

GUIDO VIEIRA GOMES

**INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO NAS MULHERES
PERTENCENTES AO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DE DOURADOS/MS: PREVALÊNCIA, FATORES DE RISCO E
IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA.**

**Brasília – DF
2009**

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Guido Vieira Gomes

**INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO NAS MULHERES PERTENCENTES
AO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE DOURADOS/MS: PREVALÊNCIA,
FATORES DE RISCO E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA.**

Dissertação apresentada como requisito à
obtenção do grau de Mestre em Ciências da
Saúde, Curso de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde, Faculdade de Ciência da Saúde,
Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz

Brasília - DF
2009

Guido Vieira Gomes

INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO NAS MULHERES PERTENCENTES AO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE DOURADOS/MS: PREVALÊNCIA, FATORES DE RISCO E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA.

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde, Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciência da Saúde, Universidade de Brasília.

Aprovado em 11 de dezembro de 2009

BANCA EXAMINADORA

Carlos Alberto Bezerra Tomaz (Doutor) – (presidente)

UnB

Antônio Carlos Rodrigues da Cunha (Doutor)

UnB

Pedro Sadi Monteiro (Doutor)

UnB

AGRADECIMENTOS

A minha esposa e filho que me copreenderam e apoiaram nos momentos em que precisei ficar ausente.

Aos meus pais e irmãs que foram e são fundamentais no desenvolvimento do meu caráter e crescimento profissional e intelectual.

Ao amigo e sócio Dr Osmar Maia Filho que compreendeu e colaborou em momentos que me ausentei das minhas atividades assistenciais.

Ao enfermeiro e amigo Genivaldo Dias da Silva que me ajudou na trabalhosa coleta de dados.

Ao Dr Carlos Alberto Bezerra Tomaz que como orientador sempre respondeu com rapidez as minhas solicitações e dúvidas e se dispôs no seu laboratório para discussões em relação ao desenvolvimento desta dissertação.

Aos membros das Equipes de Saúde da Família que me ajudaram no contato com os sujeitos da pesquisa.

As pessoas que concordaram em responder os questionários.

RESUMO

Introdução: Incontinência urinária (IU) é a perda involuntária de urina pela uretra e é composta de vários subtipos. A incontinência urinária de esforço (IUE) é uma das formas mais comuns.

Objetivos: Descrever a prevalência da IUE nas mulheres acima de 20 anos pertencentes ao Programa de Saúde da Família (PSF) no município de Dourados e correlacionar com as seguintes variáveis: Idade, Índice de massa corpórea (IMC), Paridade, Número de gestações, Histerectomia, Tabagismo e Diabetes mellitus.

Material e métodos: O estudo foi do tipo transversal através de inquérito domiciliar onde foram entrevistadas 336 mulheres de 20 anos ou mais que não apresentavam os critérios de exclusão. Foram utilizados na entrevista dois formulários: Uma ficha de avaliação onde eram anotados dados demográficos e o questionário ICIQ-SF que avalia o impacto na qualidade de vida (QV). Na análise estatística foram utilizados o teste chi-quadrado, o teste t, o coeficiente de contingência corrigido e um modelo de regressão logística do tipo *Forward Stepwise*.

Resultados: A prevalência de IUE no estudo foi de 21,4%. Em relação aos fatores de risco, a Idade ($p=0,113$), Tabagismo ($p=0,796$) e Diabetes mellitus ($p=0,221$) não apresentaram associação estatisticamente significativa, por outro lado o IMC ($p=0,007$), Número de gestações ($p=0,018$), Paridade ($p=0,032$) e Histerectomia ($p=0,024$) apresentaram associação. Utilizando regressão logística somente o pareamento de Peso e Histerectomia puderam predizer o desfecho (IUE). A maioria das portadoras de IUE (63,9%) considerou muito grave o comprometimento na QV.

Conclusão: A prevalência da IUE observada foi semelhante à encontrada em outros estudos; IMC, Paridade, Número de gestações e Histerectomia apresentaram associação com esta patologia que compromete gravemente a QV.

Palavras-chave: incontinência urinária de esforço; fatores de risco; qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: Urinary incontinence (UI) is the involuntary loss of urine by uretra and is composed of multiple subtypes. The stress urinary incontinence (IUE) is one of the most common forms.

Objectives: To describe the prevalence of stress urinary incontinence (SUI) in women over 20 years, who belong to the Family Health Program (FHP) in Dourados, Mato Grosso do Sul, Brazil, and to correlate with the following variables: age, body mass index (BMI), parity, number of pregnancies, hysterectomy, smoking and diabetes mellitus.

Material and methods: the study was transversal type, through a household survey, where 336 women above 20 years and who didn't have exclusion criteria were interviewed. Two forms were used in the interview: to fill demographic data and ICIQ-SF questionnaire, that evaluates the impact on the quality of life (QV). In the statistical analysis, were used the Chi-square test, the testing t, the coefficient of contingency corrected and a logistic regression model of type Forward Stepwise.

Results: the prevalence of SUI in the study was 21.4%. In relation to the risk factors, age ($p=0,113$), smoking ($p = 0,796$) and diabetes mellitus ($p = 0,221$) had no statistically significant association. On the other hand, the IMC ($p = 0.007$), number of pregnancies ($p = 0.018$), parity ($p = 0,032$) and hysterectomy ($p = 0.024$) presented association, but weak. Using logistic regression, only the pairing of weight and hysterectomy were able to predict the outcome (SUI). The majority of the patients (63,9%) had considered the impairment in the QV as very serious.

Conclusion: the prevalence of SUI observed was similar to those that were found in other studies; BMI, parity, number of pregnancies and hysterectomy had association with that pathology, which has a serious impairment in the QV.

Keywords: stress urinary incontinence; risk factors; quality of life.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CC* - Coeficiente de contingência corrigido

ICIQ-SF - International Consultation on Incontinence Questionnaire-Shorf Form

ICS - Sociedade Internacional de Continência

IMC – Índice de massa corpórea

IU – Incontinência urinária

IUE – Incontinência urinária de esforço

IUU – Incontinência urinária de urgência

KHQ - The Kings Health Questionnaire

PSF – Programa de saúde da família

QV- Qualidade de vida

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 DEFINIÇÕES E PREVALÊNCIAS.....	8
1.2 FATORES DE RISCO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL.....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3 JUSTIFICATIVAS	13
4 MATERIAIS E MÉTODOS	14
5 ANÁLISES ESTATÍSTICAS	16
6 RESULTADOS	17
7 DISCUSSÃO.	23
8 CONCLUSÃO	27
9 PERSPECTIVAS FUTURAS	28
REFERÊNCIAS	29
APÊNDICE	37
ANEXO I	38
ANEXO II	40
ANEXO III	41
ANEXO IV	42

1 INTRODUÇÃO

1.1 DEFINIÇÕES E PREVALÊNCIAS

Baseados nos critérios determinados pela Sociedade Internacional de Continência (ICS), incontinência urinária (IU) é definida como a perda involuntária de urina que determina desconforto social ou higiênico, podendo ser demonstrável de modo objetivo.¹ Denomina-se incontinência extra-uretral toda ou qualquer saída involuntária de urina que não se faça através do canal uretral.²

Vários subtipos de IU são descritos. Incontinência de urgência (IUU) é a perda involuntária de urina associada ao imperioso desejo de urinar. Esta é dividida em duas formas: tipo motora onde são observadas contrações detrussoras não inibidas e a sensitiva onde não inexistem contrações do músculo detrussor. Incontinência reflexa é a perda urinária associada à contração da musculatura detrussora secundária a um distúrbio neurológico. Incontinência por transbordamento é a perda urinária devido à distensão vesical, porém com ausência total de atividade motora do músculo detrussor.³

