

FATORES DE RISCO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES PÓS-MENOPAUSA

Evelise Moraes Berlezi¹
Daniela Dreher²
Fabiana Bruinsma³
Franciele Prediger⁴
Elvio Mariano Bertolo⁵

Resumo

Objetivos: verificar a prevalência de queixa de perda de urina em mulheres que estão vivenciando o período pós-menopausa e identificar os fatores relacionados a esta condição. **Método:** estudo do tipo transversal-descritivo. A amostra foi constituída por 112 mulheres, com idades entre 50 e 65 anos, residentes no município de Catuípe (RS) com no mínimo um ano de amenorreia. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista, contendo variáveis relacionadas aos aspectos sociodemográficos, histórico gineco-obstétrico e geniturinário. **Resultados:** da amostra 63,3% (71) das mulheres residiam na área urbana e 36,6% (41) na área rural; a média de idade foi de 58,69±4,46 anos. O tempo médio de amenorreia foi de 10,22±6,18 anos; 64,2% (72) não fizeram uso de terapia de reposição hormonal (TRH) neste período. Quanto ao histórico gineco-obstétrico, a maioria vivenciou 1 a 3 partos naturais. Em relação à perda de urina 36,6% (41) relataram esta situação relacionada a esforços como tossir, espirrar e caminhada rápida. **Considerações finais:** a prevalência de mulheres que manifestam perda de urina ao esforço é elevada em comparação a pesquisas realizadas com outras populações, constituindo-se um problema de saúde pública que tende a se agravar com o avanço de idade deste grupo populacional.

Palavras-chave: Pós-Menopausa. Fatores de risco. Incontinência urinária de esforço.

Risk Factors for Urinary Incontinence in Women Postmenopausal

Abstract

Objectives: to determine the prevalence of the loss of urine in women who are experiencing the period postmenopausal and identify factors related to this condition. **Method:** study of type transverse-descriptive. The sample was composed of 112 women aged between 50 and 65 years, residents in the town of Catuípe (RS) with at least one year of amenorrhea. Data collection took place through interview, containing variables related to aspects sociodemographic, historic gynecology-obstetrics and genitourinary. **Results:** the sample consisted of 63.3% (71) of women resided in urban area and 36.6% (41) of the rural area; the average age was 58.69 ± 4.46 years. The average time of amenorrhea was 10.22 ± 6.18 years; 64.2% (72) did use HRT therapy (TRH) during this period. As to the gynecology-obstetrics history, most experienced 1 to 3 natural births. In respect of the loss of urine 36.6% (41) reported this situation related to efforts as cough, expire and brisk. **Final thoughts:** the prevalence of women who are demonstrating urine loss effort is high compared to searches performed with other populations, and in a public health problem that tends to deteriorate with the advancement of age of this population group.

Keywords: Postmenopausal. Risk factors. Incontinence effort.

¹ Fisioterapeuta, doutora em Gerontologia Biomédica, docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí. evelise@unijui.edu.br

² Fisioterapeuta, mestre em Engenharia da Produção. Docente do curso de Fisioterapia da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí. daniela.dreher@unijui.edu.br

³ Bolsista de iniciação científica Pibic/CNPq, graduanda do curso de Fisioterapia na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí. fabiana_bruinsma@yahoo.com.br

⁴ Bolsista de Iniciação científica Pibic/Unijuí, graduanda do curso de Fisioterapia na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí. Email: frapediger@hotmail.com

⁵ Bolsista de iniciação científica Pibic/CNPq, graduando do curso de Enfermagem na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí. eviobertolo@gmail.com

O aumento da expectativa de vida feminina nos últimos anos despertou maior preocupação e interesse com a saúde e qualidade de vida das mulheres. Considerando-se que as mulheres podem viver mais de um terço da vida após a menopausa, surge a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre o processo natural do envelhecimento feminino e, também, acerca das patologias ou afecções que podem incidir facilmente nessa população.

A menopausa é a parada de funcionamento dos ovários, ou seja, os ovários deixam de produzir os hormônios estrógeno e progesterona e de eliminar óvulos, conseqüentemente a mulher deixa de menstruar. Considera-se que a mulher atinge a menopausa quando há a ausência de menstruação nos últimos 12 meses ou mais (chamada amenorreia) em mulheres que ainda tenham útero e ovários, juntamente com baixos níveis de estradiol (estrogênio) e altos níveis do Hormônio Folículo Estimulante (FSH) e do Hormônio Luteinizante (LH) (Steiner, 2003).

