

## PREVALÊNCIA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM IDOSAS

Camyla Ferreira Figueiredo<sup>1</sup>  
Ricardo Loiola Dantas<sup>2</sup>  
Ana Cristina Avila<sup>3</sup>  
Patricia Leite Alvares Silva<sup>4</sup>

### RESUMO

A Incontinência Urinária (IU) é uma condição que afeta a população mundial, principalmente a feminina. A incidência e a prevalência são extremamente variáveis, dependendo da faixa etária e da população estudada. O problema da IU tem sido subestimado e não tem recebido adequada atenção. Embora muitas mulheres a considerem uma condição normal e resultado do processo de envelhecimento, a IU tem causado na mulher depressão e isolamento social. Em se tratando da clientela feminina, além do tratamento clínico ou cirúrgico, a orientação quanto ao manejo do problema, de forma mais adequada em cada caso, deve ser igualmente considerada e valorizada. O objetivo desta pesquisa foi identificar a prevalência de Incontinência Urinária em um grupo de mulheres de uma Unidade Básica De Saúde da cidade de Goiânia. Foi realizado um estudo descritivo e transversal, com abordagem quantitativa. Participaram do estudo 28 idosas e destas 15 (53,7%) tinham sintomas de perda urinária e houve significância estatística entre os sintomas de IU e ansiedade e depressão. É imprescindível que haja mais informação sobre a patologia e que os profissionais de saúde busquem que estratégias de prevenção, identificação e tratamento da IU das mulheres. Desta forma pode-se minimizar, ou mesmo evitar, o impacto negativo da IU na vida dessas mulheres.

### INTRODUÇÃO

A Incontinência Urinária (IU) é uma condição que afeta a população mundial, principalmente a feminina. Nos Estados Unidos da América, aproximadamente 13 milhões de adultos já vivenciaram algum episódio de incontinência urinária, entre os quais, 11 milhões (85%) são mulheres. A experiência com episódios de perda urinária é uma condição que prevalece em mulheres idosas, mas também este presente em mulheres jovens e na meia-idade. As intercorrências urinárias não são

<sup>1</sup>Fisioterapeuta, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

<sup>2</sup>Fisioterapeuta, especialista em fisioterapia aplicada à ortopedia e medicina do esporte, docente da Universidade Salgado de Oliveira e da Universidade Estadual de Goiás.

<sup>3</sup>Fisioterapeuta, especialista em fisioterapia aplicada à ortopedia e esportiva, docente da Universidade Salgado de Oliveira.

<sup>4</sup>Fisioterapeuta, doutora em Ciências da Saúde, Docente da Universidade Salgado de Oliveira e Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

consequências naturais da idade, nem é problema exclusivo do envelhecimento (LOPES, 2010).

A incidência e a prevalência da incontinência urinária são extremamente variáveis, dependendo da faixa etária e da população estudada. Estudos epidemiológicos descrevem uma prevalência média de IU de 27,6% em mulheres (SILVA; LOPES, 2010).

Frequentemente, a etiologia da IU é multifatorial. Entre os fatores predisponentes, destaca-se o climatério, pela redução dos hormônios femininos; gestação e parto vaginal, sugerindo trauma neuromuscular da musculatura do assoalho pélvico (MAP); função deficiente ou inadequada desses músculos; alterações neurológicas ou bioquímicas muitas vezes associadas ao processo de envelhecimento; presença de doenças predisponentes como diabetes mellitus, esclerose múltipla, demência, depressão, obesidade, câncer de bexiga, litíase, infecções urinárias de repetição e Parkinsonismo. A influência desses fatores ainda não é bem definida (HADDAD; SALDANHA; DRIUSSO, 2008).

A Sociedade Internacional de Continência (Internacional Continence Society - ICS) define a incontinência urinária (IU) como “perda involuntária de urina” podendo ser classificada como: incontinência urinária de esforço (IUE), hiperatividade vesical (HV) ou incontinência urinária mista (IUM). A IUE é caracterizada pela perda urinária, quando a pressão intravesical excede a pressão uretral máxima na ausência de contração do músculo detrusor. É comum ocorrer em situações de tosse, espirro, risada, salto, ou ainda, atividades como andar ou mudar de posição. Já a HV caracteriza-se por perda involuntária de urina, associada ao forte desejo de urinar, estando ou não a bexiga cheia; e associada ao aumento de frequência miccional, noctúria e urge incontinência. Geralmente, as contrações involuntárias do músculo detrusor produzem os sintomas. E a IUM é a perda de urina associada à urgência e as situações de aumento da pressão intra-abdominal, ou seja, uma associação entre os dois tipos descritos anteriormente (SILVA; LOPES, 2010).

<sup>1</sup>Fisioterapeuta, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

<sup>2</sup>Fisioterapeuta, especialista em fisioterapia aplicada à ortopedia e medicina do esporte, docente da Universidade Salgado de Oliveira e da Universidade Estadual de Goiás.