Na IUE a perda urinária ocorre em situações onde existe aumento da pressão intra-abdominal, como por exemplo, no exercício físico, tosse ou espirro. Na forma mista existe uma associação da IUE com a IUU.⁴

Os mecanismos de enchimento e esvaziamento vesical são complexos, existe uma coordenação entre a bexiga e a uretral e tudo isso é modulado pelo sistema nervoso central. Alterações provocadas pelo parto vaginal, envelhecimento e distúrbios do sistema nervoso podem desencadear um quadro de IU.⁵

A IU é um distúrbio predominantemente feminino, porém quando acomete o homem compromete significativamente a saúde masculina.⁵ A IUE é menos comum no homem e comumente está associada a doenças do sistema nervoso ou a complicações de cirurgia prostática.⁶

O diagnóstico da IU é realizado pela anamnese, exame físico geral, exame ginecológico e propedêutica complementar. Vários detalhes da história clínica devem ser interrogados para direcionamento do diagnóstico: frequência miccional, presença de uretralgia, volume urinário, se ocorre perda no esforço, que tipo de esforço, perda não associada a aumento da pressão intra-abdominal, presença de noctúria e tratamento de outras patologias. O exame físico geral avalia a existência de morbidades que podem comprometer a continência urinária. Prolapsos genitais,

tumorações uterinas e constatação objetiva da perda urinária são detalhes importantes no exame ginecológico. Na avaliação complementar pode ser solicitado urinocultura na suspeita de infecção do trato urinário e avaliação urodinâmica para diagnóstico das disfunções uretrovesicais.³

Como tratamento da IUE existe opções cirúrgicas e não-cirúrgicas. No grupo das não-cirúrgicas existe a terapêutica farmacológica que utiliza principalmente substâncias que atuam nos receptores vesicais. Técnicas fisioterápicas como exercícios para fortalecimento e eletroestimulação da musculatura pélvica podem ser empregadas. Menos comumente são utilizados dispositivos mecânicos para oclusão uretral. As opções cirúrgicas mais utilizadas são a colposuspensão de Bursh, a colocação de faixas suburetrais, injeções periuretrais e implante de esfícter artificial.⁷

O impacto econômico da IU é significativo tanto para o poder público quanto para os familiares dos portadores desta patologia. Nos Estados Unidos da América em 2000 foi estimado o custo para tratamento dos pacientes incontinentes em torno de \$19,5 milhões.⁸ O gasto anual com os cuidados de rotina de uma mulher incontinente norte-americana foi estimado em \$900,00.⁹ Estudos têm mostrado a repercussão negativa da IU na esfera social, sexual e psicológica.¹⁰ Fultz e col. avaliaram o impacto da IU em 3364 trabalhadoras, evidenciaram comprometimento do ritmo de trabalho devido ao aumento da frequência de idas ao banheiro.¹¹ Tamanini e col. utilizando o International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ-SF) evidenciou que das 225 pacientes incontinentes, 8,9%(20) consideram grave e 17,8%(40) muito grave o impacto desta condição na qualidade de vida.¹² Entrevistas telefônicas realizadas em 2003 com 82.196 pessoas acima de 65 anos, demonstrou que a prevalência de incontinência urinária é duas vezes maior nas mulheres em relação aos homens e tem associação significativa com depressão.¹³

A prevalência da IU feminina pode variar de 8,5% a 55%. Esta diferença encontrada pode ser explicada devida às populações estudadas, tipo de estudo e das definições empregadas.¹⁴ Anger e col. analisaram 9.965 questionários respondidos em entrevista domiciliares realizadas entre 1999 e 2000 nos Estados Unidos da América, encontraram uma prevalência de 38%.¹⁵ Em estudo realizado entre 2005 e 2006 utilizando entrevista domiciliar e exame clínico em unidade móvel, 1961 mulheres norte-americanas acima de 20 anos não grávidas foram avaliadas

quanto a distúrbios do assoalho pélvico, sendo a incontinência urinária observada em 15,7%, bem mais freqüente que incontinência fecal e prolapso de órgãos pélvicos que foi de 9,0% e 2,9% respectivamente.¹⁶

Considerando separadamente os tipos de incontinência urinária, Fultz *et al.* encontraram 52% de IUE, 10% de IUU, 37% mista e 2% de outros tipos¹¹. Estudo realizado com 400 mulheres demonstrou resultados bem diferentes: 18,3% tinham IUE, 17,5% tinham IUU e 39,5% a forma mista.¹⁷ Estudo realizado em 1997 entrevistando 410 mulheres constatou que 12,6% das incontinentes eram do tipo de esforço.¹⁸ Entrevista realizada com 1012 mulheres acima de 18 anos, moradoras do oeste da Turquia, apresentou também resultados contraditórios, a prevalência da incontinência de urgência, incontinência de esforço e a forma mista foi respectivamente 25,6%, 33,1% e 41,3%.¹⁹ Estudo realizado com 3614 enfermeiras japonesas entre 20 e 64 anos evidenciou prevalência de incontinência urinária de 16,7%, sendo que a mais comum foi do tipo de esforço (72,7%), seguida pela incontinência de urgência (12,1%) e a menos comum a forma mista (9,9%).²⁰ Guarisi *et al.* realizaram estudo transversal tipo inquérito populacional domiciliar na cidade de Campinas-SP, onde foram entrevistadas 456 mulheres entre 45 e 60 anos de outubro de 1997 a janeiro de 1998, a prevalência de incontinência urinária de esforço foi de 35%.²¹ Em 2005 foram entrevistadas 646 mulheres entre 12 e 79 anos que procuraram espontaneamente o Programa de Prevenção de Câncer Ginecológico do Hospital Amaral Carvalho em Jaú-SP. A prevalência de incontinência urinária observada nesta amostra foi de 34,8%, sendo que 50,2% das incontinentes tinham mais de 40 anos.¹²

1.2 FATORES DE RISCO

Os fatores de risco para incontinência urinária também são bastante discutíveis. A idade é considerado fator de risco importante, sendo observado aumento da prevalência entre 75 e 79 anos.¹⁵ Prevalência de 20% é observada em mulheres abaixo de 60 anos, porém quando avaliadas mulheres acima de 80 anos a prevalência aumenta para 44%.²² O ação hormonal sobre o trato urogenital já foi demonstrada, principalmente em relação ao aumento da vascularização e espessura epitelial.²³ Sortori *et al.* evidenciaram diminuição da perda urinária após reposição

hormonal com estrogênio conjugado e progesterona em mulheres no período pós-menopausa portadoras de IUE.²⁴

Panugthong *et al.* realizou estudo transversal analisando 400 mulheres no período da menopausa, constatou que a obesidade era fator de risco.²⁵ Subak *et al.* observou que a perda de 5 a 10% do peso corporal leva a uma redução da incontinência urinária.²⁶ Burgio *et al.* publicaram os resultados de um trabalho prospectivo onde foram acompanhadas 101 mulheres portadoras de obesidade mórbida que foram submetidas a redução gástrica por via laparoscópica, observando uma redução de 44% na prevalência de incontinência urinária.²⁷ Trabalho com 182 mulheres jordanianas entre 50 e 65 anos demonstrou que o índice de massa corpórea (IMC) não tinha correlação significativa com a IUE.²⁸

Fritel *et al.* analisaram questionários respondidos por 2625 mulheres entre 49 e 61 anos, evidenciaram aumento da prevalência da IUE associada a paridade porém não encontrou uma correlação com parto vaginal,²⁹ sendo que este último achado não corresponde ao que descreve outros autores que afirmam que o parto vaginal leva a comprometimento neuromuscular do assoalho pélvico e incontinência urinária.³⁰