Segundo o mesmo autor, o estrogênio é o hormônio básico da mulher, responsável pela textura da pele feminina e pela distribuição de gordura, e sua falta causará a diminuição do brilho e da elasticidade. Nos genitais a falta de estrogênio, que causa a secura vaginal, compromete o desempenho e até o desejo sexual, pois torna as relações sexuais dolorosas. Outra disfunção, decorrente do hipoes-trogenismo, é a alteração do tônus do assoalho pélvico, foco do presente estudo, por levar a complicações genitourinárias, em especial à incontinência urinária de esforço. Em alguns casos a consequência dessa deficiência de estrogênio, no longo prazo, propicia sintomas desagradáveis e, algumas vezes, sérias doenças.

Nas palavras de Guarisi (2000), a incontinência urinária é um problema comum que pode afetar mulheres de todas as idades. Constitui sintoma com implicações sociais, causa desconforto, perda de autoconfiança e interfere negativamente na qualidade de vida de muitas mulheres, além de representar um problema de saúde pública.

A perda da continência urinária é uma condição desconfortável e estressante, que afeta em torno de 50% das mulheres em alguma fase de suas vidas,

podendo resultar em isolamento social, pois elas têm medo de, estando em um espaço público, apresentar uma perda urinária. Além disso, muitas vezes desistem da prática de esportes ou de outras atividades que possam revelar seu problema, o que causa depressão, angústia e irritação e, frequentemente, apresentam diminuição da autoestima e sentem-se humilhadas e embaraçadas ao falar sobre sua situação (Moreno, 2004).

A incontinência urinária é uma manifestação de origem multifatorial, podendo ter como causa diversas situações, segundo Guccione (2002), entre as quais pode-se citar: partos, cirurgias ginecológicas, menopausa, suporte pélvico enfraquecido, hiper-mobilidade anatômica, frouxidão tecidual e prolapso vesical ou uterino.

Para Moreno (2004), a incontinência urinária de esforço é a mais frequente e conceitua-se como perda involuntária de urina pela uretra, quando a pressão vesical excede a uretral na ausência da atividade do músculo detrusor. Guarisi (2000) descreve que o desenvolvimento de incontinência urinária de esforço inclui fatores de risco como: idade avançada, raça branca, obesidade, partos vaginais, deficiência estrogênica, condições associadas ao aumento da pressão intra-abdominal, tabagismo, doenças do colágeno, neuropatias e histerec-tomia prévia.

Muitos acreditam que é natural a perda de urina ao realizar um esforço, porém esta condição não se constitui algo inerente ao envelhecimento. Há poucos estudos sobre a prevenção e o tratamento conservador da incontinência urinária. Embora esteja presente em mulheres com idade mais avançada, a orientação e a inserção dessas pessoas em programas de manutenção/reabilitação não ocorrem rotineiramente. A perda da continência urinária pode ser considerada um problema de saúde pública e gerar gastos desnecessários ao poder público. Além disso, a incontinência urinária pode causar significativo impacto na qualidade de vida das pessoas incontinentes e originar percepções diferentes entre as mulheres, acarretando gastos com serviços de saúde e podendo levar a uma institucionalização precoce (Michael, 2006).

Estudos como o de Michael (2006) e Santos (2007) mostram que há relação entre o aumento da idade e a incontinência, observada por taxas de prevalência. Também Oliveira, Rodrigues e Paula (2007) confirmam este achado quanto à prevalência e identificam que a incidência de incontinência urinária varia de acordo com a faixa etária e a população estudada. Pesquisa realizada por Figueiredo et al. (2008) sobre incontinência urinária constatou que 7% das mulheres tinham entre 20 e 39 anos, 81% estavam na faixa etária de 40 e 59 e 12% possuíam 60 anos ou mais, demonstrando que a ocorrência de IU predomina na idade entre 40 e 59 anos. Em outro estudo sobre queixa de incontinência urinária de esforço, Mendonça et al. encontraram uma prevalência de 12,68%, enfatizando que a maior frequência ocorreu entre as mulheres com idade entre 41 e 50 anos (48%) (1997).

