



Revista Brasileira de Enfermagem

ISSN: 0034-7167

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem
Brasil

Higa, Rosângela; Baena de Moraes Lopes, Maria Helena
Fatores associados com a incontinência urinária na mulher
Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 58, núm. 4, julio-agosto, 2005, pp. 422-428
Associação Brasileira de Enfermagem
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019627008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Fatores associados com a incontinência urinária na mulher

Factors associated with urinary incontinence in women

Factores asociados con la incontinencia urinaria en la mujer

Rosângela Higa

*Enfermeira. Mestre em Enfermagem.
Supervisora do Serviço de Enfermagem da
Unidade de Pacientes Externos do Centro de
Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) -
UNICAMP.*

Maria Helena Baena de Moraes Lopes

*Enfermeira. Professora Associada Doutora do
Departamento de Enfermagem da Faculdade de
Ciências Médicas da UNICAMP.*

*Artigo extraído da dissertação de mestrado apresentada ao
Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de
Ciências Médicas da UNICAMP*

RESUMO

Trata-se de um estudo para avaliar a prevalência da incontinência urinária (IU) e fatores associados entre mulheres profissionais de enfermagem de um hospital-escola. De 378 formulários distribuídos, 291 (77%) foram respondidos e 80 funcionárias (27,5%) relataram queixa de IU. A análise multivariada indicou maior probabilidade das mulheres desenvolverem IU após os 41 anos e quando referiam alteração de peso, constipação intestinal ou hipertensão arterial. Concluiu-se que medidas educativas de prevenção e tratamento fazem-se necessárias para melhorar e prevenir a IU entre mulheres trabalhadoras da enfermagem.

Descritores: Incontinência urinária; Fatores de risco; Saúde da mulher.

ABSTRACT

The aim of this present study was to assess the urinary incontinence (UI) prevalence, and its associate factors among nurse female staff of a school hospital. Of the 378 questionnaires delivered, 291 (77%) were answered, and 80 (27.5%) employees reported complaint UI. The multivariate analysis had shown that there is a more probability of developing UI after 41 years of age, having changed the weight, having intestinal constipation and having arterial hypertension. It was concluded that preventable educational measures are necessary in order warn same factors that caused UI among nursing female staff.

Descriptors: Urinary incontinence; Risk factors; Women's health.

RESUMEN

Se trata de un estudio para evaluar la prevalencia de la incontinencia urinaria (IU) y los factores asociados entre mujeres profesionales de enfermería de un hospital-escuela. De 378 formularios que fueron distribuidos, fueron respondidos 291 (77%) y 80 funcionarias (27,5%) hicieron relato de queja de IU. El análisis multivariado indicó una mayor probabilidad de que las mujeres desarrollen IU después de los 41 años y cuando relataban alteración de peso, constipación intestinal o hipertensión arterial. Se concluyó que se hacen necesarias medidas educativas de prevención y tratamiento para mejorar y prevenir la IU entre profesionales de enfermería.

Descriptores: Incontinencia urinaria; Factores de riesgo; Salud de las mujeres.

Higa R, Lopes MHB. Fatores associados com a incontinência urinária na mulher. Rev Bras Enferm 2005 jul-ago; 58(4):422-8.

1. INTRODUÇÃO

Na população feminina, a experiência com episódios de perda urinária é uma condição que ocorre não somente entre mulheres idosas, mas também entre mulheres jovens e na meia-idade. Os problemas urinários não são consequências naturais da idade e nem é um problema exclusivo do envelhecimento⁽¹⁾.

A incontinência urinária (IU) foi definida pela Sociedade Internacional de Continência (International Continence Society - ICS) como "perda involuntária de urina que é um problema social ou higiênico"⁽²⁾. A definição como um problema social ou higiênico tem sido consistente em vários estudos realizados, no entanto, pode ou não se tornar um problema higiênico ou social, porque nem todas as mulheres consideram que a IU interfere nas atividades diárias⁽³⁾.

A mulher incontinente reporta uma pior qualidade de vida comparada com a mulher continente⁽²⁻⁴⁾ e estudos demonstram que a depressão e a doença do pânico são altamente prevalentes em mulheres com IU⁽⁵⁾.