Donforth *et al.* encontraram associação entre diabetes mellitus tipo II e tabagismo com incontinência urinária.³¹ Tamanini *et al.* observou que diabete melito foi fator de risco para IU, aumentando em 3 vezes a chance de aparecimento do sintoma.¹² Guarisi *et al.* não observaram alteração do risco de incontinência urinária de esforço devido ao tabagismo e índice de massa corpórea.²¹ Apesar da histerectomia ser considerada fator de risco,³² estudo publicado recentemente analisando 23.792 enfermeiras não demonstrou esta correlação.³³ Porém estudo envolvendo 3537 mulheres taiwanesas entre 25 e 59 anos, considera histerectomia como o maior fator de risco entre as cirurgias ginecológicas.³⁴

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a prevalência da IUE em mulheres com 20 e mais anos cadastradas no programa de Saúde da Família (PSF) Urbano do município de Dourados-MS, analisar a correlação de determinados fatores de risco e observar o impacto na qualidade de vida.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a prevalência da incontinência urinária de esforço nesta população.
- Verificar se existe associação entre os seguintes fatores de risco e incontinência urinária de esforço: Idade, Índice de massa corpórea, Paridade, Número de gestações, Histerectomia, Tabagismo e Diabetes mellitus.
- Descrever o impacto na qualidade de vida das portadoras de IUE.

3 JUSTIFICATIVAS

Apesar da IU não ser uma condição que leva ao óbito, esta acarreta distúrbios graves do ponto de vista social e psicológico.³⁵ Existe a necessidade de se estimar a prevalência desta patologia na população assistida pelo PSF do nosso município para melhor planejamento e execução de programa de prevenção, acompanhamento e encaminhamento para as várias modalidades terapêuticas. Em posse de dados epidemiológicos em relação à IU é possível propor ao Órgão Gestor investimento em um centro multidisciplinar para tratamento e acompanhamento destas pacientes, pois além do profissional médico estas necessitam de acompanhamento com enfermeiro, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta e educador desportivo.

A fisiopatologia dos vários tipos de IU difere entre si, conseqüentemente os fatores de risco têm que ser estudados em relação a cada tipo separadamente.³⁶ O presente trabalho visa estudar somente a IUE.

Mulheres idosas tendem a considerar a IU uma condição normal para sua idade e desconhecem as opções terapêuticas, inclusive não relatando este fato em consulta médica.³⁷ O inquérito domiciliar proporcionará uma busca ativa das pacientes incontinentes, mesmo àquelas que não freqüentam estabelecimentos de saúde.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

A cidade de Dourados está localizada no sul do Estado de Mato Grosso do Sul, na região centro-oeste (latitude 22° 13'18"S, longitude 54° 48'23"O). Segundo o censo do IBGE do ano de 2007 a população é composta de 181.869 habitantes.³⁸

O serviço de saúde pública de Dourados é composto por Unidades Básicas de Saúde onde é realizado o atendimento primário e nos casos mais complexos é feito encaminhamento aos hospitais públicos. Dourados tem três hospitais que atendem exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde: Hospital Universitário (internação clínica e cirurgias eletivas), Hospital da Vida (atendimento clínico e cirúrgico de urgência) e Hospital da Mulher (atendimento ginecológico e obstétrico e UIT neonatal).

O PSF urbano é composto por 33 equipes. Cada equipe assiste, em média, a 900 famílias e todas estas são identificadas por um número. As equipes cobrem as regiões mais periféricas da cidade onde predominam as residências da população com nível sócio-econômico mais baixo. Consulta realizada no Sistema de Informação de Atenção Básica no dia 20 de outubro de 2009 evidenciou a existência de 43.829 mulheres acima de 20 anos cadastradas neste programa. De cada equipe foram sorteadas 10 famílias e esta amostragem aleatória foi realizada utilizando o programa Biostat 4.0. A amostra inicialmente seria composta de 333 sujeitos. Segundo a fórmula de Barbetta para cálculo do tamanho da amostra, 333 sujeitos garantiriam um erro amostral entre 5% e 6%.

Estudo foi do tipo transversal³⁹ onde os critérios de inclusão foram: ser do sexo feminino, ter mais de 20 anos, aceitar participar do estudo e assinar, após leitura, o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo IV). Os de exclusão foram: mulheres abaixo de 20 anos, indígenas, portadoras de neuropatias centrais, gestantes, puérperas recentes (parto há menos de três meses), com clínica de infecção do trato urinário ou IU não do tipo de esforço.

Os instrumentos utilizados foi um questionário de avaliação clínica e um de qualidade de vida denominado "International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form" (ICIQ-SF). No primeiro foram registrados os seguintes dados: peso, altura, I.M.C, idade, história gestacional, diabetes mellitus, tabagismo e histerectomia. O segundo que foi desenvolvido pela Sociedade Internacional de Continência (ICS),⁴⁰ sendo validado para a língua portuguesa em 2004,⁴¹ avaliou

através de uma escala numérica o impacto da incontinência urinária na vida diária e classificou clinicamente a incontinência urinária como de esforço. Estudo demonstrou a significativa correlação entre este questionário e a urodinâmica, este último considerado “padrão ouro” na avaliação da IU.⁴² Hajebrahimi e col relataram a equivalência dos resultados quando este questionário era respondido pelo sujeito e quando completado pelo pesquisador.⁴³

A autorização para a realização do estudo foi concedida pela Comissão de Estágios, Aula Prática Pesquisa e outros Trabalhos de Conclusão de Curso da Secretaria de Saúde de Dourados no dia 02 de junho de 2009. No dia 31 de agosto ocorreu a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIGRAN (Projeto nº 317/09). Os questionários foram aplicados durante o mês de setembro e a primeira quinzena de outubro, pelo próprio pesquisador e por um enfermeiro treinado que participou do Projeto de Iniciação Científica em Incontinência Urinária desenvolvido na UNIGRAN no biênio 2006/2007, onde ocorreu treinamento prático com aplicação de questionários e aulas teóricas relacionada ao tema.

Quando não era possível à aplicação dos questionários em uma determinada família devido à ausência dos moradores ou a não obtenção de sujeitos que poderiam ser incluídos no estudo, foi feita tentativa com a próxima família cadastrada (a família correspondente ao próximo número). Para facilitar a abordagem das famílias, as visitas foram acompanhadas pelos agentes de saúde responsáveis.

Mesmo após a assinatura do termo de consentimento os sujeitos foram orientados que poderiam solicitar exclusão do estudo sem prejuízo em relação a orientações e encaminhamentos. Em todas as fases do estudo foi garantido o sigilo dos participantes.

Os dados referentes à altura foram determinados com uso de uma fita métrica e os referentes ao peso através de uma balança portátil da marca CAMRY.

5 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

O processamento da base de dados foi feito utilizando o software Excel® para Windows®. As análises estatísticas foram feitas com o software SPSS® (Statistic Package for the Social Sciences, Chicago, IL, USA) versão 13 para Windows®. Nas tabelas foi utilizado a média como medida de posição e o erro padrão da amostra como medida de dispersão dos dados. Para avaliar a possível associação entre variáveis foi utilizado o teste chi-quadrado (teste exato de Fisher para tabelas de contingência 2 × 2). Foi utilizado o coeficiente de contingência corrigido (CC*) para avaliar a força de associação entre variáveis. As variáveis quantitativas foram analisadas mediante o teste de Shapiro-Wilk para determinar se sua distribuição era ou não de tipo normal. A comparação de médias entre grupos foi feita mediante o teste t para amostras independentes ou o teste de Mann-Whitney, segundo fossem variáveis de distribuição normal ou não normal. Foi utilizado um modelo de regressão logística do tipo *Forward Stepwise* para estabelecer quais das variáveis analisadas seriam possíveis determinantes da presença de IUE. O nível de significância estatística foi estabelecido em $p < 0,05$ (bi-caudal) para todos os testes.

