

## QUEIXA DE PERDA URINÁRIA: um problema silente pelas mulheres<sup>a</sup>

Giselle Maria Duarte MENEZES<sup>b</sup>, Francisco José Maia PINTO<sup>c</sup>, Francisca Alexandra Araújo da SILVA<sup>d</sup>, Maria Euridéa de CASTRO<sup>e</sup>, Carlos Robson Bezerra de MEDEIROS<sup>f</sup>

### RESUMO

O estudo buscou analisar a prevalência e interferência da incontinência urinária sobre a vida diária de mulheres de um Centro de Saúde em Fortaleza, Ceará. Estudo transversal, analítico e quantitativo na população (168) que realizou consulta para Hipertensão e/ou Diabetes em setembro de 2009. A coleta de dados ocorreu através de entrevista e aplicação do "International Consultation on Incontinence Questionnaire". Para análise inferencial utilizou-se testes qui-quadrado e exato de Fisher. Da análise amostral (59), resultaram mulheres: com idade entre 42 e 59 anos (52,5%), baixa escolaridade (55,9%), sem companheiro (57,6%), aposentada (50,8%), não fumantes (81,4%) e peso aumentado (71,2%). Apenas escolaridade associou-se à incontinência. A prevalência foi 61,0%. Para 55,5% das incontinentes, perder urina interfere de forma grave ou muito grave em sua vida diária. A perda urinária ocorreu ao tossir ou espirrar (72,2%) e antes de chegar ao banheiro (61,1%). A incontinência urinária apresentou alta prevalência, interferindo negativamente na vida das mulheres.

**Descritores:** Incontinência urinária. Programa Saúde da Família. Saúde pública.

### RESUMEN

*El estudio buscó analizar la prevalencia e interferencia de la incontinencia urinaria en la vida diaria de las mujeres de un Centro de Salud en Fortaleza, Ceará, Brasil. Estudio transversal, analítico y cuantitativo en la población (168) que realizó consulta para Hipertensión y/o Diabetes en septiembre de 2009. La recolecta de datos se realizó mediante entrevista y aplicación del "International Consultation on Incontinence Questionnaire". Para análisis inferencial se utilizaron los test qui-cuadrado y exacto de Fisher. En el análisis de la muestra (59), fueron mujeres: con edad entre 42 y 59 años (52,5%), baja escolaridad (55,9%), sin compañero (57,6%), jubiladas (50,8%), no fumadoras (81,4%) y con sobrepeso (71,2%). Solamente escolaridad se asoció a incontinencia. La prevalencia fue 61,0%. Para 55,5% de las incontinentes, perder orina interfiere de forma grave o muy grave en su vida diaria. La pérdida urinaria ocurrió al toser o estornudar (72,2%) y antes de llegar al lavabo (61,1%). La incontinencia urinaria presentó alta prevalencia, interfiriendo negativamente en la vida de las mujeres.*

**Descriptorios:** Incontinencia urinaria. Programa de Salud Familiar. Salud pública.

**Título:** Queixa de perda urinária: um problema silencioso para as mulheres.

### ABSTRACT

*This study investigates the prevalence of urinary incontinence and how it interferes in the daily life of women from a health center in the city of Fortaleza, state of Ceará, Brazil. This is a cross-sectional, analytical and quantitative study. The studied population was of 168 women who had appointments for hypertension and / or diabetes in September 2009. The data was collected through interviews and the application of the "International Consultation on Incontinence Questionnaire." For inferential analysis, we used chi-square and Fisher's exact test. Women from the analysis sample (59) were: aged between 42 and 59 years (52.5%), low educational level (55.9%), without a partner (57.6%), retired (50.8%), nonsmokers (81.4%) and overweight (71.2%). Only the low educational level was associated with incontinence. Prevalence was of 61.0%. For 55.5% of incontinentes, losing urine intervenes in a grave or very grave way with their daily life. The urinary loss occurred while coughing or sneezing (72.2%) and before arriving at the bathroom (61.1%). The urinary incontinence presented a high prevalence, intervening negatively with these women's lives.*

**Descriptors:** Urinary incontinence. Family Health Program. Public health.

**Title:** Complaint of urinary loss: a silent woman's problem.

<sup>a</sup> Artigo elaborado a partir da monografia de Especialização em Enfermagem em Estomatoterapia apresentada em 2009 na Universidade Estadual do Ceará (UECE).

<sup>b</sup> Pós-Graduada em Estomatoterapia, Preceptora do Programa de Educação Tutorial (PET) Saúde da Universidade Federal do Ceará (UFC), Enfermeira da Prefeitura Municipal de Fortaleza, Ceará, Brasil.