Alguns fatores influenciam os índices de prevalência da IU na mulher, fazendo com que os resultados não tenham a mesma consistência nos diversos estudos. Estes índices variam de acordo com a metodologia adotada para o estudo, como: características da população (faixa etária, atividade

profissional, presença de doenças crônicas, menopausa, entre outras); tipo de IU (de esforço - IUE, urge-incontinência - UI e mista - IM) e frequência da perda urinária (diária, semanal, mensal ou esporádica). De uma forma geral, os estudos apresentam índices que variam de 7% a 57%⁽⁶⁻⁷⁾.

A literatura aponta vários fatores que são considerados risco para o desenvolvimento da IU na mulher. Os principais fatores de risco para IU citados foram: idade, obesidade, paridade, tipos de parto, uso de anestesia no parto, peso do RN, menopausa, cirurgias ginecológicas, constipação intestinal, doenças crônicas, fatores hereditários, uso de drogas, consumo de cafeína, tabagismo e exercícios físicos⁽⁸⁻¹⁰⁾, no entanto, os achados dos diferentes estudos são por vezes contraditórios. No Brasil, são poucos os estudos sobre a prevalência de incontinência urinária e fatores de risco associados, fato que dificulta conhecer a real dimensão do problema em nossa população.

Embora alguns autores tenham recomendado que o diagnóstico e tratamento inicial devam ser práticas do clínico geral em unidades de atenção primária à saúde e a primeira investigação da IU, por meio de relatos dos sintomas, deva ser iniciado pela enfermeira, isto, geralmente, não tem ocorrido^(11,12).

Na literatura, observou-se, que estudos recentes têm analisado o impacto causado pela IU nas atividades ocupacionais e isso tem chamado a atenção dos pesquisadores, uma vez que os resultados têm mostrado que a IU traz consequências tanto na vida pessoal como no desempenho profissional destas mulheres, causando um grande impacto na qualidade de vida desta população. Estima-se um aumento do número de idosos, especialmente do sexo feminino, assim, o número de mulheres trabalhadoras na fase do climatério tenderá a crescer e, como consequência, o número de casos de IU em mulheres profissionalmente ativas^(4,13-16).

2. OBJETIVOS

1. Verificar a prevalência de IU em geral e de acordo com a categoria profissional, entre mulheres profissionais de enfermagem de um hospital-escola na cidade de Campinas - SP, Brasil.

2. Comparar entre o grupo incontinente e o grupo continente a prevalência das seguintes variáveis: idade, raça, índice de massa corpórea (IMC), local do corpo que engordou, mudança de peso, número de gestações, número de partos, uso de anestesia no parto, peso do RN, cirurgias ginecológicas (histerectomia e correção de IU), menopausa, constipação intestinal, doenças crônicas (doença neurológica, hipertensão e diabetes), tosse crônica, uso de drogas (reposição hormonal e diurético), consumo de cafeína e quantidade ingerida, tabagismo e atividade física, consideradas pela literatura como fatores de risco para IU.

3. SUJEITOS E MÉTODO

A população do estudo foi constituída por 378 profissionais de enfermagem (enfermeiras, técnicas, auxiliares e atendentes de enfermagem) de um hospital-escola da cidade de Campinas, SP, que tem como objetivo prestar assistência integral à saúde da mulher e do recém-nascido. Foram excluídas as servidoras que se encontravam em afastamento ou licença médica.

A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2002 a março de 2003. As funcionárias responderam a um questionário com os seguintes dados: local; horário de trabalho; categoria profissional; idade; raça; relação peso/altura (IMC); mudança de peso; local do corpo que mais engordou; antecedentes pessoais de hipertensão, diabetes e doenças neurológicas; menopausa; uso de medicamentos (diuréticos, reposição hormonal e outros); consumo de café e quantidade de café ingerido; tabagismo e quantidade de cigarros fumados por dia, tosse crônica; constipação intestinal; cirurgia ginecológica anterior (histerectomia e correção de IU) e história obstétrica (número de

gestações, número de partos, local do parto, tipo de parto, lesão perineal - episiotomia ou rotura, tipo de anestesia, peso do recém-nascido e idade materna por ocasião do parto). Foi perguntado ainda, se praticava algum tipo de esporte, ginástica ou atividade física, especificando qual e com que frequência.