6 RESULTADOS

Foram realizados 336 inquéritos domiciliares, três a mais que tinha sido previsto inicialmente, pois em três situações mais de um sujeito encontrava-se na residência. Desta amostra 72 sujeitos apresentaram diagnóstico clínico de IUE, o que resulta em uma prevalência de 21,4% para esta população.

Na Tabela 1 são mostradas as distribuições das frequências das seguintes variáveis: Idade, IMC, Número de gestações e partos.

Tabela 1- Descrição da amostra estudada no município de Dourados/MS - 2009

	<i>n</i>	%
Idade		
20 a 39	162	48,2
40 a 59	120	35,7
60 a 79	47	14,0
80 e mais	7	2,1
IMC		
Normal ou Baixo	135	40,2
Sobrepeso ou Obeso	201	59,8
Gestações		
Nenhuma	52	15,5
1 ou 2 gestações	118	35,1
3 ou mais gestações	166	49,4
Número de partos		
Até 2 partos	192	57,1
3 partos e mais	144	42,9

Com o intuito de encontrar possíveis associações entre algumas das variáveis mensuradas e a presença de IUE, as mesmas foram recodificadas em categorias que permitissem sua análise utilizando o teste de chi-quadrado.

A variável idade foi categorizada em três níveis: 20 a 39 anos, 40 a 59 anos e 60 ou mais anos. A **Erro! Fonte de referência não encontrada.** apresenta a distribuição de frequências para esta variável. O teste chi-quadrado demonstrou que não existe associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ($\chi^2=4,362$, $gl=2$, $p=0,113$).

Tabela 2 - Distribuição por grupos de idade das mulheres sem ou com IUE no município de Dourados/MS - 2009

IUE	Idade			Total
	20 a 39	40 a 59	60 e mais	
Não	135	88	41	264
	51,1%	33,3%	15,5%	100%
Sim	27	32	13	72
	37,5%	44,4%	18,1%	100%
Total	162	120	54	336
	48,2%	35,7%	16,1%	100%

O IMC de cada participante foi classificado em uma de duas categorias segundo o valor. Normal ou Baixo: $IMC < 25$. Sobrepeso ou Obeso: $IMC \geq 25$. A distribuição de IMC para mulheres sem e com IUE é apresentada na outra.

Tabela 2. O teste chi-quadrado (teste exato de Fisher) encontrou uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ($\chi^2=7,250$, $gl=1$, $p=0,007$). O CC*, que é um indicador da força de associação entre as duas variáveis, foi 0,205 o que indica uma força de associação fraca. Isto é, aproximadamente 20,5% da variação de uma variável podem ser explicados pela variação da outra.

Tabela 2. Distribuição por categoria de IMC das mulheres sem e com IUE no município de Dourados/MS - 2009

IUE	IMC		Total
	Normal ou Baixo	Sobrepeso ou Obeso	
Não	116	148	264
	43,9%	56,1%	100%
Sim	19	53	72
	26,4%	73,6%	100%
Total	135	201	336
	40,2%	59,8%	100%

A Tabela 4 mostra o número de gestações, classificada em três categorias: Nenhuma, 1 ou 2, 3 ou mais. Apesar do teste chi-quadrado demonstrar uma

associação estatisticamente significativa com a presença de IUE ($\chi^2=8,034$, $gl=2$, $p=0,018$). O coeficiente de contingência corrigido evidenciou que esta era fraca ($CC^*=0,216$).

Tabela 3 - Distribuição de freqüências da variável número de gestações nos grupos sem e com IUE no município de Dourados/MS - 2009

IUE	Gestações			Total
	Nenhuma	1 ou 2 gestações	3 ou mais gestações	
Não	47	96	121	264
	17,8%	36,4%	45,8%	100%
Sim	5	22	45	72
	6,9%	30,6%	62,5%	100%
Total	52	118	166	336
	15,5%	35,1%	49,4%	100%

A paridade é a soma de todos os partos (normais e por cesárea). Esta foi categorizada em dois níveis: Até 2 partos, e 3 ou mais partos (Tabela 4). O teste chi-quadrado (teste exato de Fisher) encontrou uma associação estatisticamente significativa ($\chi^2=4,786$, $gl=1$, $p=0,032$), porém também fraca ($CC^*=0,168$).

Tabela 4 - Distribuição das categorias de número de partos para cada grupo, sem e com IUE no município de Dourados/MS - 2009

IUE	Número de partos		Total
	Até 2 partos	3 partos e mais	
Não	159	105	264
	60,2%	39,8%	100%
Sim	33	39	72
	45,8%	54,2%	100%
Total	192	144	336
	57,1%	42,9%	100%

Fraca também foi à associação entre histerectomia e IUE ($CC^*=0,195$), porém estatisticamente significativa ($\chi^2=6,504$, $gl=1$, $p=0,024$).

Tabela 5. Distribuição de freqüências da variável hsterectomia em cada grupo sem ou com IUE no município de Dourados/MS - 2009.

IUE	<i>Histerectomia</i>		<i>Total</i>
	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	
Não	248 93,9%	16 6,1%	264 100%
Sim	61 84,7%	11 15,3%	72 100%
Total	309 92,0%	27 8,0%	336 100%

Tanto o tabagismo (Tabela 7) quanto diabetes mellitus (Tabela 8) não apresentaram associação estatisticamente significativas com IUE, apresentando respectivamente no teste chi-quadrado (teste exato de Fisher) ($\chi^2=0,348$, gl=1, p=0,796) e ($\chi^2=1,460$, gl=1, p=0,221).

Tabela 6- Distribuição de freqüências para a variável tabagismo nos grupos sem e com IUE no município de Dourados/MS - 2009.

IUE	<i>Tabagismo</i>		<i>Total</i>
	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	
Não	244 92,4%	20 7,6%	264 100%
Sim	68 94,4%	4 5,6%	72 100%
Total	312 92,9%	24 7,1%	336 100%

Tabela 7 - Distribuição de freqüências da variável diabetes mellitus nos grupos sem e com IUE no município de Dourados/MS - 2009.

IUE	<i>Diabetes</i>		<i>Total</i>
	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	
Não	246 93,2%	18 6,8%	264 100%
Sim	64 88,9%	8 11,1%	72 100%
Total	310 92,3%	26 7,7%	336 100%

Foi utilizado um modelo de regressão logística para identificar variáveis que possam prever o desfecho de apresentar ou não IUE. As variáveis incluídas neste modelo *Forward Stepwise* foram: Idade, peso, IMC, histerectomia (categórica), tabagismo (categórica) e diabetes mellitus (categórica), partos normais e partos por cesárea. Somente a associação da variável peso com a variável histerectomia pode prever o desfecho (Tabela 9). Finalmente, a

Tabela 9 apresenta o quadro comparativo das observações na amostra e as previsões feitas a partir do modelo de regressão logística.

Tabela 8 - Testes estatísticos dos determinantes individuais no município de Dourados/MS - 2009.

	<i>B</i>	<i>e.p.</i>	<i>Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p-valor</i>	<i>Exp(B)</i>
Peso	0,02	0,01	4,26	1	0,04	1,02
Histerectomia	1,00	0,42	5,63	1	0,02	2,72
Constante	-2,70	0,65	17,08	1	< 0,01	0,07

e.p.: erro padrão; gl: graus de liberdade.