<sup>c</sup> Doutor em Saúde Coletiva, Docente do Curso de Medicina e Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da UECE, Pesquisador do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Fortaleza, Ceará, Brasil.

<sup>d</sup> Pós-Graduada em Estomatoterapia, Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde, Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE, Professora Assistente I do Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Estácio, Fortaleza, Ceará, Brasil.

<sup>e</sup> Livre Docente, Coordenadora do Curso de Estomatoterapia e Docente da Graduação em Enfermagem da UECE, Fortaleza, Ceará, Brasil.

<sup>f</sup> Mestre em Matemática pela UFC, Fortaleza, Ceará, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é uma experiência que acomete milhões de pessoas em todas as idades, principalmente do sexo feminino, afetando a qualidade de suas vidas<sup>(1)</sup>. Os índices epidemiológicos revelam a magnitude de qualquer problema de saúde sobre uma determinada população. Porém, é difícil se revelar dados como incidência e prevalência da IU na população geral de acordo com a literatura, pois se apresentam extremamente variáveis (entre 2% e 55%). Isso se justifica pelas diferenças existentes entre os estudos sobre IU que vão desde a definição da IU propriamente dita, até aspectos demográficos da população em análise, metodologia desenvolvida e formato do estudo<sup>(2-4)</sup>. A literatura aponta uma tendência de se avaliar IU em grupos específicos da população como mulheres, idosos institucionalizados, gestantes, esportistas, entre outros.

Embora a IU não faça parte do envelhecimento fisiológico, observa-se um aumento de sua prevalência entre pessoas idosas. Contudo, a experiência com episódios de perda urinária é uma condição que não prevalece somente em mulheres idosas, mas, também, em mulheres jovens e na meia-idade. Acredita-se que, no Brasil, do ponto de vista cultural, o sintoma seja ocultado por vergonha ou por pouca expectativa em relação ao tratamento<sup>(3)</sup>.

Alguns fatores de risco estão relacionados à incontinência urinária, como idade, trauma do soalho pélvico, fatores hereditários, raça, menopausa, obesidade, doenças crônicas, uso de alguns simpático-miméticos e parasimpaticolíticos, constipação, tabagismo, consumo de cafeína e exercícios intensos na região abdominal. Porém, a literatura não parece conclusiva quanto à interação entre esses diversos aspectos<sup>(5)</sup>.

A IU acarreta efeitos e interferências na vida em geral, seja na realização de rotinas diárias como também nas atividades de lazer e nos relacionamentos pessoal e social<sup>(6)</sup>. Os aspectos do cotidiano dessas mulheres que mais sofrem interferências da IU são aqueles que exigem esforço, como a realização de atividades físicas, caminhadas, relação sexual, e situações em que não há disponibilidade de banheiros, como passeios, viagens, compras, participação em festas, espera em filas, trabalho e cinema<sup>(7)</sup>.

Os episódios de IU durante as atividades desenvolvidas diariamente são causadores de cons-

trangimento social, disfunção sexual e baixo desempenho profissional. Estas alterações podem ser causas determinantes de isolamento social, estresse, depressão, sentimento de vergonha, condições de incapacidade e baixa auto-estima<sup>(8)</sup>.

É fato que os custos que a IU acarreta ao Sistema Público de Saúde no Brasil, desde gastos com absorventes e fraldas até internações hospitalares por complicações inerentes à incontinência, tratamentos específicos, cirurgias, reeducação e medicamentos, são difíceis de quantificar. Já os custos psicológicos resultantes da influência da IU na qualidade de vida das mulheres não são mensuráveis, mas podem ser revelados no desenvolver de uma pesquisa como esta.

Culturalmente, as mulheres de um modo geral acreditam que a IU constitui parte do envelhecimento e que, principalmente depois do climatério, é "normal" as mulheres apresentarem algum tipo de perda urinária. Porém, existem tratamentos cirúrgicos, farmacológicos e também conservadores para IU. Estes últimos podem ser realizados por enfermeiros estomaterapeutas e fisioterapeutas, por meio de exercícios de fortalecimento do soalho pélvico, como o biofeedback, a cinesioterapia e a eletroestimulação. Contudo, muitas mulheres não procuram o serviço de saúde para tratar incontinência por desconhecimento e alguns serviços, inclusive a Atenção Primária, não oferecem esse tipo de tratamento por não perceberem a demanda reprimida de mulheres incontinentes.

Portanto, na assistência integral à saúde da mulher, faz-se necessária a investigação do problema e de seus fatores associados. Para identificar a existência de perda urinária e os reais aspectos que interferem na vida diária, utilizou-se um questionário traduzido e validado para a língua portuguesa para se investigar a prevalência da IU e a qualidade de vida das mulheres incontinentes<sup>(9)</sup>.