Neste contexto teórico o objetivo deste estudo é verificar a prevalência de incontinência urinária aos esforços e fatores de risco relacionados.

Casuística e Métodos

Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo do tipo observacional, transversal, prospectivo descritivo. É parte de um projeto de pesquisa institucional (Unijuí/RS) denominado “Estudo Multidimensional de Mulheres Pós-menopausa Residentes no Município de Catuípe/RS”.

População e Amostra

A população do estudo foram mulheres residentes no município de Catuípe/RS, na faixa etária de 50 a 65 anos de idade, em período pós-menopausa (no mínimo 12 meses de amenorria). Fizeram parte da amostra 112 mulheres, sendo 71 do meio urbano e 41 do meio rural.

A amostra da área urbana foi determinada da seguinte forma:

- Acesso ao banco de dados do primeiro ano da pesquisa (2008) para localizar as mulheres (endereços domiciliares).
- Concluída a primeira etapa foi realizada uma reunião com as agentes de saúde para explanação do estudo. Posteriormente estas repassaram as informações sobre a pesquisa e convidaram as mulheres a participar;
- Aquelas que mostraram interesse em participar do estudo tiveram horários individuais agendados com antecedência, momento em que manifestaram formalmente o aceite assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Na sequência deu-se início às avaliações previstas no protocolo de pesquisa.

A amostra rural do presente estudo foi determinada da seguinte forma:

- Contato com a Emater, que auxiliou mediante a cedência do cronograma de atividades com os Clubes de Mães, o que facilitou o acesso ao interior do município.
- No período de setembro a outubro de 2009 foram realizadas atividades de coleta de dados com as mulheres. Foi possível nesse tempo cobrir 13 comunidades do total de 19.

Para integrar a amostra considerou-se os seguintes critérios:

- Mulheres com idade entre 50 e 65 anos.
- Período mínimo de um ano de amenorréia (12 meses).
- Consentir participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- Aptidão para responder às questões.

Instrumento e Variáveis do Estudo

Os dados foram obtidos em entrevista (anamnese) realizada de forma individual. Para os encontros com as mulheres residentes no meio urbano foi utilizado espaço cedido pela Secretaria Municipal de Saúde de Catuípe/RS. As entrevistas foram pré-agendadas com o apoio dos agentes comunitários de saúde.

Para as residentes no meio rural o espaço utilizado foram os salões comunitários de cada localidade. Os pesquisadores contaram com o apoio da Emater e seguiram o agendamento proposto de visitas a cada comunidade. Para a obtenção dos dados foi aplicado um protocolo elaborado pelas pesquisadoras abordando os seguintes itens:

- Investigação prévia para obter o histórico da saúde da mulher, incluindo aspectos relacionados à constipação, infecções urinárias, incontinência fecal, prolapso genital, cirurgia para correção de prolapso genital, histerectomia e histórico obstétrico.
- Dados uroginecológicos: menopausa (ausência de menstruação, tempo de amenorreia) frequência urinária diurna e noturna, problemas de perda de urina, caracterização da perda (por esforço ou instabilidade), situações em que ocorre a perda (grandes, moderados ou pequenos esforços), necessidade de controle da ingestão de líquido relacionada à perda de urina.

Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí), sob o parecer substanciado número 075/2008, sendo projetado de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Resultados

O estudo teve a participação de 112 mulheres residentes no município de Catuípe/RS, 63,3% (71) residentes na área urbana e 36,6% (41) da área rural. A idade média das mulheres do estudo foi de $58,69 \pm 4,46$ anos, todas com idade entre 50 e 65 anos. O tempo médio relatado de amenorreia foi de $10,22 \pm 6,18$ anos. Das participantes, segundo relato, 64,2% (72) não fizeram uso de terapia de reposição hormonal (TRH) no período do climatério e pós-menopausa; já 33% (37) fizeram uso de TRH neste período e 2,6% (3) não souberam informar.