<sup>3</sup>Fisioterapeuta, especialista em fisioterapia aplicada à ortopedia e esportiva, docente da Universidade Salgado de Oliveira.

<sup>4</sup>Fisioterapeuta, doutora em Ciências da Saúde, Docente da Universidade Salgado de Oliveira e Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Considerando-se a população feminina em geral, a literatura médica aponta os tipos mais comuns de IU, de acordo com os sintomas: incontinência urinária de esforço (“stress incontinence”), que é a perda involuntária de urina associada com atividades físicas que aumentam a pressão intra-abdominal; urge-incontinência (“urge incontinence”), definida como perda involuntária de urina associada com um forte desejo de urgência para urinar, e incontinência mista. (“mixed incontinence”), quando existe associação dos sintomas de incontinência de esforço e urge-incontinência (LOPES, HIGA, 2006).

Dentre as diversas patologias que afetam a vida da mulher, a incontinência urinária inclui-se entre uma das situações que afetam a qualidade de vida, pelo comprometimento na vida sexual, social, doméstica, ocupacional, com danos físicos, psicossociais e econômicos, deixando-a vulnerável a vários problemas pelas restrições que impõe em suas atividades de vida diária, tornando-se grande problema de saúde pública. Pelo sentimento de vergonha e constrangimento que causa e dificuldade de diagnóstico, por não procurar atendimento para esse problema, a IU configura-se como uma epidemia "escondida". Da mesma forma, essa condição de saúde, especialmente de mulheres, talvez por deficiências de informação sobre o assunto, muitas vezes é negligenciada pelos profissionais de saúde, que deixam de perguntar sobre esse tópico, durante a anamnese ou exame clínico, nas diferentes áreas de atenção à saúde (PEDRO et al, 2011).

A IU provoca sentimentos de baixa autoestima na mulher e interfere na sua vida sexual, restringe o contato social, interfere nas tarefas domésticas e no trabalho. Além disso, acarreta problemas econômicos devido a gastos com absorventes e, por vezes, ao impedir ou dificultar o trabalho remunerado fora de casa. Com o aumento da perspectiva de vida das populações em geral, haverá um número crescente de idosos e, conseqüentemente, o número de casos de IU pode aumentar. Muitos deles não serão diagnosticados pela falta de busca de tratamento por parte da clientela e pelo despreparo dos profissionais de saúde na abordagem, diagnóstico e tratamento. O problema da IU tem sido subestimado e não tem recebido adequada atenção.

<sup>1</sup>Fisioterapeuta, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

<sup>2</sup>Fisioterapeuta, especialista em fisioterapia aplicada à ortopedia e medicina do esporte, docente da Universidade Salgado de Oliveira e da Universidade Estadual de Goiás.

<sup>3</sup>Fisioterapeuta, especialista em fisioterapia aplicada à ortopedia e esportiva, docente da Universidade Salgado de Oliveira.

<sup>4</sup>Fisioterapeuta, doutora em Ciências da Saúde, Docente da Universidade Salgado de Oliveira e Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Embora muitas mulheres a considerem uma condição normal e resultado do processo de envelhecimento, a IU tem causado na mulher depressão e isolamento social. Em se tratando da clientela feminina, além do tratamento clínico ou cirúrgico, a orientação quanto ao manejo do problema, de forma mais adequada em cada caso, deve ser igualmente considerada e valorizada (LOPES, HIGA, 2006).

Como profissional da área da saúde, o fisioterapeuta atua na reabilitação do indivíduo, na conscientização e aprendizagem da contração desta musculatura como forma abrangente de tratamento, visa à prevenção e tratamento curativo da IU por meio da educação da função miccional, informação a respeito do uso adequado da musculatura do assoalho pélvico, bem como o aprendizado de técnicas e exercícios para aquisição do fortalecimento muscular. São objetivos principais da fisioterapia a reeducação da musculatura do assoalho pélvico e seu fortalecimento, visto que, na maioria dos tipos de incontinência urinária, está presente uma redução da força desta musculatura. Entre as principais modalidades de tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária, encontram-se: o *biofeedback*, mudanças comportamentais, a eletroestimulação neuromuscular, os cones vaginais e a cinesioterapia (OLIVEIRA; GARCIA, 2011).

O objetivo desta pesquisa foi identificar a prevalência de Incontinência Urinária em um grupo de mulheres de uma Unidade Básica De Saúde da cidade de Goiânia.

## 1- MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo e transversal, com abordagem quantitativa. O estudo descritivo tem o propósito de observar, descrever, explorar e interpretar aspectos de fatos e fenômenos. Este estudo busca frequência, características, relação associação entre variáveis.