O interesse de se investigar IU em mulheres assistidas na Atenção Primária surgiu da curiosidade de saber se os programas que são direcionados para a saúde da mulher realmente estão em consonância com os problemas de saúde delas. Visto que o Ministério da Saúde juntamente com as secretarias estaduais e municipais de saúde dispõem, dentro da Estratégia de Saúde da Família, de linhas de atendimento especializado à mulher nas áreas específicas de planejamento familiar, câncer do colo de útero e da mama, anticoncepção de emergência, violência sexual e doméstica, gravidez saudável e

parto seguro, entre outros. Entretanto, em nenhum desses programas está inserida a importância de busca ativa dos casos de IU. Se no momento da consulta, o profissional não faz uma escuta detalhada buscando identificar essas necessidades afetadas, a IU permanece como um problema silente pelas mulheres.

Diante da problemática existente de perda involuntária de urina surgiram as seguintes inquietações: Existiria relação entre o aumento da perda urinária e a Hipertensão e/ou Diabetes? Ou esse problema não tem vindo à tona, porque realmente não faz parte da realidade dessas mulheres? Teriam as mulheres consciência que a perda de urina constitui um problema de saúde e não uma condição normal do envelhecimento? Perder urina interfere na qualidade de vida delas? Se existem mulheres hipertensas e/ou diabéticas incontinentes, qual a frequência e a quantidade de urina que elas pensam que perdem?

Então através desse estudo objetivou-se analisar prevalência e interferência da incontinência urinária sobre a vida diária de mulheres de um centro de saúde em Fortaleza, Ceará.

## MÉTODOS

Estudo transversal e analítico desenvolvido em um Centro de Saúde da Família de Fortaleza, Ceará, em setembro de 2009. Artigo elaborado a partir de uma monografia de especialização em Enfermagem em Estomatologia<sup>(10)</sup>.

A população foi composta por todas as mulheres (168) cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica relativo à Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA), pertencentes à área de abrangência do Posto de Saúde, coberta por agentes comunitários de saúde (ACS).

A amostra foi obtida por conveniência, composta por todas as mulheres (59) que procuraram a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) para a realização da consulta mensal no Programa de Hipertensão e Diabetes, que aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídas as mulheres participantes com idade inferior a 40 anos, gestantes, em uso contínuo de psicotrópicos, portadoras de algum tipo de doença mental ou acamadas, pois se considera que uma mulher que usa fraldas ou absorventes, em decorrência da perda urinária,

apresenta características emocionais diferentes daquela que perde urina somente quando realiza algum esforço ou de forma esporádica<sup>(6)</sup>. A intenção foi averiguar a qualidade de vida das mulheres incontinentes e que não estivessem restritas ao leito ou ao domicílio.

Houve seis recusas. Mulheres que não aceitaram participar do estudo por justificarem compromissos com afazeres domésticos, pressa em ir para a fila da farmácia a fim de receber medicação, ou ainda por ter deixado algum parente a sua espera fora do consultório, dentre outras justificativas.

O poder do teste para definição da quantidade amostral mostrou que a diferença estatística é significativa para  $\alpha = 5\%$ , poder do teste de 80%, sendo necessária uma amostra de tamanho igual a 56. Portanto, a amostra desse estudo de 59 mulheres, apesar de ser uma amostragem por conveniência, mantém razoável o poder da amostra.

Os dados foram coletados através de uma entrevista utilizando um questionário estruturado, realizada por um único investigador, o enfermeiro pesquisador, durante as consultas semanais do Programa de Hipertensão e Diabetes. Ainda, utilizou-se o questionário "International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF)". Este instrumento foi traduzido e adaptado culturalmente para o português do Brasil, sendo considerado válido e confiável para mensurar a qualidade de vida de pessoas com incontinência urinária de ambos os sexos, cujo alfa de Cronbach foi de 0,88<sup>(11)</sup>.

O ICIQ-SF é um instrumento breve, particular, que teve suas propriedades psicométricas com validade, confiabilidade e responsividade testadas. O ICIQ-SF, que foi utilizado pela primeira vez em pesquisa epidemiológica na Turquia, é composto por três questões relacionadas à frequência e à gravidade da perda urinária e ao impacto na qualidade de vida, além de uma escala de oito itens que possibilita avaliar as causas ou situações de perda urinária. É aplicável a pacientes incontinentes de ambos os sexos<sup>(11)</sup>.