A IU foi avaliada de acordo com o relato dos sintomas de perda urinária, definido por como "queixa de qualquer perda involuntária de urina"⁽²⁾ através da questão: "Durante o último ano, você perdeu urina (sem querer, na calcinha) pelo menos uma vez no mês?"⁽¹⁵⁾. O tipo de IU foi identificado por meio das questões:

1. Você perde urina quando tosse, espirra, faz força ou carrega peso? Se afirmativo, considerou-se incontinência urinária por esforço.

2. Você perde urina antes de chegar ao banheiro, depois de sentir forte vontade de urinar ou sem perceber? Se afirmativo, considerou-se urge-incontinência.

3. Você perde urina de alguma outra forma, diferente das duas perguntas anteriores? Se afirmativo, considerou-se como tipo indefinido.

- Quando a mulher respondeu afirmativamente às duas primeiras questões, considerou-se como incontinência mista.

Os dados coletados foram inseridos em um banco de dados, utilizando-se o programa Excel. Para o estudo estatístico foi utilizado o programa computacional SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 8.2. (SAS Institute Inc, 1999-2001, Cary, NC, USA).

Após a coleta de dados, foi estabelecida a prevalência de IU e a seguir, os grupos sem e com incontinência foram comparados quanto à prevalência de algumas variáveis.

A análise descritiva foi realizada através de tabelas de frequências para as variáveis categóricas e medidas de posição e dispersão para as variáveis contínuas.

Para verificar associação ou comparar proporções foi utilizado o teste t de Student, Qui-quadrado (χ^2) ou Exato de Fisher, quando necessário. Para comparar medidas contínuas entre dois grupos independentes foi utilizado o teste de Mann-Whitney^(17,18). Para verificar a associação das variáveis com a IU foi utilizada a análise de regressão logística univariada e multivariada. Pelo processo de seleção das variáveis "Stepwise" obteve-se a seleção das variáveis mais significativas⁽¹⁹⁾. O nível de significância adotado foi de 5%, ou seja, $p < 0,05$.

As participantes do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição⁽²⁰⁾.

4. RESULTADOS

Foram distribuídos 378 questionários, respondidos 301 (79,6%) e eliminados dez. Assim, a amostra foi composta por 291 (77%) participantes e 80 (27,5%) referiram queixa de perda involuntária de urina pelo menos uma vez por mês, no último ano.

Cerca de um terço (34%) das funcionárias referiu queixas de IM; 28% referiram IUE; 20%, UI e 16%, outros tipos de incontinência urinária. A prevalência de perda urinária foi maior entre as auxiliares de enfermagem ($p = 0,0356$, pelo teste χ^2).

O grupo mais jovem foi o das técnicas de enfermagem (48% ≤ 30 anos) e o de maior idade, o das atendentes de enfermagem (22,2% ≥ 51 anos). O grupo de auxiliares e de atendentes de enfermagem apresentaram uma proporção elevada de indivíduos com idade ≥ 41 anos (66% e 72,2% respectivamente) e sobrepeso/obesidade (58,5% e 44,4%, respectivamente) (Tabela 1).

A idade média do grupo como um todo foi 37 ($DP \pm 10$) anos, variando de 19 a 66 anos. O IMC foi, em média, 25,5 ($DP \pm 4,9$) kg/m^2 com variação entre 16,4 kg/m^2 e 42,5 kg/m^2 .

Considerando as funcionárias com queixa de IU, a idade média foi

Tabela 1. Idade e IMC das profissionais de enfermagem, de acordo com a categoria profissional (n= 281*). Campinas – SP, 2003.