Na Tabela 1 estão apresentados dados referentes ao perfil sociodemográfico. Em relação ao estado civil a maioria das mulheres eram casadas, seguidas por viúvas, solteiras, em concubinato e divorciadas. Das mulheres que possuíam renda própria destaca-se que 60,7% (68) relataram receber de um a dois salários mínimos, seguidas de 16,1% (18) que recebiam menos de um salário mínimo. Um percentual de 13,4% (15) relataram não terem renda própria, sendo esta proveniente do cônjuge (renda familiar). Sobre a escolaridade observou-se que a maioria das mulheres tinham Ensino Fundamental incompleto, seguido de Ensino Fundamental completo, Ensino Médio incompleto, Ensino Médio completo, analfabetismo e curso superior.

Tabela 1: Condições sociodemográficas

	Variáveis	N	%
Estado Civil	Casada	85	75,9
	Solteira	10	8,9
	Viúva	14	12,5
	Concubinato	2	1,8
	Divorciada	1	0,9
Escolaridade	Ensino Fundamental completo	9	8,0
	Ensino Fundamental incompleto	78	69,6
	Ensino Médio completo	7	6,3
	Ensino Médio incompleto	8	7,1
	Ensino Superior	4	3,6
	Analfabeto	6	5,4
Renda	Abaixo de 1 salário	18	16,1
	De 1 a 2 salários	68	60,7
	Acima de 2 salários	10	8,9
	Não sabe	1	0,9
	Renda familiar	15	13,4

Cálculo sobre o percentual válido.

Fonte: Dados coletados pelos pesquisadores.

Das 112 participantes ao serem inquiridas sobre perda de urina 36,6% (41) relataram esta situação, enquanto 62,8% (71) não apresentaram esta queixa.

Na Tabela 2 estão apresentados dados referentes à incontinência urinária e ao uso de reposição hormonal. Observa-se que das mulheres que fizeram terapia de reposição hormonal 25,6% (10) rela-

taram queixa de perda de urina, enquanto que entre as mulheres que não fizeram reposição este percentual elevou-se para 74,4% (29).

Tabela 2: Distribuição da frequência de mulheres pós-menopáusicas que referem incontinência urinária segundo o uso de terapia de reposição hormonal

Incontinência Urinária (IU)	Uso de terapia de reposição hormonal (TRH)		
	Sim	Não	Total
Sim	10	29	39
% IU	25,6	74,4	100,0
% Uso TRH	27,0	40,3	35,8
% Total	9,2	26,6	35,8
Não	27	43	70
% IU	38,6	61,4	100,0
% Uso TRH	73,0	59,7	64,2
% Total	24,8	39,4	64,2
Total	37	72	109
% IU	33,9	66,1	100,0
% Uso TRH	100,0	100,0	100,0
% Total	33,9	66,1	100,0

Cálculo sobre o percentual válido.

Fonte: Dados coletados pelos pesquisadores.

Ao analisar os tipos de partos das mulheres que participaram do estudo identificou-se que 97,3% (109) delas tiveram parto natural. A Tabela 3 mostra a distribuição da frequência de mulheres que referem incontinência urinária segundo o número de partos naturais. Verifica-se que 68,8% (52) das mulheres tiveram de 1 a 3 partos, destas 28,9% (22) apresentaram queixa de perda de urina; 31,6% (24) das mulheres tiveram de 4 a 6 partos e destas 13,2% (10) tinham esta queixa.

Tabela 3: Distribuição da frequência de mulheres pós-menopáusicas que referem incontinência urinária segundo o número de partos naturais

Incontinência urinária (IU)	Partos naturais		
	De 1 a 3 partos naturais	De 4 a 6 partos naturais	Total
Com IU	22	10	32
% IU	68,8	31,3	100,0
% Parto natural	42,3	41,7	42,1
% Total	28,9	13,2	42,1
Sem IU	30	14	44
% IU	68,2	31,8	100,0
% Parto natural	57,7	58,3	57,9
% Total	39,5	18,4	57,9
Total	52	24	76
% IU	68,4	31,6	100,0
% Parto natural	100,0	100,0	100,0
% Total	68,4	31,6	100,0

Fonte: Dados coletados pelos pesquisadores.

Em relação a partos cesáreos observou-se que 39,2% das mulheres tiveram este tipo de parto. Dados da Tabela 4 mostram que 95,5% (42) das mulheres tiveram de 1 a 3 partos cesáreos, destas 27,3% (12) manifestaram queixa de perda de urina. Apenas 4,5% (2) das mulheres tiveram de 4 a 6 partos cesáreos e destas uma relatou incontinência.