No presente estudo, optou-se pela aplicação do ICIQ-SF por ser um questionário curto, auto-administrável, de simples entendimento e de fácil aplicabilidade clínica à população específica que se escolheu trabalhar: mulheres atendidas numa unidade básica de saúde da periferia e de baixo grau de instrução. Outros instrumentos por serem extensos tornam-se de aplicação inviável, ainda mais

quando não se dispõe de muito tempo, nem de sala adequada para a realização das entrevistas.

Alguns autores afirmaram que a aplicação do questionário pelo pesquisador, ao invés do auto-preenchimento, não acarretou qualquer interferência no desenvolvimento do estudo<sup>(11)</sup>.

O índice de massa corporal (IMC) da amostra foi construído considerando-se o quociente entre o peso (em quilogramas) e a estatura (em metros) elevada ao quadrado. A classificação adotada para o IMC foi a proposta pela Organização Mundial de Saúde (1995), que estabelece IMC < 18,5 kg/m<sup>2</sup> (baixo peso), IMC entre 18,5-24,5 kg/m<sup>2</sup> (normal), IMC entre 25,0-29,9 kg/m<sup>2</sup> (sobrepeso grau I), IMC entre 30,0-40,0 kg/m<sup>2</sup> (sobrepeso grau II) e IMC = 40,0 kg/m<sup>2</sup> (sobrepeso grau III)<sup>(12)</sup>.

Considerou-se, na coleta de dados, como tabagistas as mulheres usuárias de produtos derivados de tabaco fumado, porém não foi questionado com elas se faziam uso de derivados do tabaco não fumado.

Para definição de atividade econômica, considerou-se a amostra como economicamente ativa ou aposentada, com base na classificação oficialmente adotada pelo sistema estatístico brasileiro, mais especificamente pelas pesquisas econômicas, onde uma atividade econômica é caracterizada pela entrada de recursos, um processo de produção e uma saída de produtos (bens e serviços)<sup>(13)</sup>.

Todos os pacientes são cadastrados no Programa de Hipertensão e Diabetes após o diagnóstico médico, como base nos seguintes conceitos: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônico-degenerativa de natureza multifatorial, que leva a um aumento da pressão sanguínea por redução da luz dos vasos, causando danos aos órgãos por eles irrigados<sup>(14)</sup>; e diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia resultante de defeitos na ação da insulina<sup>(15)</sup>.

Os dados foram processados a partir do programa estatístico Predictive Analytics Software for Windows (PASW), versão 17.0, além do programa Excel para construção de gráficos. A análise inferencial foi realizada utilizando-se os testes de associação do Qui-Quadrado e do Exato de Fisher, ao nível de significância de 5%. A medida de intensidade sobre as variáveis foi obtida por meio da razão de chances (OR) seguido do intervalo de confiança (IC), ao nível de significância de 5%.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado após a explicação dos objetivos do estudo, antes do início da entrevista e da aplicação do questionário. A pesquisa não ofereceu riscos, a não ser pelo desconforto de responder ao questionário no momento da consulta, e foi aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) com processo n°. 08573463-2. O anonimato e o sigilo das participantes foram garantidos, bem como o livre arbítrio de se retirar do estudo a qualquer momento caso desejassem.

## RESULTADOS

A partir dos dados apresentados na Tabela 1, observa-se que a amostra foi composta em sua maioria por mulheres com idade entre 42 e 59 anos, 31 (52,5%), escolaridade inferior a quatro anos de estudo, 33 (55,9%), sem companheiro, 34 (57,6%), aposentadas, 30 (50,8%), não-fumantes, 48 (81,4%) e com IMC acima do normal, 42 (71,2%).

A escolaridade foi a única que se associou positivamente para IU com p-valor de 0,008 (teste qui-quadrado), ao nível de significância de 5%. A intensidade desta associação apresentou OR=0,213, com IC (0,069;0,660), indicando que as mulheres com mais anos de estudo representavam um fator de proteção em relação à IU. Vê-se claramente que a diferença das probabilidades entre os analfabetos funcionais, abaixo de quatro anos de estudo (75,8%), e os de cinco a nove anos de estudo (38,5%), não se deve apenas ao acaso. As demais variáveis: faixa etária, situação conjugal, atividade econômica, tabagismo, diabetes e IMC foram não significativas.

A prevalência de IU na amostra, de acordo com ICIQ Escor (Gráfico 1), foi de 36 (61,0%), embora não tenha sido realizado nenhum teste fisiológico relacionado à IU com essas pacientes. Quando se especificou a frequência com que as mulheres perderam urina, observou-se que 17 (28,8%) delas afirmaram perder urina até uma vez por semana.