O estudo foi realizado em uma Unidade Básica De Saúde da cidade de Goiânia. Foram incluídas idosas do sexo feminino que participam do grupo de

<sup>1</sup>Fisioterapeuta, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

<sup>2</sup>Fisioterapeuta, especialista em fisioterapia aplicada à ortopedia e medicina do esporte, docente da Universidade Salgado de Oliveira e da Universidade Estadual de Goiás.

<sup>3</sup>Fisioterapeuta, especialista em fisioterapia aplicada à ortopedia e esportiva, docente da Universidade Salgado de Oliveira.

<sup>4</sup>Fisioterapeuta, doutora em Ciências da Saúde, Docente da Universidade Salgado de Oliveira e Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

caminhada da unidade e que aceitaram participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos idosos do sexo masculino e que não aceitaram participar.

Foram utilizados dois questionários: um questionário sócio demográfico, onde trará informações sobre os aspectos pessoais e sociais das participantes: idade, estado civil, escolaridade, profissão, renda pessoal, patologias associadas, medicações em uso.

O outro instrumento é o questionário “*International Consultation on Incontinence Questionnaire–Short Form*” (ICIQ-SF) que foi desenvolvido pelo Avery et al (2001) e validado no Brasil por Tamanini et al (2004). É um questionário simples, breve e auto administrável, escolhido para ser traduzido e adaptado para nossa cultura por avaliar rapidamente o impacto da IU na qualidade de vida e qualificar a perda urinária de pacientes de ambos os sexos (ICIQ-SF), formado por quatro questões, que qualifica a perda urinária, através de escala que busca medir o quanto a perda de urina interfere na vida diária, variando de 0 (não interfere) a 10 (interfere muito). O escore é dado pela somatória das questões 3, 4 e 5, variando de 0 a 21, e quanto maior o escore maior a severidade da perda urinária e o impacto na qualidade de vida. O questionário foi preenchido pelas próprias participantes da pesquisa e a auxiliou nas dúvidas que surgiam.

A análise dos dados foi realizada com auxílio do pacote estatístico SPSS 23,0. A caracterização do perfil sociodemográfico das mulheres com e sem a incontinência urinária foi realizada por meio de tabelas de contingência aplicando o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2$ ). A análise comparativa dos fatores de risco entre as mulheres com e sem a incontinência urinária foi realizada por meio do teste do  $\chi^2$ . O nível de significância adotado foi de 5% ( $p < 0,05$ ).

## 2 RESULTADOS

Participaram do estudo 28 mulheres. Destas, 20 (71,4%) tem mais de 61 anos, 14 (50,0%) são casadas, 15 (53,6%) tem entre 1 e 5 filhos e 17 (60,7%) têm renda

<sup>1</sup>Fisioterapeuta, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

<sup>2</sup>Fisioterapeuta, especialista em fisioterapia aplicada à ortopedia e medicina do esporte, docente da Universidade Salgado de Oliveira e da Universidade Estadual de Goiás.

<sup>3</sup>Fisioterapeuta, especialista em fisioterapia aplicada à ortopedia e esportiva, docente da Universidade Salgado de Oliveira.

<sup>4</sup>Fisioterapeuta, doutora em Ciências da Saúde, Docente da Universidade Salgado de Oliveira e Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

superior a um salário mínimo. Em relação à incontinência urinária, 15 (53,7%) tem sintomas de perda urinária e 10 tem mais de 61 anos (TABELA 1).

Tabela 1. Caracterização dos dados sociodemográficos das mulheres com e sem a incontinência urinária.

Sociodemográficos	Incontinência urinária		Total	p*
	Não n (%)	Sim n (%)		
<b>Faixa etária</b>				
≤ 60	3 (23,1)	5 (33,3)	8 (28,6)	0,54
> 61	10 (76,9)	10 (66,7)	20 (71,4)	
<b>Estado Civil</b>				
Casada	6 (46,2)	8 (53,3)	14 (50,0)	0,73
Divorciada	0 (0,0)	1 (6,7)	1 (3,6)	
Solteiro	2 (15,4)	2 (13,3)	4 (14,3)	
Viúva	5 (38,5)	4 (26,7)	9 (32,1)	
<b>Quantos filhos</b>				
1 a 5	7 (53,8)	8 (53,3)	15 (53,6)	0,62
> 5	6 (46,2)	6 (40,0)	12 (42,9)	
Não tem filhos	0 (0,0)	1 (6,7)	1 (3,6)	
<b>Renda (Salário mínimo)</b>				
Até um salário	1 (7,7)	0 (0,0)	1 (3,6)	0,49
Menos que 1 salário	5 (38,5)	5 (33,3)	10 (35,7)	
Mais que 1 salário	7 (53,8)	10 (66,7)	17 (60,7)	

\*Qui-quadrado

Comparando os fatores de risco entre o grupo de mulheres com e sem a incontinência urinária não houve associação estatística da IU com medicação, etilismo, tabagismo, patologias associadas, cirurgias ou doenças psiquiátricas. Houve significância estatística entre a IU com ansiedade 7 (25,0%) e depressão 5 (17,9%) (TABELA 2).