Tabela 9 - Tabela de classificação de resultados no município de Dourados/MS - 2009.

Observações		Previsões		
		IUE		
		<i>Não</i>	<i>Sim</i>	<i>% corretas</i>
IUE	<i>Não</i>	263	1	99,62
	<i>Sim</i>	70	2	2,78
			<i>% geral</i>	78,87

A comparação entre os grupos com e sem IUE encontrou diferenças estatisticamente significativas nas variáveis Idade, peso, IMC, número de gestações e número de partos (**Erro! Fonte de referência não encontrada.**). Nestas variáveis o grupo que apresentava IUE sempre obteve médias maiores em comparação ao grupo que não apresentava IUE. Já nas variáveis altura, partos normais e cesáreas não houve diferença significativa entre os grupos.

Tabela 11 - Média, erro padrão e p-valor da comparação das médias entre os grupos com e sem IUE para cada variável medida na amostra no município de Dourados/MS - 2009.

	<i>IUE</i>	<i>média</i>	<i>e.p.</i>	<i>p-valor</i>
Idade (anos)	<i>Sim</i>	45,76	1,77	0,032
	<i>Não</i>	41,92	0,94	
Peso (kg)	<i>Sim</i>	71,40	1,62	0,029
	<i>Não</i>	67,29	0,88	
Altura (cm)	<i>Sim</i>	159,36	0,76	0,888
	<i>Não</i>	159,23	0,43	
IMC	<i>Sim</i>	27,67	0,62	0,028
	<i>Não</i>	26,10	0,33	
Número de gestações	<i>Sim</i>	3,19	0,27	0,013
	<i>Não</i>	2,62	0,14	
Partos normais	<i>Sim</i>	1,83	0,30	0,065
	<i>Não</i>	1,43	0,14	
Cesáreas	<i>Sim</i>	0,99	0,13	0,998
	<i>Não</i>	0,97	0,07	
Número de partos	<i>Sim</i>	2,82	0,26	0,037
	<i>Não</i>	2,40	0,13	

A Tabela 10 apresenta os resultados do ICIQ para as 72 mulheres que apresentaram IUE. A maior parte delas (63,9%) considera que a IUE acomete de maneira muito grave a sua qualidade de vida.

Tabela 10. Resultados do ICIQ no município de Dourados/MS - 2009.

	<i>n</i>	<i>%</i>
Pontuação ICIQ		
Leve	3	4,2
Moderada	6	8,3
Grave	17	23,6
Muito grave	46	63,9

7 DISCUSSÃO

No presente trabalho a prevalência de IUE na amostra estudada foi de 21,4%, percentual mais alto comparado à pesquisa desenvolvida na Austrália, onde 506 mulheres responderam questionário relacionado à sintomatologia urinária evidenciando prevalência de 16,1%.⁴⁴ Esta diferença pode estar associada média de idade desta amostra que foi de 53,7 anos, maior que a média do nosso estudo que foi de 45,76 anos nas sintomáticas e 41,92 anos nas assintomáticas, considerando que o pico de prevalência da IUE é entre 25 e 49 anos.⁴⁵ Rortveit *et al* aplicando questionário em 15.307 mulheres encontrou uma prevalência de 12,2% de IUE porém a média de idade foi de 36,6, abaixo da média da nossa amostra.⁴⁶

As diferenças encontradas nas prevalências em vários trabalhos pode ser explicada pelas diferentes definições dos tipos de IU, por exemplo a IUE pode ser definida clinicamente com tendo *somente* sintomas desse tipo ou *predominantemente* sintomas deste tipo, sendo que a segunda se confunde com a definição de IU do tipo mista.⁴⁷ As várias raças explicam também a variação de prevalência encontrada em estudos desenvolvidos em países com perfis étnicos diferentes. Trabalho que estudou 5.506 adultos entre 30 e 79 anos observou que a prevalência de IUE nos grupos de mulheres brancas, pretas e hispânicas foi respectivamente 35,4%, 9,4% e 14,5%.⁴⁷ Devemos considerar também que no presente trabalho, como outros que avaliam grandes amostras, o diagnóstico de IU foi utilizando um questionário e não método objetivo como a avaliação urodinâmica. Este fato pode ser determinante na prevalência, pois a adequada resposta a um questionário depende do nível intelectual do entrevistado.

Levando em consideração a variável idade não houve associação estatisticamente significativa com IUE, fato também observado em trabalho desenvolvido por Botleroa *et al*.⁴⁴ Observamos que certos estudos relatam aumento da prevalência da IU com a idade,^{19 48} porém estes quando avaliam esta variável não fazem distinção entre os vários tipos de IU, detalhe importante pois a incontinência de urgência e a forma mista apresentam pico de prevalência após a 6ª década de vida.⁴⁹ Fator importante que pode ter afetado o resultado do presente estudo é o fato de somente 16,1% da amostra estar acima dos 60 anos.

O IMC apresentou associação fraca com a IUE no nosso estudo. Trabalhos que não avaliam separadamente os tipos de IU demonstram forte associação desta com a obesidade.^{50 51} Estudo randomizado demonstrou que a perda de peso esta associada a queda na prevalência de IU.⁵² Trabalho desenvolvido no estado de Washington entrevistando mulheres entre 30 e 90 anos evidenciou que a variável $IMC >30\text{kg m}^2$ dobrava o risco de desenvolvimento de IU.⁵³ Tennstedt *et al.* acreditam que melhor que o IMC é a razão circunferência abdominal e circunferência pélvica pois mede indiretamente a pressão intra-abdominal que compromete a assoalho pélvico e eleva a pressão intra-vesical.⁴⁷

Associação estatisticamente significativa, porém fraca também foi observada entre o número de gestações e a IUE. Revisão de literatura publicada em 2003 relatou o aumento do risco de IU nas múltiparas.⁴⁹ Sliker-Ten Hove *et al.* avaliando os fatores de risco para dupla incontinência (Urinária e fecal) não encontraram associação entre a paridade e a IUE.⁵⁴ Estes achados devem ser avaliados levando em consideração o tipo de parto. Estudos recentes demonstram que mulheres submetidas à cesariana eletiva tiveram uma prevalência mais baixa de IUE que as submetidas a esta intervenção em caráter de urgência devido à obstrução do trabalho de parto, e que estas apresentaram a mesma prevalência deste distúrbio urinário das que tiveram parto por via vaginal.^{55 56} Considerando os achados destes estudos acreditamos que em regiões que o percentual de cesarianas eletivas for muito alto devido a questões culturais ou sócio-econômicas podem apresentar prevalência baixa de IUE mesmo em múltiparas.

No presente estudo a histerectomia apresentou uma associação fraca com IUE. López *et al.* publicaram em 2009 dados referentes a 276 entrevistas realizadas com mulheres entre 21 e 64 residentes na cidade de Bayamón (Porto Rico) e encontraram resultado semelhante.⁵⁷ Atman *et al.* acompanhou prospectivamente dois grupos de pacientes durante 30 anos, demonstrou que o grupo das que realizaram histerectomia tinham risco maior de serem submetidas a cirurgia para tratamento de IUE.⁵⁸ Estudo que avaliou esta cirurgia com os três tipos de IU, só encontrou associação com a forma mista, no grupo com IUE não foi considerado fator de risco estatisticamente significativo. Os autores acreditam que esta sintomatologia mista está relacionada ao dano neural e do suporte uretral causado durante este procedimento ginecológico.⁴⁴ Meta-análise realizada por Gimbel

comparando IU após histerectomia total e subtotal, observou que as pacientes submetidas a primeira cirurgia apresentavam menor incidência de IU,⁵⁹ este achado parece que contradiz a opinião anterior pois acreditamos que o comprometimento do suporte uretral é maior quando é feita a retirada do colo uterino.