CARACTERÍSTICAS	ENFERMEIRA		TÉCNICA		AUXILIAR		ATENDENTE	
	n	%	n	%	n	%	n	%
IDADE								
≤ 30 anos	25	29,7	61	48,4	2	3,8	0	0
31 a 40 anos	34	40,5	28	22,2	15	28,3	3	16,7
41 a 50 anos	22	26,2	31	24,6	28	52,8	9	50,0
≥ 51 anos	3	3,6	3	2,4	7	13,2	4	22,2
não respondeu	0	0	3	2,4	1	1,9	2	11,1
IMC								
≤ 25	43	51,2	74	58,7	14	26,4	6	33,4
26 a 30	15	17,8	21	16,7	16	30,2	4	22,2
> 30	13	15,5	14	11,1	15	28,3	4	22,2
Não respondeu	13	15,5	17	13,5	8	15,1	4	22,2
TOTAL	84	100	126	100	53	100	18	100

*Correspondente ao número de funcionárias que identificaram a categoria profissional.

Tabela 2. Perfil das profissionais de enfermagem, de acordo com a presença ou não de incontinência urinária. Campinas, 2003.

CARACTERÍSTICAS	COM IU (n=80)		SEM IU (n=211)		TOTAL (n=291)	
	n	%	n	%	N	%
IDADE						
≤ 30 anos	15	18,7	74	35,1	89	30,6
31 a 40 anos	21	26,3	59	28,0	80	27,5
41 a 50 anos	35	43,7	60	28,4	95	32,6
≥ 51 anos	9	11,3	10	4,7	19	6,5
não respondeu	0	0	8	3,8	8	2,8
IMC						
≤ 25	27	33,7	112	53,1	139	47,8
26 a 30	20	25,0	37	17,5	57	19,6
≥ 30	23	28,8	27	12,8	50	17,2
não respondeu	10	12,5	35	16,6	45	15,4
RAÇA						
Branca	55	68,8	148	70,1	203	69,8
Não branca (negra e mestiça)	23	28,8	55	26,1	78	26,8
Não respondeu	2	2,5	8	3,8	10	3,4
INGESTÃO DE CAFÉ						
50 – 100 ml	23	28,8	67	31,8	90	30,9
150 – 200 ml	11	13,7	53	25,1	64	22,0
250 – 300 ml	13	16,2	26	12,3	39	13,4
350 – 500 ml	7	8,7	14	6,6	21	7,2
550 – 1000 ml	4	5,0	4	1,9	8	2,7
1050 – 1500 ml	1	1,3	0	0	1	0,4
não quantificou	4	5,0	0	0	4	1,4
não toma café	14	17,5	44	20,9	58	19,9
TABAGISMO						
Fumava ≤ 10 cigarros/dia	5	6,3	17	8,1	22	7,6
Fumava de 11 a 20 cigarros/dia	7	8,7	10	4,7	17	5,9
Não respondeu a quantidade/dia	6	7,5	1	0,5	7	2,4
Nunca fumou	43	53,7	134	63,5	177	60,8
Ex-fumante	19	23,8	42	19,9	61	20,1
Não respondeu	0	0	7	3,3	7	2,4
ATIVIDADE FÍSICA*						
Caminhada	18	22,5	58	27,5	78	26,8
Hidroginástica	5	6,3	9	4,3	14	4,8
Natação	5	6,3	10	4,8	15	5,2
Ginástica laboral	5	6,3	2	0,9	7	2,4
Ginástica localizada	3	3,7	9	4,3	12	4,1
Musculação	3	3,7	17	8,1	20	6,9
Outros tipos de esporte	3	3,7	20	9,5	23	7,9
Não pratica atividade física	43	53,7	119	56,4	162	55,7
Não respondeu	1	1,3	1	0,5	2	0,7

* Algumas mulheres praticavam mais de um tipo de atividade física.

de 40 (DP±10) anos, variando de 19 a 66 anos. O IMC médio foi de 27,6 (DP±5,2)kg/m², variando de 18,5kg/m² a 42,5kg/m².

O perfil das profissionais que responderam o questionário é apresentado na Tabela 2. Comparando-se as mulheres continentais com as incontinentes, as mulheres com IU tinham idade mais avançada

(p=0,0008) e índice de IMC mais elevado (p<0,0001). A prevalência de IU foi maior nas faixas etárias de 41-50 e ≥51 anos (p= 0,0052, pelo teste χ^2) e IMC ≥26kg/m² e ≥30kg/m² (p= 0,0008, pelo teste χ^2).