Tabela 2. Resultado do teste do Qui-quadrado comparando os fatores de risco entre o grupo de mulheres com e sem a incontinência urinária.

Fatores de risco	Incontinência urinária		Total	p*
	Não n (%)	Sim n (%)		
<b>Qual medicação</b>				
Anti-hipertensivo	5 (38,5)	5 (33,3)	10 (35,7)	0,66

<sup>1</sup>Fisioterapeuta, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

<sup>2</sup>Fisioterapeuta, especialista em fisioterapia aplicada à ortopedia e medicina do esporte, docente da Universidade Salgado de Oliveira e da Universidade Estadual de Goiás.

<sup>3</sup>Fisioterapeuta, especialista em fisioterapia aplicada à ortopedia e esportiva, docente da Universidade Salgado de Oliveira.

<sup>4</sup>Fisioterapeuta, doutora em Ciências da Saúde, Docente da Universidade Salgado de Oliveira e Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Anti-hipertensivo, hipoglicemiante	2 (15,4)	6 (40,0)	8 (28,6)	
Diuréticos	1 (7,7)	1 (6,7)	2 (7,1)	
Hipoglicemiante	2 (15,4)	1 (6,7)	3 (10,7)	
Não faz uso	3 (23,1)	2 (13,3)	5 (17,9)	
<b>Etilismo</b>				
Não	13 (100,0)	13 (86,7)	26 (92,9)	0,17
Sim	0 (0,0)	2 (13,3)	2 (7,1)	
<b>Tabagismo</b>				
Não	12 (92,3)	13 (86,7)	25 (89,3)	0,63
Sim	1 (7,7)	2 (13,3)	3 (10,7)	
<b>Patologias associadas</b>				
Cardiopatía	1 (7,7)	0 (0,0)	1 (3,6)	
Diabetes	1 (7,7)	2 (13,3)	3 (10,7)	
Diabetes, obesidade	1 (7,7)	0 (0,0)	1 (3,6)	0,58
Hipertensão	5 (38,5)	6 (40,0)	11 (39,3)	
Hipertensão, diabetes	2 (15,4)	5 (33,3)	7 (25,0)	
Não apresenta	3 (23,1)	2 (13,3)	5 (17,9)	
<b>Cirurgias</b>				
Não fez	9 (69,2)	11 (73,3)	20 (71,4)	
Períneo	1 (7,7)	2 (13,3)	3 (10,7)	0,70
Prolapso	2 (15,4)	2 (13,3)	4 (14,3)	
Vesícula	1 (7,7)	0 (0,0)	1 (3,6)	
<b>Doenças respiratórias</b>				
Alergias	0 (0,0)	1 (6,7)	1 (3,6)	
DPOC	0 (0,0)	1 (6,7)	1 (3,6)	0,40
Não apresenta	12 (92,3)	13 (86,7)	25 (89,3)	
Tosse crônica	1 (7,7)	0 (0,0)	1 (3,6)	
<b>Doença psiquiátrica</b>				
Ansiedade	1 (7,7)	6 (40,0)	7 (25,0)	
Depressão	0 (0,0)	5 (33,3)	5 (17,9)	0,002
Não apresenta	12 (92,3)	4 (26,7)	16 (57,1)	

\*Qui-quadrado; na = não se aplica

Os hábitos relacionados à incontinência urinária revelaram que os sintomas urinários como conforto, representou 57,1% da amostra, já a dificuldade em segurar a urina foi observada em 26,7% da mulheres, enquanto os sintomas de enurese noturna, gotejamento pós-miccional e sensação de esvaziamento incompleto está presente em 13,3% da amostra como mostra a Tabela 3.

Tabela.3 Perfil dos dados relacionados à incontinência urinária e resultados do teste do Qui-quadrado

<sup>1</sup>Fisioterapeuta, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

<sup>2</sup>Fisioterapeuta, especialista em fisioterapia aplicada à ortopedia e medicina do esporte, docente da Universidade Salgado de Oliveira e da Universidade Estadual de Goiás.

<sup>3</sup>Fisioterapeuta, especialista em fisioterapia aplicada à ortopedia e esportiva, docente da Universidade Salgado de Oliveira.