Tabagismo não apresentou associação com a IUE no presente estudo, porém devemos ressaltar que o percentual de fumantes da amostra foi extremamente baixo (7,1%). Estudos relacionam este hábito com IU devido à ação da nicotina estimulando a contração da musculatura detrussora⁶⁰ e ao fato dos tabagistas apresentarem tosse crônica que eleva a pressão intra-abdominal⁶¹

Nossos resultados também não evidenciaram associação de diabetes mellitus com IUE, sendo que também o percentual na amostra foi baixo (7,7%). Danforth *et al.* encontraram em trabalho recente associação desta patologia somente com a incontinência de urgência.⁶² Devemos lembrar também que a obesidade é fator de risco para o diabetes mellitus tipo 2,⁶³ então a existência da primeira variável pode afetar os resultados de estudos que avaliam fatores de risco.

Analisando o resultado encontrado na comparação das médias dos dois grupos, observamos que a variável idade, que quando utilizado o teste qui-quadrado não apresentou associação com IUE, nesta apresentou uma diferença estatisticamente significativa. Acreditamos que este achado pode estar associado à influência de outras variáveis, já que teoricamente as mulheres mais velhas apresentam maior número de gestações e partos.

A maioria das portadoras de IUE no nosso estudo relatou grave comprometimento na avaliação da qualidade de vida, este achado pode ser explicado devido à baixa média de idade da nossa amostra, considerando que na quinta década de vida a mulher geralmente encontra-se em plena atividade social. Estudo desenvolvido com 749 moradoras de Hong Kong, evidenciou que os dois fatores que mais tinham impacto na qualidade de vida eram o comprometimento da atividade social e o bem estar emocional.⁶⁴ Alguns trabalhos apresentam um baixo impacto na qualidade de vida nas portadoras de IU, porém foram realizados durante o período gestacional ou no 1 ano pós-parto.^{65 66} Esta diferença de resultados pode estar associada ao fato das mulheres que se encontram nestas situações interpretarem a IU como um distúrbio esperado para situação e não uma doença. Córcoles *et al.* estudando 126 mulheres portadoras de IUE evidenciaram comprometimento da qualidade de vida com piora progressiva com a idade, os

autores correlacionam este achado ao fato do grau de IU e a incidência de infecção urinária aumentarem nas pacientes mais idosas.⁶⁷ O questionário conhecido como “The Kings Health Questionnaire” (KHQ) é utilizado em vários estudos que avaliam qualidade de vida e IU.⁶⁶ ⁶⁷ Estudo comparando o ICQ-SF com o KHQ já foi realizado e demonstrou que ambos apresentam sensibilidade e especificidade semelhantes, sendo o primeiro considerado com melhor aplicabilidade por ter um número menor de perguntas. ⁶⁸

8 CONCLUSÃO

- A prevalência na amostra de 336 mulheres pertencentes ao PSF urbano foi de 21,4%(72).
- As variáveis IMC, Número de gestações, Paridade e Histerectomia apresentaram associações estatisticamente significativas com IUE. Utilizando regressão logística observamos que a única associação de variáveis que pode prever a desfecho(IUE) foi Peso com Histerectomia.
- 63,9%(46) das portadoras de IUE da nossa amostra consideraram muito grave o comprometimento desta patologia na qualidade de vida.
- A idade na comparação das médias dos dois grupos apresentou uma diferença estatisticamente significativa.

9 PERSPECTIVAS FUTURAS

Vários outros aspectos em relação à IU podem ser estudados futuramente. Fatores de risco e prevalências podem ser pesquisados em relação aos outros tipos de IU (IUU e forma mista). Avaliações do aparecimento da IUE com detalhes da história obstétrica como por exemplo: Via do parto, tempo de trabalho de parto e se a cesariana foi eletiva ou de urgência. Comparação da influência dos tipos de histerectomia (Vaginal, total e subtotal) nas complicações urinárias. Programas para redução de peso e atividades esportivas podem ser avaliados em relação à melhora da sintomatologia urinária.

Muitos trabalhos importantes podem ser desenvolvidos para conhecer melhor o perfil da população do nosso município. Programas específicas visando o esclarecimento da população feminina em relação à IU, inclusive com o uso de material informativo com uma linguagem simples, podem ser desenvolvidos com a colaboração das equipes de PSF.

A alta prevalência de IU mostra a importância da criação, junto a uma instituição universitária, de um ambulatório de IU multidisciplinar que deve ser composto pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta e nutricionista. Uma aquisição importante para este seria um aparelho de urodinâmica para melhor diagnóstico e acompanhamento dos pacientes incontinentes.

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Abrams P, Cardozo I, Fall M *et al.* The standardization of terminology of lower urinary tract function; report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002; 21:167-178.

² Stanton SL. Classification of incontinence. *In:* Stanton SL (ed.). *Clinical gynecologic urology*. St. Louis: CV Mosby Company, 1984b. p.165-8.

³ Ribeiro RM, Haddad JM. Incontinência urinária de esforço. Em: Oliveira HC, Lemgruber I, editores. *Tratado de Ginecologia da Febrasgo*. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p. 866-70.

⁴ Patrick J, Culligan M, Michal H. Urinary incontinence in women: Evaluation and management. *Am Fam Physician* 2000;62:2433-2452.

⁵ Tamanini JTN. Incontinência urinária e qualidade de vida. Em: D'Ancora CAL, Rocha FET, editors. *Manual de Urodinâmica*. 1^a ed. São Paulo: Planmark; 2007. p.46-57.

⁶ Avery KNL, Bosch JLHR, Gotoh M, Noughton M, Jackson S, Radley SC *et al.* Questionnaires to assess urinary and anal incontinence: Review and recommendation *J Urol*. 2007;177(1):39-49.

⁷ Bruschini H, Kano H, Damião R *et al.* Incontinência urinária: uroneurologia, disfunções miccionais. 1^a ed. São Paulo: BG Cultural; 1999.

⁸ Hu TW, Wagner TH, Bentkover JD, Lebranc K, Zhou SZ, Hunt T. Cost of urinary incontinence and overactive bladder in the United States: a comparative study. *Urology* 2004; 63:461-5.

⁹ Subak L, Brown J, Kaus S, Brubaker L, Lin F, Richter H, Bradley C, Grady D. The "Cost" of urinary incontinence for women. *Obstet Gynecol* 2006;107(4):908-915.

¹⁰ Donovan J, Badia X, Corcos J *et al.* Symptom and quality of life assessment in Abrams P, Cardozo L, Khoury S, *et al* (Eds): Incontinence Second International

¹¹ Fultz N, Girts T, Kinchen K, Nygaard I, Pohl G, Sternfeld B. Prevalence management and impact of urinary incontinence in the workplace. *Occup Med* 2005;55(7):552-7.

¹² Tamanini J, Tamanini M, Mauad L, Auler A. Incontinência urinária: prevalência e fatores de risco em mulheres atendidas no Programa de Prevenção do Câncer Ginecológico. *BEPA* 2006;3(34):17-24.

¹³ Chang C, Ganzales C, Lau D, Sier H. Urinary incontinence and self-reported health among the U.S. Medicare managed care beneficiaries. *J Aging Health* 2008; 20(4):405-19.

¹⁴ Thom D: Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community: effect of differences in definition, population characteristics and study type. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46:473-480.

¹⁵ Anger J, Saigal C, Liwin M. The prevalence of urinary incontinence among community dwelling adult women : results from de National Health and Nutrition Examination Survey. *J Urol* 2006; 175(2): 601-4.