Tabela 4: Distribuição da frequência de mulheres pós-menopáusicas que referem incontinência urinária segundo o número de partos cesárea

Incontinência urinária (IU)	Partos cesáreos		
	De 1 a 3 partos cesáreos	De 4 a 6 partos cesáreos	Total
Com IU	12	1	13
% IU	92,3	7,7	100,0
% Parto cesáreo	28,6	50,0	29,5
% Total	27,3	2,3	29,5
Sem IU	30	1	31
% IU	96,8	3,2	100,0
% Parto cesáreo	71,4	50,0	70,5
% Total	68,2	2,3	70,5
Total	42	2	44
% IU	95,5	4,5	100,0
% Parto cesáreo	100,0	100,0	100,0
% Total	95,5	4,5	100,0

Cálculo sobre percentual válido.

Fonte: Dados coletados pelos pesquisadores.

Na tabela 5 pode ser visualizada em que situações ocorrem a perda de urina. Ao inquirir sobre em que situações ocorrem a perda de urina verifica-se que 12,2% (5) perdem urina ao saltar; 9,8% (4) ao correr; 7,3% (3) ao realizar ginástica; 75,6% (31) ao tossir; 44,3% (19) ao espirrar; 4,9% (2) ao dançar; 24,4% (10) ao caminhar rapidamente; 4,9% (2) ao andar e 7,3% (3) ao trocar de posição. Destaca-se que a perda de urina aos esforços caracteriza uma condição de gravidade, isto significa que quando há escapes de urina em esforços mínimos esta é uma situação de maior gravidade. Identificou-se que 78,0% (32) das mulheres relatam perderem urina ao realizarem grandes esforços, 58,5% (24) aos esforços moderados e 12,2% (5) aos pequenos esforços.

Tabela 5: Situações em que ocorre perda de urina segundo a classificação do grau de esforço

Caracterização da perda	Situações de perda	Com IU
Grandes esforços	Salto	12,2% (5)
	Corrida	9,8% (4)
	Tosse	75,6% (31)
Esforços moderados	Ginástica	7,3% (3)
	Espirro	46,3% (19)
	Dança	4,9% (2)
Pequenos esforços	Caminhada rápida	24,4% (10)
	Andar	4,9% (2)
	Trocar de posição	7,3% (3)

Cálculo sobre percentual válido.

Fonte: Dados coletados pelos pesquisadores.

Outro fator de risco identificado na primeira etapa da pesquisa e que tem relação com a incontinência urinária é o uso de medicação anti-hipertensiva. Na Tabela 6 pode ser observada a distribuição da frequência de mulheres pós-menopáusicas que referem incontinência urinária com o uso de medicação anti-hipertensiva. Das 112 participantes do estudo, 53 faziam uso de medicação anti-hipertensiva; destas 47,2 (25) tinham queixa de perda de urina e 52,8% (28) não apresentavam esta queixa. Nesta etapa da pesquisa, contudo, não foi considerada a classe de medicação anti-hipertensiva.

Tabela 6: Distribuição da frequência de mulheres pós-menopáusicas que referem incontinência urinária segundo o uso de medicação anti-hipertensiva

Incontinência urinária (IU)	Uso de medicação anti-hipertensiva		
	Sim	Não	Total
Com IU	25	15	40
% IU	62,5	37,5	100,0
% Medicação Anti-Hiper	47,2	27,3	37,0
% Total	23,1	13,9	37,0
Sem IU	28	40	68
% IU	41,2	58,8	100,0
% Medicação Anti-Hiper	52,8	72,7	63,0
% Total	25,9	37,0	63,0
Total	53	55	108
% IU	49,1	50,9	100,0
% Medicação Anti-Hiper	100,0	100,0	100,0
% Total	49,1	50,9	100,0

Cálculo sobre percentual válido.

Fonte: Dados coletados pelos pesquisadores.

Observa-se na Tabela 7 a distribuição da frequência de incontinência urinária segundo o Índice de Massa Corporal categorizado. De 110 mulheres com respostas válidas 20,9% (23) são eutróficas, 40,9

(45) estão com sobrepeso e 38,2% (42) estão obesas. Verifica-se que entre as mulheres com incontinência a maioria, 50% (20), são obesas.