<sup>4</sup>Fisioterapeuta, doutora em Ciências da Saúde, Docente da Universidade Salgado de Oliveira e Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Hábitos	Incontinência urinária		Total	p*
	Não n (%)	Sim n (%)		
<b>Peso vaginal</b>				
Não	11 (84,6)	13 (86,7)	24 (85,7)	0,87
Sim	2 (15,4)	2 (13,3)	4 (14,3)	
<b>Funcionamento intestinal</b>				
Não	1 (7,7)	2 (13,3)	3 (10,7)	0,63
Sim	12 (92,3)	13 (86,7)	25 (89,3)	
<b>Contenção de gases/fezes</b>				
Gases	3 (23,1)	3 (20,0)	6 (21,4)	0,84
Não	10 (76,9)	12 (80,0)	22 (78,6)	
<b>Frequência urinária/dia</b>				
2 a 3	8 (61,5)	4 (26,7)	12 (42,9)	0,08
4 a 6	5 (38,5)	8 (53,3)	13 (46,4)	
8 a 10	0 (0,0)	3 (20,0)	3 (10,7)	
<b>Frequência urinária noite</b>				
≤ 2	6 (46,2)	10 (66,7)	16 (57,1)	0,30
> 3	2 (15,4)	3 (20,0)	5 (17,9)	
0	5 (38,5)	2 (13,3)	7 (25,0)	
<b>Sintomas urinários</b>				
Conforto	11 (84,6)	5 (33,3)	16 (57,1)	0,03
Dificuldade em segurar urina	0 (0,0)	4 (26,7)	4 (14,3)	
Enurese noturna	0 (0,0)	2 (13,3)	2 (7,1)	
Gotejamento pós-miccional	0 (0,0)	2 (13,3)	2 (7,1)	
Sensação de esvaziamento incompleto	2 (15,4)	2 (13,3)	4 (14,3)	

\*Qui-quadrado; na = não se aplica

Quando detalhadas, as variáveis relacionadas à incontinência urinária, o tipo de perda, a frequência da perda, quantidade de urina perdida e quando ocorre a perda mostram resultados significativos (TABELA 4).

Tabela.4. Detalhamento das variáveis relacionadas à incontinência urinária e resultados do teste do Qui-quadrado.

Variáveis	n	%	p*
<b>Caráter da perda</b>			
Gota a gota	7	46,7	0,76
Jato	8	53,3	
<b>Tipo de Incontinência</b>			
Contínua	6	40,0	0,07
Esforço	8	53,3	

<sup>1</sup>Fisioterapeuta, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

<sup>2</sup>Fisioterapeuta, especialista em fisioterapia aplicada à ortopedia e medicina do esporte, docente da Universidade Salgado de Oliveira e da Universidade Estadual de Goiás.

<sup>3</sup>Fisioterapeuta, especialista em fisioterapia aplicada à ortopedia e esportiva, docente da Universidade Salgado de Oliveira.

<sup>4</sup>Fisioterapeuta, doutora em Ciências da Saúde, Docente da Universidade Salgado de Oliveira e Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Noturna	1	6.7	
<b>Tipos da perda</b>			
Espirro, tosse	8	53.3	
Espirro/tosse/carregando peso	2	13.3	
Involuntário	1	6.7	0,03
Tosse	2	13.3	
Tosse, corrida, espirro	2	13.3	
<b>Uso de proteção</b>			
Não utiliza	8	53.3	0,79
Ocasionalmente	7	46.7	
<b>Tipo de proteção</b>			
Absorvente	7	46.7	
Não	8	53,3	0,79
<b>Frequência de perda</b>			
Diversas vezes ao dia	3	20.0	
Duas a três vezes por semana	2	13.3	
Duas vezes ao dia	1	6.7	0,02
Uma vez ao dia	1	6.7	
Uma vez por semana	8	53.3	
<b>Quantidade de urina perdida</b>			
Grande quantidade	2	13.3	
Moderada quantidade	2	13.3	0,005
Pequena quantidade	11	73.3	
<b>Interferência</b>			
≤ 5	7	46.7	0,79
> 6	8	53.3	
<b>Quando ocorre a perda</b>			
Consegue chegar ao banheiro	2	13.3	
Durante o sono	2	13.3	0,02
Tosse ou espirro	9	60.0	
Tosse ou espirro e durante o sono	2	13.3	

\*Qui-quadrado; na = não se aplica.

### 3 DISCUSSÃO

A amostra é composta na sua maioria (71,4%) por mulheres acima de sessenta e um anos de idade, com uma media de 65,4 anos. Outros estudos mostram semelhanças na faixa etária com a média de 67,59 anos (MELO et al., 2012) em um estudo feito em Goiânia e de 59,7 anos em uma pesquisa realizada

<sup>1</sup>Fisioterapeuta, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

<sup>2</sup>Fisioterapeuta, especialista em fisioterapia aplicada à ortopedia e medicina do esporte, docente da Universidade Salgado de Oliveira e da Universidade Estadual de Goiás.

<sup>3</sup>Fisioterapeuta, especialista em fisioterapia aplicada à ortopedia e esportiva, docente da Universidade Salgado de Oliveira.