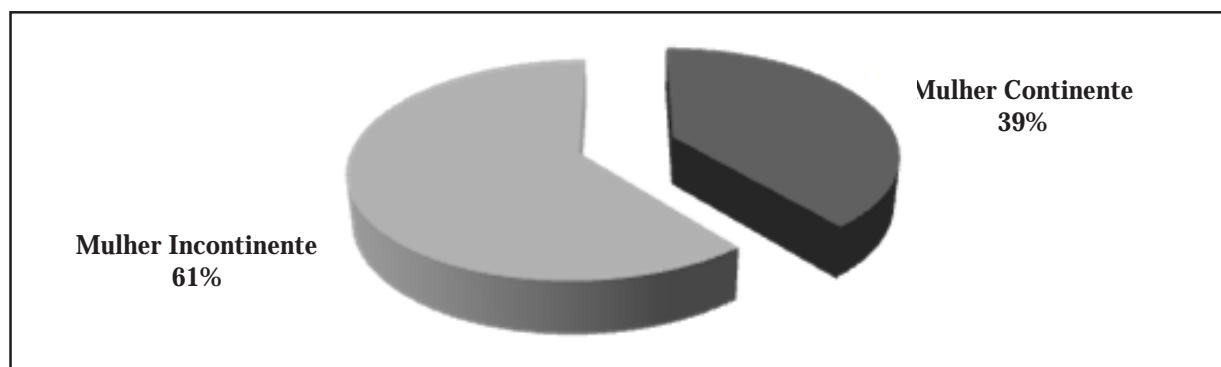
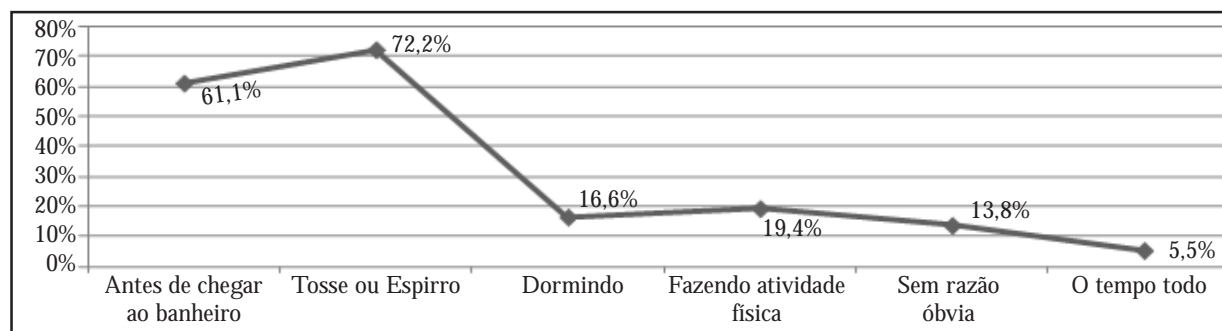
De acordo com o Gráfico 2, a Incontinência Urinária de Esforço (IUE) foi a forma mais comum de queixa urinária referida pela maioria das mulheres, sendo tossir e espirrar representado por 26 (72,2%), seguida pela situação de perda urinária antes de chegar ao banheiro citada por 22 (61,1%) delas.

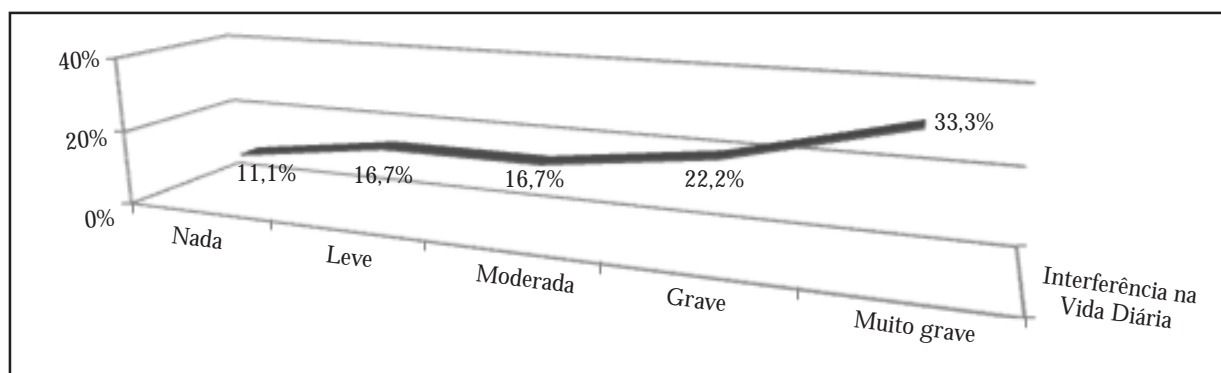


**Tabela 1** – Associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas das mulheres do estudo. Fortaleza, CE, 2009.