¹⁶ Nygaard I, Barber M, Burgio K, Kenton K, Meikle S, Schaffer J, Spino C, Whitehead W, Wu J, Brody D. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA* 2008;300(11):1311-6.

¹⁷ Panugthong P, Chulyamitporn T, Tanapat Y. Prevalence and risk fatores of urinary incontinence in Thai menopausal women at Phramongkutkiao Hospital. *Med Assoc Thai* 2005;88(3):25-30.

¹⁸ Mendonça M, Reis R, Macedo C, Barbosa K. Prevalência da queixa de incontinência urinária de esforço em pacientes atendidas no serviço de ginecologia do Hospital Júlia Kubitschek. *J Bras Ginecol* 1997;107:153-5.

¹⁹ Kocak I, Okyar P, Dundar M, Erol H, Beser E. Female urinary incontinence in the west of Turkey: prevalence, risk factors and impact on quality of life. *Eur Urol* 2005; 48(4):634-41.

²⁰ Araki I, Beppu M, Kajiwara M, Mikami Y, Zakoji H, Fukasawa M, Takeda M. Prevalence and impact on generic quality of life of urinary incontinence in Japanese working women: assessment by ICI Questionnaire and SF-36 Health Survey. *Urology* 2005; 66(1): 88-93.

²¹ Guarisi T, Neto A, Osis M, Pedro A, Paiva L, Faúndes A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(5):428-35.

²² Rohr G, Stovring H, Christensen K, Gaist D, Nybo H, Kragstrup J. Characteristics of middle-aged and elderly women with urinary incontinence. *Scand J Prim Health Care* 2005;23(4):203-8.

²³ Santos Jr JB, Girão MJBC, Santori MJSMGF, Baract EC, Lima GR. Efeitos da corticosteroidoterapia na uretra e na bexiga de ratas castradas antes e durante reposição estrogênica. *Rev Bras Ginecol. Obstet.* 2000;22(10): 609-13.

²⁴ Sartori MGF, Baracat EC, Girao MJBC, Goncalves WJ, Sartori JP, Rodrigues de Lima G. Menopausal genuine stress urinary incontinence treated with conjugated estrogens plus progestogens. *Int J Gynaecol Obstet* 1995; 49:165-9.

²⁵ Panugthong P, Chulyamitporn T, Tanapat Y. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in Thai menopausal women at Phramongkutklao Hospital. *J Med Assoc Thai* 2005;88(3):25-30.

-
- ²⁶ Subak L, Jonson C, Whitcomb E, Boban D, Saxton J, Brown J. Does weight loss improve incontinence in moderately obese women? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dyssfunct* 2002; 13:40-3.
- ²⁷ Bugio K, Richter H, Clements R, Rodden D, Goode P. Changes in urinary and fecal incontinence symptoms with weight loss surgery in morbidly obese women. *Obstet Gynecol* 2007; 110:1034-40.
- ²⁸ Shakhatreh, F. Epidemiology of urinary incontinence in Jordanian Women. *Saudi Med J* 2005;26(5):830-835.
- ²⁹ Fritel X, Ringa V, Varnoux N, Fauconnier A, Piauxt S, Bréart G. Mode of delivery and severe stress incontinence. A cross-section study among 2625 perimenopausal women. *Int J Obstet Gynecol* 2005;112(12):1646-51.
- ³⁰ Brump R, Norton P. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1998; 25:723-46.
- ³¹ Danforth K, Townsend M, Lifford K, Curhan G, Resnick N, Grodstein F. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194(2):339-45.
- ³² Milson I, Ekelund P, Molander U, Arvidsson L, areskoug B, the influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. *J Urol* 1993; 149:1459-1462.
- ³³ Lifford K, Townsend M, Curhan G, Resnick N, Grodstein F. The epidemiology of urinary incontinence in older women: incidence, progression and remission. *The Am Geriat Soc* 2008; 56:1191-1198.
- ³⁴ Hsieh C, Lee M, Lee M, Kuo T, Hsu C, Chang S. Risk factors for urinary incontinence in Taiwanese women aged 20-59 years. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2008; 47(2):197-202.

-
- ³⁵ Borger H, Gallo J, Sammel M, Ford D, Armenian H, Faton W. Urinary incontinence and psychological distress in community-dwelling older adult. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50:489-495.
- ³⁶ Raz S, Little NA, Juma A. Female Urology. In:Walsh PC, Retik AB, Stamey TA, Darracott Vaughan E. *Campbell's Urology*. 6th ed. Philadelphia: WBSaunders co; 1992. p. 2782-2820.
- ³⁷ Gjorup T, Hendriksen C, Lund E, Stromgard F. Is growing old a disease? A study of the attitudes of elderly people to physical symptoms. *J Chron Diseases* 1987; 40:1095-98.
- ³⁸ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em:<www.ibge.gov.br/>. Acesso em:15 dez. 2009.
- ³⁹ Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro.:Guanabara Koogan; 1995.
- ⁴⁰ Avery K, Donovan J, Abrams P. Validation of a new questionnaire for incontinence: the international Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ).Abstract nº 86 of the International Continence Society 31st annual meeting. Seoul, Korea. *NeuroUrol Urodynamics* 2001; 20:510-1.
- ⁴¹ Tamanini J, Dambros M, D'Ancora C, Palma P, Netto Jr N. Validation of the "International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form" (ICIQ-SF) for Portuguese. *Rev S Pu* 2004;38(3):438-44.
- ⁴² Seckiner I, Yesilli C, Mungan N, Aykanat A, Akduman B. Correlations between the ICIQ-SF score and urodynamic findings. *NeuroUrol Urodyn* 2007;26(4):492-4
- ⁴³ Hajebrahimi S, Corcos J, Lemieux MC: International consultation on incontinence questionnaire short form: comparison of physician versus patient completion and immediate and delayed self-administration. *Urology*. 2004; 63: 1076-8.

-
- ⁴⁴ Botleroa R, Davis SR, Urquhartb DM, Shortreedb S, Bell RJ. Age-specific prevalence of, and factors associated with, different types of urinary incontinence in community-dwelling Australian women assessed with a validated questionnaire. *Maturitas* 2009;62(2):134-9.
- ⁴⁵ Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskar S. A community based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPICONT study. *J Clin Epidemiol* 2000;53:1150–7.
- ⁴⁶ Rotveit G, Datveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. EPICONT study. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med* 2003; 348:900-7.
- ⁴⁷ Tennesstedt SL, Link CL, Steers WD, McKinlay JB. Prevalence of and risk factors for urine leakage in a racially and ethnically diverse population of adults. *Am J Epidemiol* 2008;167(4):390-99.
- ⁴⁸ Onur R, Deveci SE, Rahman S, Sevindik F, Acik Y. Prevalence and risk factors of female urinary incontinence in eastern Turkey. *Int J Urol.* 2009;16(6):566-9.
- ⁴⁹ Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A. Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int J Gynaecol Obstet* 2003;82:327-28.
- ⁵⁰ Mishra GD, Hardy R, Cardozo L et al: Body weight through adult life and risk of urinary incontinence in middle-aged women: results from a British prospective cohort. *Int J Obes (Lond)* 2008; 32:1415.
- ⁵¹ Subak LL, Richter HE, Hunskaar S. Obesity and Urinary Incontinence: Epidemiology and Clinical Research Update. *J Urol.* 2009; 182(6): 82-7.
- ⁵² Subak LL, Whitcomb E, Shen H, et al. Weight loss: A novel and effective treatment for urinary incontinence. *J Urol* 2005;174:190–5.