Na Tabela 3 são apresentados os dados obstétricos das profissionais de enfermagem. Considerando-se o grupo como um todo, verifica-se

que, aproximadamente um terço das mulheres era nuligesta e também um terço era nulípara, sendo que, entre as demais mulheres que ficaram grávidas, o maior número de gestações foi seis e o maior número de partos, cinco, referidos por uma mesma funcionária. De acordo com o tipo de parto, 23,7% tiveram somente parto cesáreo e 28,2% parto vaginal com algum tipo de lesão perineal.

Comparando-se os dois grupos, com e sem incontinência, as mulheres incontinentes ficaram grávidas mais vezes ($p=0,0019$) e tiveram mais partos do que as mulheres continentas ($p=0,0024$). Quanto aos tipos de parto, verificou-se que havia uma proporção maior de mulheres com IU entre as tiveram pelo menos um parto normal ($p=0,0370$).

Comparando-se os seguintes grupos: mulheres que tiveram somente parto cesáreo; mulheres nulíparas e as que tiveram parto vaginal com rotura ou episiotomia, verificou-se que havia uma proporção maior de mulheres incontinentes no último grupo ($p=0,0220$).

Considerando a idade materna no parto (vaginal e cesáreo), entre as mulheres incontinentes que forneceram esta informação ($n=47$), a mais jovem tinha 16 anos e a maior idade foi 41 anos, por ocasião do primeiro parto. Dentre estas funcionárias, 25,4% tiveram o primeiro parto entre 21 e 25 anos. Duas apresentaram queixa de IU antes do primeiro parto (um e cinco anos antes) e quatro, no mesmo ano do último parto

(três tiveram parto cesáreo e uma, parto normal). Para as demais, a IU iniciou-se de dois até 29 anos após o último parto.

De acordo com a Tabela 4, as variáveis: IMC; idade; número de gestações, número de partos, menopausa; mudança de peso (engordar, engordar e emagrecer); uso de estrógeno; constipação intestinal; lesão perineal; tipo de parto e a hipertensão arterial mostraram estarem associadas com a queixa de IU. As demais variáveis não estavam associadas à IU.

Para identificar os fatores que estavam associados com a IU foi utilizada a análise de regressão logística univariada e multivariada. Para a análise univariada foram incluídas todas as variáveis com $p \leq 0,20$.

Na Tabela 5 são apresentadas as categorias de variáveis que tiveram associação com IU na análise de regressão logística univariada. Observou-se a associação da IU com: idade a partir dos 41 anos; IMC ≥ 26 ; alteração de peso e local do corpo que mais engordou. Os fatores ginecológicos e obstétricos (menopausa, uso de estrógeno na menopausa, número de gestações, número de partos, episiotomia no parto e ter pelo menos um parto normal) e os antecedentes pessoais como a hipertensão e a constipação intestinal também se mostraram associados com a IU.

Na análise de regressão logística multivariada pelo processo de seleção de variáveis "Stepwise" (Tabela 6) demonstrou-se que os fatores:

Tabela 3. Dados obstétricos das profissionais de enfermagem, de acordo com a presença ou não de incontinência urinária ($n=291$). Campinas – SP, 2003.

