam antecedentes de abortamento⁽²²⁾.

Sobre o modo de resolução do parto, é comum a afirmação que o parto vaginal confere maior risco ao desenvolvimento de IUE, em relação à cesárea, aventando-se que traumas no assoalho pélvico decorrentes do parto normal representariam risco ao desenvolvimento de IU. No entanto, há evidências científicas que indicam que o parto normal bem conduzido é mais benéfico para a mãe e o bebê. A literatura aponta igualdade na prevalência de IU entre mulheres que tiveram parto normal e aquelas com cesárea, citando até maior proporção de IU entre mulheres que só fizeram cesariana⁽²⁴⁻²⁷⁾. No presente estudo, a frequência de IU em mulheres que tiveram parto vaginal ou cesariana foi semelhante.

Não foi verificado que o uso do fórceps tenha sido determinante para a IU, embora seja mencionado que o uso do fórceps durante a realização do parto normal provoque mais laceração vulvoperineal, associando-se ao aparecimento de IU, em especial da IUE. Destaca-se que a má prática do uso do fórceps associa-se às disfunções do assoalho pélvico, levando ao aparecimento da IU^(17,28-30).

A analgesia epidural é citada como um fator de risco para IU, por provocar prolongamento do período expulsivo, aumentando o risco de lesão do assoalho pélvico. No entanto, alguns autores consideram que tal anestesia protege contra a IU, por provocar relaxamento da musculatura do assoalho pélvico, prevenindo o trauma no período expulsivo do parto vaginal⁽⁵⁾. Neste estudo, a anestesia espinal foi responsável pela resolução dos partos da maioria das mulheres.

É reconhecido que os recém-nascidos de maior peso provocam danos nos músculos do assoalho pélvico, com redução

da força da função de apoio do esfíncter, o que pode causar mobilidade da uretra e levar à incompetência do esfíncter uretral e IU. Na presente pesquisa a maioria das mulheres tiveram filhos com peso acima de 3.000g^(1,25,30).

Muitas complicações podem ser reduzidas ou prevenidas com cuidados obstétricos apropriados, mas, no Brasil, e especialmente na região de São José do Rio Preto, a atenção obstétrica é exageradamente intervencionista, tecnocrática, medicalizada e hospitalocêntrica, resultando no desonroso título de campeã de cesáreas no mundo. Entre as práticas comuns que prejudicam a atenção obstétrica estão o uso inadequado de ocitocina, a posição de litotomia no parto e a Manobra de Kristeller, procedimentos relacionados com a condução inadequada no trabalho de parto⁽³⁰⁾.

Na realização desta pesquisa mencionamos como facilidades a cooperação das mulheres, que forneceram informações detalhadas sobre as variáveis importantes para este estudo e o acesso aos registros dos prontuários das participantes. Já como dificuldades, citamos o maior tempo despendido na coleta de dados por solicitações reiteradas de explicação sobre o assunto pesquisado. Mesmo assim, consideramos que esta pesquisa pode contribuir para o aprofundamento de conhecimentos sobre a IU e os fatores a ela associados.

CONCLUSÃO

O perfil das mulheres participantes deste estudo sugere que a prevenção e o controle da IU sejam implementados por meio de orientações sobre o impacto das modificações no estilo de vida, melhor controle dos agravos de saúde e práticas de fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico.

Práticas de educação em saúde para prevenção do aparecimento da IU devem ser voltadas a todas as mulheres e podem ser realizadas tanto nos serviços de atenção primária como em instituições particulares e especializadas.

Muitas pesquisas têm sido realizadas no Brasil a respeito da IU feminina, mas ainda são poucos os estudos que abordam a sua associação aos tipos de IU e suas subclassificações, o que permite obter subsídios para traçar medidas diagnósticas e de tratamento que minimizem os sintomas apresentados.

Os dados obtidos nesta pesquisa podem subsidiar melhor atuação profissional, principalmente do enfermeiro, no estabelecimento de protocolos assistenciais que facilitem o diagnóstico, as medidas de intervenção para prevenção, tratamento e controle. É amplo e necessário o campo de investigação da IU feminina que leve a propostas e intervenções de prevenção e controle de agravos da IU e melhoria da qualidade de vida das mulheres afetadas.

RESUMO

Objetivo: Analisar os fatores associados à Incontinência Urinária (IU) entre mulheres submetidas a estudo urodinâmico. **Método:** Estudo transversal realizado com 150 mulheres atendidas em um centro urológico. Os dados foram analisados por meio de estatística uni e multivariada. **Resultados:** Mulheres brancas (79,3%), com sobrepeso (45,3%), na menopausa (53,3%), que ingeriam café (82,7%), sedentárias (65,3%), que fizeram parto normal (51,4%), com episiotomia (80%), que sofreram Manobra de Kristeller (69%). 60,7% apresentavam Hiper mobilidade Uretral (HU). Houve associação estatística entre: mudança de peso e HU ($p = 0,024$); menopausa, Deficiência Esfíncteriana Intrínseca (DEI) e Instabilidade Detrusora (ID) ($p = 0,001$); cirurgia ginecológica, DEI e ID ($p = 0,014$); histerectomia e todos os tipos de IU ($p = 0,040$); realização de atividade física e IU mista ($p = 0,014$). **Conclusão:** Intervenções e orientações quanto à prevenção da IU e ao fortalecimento da musculatura pélvica devem ser voltadas a mulheres que apresentam mudança de peso, sedentárias, que se encontram na menopausa e àquelas que realizaram histerectomia ou outra cirurgia ginecológica. São necessários estudos sobre métodos de fortalecimento pélvico, de modo a contemplar o perfil das necessidades apresentadas pelas mulheres.