<sup>4</sup>Fisioterapeuta, doutora em Ciências da Saúde, Docente da Universidade Salgado de Oliveira e Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

em Belo Horizonte (MOURÃO et al. 2008). Mas também há estudos onde mostram uma faixa etária mais jovem, 39,9 anos no trabalho de Dellú, Zácara, Schmitt (2008) e entre, 42 e 59 anos de idade na pesquisa de Menezes et al (2012).

Entende-se que existe uma maior prevalência da perda urinária no sexo feminino e que esta diretamente ligada ao aumento da idade do indivíduo, diversos estudos indicam que quanto maior a idade maior será a chance do mesmo possuir alguma disfunção no trato urinário (MOURÃO et al., 2008).

Em relação ao estado civil 14 das participantes (50,0%) são casadas. Em outros estudos também foi verificado uma maior prevalência de mulheres casadas, ou que moram com o parceiro. Além das maiores prevalências serem de mulheres casadas, seguido de mulheres viúvas assim como neste estudo (MELO et al., 2012; MOURÃO et al., 2008; VIRTUOSO; MAZO; MENEZES, 2012).

O número de filhos está intimamente ligado a presença ou não a de algum tipo de disfunção no trato urinário, neste estudo das que possuem IU, 53,3% das mulheres tem entre 1 e 5 filhos, enquanto 40,0% mais de cinco filhos. O número de partos também obteve uma alta prevalência em outros estudos, onde as disfunções foram correlacionadas com o número de partos de cada indivíduo (DELLÚ; ZÁCARO; SCHMITT, 2008).

O parto vaginal apresentou uma maior incidência nos estudos de Melo et al (2012), onde 59,3% tiveram parto vaginal, 14,8% cesariana e 11,1% ambos; já Mourão et al (2008), observou em seu estudo que 90,47% dos partos foram vaginal, enquanto 21,05% cesariana; Dellú, Zácara e Schmitt (2008), mostrou em seu estudo que 37,9% pariram uma vez, 34,7% delas pariram duas vezes e 20,2% três vezes, sendo que 59,7% dos partos foi por cesariana, 33,1% por via vaginal e 7,2% por ambas as vias.

A renda das participantes do estudo variou entre menos de um salário mínimo, 33,3%, a mais de um salário mínimo, 66,7%, estes resultados corroboram com o

<sup>1</sup>Fisioterapeuta, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

<sup>2</sup>Fisioterapeuta, especialista em fisioterapia aplicada à ortopedia e medicina do esporte, docente da Universidade Salgado de Oliveira e da Universidade Estadual de Goiás.

<sup>3</sup>Fisioterapeuta, especialista em fisioterapia aplicada à ortopedia e esportiva, docente da Universidade Salgado de Oliveira.

<sup>4</sup>Fisioterapeuta, doutora em Ciências da Saúde, Docente da Universidade Salgado de Oliveira e Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

estudo de Melo et al (2012), onde 40,7% dos indivíduos possuem uma renda familiar de um a dois salários mínimos.

O uso de medicamentos, tabagismo, doenças ortopédicas, patologias associadas, cirurgias e doenças respiratórias também foram investigados em outros estudos e não apresentaram correlação direta estatisticamente significativa com a IU, assim como este estudo (DELLÚ; ZÁCARO; SCHMITT, 2008).

Os fatores psicológicos como ansiedade e depressão podem estar ligados à presença de IU como encontrado nesta pesquisa onde 6 (40,0%) apresentam quadro de ansiedade e 5 (33,3%) de depressão. Os índices de baixa autoestima, ansiedade e depressão também foram observados por outros autores, onde há uma influencia direta da IU na qualidade de vida dos indivíduos (MELO et al., 2012; MELO et al., 2012).

Das que possuem IU, 86,7% não relatam peso vaginal e possuem um bom funcionamento intestinal, 80,0% não relata contenção de gases, enquanto 13,3% relatam peso vaginal e não funcionamento intestinal e 20,0% apresenta contenção de gases, relatos de problemas intestinais também foram expostos por alguns autores. No estudo de Melo et al (2012), 22,2% dos indivíduos relataram constipação intestinal.

A frequência miccional diurna das que apresentaram IU foi de 53,3% de quatro a seis vezes por dia e de 20,0% de oito a dez vezes/dia, o aumento da frequência miccional foi relatado por diversos autores onde a mesma teve correlação direta com a IU. Melo et al (2012) e Menezes et al (2012) observaram que 44,4% e 61,0%, respectivamente, dos indivíduos apresentavam um aumento miccional diurno.

A noctúria foi relatada por 20,0% dos indivíduos do estudo, quando comparado a outros estudos esta prevalência se mostra inferior, já que diversos autores relataram um alto índice do aumento da frequência miccional noturna (MELO et al., 2012; DELLÚ; ZÁCARO; SCHMITT, 2008).

<sup>1</sup>Fisioterapeuta, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

<sup>2</sup>Fisioterapeuta, especialista em fisioterapia aplicada à ortopedia e medicina do esporte, docente da Universidade Salgado de Oliveira e da Universidade Estadual de Goiás.