-
- ⁵³ Melville J, Katon W, Delaney K, et al. Urinary incontinence in U.S. women. *Arch Intern Med* 2005;165:537–542.
- ⁵⁴ Slieker-Ten Hove MC, Pool-Goudzwaard AL, Eijkemans MJ, Steegers-Theunissen RP, Burger CW, Vierhout ME. Prevalence of double incontinence, risks and influence on quality of life in a general female population. *Neurourol Urodyn*. 2009 Jul 24. [Epub ahead of print]
- ⁵⁵ Eftekhar T, Hajibaratali B, Ramezanzadeh F, Shariat M. Postpartum evaluation of stress urinary incontinence among primiparas. *Int J Gynecol Obstet* 2006;94(2):114-8.
- ⁵⁶ Groutz A, Rimon E, Peled S, Gold R, Pauzner D, LessingJB, Gordon D. Cesarean section: does it really prevent the development of postpartum stress urinary incontinence? A prospective study of 363 women one year after their first delivery. *Neurourol Urodyn* 2004;23(1):2-6.
- ⁵⁷ López M, Ortiz A, Vargas R. Prevalence of Urinary Incontinence and Its Association with Body Mass Index among Women in Puerto Rico. *J WOMEN'S HEALTH* 2009;18(10):1607-14
- ⁵⁸ Atman D, Granath F, Cnattingius S, Falconer C. Hysterectomy and risk of stress-urinary-incontinence surgery: nationwide cohort study. *Lancet* 2007; 370(9597):1494-9.
- ⁵⁹ Gimbel H. Total or subtotal hysterectomy for benign uterine diseases? A meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007; 86(2): 133-44.
- ⁶⁰ Koley B, Koley J, Saha JK. The effects of nicotine on spontaneous contraction of cat urinary bladder in situ. *Br J Pharmacol* 1984;83: 347-55.

⁶¹ Bump RC, McClish DK. Cigarette smoking and urinary incontinence in women. *Am J Obstet Gynecol* 1992;167:1213-8.

⁶² Danforth KN, Townsend MK, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Type 2 diabetes mellitus and risk of stress, urge and mixed urinary incontinence. *J Urol* 2009;181(1):193-7.

⁶³ Casanueva FF, Moreno B, Rodríguez-Azaredo R, Massien C, Conthe P, Formiguera X, Barrios V, Balkau B. Relationship of abdominal obesity with cardiovascular disease, diabetes and hyperlipidaemia in Spain. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2009.

⁶⁴ Pang MW, Leung HY, Chan LW, Yip SK. The impact of urinary incontinence on quality of life among women in Hong Kong. *Hong Kong Med* 2005;11(3):158-63.

⁶⁵ Brumen HJ, Brinnse HW, Pol G, Heintz PM, Vaat CH. The effect of vaginal and cesarean delivery on lower urinary tract symptoms: What makes the difference? *Int Urogynecol J* 2007; 18: 133-9.

⁶⁶ Dolan LM, Walsh D, Hamilton S, Marshall K, Thompson R, Ashe RG. A study of quality of life in primigravidae with urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2004; 15: 160-4.

⁶⁷ Córcoles MB, Sánchez AS, Bachs JMFG, Moreno MJ. The quality of life of persons with urinary incontinence. *Actas Urol Esp* 2008;32(2):202-210

⁶⁸ Espuña Pons M, Castro Díaz D, Carbonell C, Dilla T. A comparison of the ICIQ-UI Short Form and the King's Health Questionnaire as assessment tools for female urinary incontinence. *Actas Urol Esp* 2007;31(5):502-510

APÊNDICE

Questionário de Avaliação

Nº FAMÍLIA_____ Nº SUJEITO_____

IDADE:_____anos PESO_____kg ALTURA_____cm

IMC_____

GESTAÇÃO: PN_____ PC_____ ABORTO_____

HISTERECTOMIA: SIM_____ NÃO_____

TABAGISMO: SIM_____ NÃO_____

DIABETE MELITO: SIM_____ NÃO_____

EXCLUIR DO ESTUDO CASO OCORRA A MARCAÇÃO DE ALGUM ITEM
ABAIXO RELACIONADO AO ENTREVISTADO:

- () INDÍGENA
- () GESTANTE
- () PUÉRPERA RECENTE (MENOS DE 3 MESES)
- () NEUROPATA
- () INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO

ANEXO I

ICIQ -SF

Nº Família_____ Nº Sujeito_____

Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

3. Com que frequência você perde urina? (assinale uma resposta)

- Nunca 0
- Uma vez por semana ou menos 1
- Duas ou três vezes por semana 2
- Uma vez ao dia 3
- Diversas vezes ao dia 4
- O tempo todo 5

4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde (assinale uma resposta)

- Nenhuma 0
- Uma pequena quantidade 2
- Uma moderada quantidade 4
- Uma grande quantidade 6

5. Em geral quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não interfere

Interfere muito

ICIQ Score: soma dos resultados 3 + 4 + 5 = _____

ANEXO I

6. Quando você perde urina?

(Por favor assinale todas as alternativas que se aplicam a você)

- Nunca
- Perco antes de chegar ao banheiro
- Perco quando tusso ou espiro
- Perco quando estou dormindo
- Perco quando estou fazendo atividades físicas
- Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo
- Perco sem razão óbvia
- Perco o tempo todo

ANEXO II

Graduação do Impacto na QV	Varição do Escore
Sem impacto	0
Leve	1-3
Moderado	4-6
Grave	7-9
Muito Grave	10

ANEXO III**Termo de consentimento livre e esclarecido**

Convidamos a senhora a participar deste trabalho que se destina a estimar a quantidade de mulheres que estão cadastradas no Programa de Saúde da Família urbano da cidade de Dourados, que apresentam perda de urina aos esforços. Esta avaliação será realizada, nas casas sorteadas, através de entrevista realizada por um participante do trabalho devidamente identificado e acompanhado pelo agente de saúde responsável pela área.

Durante as entrevistas serão realizadas também perguntas, caso a entrevistada tenha esta queixa, em relação ao impacto deste sintoma na sua vida diária.

Em posse destes dados os pesquisadores poderão discutir com os responsáveis pela gestão municipal de saúde políticas visando a melhor assistência a pacientes com esta sintomatologia.

A qualquer momento os participantes da pesquisa poderão solicitar esclarecimentos em relação à mesma e se desejarem poderão solicitar a retirada do seu questionário, sem nenhum tipo de represaria.

Os participantes sintomáticos serão devidamente orientados a procurar a instituição para tratamento e acompanhamento de sua patologia.

A identificação dos participantes será mantida em segredo pelos pesquisadores, garantindo a privacidade dos dados.

A assinatura deste termo pelo participante da pesquisa ou pelo seu representante legal refletem que leram e entenderam o que foi informado acima.

Dourados

Data ____/____/____

Participante ou representante legal

Pesquisador

ANEXO IV

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
COM SERES HUMANOS UNIGRAN**

Dourados, 31 de agosto d

Prezado Pesquisador:

Guido Vieira Gomes

O Projeto de vossa autoria 317/09, intitulado: **“Incontinência urinária e esforços nas mulheres pertencentes ao programa de saúde da família Dourados/MS: prevalência, fatores de risco e impacto na qualidade de vida”** foi integralmente **APROVADO** pelo CEP-UNIGRAN e poderá ser conduzido acadêmico atendeu as recomendações dos relatores.

Ressalto que os relatórios semestrais devem ser apresentados ao Comitê para acompanhamento e que alterações em seu projeto devem ser avisadas previamente à coordenação.

Respeitosamente,


Georgia Cristian Borges
Coordenadora CEP-UNIGRAN