DESCRIPTORIOS

Incontinência Urinária; Fatores de Risco; Urodinâmica; Técnicas de Diagnóstico Urológico; Saúde da Mulher.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los factores asociados con la Incontinencia Urinaria (IU) entre mujeres sometidas al estudio urodinámico. **Método:** Estudio transversal llevado a cabo con 150 mujeres atendidas en un centro urológico. Los datos fueron analizados por medio de estadística uni y multivariada. **Resultados:** Mujeres blancas (79,3%), con sobrepeso (45,3%), en la menopausia (53,3%), que ingerían café (82,7%), sedentarias (65,3%), que tuvieron parto normal (51,4%), con episiotomía (80%), que sufrieron Maniobra de Kristeller (69%), el 60,7% presentaban Hiper movilidad Uretral (HU). Hubo asociación estadística entre: cambio de peso e HU ($p = 0,024$); menopausia, Deficiencia Intrínseca del Esfínter (DIE) e Inestabilidad del Detrusor (ID) ($p = 0,001$); cirugía ginecológica, DIE e ID ($p = 0,014$); histerectomía y todos los tipos de IU ($p = 0,040$); realización de actividad física e IU mixta ($p = 0,014$). **Conclusión:** Intervenciones y orientaciones en cuanto a la prevención de la IU y al fortalecimiento de la musculatura pélvica deben dirigirse a mujeres que presentan cambio de peso, sedentarias, que se hallan en la menopausia y las que realizaron histerectomía u otra cirugía ginecológica. Son necesarios estudios sobre métodos de fortalecimiento pélvico, de modo a contemplar el perfil de las necesidades presentadas por las mujeres.

DESCRIPTORIOS

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

REFERÊNCIAS

1. Rincon AA. Caracterización clínica de la incontinencia urinaria y factores asociados en usuarias de la Unidad de la Mujer del Centro de Salud Familiar "Ultraestación" en la ciudad de Chillán, Chile. Rev Med Chile [Internet]. 2015 [citado 2015 nov. 10];143(2):203-12. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v143n2/art08.pdf>