<sup>3</sup>Fisioterapeuta, especialista em fisioterapia aplicada à ortopedia e esportiva, docente da Universidade Salgado de Oliveira.

<sup>4</sup>Fisioterapeuta, doutora em Ciências da Saúde, Docente da Universidade Salgado de Oliveira e Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Os sintomas urinários mais frequentes relatados pelas que possuem IU foram, conforto em 33,3% dos casos, enquanto 26,7% possuem dificuldade para segurar a urina, 13,3% apresentam enurese noturna, 13,3% gotejamento pós-miccional e sensação de esvaziamento incompleto. Determinados autores revelaram resultados similares ao do presente estudo, onde os sintomas apresentados foram similares, enquanto no estudo de Mourão, Lopes, Vasconcellos, Almeida, (2008) houve relatos de desconforto ao urinar, confrontando os resultados deste (MELO et al., 2012; DELLÚ; ZÁCARO; SCHMITT, 2008).

A perda da urina ocorreu em forma de gota a gota, 46,7% e em forma de jato 53,3% dos casos, já no estudo de Mourão et al (2008) somente 23,8% dos indivíduos tiveram perda em forma de jato, já 66,66% perderam na forma de gota a gota.

O tipo de incontinência mais comum referido pela maioria dos autores foi a de esforço, já que apresentam índices semelhantes, seguido pela noturna e em ultimo a continua, diferentemente deste estudo onde a perda por esforço foi de 53,3%, a continua de 40,0% e em ultimo a noturna, com 6,7% (VIRTUOSO; MAZO; MENEZES, 2012).

Diversos autores referiram que as perdas mais comuns apresentadas pelos indivíduos foram durante o espirro ou a tosse, carregando algum tipo de carga, involuntariamente ou com alguma atividade física, assim como neste estudo a perda através do espirro ou tosse apresentaram os maiores índices, seguida pelo carregamento de carga e atividade física (MELO et al., 2012; VIRTUOSO; MAZO; MENEZES, 2012; CAPATO et al., 2013). No que se refere a algum tipo de proteção utilizada apenas no estudo de Silva e Santos (2005), foi referido algo do tipo, onde 25,9% dos indivíduos utilizavam recursos de contenção, que eram trocados apenas 1 vez ao dia.

A frequência da perda de urina diversas vezes ao dia foi de 20,0% no presente estudo, enquanto de duas a três vezes por semana foi de 13,3%, já duas

<sup>1</sup>Fisioterapeuta, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

<sup>2</sup>Fisioterapeuta, especialista em fisioterapia aplicada à ortopedia e medicina do esporte, docente da Universidade Salgado de Oliveira e da Universidade Estadual de Goiás.

<sup>3</sup>Fisioterapeuta, especialista em fisioterapia aplicada à ortopedia e esportiva, docente da Universidade Salgado de Oliveira.

<sup>4</sup>Fisioterapeuta, doutora em Ciências da Saúde, Docente da Universidade Salgado de Oliveira e Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

vezes ao dia e uma vez ao dia foram em somente 6,7% dos relatos e 53,3% uma vez por semana, sendo confirmado pelos estudos de Melo et al (2012), Silva e Santos (2005) e Menezes, et al (2012) onde os maiores índices foram de perda ao menos uma vez por semana, respectivamente 58,33%, 40,7%, e 28,8% dos indivíduos.

Somente 13,3% dos indivíduos deste estudo perderam uma grande ou moderada quantidade de urina, enquanto 73,3% destes perderam uma pequena quantidade, assim como no estudo de Capato et al (2013), onde 43% das participantes também perderam uma pequena quantidade e urina e apenas 7% relataram uma moderada perda urinária.

No que tange sobre o momento em que ocorre a perda de urina, 60,0% das participantes referiram que a mesma ocorre durante a tosse ou espirro e 13,3% durante o sono 13,3% na tosse ou espirro e durante o sono (sintomas mistos). No estudo de Melo, et al (2012), 58,4% relataram perda durante situações de esforço e após uma sensação de emergência, assim como no estudo de Menezes et al (2012), onde tossir e espirrar correspondeu a 72,2%, seguido pela situação de perda antes de chegar ao banheiro 61,1%.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A IU é uma patologia que afeta consideravelmente a vida de muitas mulheres, se tornando um dos fatores responsáveis pela qualidade de vida, principalmente de mulheres com a idade mais avançada.

Este estudo trouxe algumas informações importantes sobre o perfil de um grupo de mulheres de uma Unidade de Atenção Básica de Saúde de Goiânia mostrando, principalmente, a relação entre a incontinência urinária e a ansiedade e depressão.

<sup>1</sup>Fisioterapeuta, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

<sup>2</sup>Fisioterapeuta, especialista em fisioterapia aplicada à ortopedia e medicina do esporte, docente da Universidade Salgado de Oliveira e da Universidade Estadual de Goiás.