Tabela 7: Distribuição da frequência de mulheres pós-menopáusicas que referem incontinência urinária segundo o Índice de Massa Corporal

Incontinência Urinária (IU)	Índice de Massa Corporal (IMC)			
	Eutrófico	Sobrepeso	Obesidade	Total
Com IU	7	13	20	40
% IU	17,5	32,5	50,0	100,0
% IMC	30,4	28,9	47,6	36,4
% Total	6,4	11,8	18,2	36,4
Sem IU	16	32	22	70
% IU	22,9	45,7	31,4	100,0
% IMC	69,6	71,1	52,4	63,6
% Total	14,5	29,1	20,0	63,6
Total	23	45	42	110
% IU	20,9	40,9	38,2	100,0
% IMC	100,0	100,0	100,0	100,0
% Total	20,9	40,9	38,2	100,0

Cálculo sobre percentual válido.

Fonte: Dados coletados pelos pesquisadores.

Discussão

O presente estudo verificou a prevalência de incontinência urinária associada ao uso de terapia de reposição hormonal (TRH), tipos de parto, número de filhos, caracterização da perda, uso de medicação anti-hipertensiva e o Índice de Massa Corporal em mulheres que estão na fase pós-menopausa. A incontinência causa um grande impacto sobre a saúde e a qualidade de vida do indivíduo (Freitas, 2002). As pessoas mais idosas acreditam que a perda urinária é um fato normal do envelhecimento. A incontinência urinária não faz parte do envelhecimento normal, embora a prevalência do problema aumente com a idade (Pickles, 1998). No estudo em discussão observou-se que as mulheres que não fizeram uso de terapia de reposição hormonal tiveram mais queixas de perda de urina em relação às que fizeram reposição.

A idade média das mulheres do estudo foi de 58,69±4,46 anos, todas com idade entre 50 e 65 anos. A maioria dos estudos para investigar a incontinência urinária é efetuada em pacientes com idade acima dos 40 anos, como o de Guarisi et al (2001), com

456 mulheres na faixa etária de 45-60 anos de idade; e o de Lewis (apud Guccione, 2002), com 827 mulheres com idade entre 40-78 anos. Acredita-se que a incontinência urinária ocorra em pessoas mais velhas e se agrave com o aumento da idade, atingindo principalmente mulheres no período pós-menopausa e idosas (Guccione, 2002).

Com relação à incontinência urinária e uso de reposição hormonal os estudos têm sido controversos. Estudo clínico controlado, realizado por Fantl, Bumo e Robinson (1996), os quais utilizaram estrogênio oral por três meses em 83 mulheres na menopausa não mostrou melhora na clínica de incontinência. Outros estudos não controlados, porém, constataram melhora sintomática em mulheres com incontinência urinária tratadas com estrogênio. Fantl, Cardoso e McClish (1994), em uma meta-análise de seis trabalhos randomizados e controlados de terapia de reposição estrogênica oral para incontinência urinária concluíram que o estrogênio melhora subjetivamente a incontinência na pós-menopausa, mas não altera o volume da perda urinária a ela devido.

De uma forma geral a Incontinência Urinária de Esforço (IUE) é atribuída à incapacidade dos músculos do períneo de assegurar níveis de pressão intrauretral superiores aos da pressão intravesical. A fraqueza dos músculos perineais é entendida como um fenômeno associado ao processo de envelhecimento e/ou à gravidez e parto vaginal (Yasuda; Yamanishi, 1992), ao número de gestações e partos (Jolleys, 1988) ou mesmo à redução no número de fibras do tipo I (Jozwik, 1993).

Ao analisar o tipo de parto (paridade) e o seu possível efeito sobre a prevalência da IUE observa-se neste estudo que mulheres que tiveram de 1 a 3 filhos tanto por parto cesáreo como natural apresentaram maior queixa de perda de urina. Já alguns estudos sugerem que a IUE aumenta com a paridade (Jolleys, 1988) sendo que alguns só encontram essa relação em mulheres com mais de 3 filhos (Thomas, 1980; Thomas et al., 1980).