Variáveis/Categorias	Incontinência urinária (N=59)				p-valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
<b>Idade</b>					
42 – 59	18	58,1	13	41,9	
60 – 69	10	62,5	6	37,5	
> 69	8	66,7	4	33,3	
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>					<b>0,008*</b>
< 5	25	75,8	8	24,2	
5 a 9	10	38,5	16	61,5	
<b>Situação conjugal</b>					0,592*
Com companheiro	14	56,0	11	44,0	
Sem companheiro	22	64,7	12	35,3	
<b>Atividade econômica</b>					0,871*
Aposentada	18	60,0	12	40,0	
Ativa	18	62,1	11	37,9	
<b>Tabagismo</b>					0,502†
Não	28	58,3	20	41,7	
Sim	8	72,7	3	27,3	
<b>Patologia</b>					0,282*
Hipertensão e Diabetes	16	69,6	7	30,4	
Hipertensão	20	55,6	16	44,4	
<b>Índice de Massa Corpórea</b>					0,826*
Peso normal	10	58,8	7	41,2	
Acima do peso	26	61,9	16	38,1	

\* Teste Qui-quadrado; † Teste Exato de Fisher.

**Gráfico 1** – Prevalência de incontinência urinária em mulheres do estudo. Fortaleza, CE, 2009.**Gráfico 2** – Situações de perda urinária das mulheres do estudo. Fortaleza, CE, 2009.



**Gráfico 3** – Interferência da incontinência urinária na vida diária das mulheres do estudo. Fortaleza, CE, 2009.

O Gráfico 3 revelou que das mulheres incontinentes (N=36), a maioria 32 (88,9%) informou que há influência da IU na qualidade de vida, sendo atribuída em sua maior parte interferência muito grave 12 (33,3%).

O uso constante de absorventes e forro foi relatado por duas das mulheres entrevistadas. Essa revelação aconteceu de forma espontânea, pois em nenhum momento da pesquisa foram incluídos questionamentos sobre a maneira como elas lidam no seu dia-a-dia com a IU.

## DISCUSSÃO

Esperava-se que estas mulheres apresentassem idade mais avançada, conforme dados da literatura, que apontam aumento da prevalência da IU, em mulheres idosas<sup>(1,16,17)</sup>.

O idoso é classificado cronologicamente como sendo pessoas com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos, e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento. Ainda, segundo a classificação por idade, é idoso jovem aquele que tem idade entre 60 e 69 anos e que exerça plenamente suas atividades; idoso velho aquele que possui de 70 a 79 anos e muito idoso aquele que tem a partir de 80 anos<sup>(18)</sup>.

Em outro estudo, verificou-se que a maioria das mulheres com IU (78,9%) também referiu uma ou mais restrições em sua vida diária, sendo afetada principalmente a atividade sexual (53,4%)<sup>(8)</sup>.

A IU pode afetar muitos aspectos da sexualidade de uma forma geral, como roupas e aparência. A mulher pode não se sentir atraente, principalmente se necessita fazer uso de absorventes por se sentir suja e mal cheirosa, ou pode evitar a relação sexual pelo receio de precisar interrompê-la para ir ao banheiro. A insatisfação sexual da mu-

lher pode acarretar uma piora na qualidade de vida (QV) individual e conjugal<sup>(16)</sup>.

Achados desta pesquisa vem ao encontro do que foi observado em outro estudo no qual as mulheres de baixa escolaridade também apresentaram maior chance de ter IU, quando comparadas com aquelas que tiveram segundo grau ou curso superior<sup>(19)</sup>. Tal estudo encontrou para IU a prevalência geral de 34,8%, porém metade da amostra (52,2%) tinha 40 anos ou mais<sup>(19)</sup>.

Esta pesquisa teve uma alta prevalência para IU (61,0%), certamente devida ao fato de terem sido outros os norteadores dos critérios de seleção da amostra: ser maior de 40 anos e ter Diabetes e/ou Hipertensão. De acordo com as conclusões desses autores, as mulheres com mais de 60 anos têm quatro vezes mais chance de ter IU do que aquelas com idade inferior a 40 anos. Além disso, as diabéticas apresentavam quase três vezes mais chance do aparecimento da IU como sintoma quando comparado ao grupo daquelas sem diabetes. Finalmente, as pacientes hipertensas apresentaram duas vezes mais chances de ter IU quando comparadas ao grupo sem hipertensão<sup>(19)</sup>.