2. Bonfim IQM, Soutinho RSR, Araujo EN. Comparação da qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária atendidas no sistema de saúde público e privado. UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde [Internet]. 2014 [citado 2015 nov. 10]; 16(1):19-24. Disponível em: <http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/535/504>
3. Pedro AF, Ribeiro J, Soler ZASC, Bugdan AP. Qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. SMAD Rev Eletr Saúde Mental Álcool Drog [Internet]. 2011 [citado 2015 nov. 10]; 7(2):63-70 Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/49574>
4. Senra C, Pereira GM. Quality of life in women with urinary incontinence. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2015 [citado 2015 nov. 11]; 61(2):178-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v61n2/0104-4230-ramb-61-02-0178.pdf>
5. Higa R, Lopes MHBM, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2008 [citado 2015 nov. 11]; 42(1):187-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/25.pdf>
6. Marques LP, Schneider IJC, Giehl MWC, Antes DL, d'Orsi E. Fatores demográficos, condições de saúde e hábitos de vida associados à incontinência urinária em idosos de Florianópolis, Santa Catarina. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2015 [citado 2015 nov. 11]; 18(3):595-606. Disponível em: http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v18n3/pt_1415-790X-rbepid-18-03-00595.pdf
7. Monteiro MVC, Fonseca AMRM, Filho ALS. Valor do estudo urodinâmico no tratamento da incontinência urinária. Femina. 2012; 40(3):135-9.
8. Virtuoso JF, Mazo GZ, Menezes EC. Prevalência, tipologia e sintomas de gravidade da incontinência urinária em mulheres idosas segundo a prática de atividade física. Fisioter Mov [Internet]. 2012 [citado 2015 nov. 11]; 25(3):571-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v25n3/13.pdf>
9. Jerez-Roig J, Souza DLB, Lima KC. Incontinência Urinária em idosos institucionalizados no Brasil: uma revisão integrativa. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2013; 16(4):865-79.
10. Silva VA, D'Elboux MJ. Fatores associados à incontinência urinária em idosos com critérios de fragilidade. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2012 [citado 2015 nov. 11]; 21(2):338-47. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a11v21n2.pdf>
11. Delarmelindo RCA, Parada CMGL, Rodrigues RAP, Bocchi SCM. Women's strategies for coping with urinary incontinence. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2013 [cited 2015 Nov 11]; 47(2):296-302. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/en_04.pdf
12. Patrizzi LJ, Viana DA, Silva LMA, Pegorari MS. Incontinência urinária em mulheres jovens praticantes de exercício físico. Rev Bras Ci Mov. 2014; 22(3): 105-10.
13. Leroy LS, Lopes MHBN, Shimo AKK. A Incontinência urinária em mulheres e os aspectos raciais: uma revisão de literatura. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2012 [citado 2015 nov. 11]; 21(3):692-701. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a26.pdf>
14. Herrmann V, Di Sessa RGDG, Ricceto CLZ, Morais SS, Castro EB, Juliato CR. Associação entre o escore do International Consultation on Incontinence Questionnaire: Urinary Incontinence/Short Form e a Avaliação Urodinâmica em mulheres com incontinência urinária. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2013 [citado 2015 nov. 11]; 35(1):16-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n1/04.pdf>
15. Berlezi EM, Fiorin AAM, Bilibio PVF, Kirchner RM, Oliveira KR. Estudo da incontinência urinária em mulheres climatéricas usuárias e não usuárias de medicação anti-hipertensiva. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2011; 14(3):415-23.
16. Almeida PP, Machado LRG. A prevalência de incontinência urinária em mulheres praticantes de jump. Fisioter Mov. 2012; 25(1):55-65.
17. Perera J, Kirthinanda DS, Wijeratne S, Wickramarachchi TK. Descriptive cross sectional study on prevalence, perceptions, predisposing factors and health seeking behavior of women with stress urinary incontinence. BMC Womens Health [Internet]. 2014 [cited 2015 Nov 11]; 14:78. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4094634/>
18. Oliveira EG, Marinheiro LPF, Silva KS. Diabetes melito como fator associado às disfunções do trato urinário inferior em mulheres atendidas em serviço de referência. Rev Bras Ginecol Obstet. 2011; 33(12):414-20.
19. Marini G, Rinaldi JC, Damasceno DC, Felisbino SL, Rudge MVC. Alterações da matriz extracelular causadas pelo diabetes: o impacto sobre a continência urinária. Rev Bras Ginecol Obstet. 2014; 36(7):328-33.
20. Sacomori C, Negri NB, Cardoso FL. Incontinência urinária em mulheres que buscam exame preventivo de câncer de colo uterino: fatores sociodemográficos e comportamentais. Cad Saúde Pública [Internet]. 2013 [citado 2015 nov. 11]; 29(6): 1251-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a21v29n6.pdf>
21. Gomes GV, Silva GD. Incontinência urinária de esforço em mulheres pertencentes ao programa de saúde da família de Dourados (MS). Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2010 [citado 2015 nov. 11]; 56(6):649-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n6/v56n6a11.pdf>
22. Sangsawang B. Risk factors for the development of stress urinary incontinence during pregnancy in primigravidae: a review of the literature. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2014; 178:27-34.
23. Riesco MLG, Fernandes-Trevisan K, Leister N, Cruz CS, Caroci AS, Zanetti MRD. Urinary incontinence related to perineal muscle strength in the first trimester of pregnancy: cross-sectional study. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2014 [cited 2015 Nov 11]; 48(n.spe):32-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/0080-6234-reeusp-48-esp-033.pdf>
24. Barbosa AMP, Marini G, Piculo F, Rudge CVC, Calderon IMP, Rudge MVC. Prevalence of urinary incontinence and pelvic floor muscle dysfunction in primiparae two years after cesarean section: cross-sectional study. São Paulo Med J. 2013; 131(2):95-9.
25. Botelho S, Silva JM, Palma P, Herrmann V, Riccetto C. Can the delivery method influence lower urinary tract symptoms triggered by the first pregnancy? In. Braz J Urol. 2012; 38(2):267-76.
26. Svare JA, Hansen BB, Lose G. Risk factors for urinary incontinence 1 year after the first vaginal delivery in a cohort of primiparous Danish women. Int Urogynecol. 2014; 25(1):47-51.
27. Leroy LS, Lopes MHBM. Urinary incontinence in the puerperium and its impact on the health-related quality of life. Rev Latino Am Enfermagem [Internet]. 2012 [cited 2015 Nov 11]; 20(2):346-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/18.pdf>
28. Handa VL, Blomquist JL, McDermott KC, Friedman S, Muñoz A. Pelvic floor disorders after childbirth: effect of episiotomy, perineal laceration, and operative birth. Obstet Gynecol. 2012; 119(2 Pt 1):233-9.

29. Lima MC, Moccelin GBA, Silva MB, Nogueira GB. Effect of mode of delivery and parities on the occurrence of urinary incontinence during pregnancy. *Fisioter Mov.* 2015;28(1):107-16.
30. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [citado 2015 nov. 11];30 Supl.1:S17-32. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.