Estudos epidemiológicos parecem sugerir a gravidez e parto como possíveis fatores etiológicos primários da IUE. Com efeito, os valores de prevalên-

cia da IUE são mais elevados em mães do que em mulheres que nunca foram mães (nulíparas) (Thomas, 1980; Thomas et al., 1980; Nygaard et al., 1990; Sommer et al., 1990). Alguns autores chegam mesmo a apontar a IUE como um fenômeno natural resultante do parto devido à lesão nervosa ao nível do pavimento pélvico (Snooks et al., 1984; Allen; Warren, 1987), no entanto ao analisar os valores de prevalência da IUE em mulheres nulíparas verifica-se que estes são elevados. Corroborando, Nemir e Middleton (1954) e Wolin (1969) encontraram valores de prevalência da IUE acima dos 59% em nulíparas pertencentes a um grupo de alunas universitárias, enquanto que Bø (1989) e Jolleys (1988) relatam uma prevalência de 31% em mulheres jovens nulíparas.

No presente estudo foi observado que um número significativo de mulheres que fazem uso de medicação anti-hipertensiva tem queixa de perda de urina. Este achado está de acordo com estudos como o de Coelho, Salgado e Robalo (2007), que investigaram a prevalência e os fatores predisponentes de incontinência urinária feminina, concluindo que apenas a medicação (antidepressivos, diuréticos, anti-hipertensivos, suplementos hormonais) apresenta uma relação significativa com a IU, apresentando probabilidade de surgimento de IU entre 2,8 a 5 vezes em comparação com as mulheres que não tomam medicação.

Os efeitos pós-menopausa contribuem para que as proteínas e componentes bioquímicos, além da atividade metabólica, fiquem reduzidos, levando ao aumento da obesidade (Hagberg et al., apud Santos, 2004). Em estudo realizado por Rasia et al. (2007) na população urbana do município de Ijuí, é possível verificar que a incontinência urinária é uma situação que se associa com o grau de obesidade. Das mulheres pesquisadas com sobrepeso, 30,7% relataram terem incontinência urinária; das obesas grau I, 37,5% eram incontinentes e das mulheres com obesidade grau II, 44,4% relataram esta situação. Já neste estudo realizado no município de Catuype verificou-se que entre as mulheres com incontinência a maioria, 50% (20), são obesas.

Conclusão

A prevalência de incontinência urinária na população estudada foi de 36,6%, condição associada à realização de esforços físicos; outro aspecto relevante é a relação da incontinência urinária com o uso de tratamento de reposição hormonal. Observou-se que as variáveis gineco-obstétricas estão relacionadas à perda de urina.

Constatou-se também que a maioria das mulheres consideradas obesas relatam perda de urina. Já o uso de medicação anti-hipertensiva relacionada com a perda de urina não se mostrou relevante.

Os resultados deste estudo mostram a importância do cuidado com a mulher em todas as fases de sua vida. Os dados relatados apontam para a necessidade da proposição de estratégias de assistência para o tratamento da incontinência urinária. As mulheres devem ter claro que a incontinência não faz parte do envelhecimento, é uma condição relacionada a inúmeros fatores, dentre eles a fraqueza dos músculos do assoalho pélvico, que pode ser prevenida por exercícios de fácil execução e realizados mediante orientações do profissional fisioterapeuta. Estes exercícios podem ser realizados em grupo, o que possibilita trocas de experiências em uma fase com tantas transformações, como é a menopausa.