A incontinência urinária de esforço (IUE) foi a forma mais comum de queixa urinária referida pela amostra; esse fato acontece particularmente, no período perimenopausal<sup>(1)</sup>. A urge-incontinência, que acontece quando a perda involuntária de urina está associada a um forte desejo de urgência para urinar, e a IU Mista, que ocorre quando a urge-incontinência soma-se a alguma atividade que aumenta a pressão intra-abdominal, são as que mais afetam a vida das mulheres<sup>(8)</sup>. Já a perda urinária leve ou moderada associada a manobras provocativas como tosse, riso ou espirro é a mais comum, constituindo de 90 a 95% dos casos de incontinência urinária de esforço<sup>(7)</sup>.

Estudos utilizando o mesmo questionário encontraram dados semelhantes aos desta pesquisa, detectando uma influência negativa de 80% da IU em relação à qualidade de vida das mulheres incontinentes<sup>(19)</sup>; também 28,6% das mulheres incontinentes que atribuíram nota 10 à interferência da perda de urina na vida diária<sup>(20)</sup>.

Outra pesquisa confirma a revelação do grupo de mulheres em análise, pois entre as estratégias utilizadas para manejo da IU ou contenção de urina, a mais prevalente foi o uso do forros/absorventes higiênico, relatada por 80% das entrevistadas. A preocupação em esvaziar a bexiga e fazer restrição hídrica foi verificada em 77,1% e 45,7%, respectivamente<sup>(7)</sup>.

As necessidades do uso de absorventes e da troca da roupa íntima afetam diretamente a qualidade de vida<sup>(8)</sup>. Contudo, o conceito de qualidade de vida é subjetivo e, portanto, sua definição é variável. Na verdade, foi questionado com as mulheres na questão 5 do ICIQ-SF o quanto perder urina interfere na sua vida diária, através de uma numeração que variava de 0 (não interfere) a 10 (interfere muito), subentendendo que a partir daí seria revelada a percepção da mulher sobre o seu estado de saúde.

Em contra partida, é curioso o fato de um número significativo de mulheres incontinentes (27,8%) ter revelado que perder urina não influencia em sua vida diária. Certamente isso foi observado porque faz parte da cultura da mulher, principalmente quando idosa, pensar que perder urina é uma situação esperada com o avançar da idade. Contudo, como afirmam diversos autores, a prevalência da IU aumenta com a idade, mas não constitui o processo natural do envelhecimento humano<sup>(2,4,7)</sup>.

Embora não coloque diretamente em risco a vida, a IU pode trazer sérias implicações incapacitantes e significativa morbidade entre as mulheres. Quando comparadas com outras condições de saúde, a IU gera impacto mais significativo nas dimensões social e fisiológica da qualidade de vida<sup>(17)</sup>.

O tratamento da IUE pode ser cirúrgico ou conservador, mas no Brasil a abordagem ainda é tradicionalmente cirúrgica. Entretanto, visto que o tratamento cirúrgico envolve procedimentos invasivos que podem ocasionar complicações, são de custo elevado e podem ser contra-indicados em

algumas mulheres, atualmente tem surgido interesse crescente por opções de tratamentos mais conservadores<sup>(21)</sup>.

Além de ser mais econômico, o tratamento conservador pode evitar cirurgias desnecessárias em muitos casos, por isso deveria ser oferecido como primeira opção de tratamento para as mulheres com queixas de IU em todo o Brasil, como já acontece nos países desenvolvidos<sup>(19)</sup>.

Variadas formas de tratamento conservador para IU vem sendo utilizadas atualmente como cinesioterapia, terapia medicamentosa, eletroestimulação, entre outras, e a maioria delas é passível de uso dentro do sistema primário de cuidado à saúde. Contudo, a falta de inclusão de tais procedimentos na atenção básica e o desconhecimento por parte dos profissionais de saúde e das mulheres incontinentes têm dificultado sua aplicação na prática clínica.

## CONCLUSÕES

A incontinência urinária revelou-se de alta prevalência na amostra formada pelas mulheres do Programa de Hipertensão e Diabetes, sendo, portanto, considerada um problema de Saúde Pública, na região estudada.

Não houve associação entre a ocorrência de IU e dados como faixa etária, estado civil, atividade econômica, tabagismo, Diabetes e IMC. A escolaridade foi a única variável estatisticamente significativa para o aparecimento de queixas urinárias relacionadas à IU.

A maior parte das mulheres incontinentes pensa que perde uma pequena quantidade de urina, até uma vez por semana. A incontinência urinária de esforço foi a forma mais comum de queixa urinária referida.

Os objetivos dessa pesquisa foram alcançados à medida que se conseguiu revelar o número de mulheres incontinentes que passam todos os meses por um serviço de saúde sem receber qualquer abordagem direcionada a sua queixa urinária e, além do mais, sem se perceberem incontinentes.