<sup>3</sup>Fisioterapeuta, especialista em fisioterapia aplicada à ortopedia e esportiva, docente da Universidade Salgado de Oliveira.

<sup>4</sup>Fisioterapeuta, doutora em Ciências da Saúde, Docente da Universidade Salgado de Oliveira e Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

É imprescindível que haja mais informação sobre a patologia e os profissionais de saúde desta Unidade de Saúde busquem que estratégias de prevenção, identificação e tratamento da IU das mulheres pertencentes a esta unidade. Desta forma pode-se minimizar, ou mesmo evitar, o impacto negativo da IU na vida dessas mulheres.

Sugere-se mais pesquisas relacionadas à IU e os fatores relacionados à mesma, pois este estudo foi realizado com uma amostra pequena limitando os dados para a comunidade local.

## REFERÊNCIAS

EVERY, 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.

CAPATO, F. C. A.; LIMA, D. V.; FILONI, E. **Prevalência de sintomas de incontinência urinária em adolescentes praticantes de futebol feminino**. Tese de Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

DELLÚ, M.C.; ZÁCARO; P.M.D.; SCHMITT; A.C.B. Prevalência de sintomas urinários e fatores obstétricos associados em mulheres adultas. **Rev Bras Fisioter**, São Carlos. 2008; 3-6.

DREHER, D. Z. et al. O fortalecimento do assoalho pélvico com cones vaginais: programa de atendimento domiciliar. **Scientia Medica**, Porto Alegre, 2009; 19(1): 43-49, jan./mar.

FERREIRA, M.; SANTOS, P.C. Impacto dos programas de treino na qualidade de vida da mulher com incontinência urinária de esforço. **Revista portuguesa de saúde pública**. 2012; 30 (1): 3–10.

HADDAD, M.; SALDANHA, M.E.S.; DRIUSSO, P. Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. 2008.

LOPES, M.H.B.M.; HIGA, R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2006; 40(1), São Paulo.

<sup>1</sup>Fisioterapeuta, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

<sup>2</sup>Fisioterapeuta, especialista em fisioterapia aplicada à ortopedia e medicina do esporte, docente da Universidade Salgado de Oliveira e da Universidade Estadual de Goiás.

<sup>3</sup>Fisioterapeuta, especialista em fisioterapia aplicada à ortopedia e esportiva, docente da Universidade Salgado de Oliveira.

<sup>4</sup>Fisioterapeuta, doutora em Ciências da Saúde, Docente da Universidade Salgado de Oliveira e Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

LOPES, DBM. Prevalência e fatores associados de incontinência urinária autor referida no pós-parto. Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem. 2010.

MELO, B. E. S. et al. Correlação entre sinais e sintomas de incontinência urinária e autoestima em idosas. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2012; 15(1):41-50.

MENEZES, G.M.D. Queixa de perda urinária: um problema silente pelas mulheres. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS) 2012;33(1):100-8.

MOURÃO, F. A. G. et al. Prevalência de queixas urinárias e o impacto destas na qualidade de vida de mulheres integrantes de grupos de atividade física. **Acta Fisiatr.** 2008; 15(3): 170 – 175.

OLIVEIRA, J.R.; GARCIA, R.R. Cinesioterapia no tratamento da Incontinência Urinária em mulheres idosas. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** 14 (2): 343-351, Rio De Janeiro, 2011.

PEDRO, A.F. et al. Qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)** 7(2):63-70 maio-ago 2011.

SILVA, L.; LOPES, M.H.B.M. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. **Rev. Esc. Enferm. USP.** 43(1):72-8; 2009.

SILVA, A. P. M.; SANTOS, V. L. C. G. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. **Rev. Esc. Enferm. USP,** 2005; 39(1):36-45.

TAMANINI, J. T. N. et al. Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form” (ICIQ-SF). *Rev Saúde Pública* 2004;38(3):438-44.

VIRTUOSO, J.F.; MAZO, G.Z.; MENEZES, E.C. Prevalência, tipologia e sintomas de gravidade da incontinência urinária em mulheres idosas segundo a prática de atividade física. **Fisioter. Mov.** 2012 jul/set;25(3):571-82.

<sup>1</sup>Fisioterapeuta, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

<sup>2</sup>Fisioterapeuta, especialista em fisioterapia aplicada à ortopedia e medicina do esporte, docente da Universidade Salgado de Oliveira e da Universidade Estadual de Goiás.

<sup>3</sup>Fisioterapeuta, especialista em fisioterapia aplicada à ortopedia e esportiva, docente da Universidade Salgado de Oliveira.

<sup>4</sup>Fisioterapeuta, doutora em Ciências da Saúde, Docente da Universidade Salgado de Oliveira e Pontifícia Universidade Católica de Goiás.