Referências

- ALLEN, R. E.; WARREN, D. The role of pregnancy and childbirth in partial denervation of the pelvic floor. *Neurol Urodyn*, 6, p. 183-184, 1987.
- BØ, L. H. R. Female stress urinary incontinence and participation in different Sport and social activities. *Scandinavia Medicine Sciences Sports*, 2:123-127, 1989.
- COELHO, M.; SALVADO, A.; ROBALO, L. Incontinência urinária feminina: prevalência em 2006 e factores predisponentes na população de Setúbal. *Essfisionline*, 3 (1), p. 3-14, 2007.
- FANTL, J. A.; BUMP, R. C.; ROBINSON, D. Efficacy of estrogen supplementation in the treatment of urinary incontinence. *Obstet Gynecol*, 88, p. 745-9, 1996.
- FANTL, J. A.; CARDOZO, L.; M. C.; CLISH, D. K. Estrogen therapy in the management of urinary incontinence in postmenopausal women: a meta-analysis. First report of the Hormones and Urogenital Therapy Committee. *Obstet Gynecol*, 83, p. 12-18, 1994.
- FIGUEIREDO, E. M. et al. Perfil sócio-demográfico e clínico de usuárias de serviço de fisioterapia uroginecológica da rede pública. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v. 12(2), p. 136-142, 2008.
- FREITAS, E. V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- GUARISI, T. *Incontinência urinária em mulheres climatéricas: estudo epidemiológico, clínico e urodinâmico*. 2000. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2000.
- GUARISI, T. et al. Procura de serviço médico por mulheres com incontinência urinária. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, ago. 2001.
- GUCCIONE, A. A. *Fisioterapia geriátrica*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- GUIMARÃES, Renato Maia; CUNHA, Ulisses Gabriel V. *Sinais e sintomas em Geriatria*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2004. 312 p.
- JOLLEYS, J. V. Reported prevalence of urinary incontinence in women in a general practice. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 296, p. 1.300-1.302, 1988.
- JOZWIK, M. Stress urinary incontinence in women—an overuse syndrome. *Med Hypotheses*, 40, 381-382, 1993.
- MENDONÇA, M. et al. Prevalência da queixa de incontinência urinária de esforço em pacientes atendidas no serviço de ginecologia do Hospital Júlia Kubitschek. *J Bras Ginecol.*, 107, p. 153-155, 1997.
- MICHAEL, C. R. *A repercussão da incontinência urinária feminina na qualidade de vida*. Monografia (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2006.

- MORENO, A. L. *Fisioterapia em uroginecologia*. São Paulo: Manole, 2004.
- NEMIR, A.; MIDDLETON, R. P. Stress incontinence in young nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol*, 68, 1.166-1.168, 1954.
- NYGAARD, I.; DELANCEY, J. O.; ARNSDORF, L.; MURPHY, E. Exercise and incontinence. *Obstet Gynecol*, 75, 848-851, 1990.
- OLIVEIRA, K. A. C.; RODRIGUES, A. B. C.; PAULA, A. B. Técnicas fisioterapêuticas no tratamento e prevenção da incontinência urinária de esforço na mulher. *Rev. Eletr. F@ciência*, Apucarana-PR, 1(1), p. 31-40, 2007.
- OLIVEIRA, N. C. *A visão de mulheres portadoras de incontinência urinária que participam de um grupo terapêutico acerca da atuação da Fisioterapia*. Monografia (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2005.
- PICKLES, B. et al. *Fisioterapia na terceira idade*. São Paulo: Santos, 1998.
- RASIA, Juliana et al. A relação do sobrepeso e obesidade com desconfortos musculoesqueléticos de mulheres pós-menopausa. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 4, n. 1, p. 28-38, jan./jun. 2007.
- SANTOS, A. L. et al. Intervenção Fisioterapêutica Urinária de Esforço em Mulheres, com Ênfase no Tratamento Estrutural e Comportamental. *Rev. Unorp*, São José do Rio Preto, v. 5, n. 12, 2007.
- SANTOS, Heleodório Honorato dos. *Manual prático para elaboração de projetos, monografias, dissertações e teses na área de saúde*. João Pessoa: Universitária, 2004.
- SNOOKS, S. J. et al. Injury to innervation of pelvic floor sphincter musculature in childbirth. *Lancet*, 2, 546-550, 1984.
- SOMMER, P. et al. Voiding patterns and prevalence of incontinence in women. *A questionnaire survey*. *Br J Urol*, 66, p. 12-15, 1990.
- STEINER, M.; DUNN, E.; BORN, L. Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. *J Affective Disord*, 74: 67-83, 2003. In: VERAS, André B.; NARDI, Antonio E. *Hormônios sexuais femininos e transtornos do humor*, vol. 54(1), 2005. Disponível em: <<http://www.ipub.ufrj.br/documentos/artigohormonio>>. Acesso em: 24 mar. 2009.
- THOMAS, B. Problem solving: urinary incontinence in the elderly. *J Gerontol Nurs*, 6, p. 533-536, 1980.
- THOMAS, T. M. et al. Prevalence of urinary incontinence. *Br Med J*, 281, p. 1.243-1.245, 1980.
- WOLIN, L. H. Stress incontinence in young, healthy nulliparous female subjects. *J Urol*, 101, 545-549, 1969.
- YASUDA, K.; YAMANISHI, T. The pathology and treatment of incontinence. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi*, 29, p. 161-168, 1992.