Sugere-se que através desse estudo outras pesquisas sejam suscitadas e que os gestores sejam sensibilizados para o direcionamento da problemática e para a tomada de atitudes eficazes para prevenção e tratamento da IU, investindo assim na qualidade de vida das mulheres incontinentes.

## REFERÊNCIAS

- 1 Guarisi T, Pinto Neto AM, Osis MJ, Pedro AO, Paiva LHC, Faúndes A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. Rev Saúde Pública. 2001;35(5):428-35.
- 2 Doughty DB, Crestodina LR. Introductory concepts. In: Doughty DB, editor. Urinary & fecal incontinence: current management concepts. St. Louis: Mosby Elsevier; 2006. p. 1-20.
- 3 Cesaretti IUR, Dias SM. Treatment of urinary incontinence: perspectives from the ET nurses' point of view. World Counc Enterostomal Ther J. 2004;24(1):31-7.
- 4 D'Ancona CAL. Aplicações clínicas da urodinâmica. São Paulo: Atheneu; 2001.
- 5 Higa R, Lopes MHBM, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(1):187-92.
- 6 Félix IL. Avaliação da qualidade de vida de mulheres portadoras de incontinência urinária de esforço [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual de Fortaleza; 2005.
- 7 Ferreira EC, Guimarães FCC, Silva SMP, Panza AM. Percepção das mulheres sobre a incontinência urinária e sua influência nas atividades diárias: estudo em um ambulatório de uro-ginecologia de um hospital público da cidade de São Paulo. Rev Estima. 2007;5(2):18-23.
- 8 Lopes MHBM, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2006 [citado 2009 dez 12];40(1):34-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a04v40n1.pdf>.
- 9 Fonseca ESM, Camargo ALM, Castro RA, Sartori MGF, Fonseca MCM, Lima GR, et al. Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005;27(5):235-42.
- 10 Menezes GMD. Incontinência urinária: interferência na vida diária de mulheres [monografia]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2009.
- 11 Tamanini JTN, Dambros M, D'Ancona CAL, Palma PCR, Netto Junior NR. Validação para o português do "Internacional Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form" (ICIQ-SF). Rev Saúde Pública. 2004;38(3):438-44.
- 12 World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva; 1995.
- 13 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Classificação nacional de atividades econômicas [Internet]. Rio de Janeiro; 2004 [citado 2011 out 16]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/classificacoes/cnae1.0\\_2ed/cnae10v2.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/classificacoes/cnae1.0_2ed/cnae10v2.pdf).
- 14 Kaplan NM. Hipertensão sistêmica: mecanismos e diagnóstico. In: Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Braunwald E, editors. Tratado de doenças cardiovasculares. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006. p. 959-87.
- 15 Ministério da Saúde (BR). Diabetes Mellitus. Brasília (DF); 2006. (Cadernos de Atenção Básica, 16).
- 16 Auge AP, Zucchi CM, Costa FMP, Nunes K, Cunha LPM, Silva PVF, et al. Comparações entre os índices de qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária submetidas ou não ao tratamento cirúrgico. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006;28(6):352-7.
- 17 Abreu NS, Baracho ES, Tiarado MGA, Dias RC. Qualidade de vida na perspectiva de idosas com incontinência urinária. Rev Bras Fisioter. 2007;11(6):429-36.
- 18 Giacomini K. O desafio deste século é cuidar da saúde dos nossos velhos. Rev Eletrônica Mens SMSA-PBH [Internet]. 2002 [citado 2009 dez 12];12. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/saudedigital/dezembro2002/idosos.html>.
- 19 Tamanini JTN, Tamanini MMM, Maud LMQ, Auler, AMBAP. Incontinência urinária: prevalência e fatores de risco em mulheres atendidas no programa de prevenção do câncer ginecológico. Bol Epidemiol Paul. 2006;3(34):17-23.
- 20 Silva L, Lopes MHBM. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009 [citado 2009 dez 12];43(1):72-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/09.pdf>.



- 21 Rett MT, Simões JÁ, Herrmann V, Gurgel MSC, Morais SS. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. Rev Bras Ginecol Obstet. 2007;29(3):134-40.

---

**Endereço da autora / Dirección del autor /  
Author's address:**  
Giselle Maria Duarte Menezes  
Av. Sargento Herminio Sampaio, 2505, ap. 102-A,  
Monte Castelo  
60320-105, Fortaleza, CE  
*E-mail:* [gmdmenezes@gmail.com](mailto:gmdmenezes@gmail.com)

Recebido em: 08/02/2011  
Aprovado em: 14/10/2011

---