DADOS OBSTÉTRICOS	COM IU (n=80)		SEM IU (n=211)		TOTAL (n=291)	
	n	%	n	%	n	%
Nº DE GESTAÇÕES						
0	18	22,5	83	39,3	101	34,7
1	14	17,5	40	19,0	54	18,6
2	19	23,7	40	19,0	59	20,3
3	16	20,0	27	12,8	43	14,8
4	7	8,7	14	6,6	21	7,2
≥ 5	3	3,8	2	0,9	5	1,7
Não respondeu	3	3,8	5	2,4	8	2,7
Nº DEPARTOS						
0	19	23,7	88	41,7	107	36,8
1	17	21,2	47	22,3	64	22,0
2	24	30,0	42	19,9	66	22,7
3	13	16,2	23	10,9	36	12,4
4	3	3,8	4	1,9	7	2,4
5	1	1,3	0	0	1	0,3
Não respondeu	3	3,8	7	3,3	10	3,4
TIPOS DE PARTO						
Somente parto cesáreo	19	23,7	50	23,7	69	23,7
Somente parto normal	14	17,5	27	12,8	41	14,1
Somente parto fórceps	1	1,3	7	3,3	8	2,7
Parto cesáreo e/ou normal e/ou fórceps	17	21,3	19	9,0	36	12,4
Nulípara	19	23,7	88	41,7	107	36,8
Não respondeu	10	12,5	20	9,5	30	10,3
Pelo menos um parto normal	26	32,5	44	20,9	70	24,1
Pelo menos um parto fórceps	6	7,5	14	6,6	20	6,8
Somente parto cesáreo	19	23,7	50	23,7	69	23,7
TIPO DE LESÃO PERINEAL						
Parto vaginal com rotura/episio	29	36,3	53	25,1	82	28,2
Nulípara	19	23,7	88	41,7	107	36,8
Somente parto cesáreo	19	23,7	50	23,7	69	23,7
Não respondeu	13	16,3	20	9,5	33	11,3
TIPOS DE ANESTESIA						
Local	10	12,5	20	9,5	30	10,3
Na coluna	12	15,0	17	8,0	29	10,0
Sem anestesia	1	1,3	4	1,9	5	1,7
Nulípara	19	23,7	88	41,7	107	36,8
Não respondeu	38	47,5	82	38,9	120	41,2
PESO DO RN NO PARTO						
Pelo menos 1 filho com peso $\geq 4000g$	6	7,5	12	5,7	18	6,2
Não teve 1 filho com peso $\geq 4000g$	44	55,0	94	44,5	138	47,4
Nulípara	19	23,7	88	41,7	107	36,8
Não respondeu	11	13,8	17	8,1	28	9,6

Tabela 4. Associação das variáveis de estudo com a queixa de IU e teste estatístico usado. Campinas – SP, 2003.

VARIÁVEIS	p	TESTE ESTATÍSTICO
IMC	<0,0001	t de Student
Idade	0,0008	t de Student
Número de gestações	0,0019	Mann-Whitney
Número de partos	0,0024	Mann-Whitney
Menopausa	0,0065	Qui-quadrado
Mudança de peso (engordou/engordou e emagreceu)	0,0117	Qui-quadrado
Uso de estrogênio	0,0128	Fisher
Constipação intestinal	0,0204	Qui-quadrado
Lesão perineal	0,0220	Qui-quadrado
Tipo de parto (pelo menos um normal)	0,0370	Qui-quadrado
Hipertensão arterial	0,0453	Qui-quadrado
Quantidade de café/dia	0,0937	Mann-Whitney
Histerectomia	0,1026	Fisher
Correção de IU	0,1358	Qui-quadrado
Doença neurológica	0,1387	Fisher
Uso de diurético	0,1430	Qui-quadrado
Local do corpo que engordou	0,1856	Qui-quadrado
Tabagismo	0,1972	Qui-quadrado
Tipo de anestesia	0,2092	Fisher
Peso do RN	0,5665	Fisher
Diabetes	0,6133	Fisher
Atividade física	0,7328	Qui-quadrado
Tosse crônica	0,8185	Fisher
Raça	0,8516	Qui-quadrado
Consumo de café	0,9719	Qui-quadrado

Tabela 5. Análise de regressão logística univariada dos fatores associados à incontinência urinária. Campinas – SP, 2003

VARIÁVEL	NÍVEIS DE COMPARAÇÃO	p	O.R.	IC 95% O.R.
IMC	26-30 x ≤25	0,0213	2,242	1,128 – 4,459
	>30 x ≤25	0,0004	3,534	1,760 – 7,095
Idade	≥41 x ≤30	0,0009	3,101	1,585 – 6,066
Nº de gestações	Uma ou mais x Não teve	0,0019	1,343	1,115 – 1,619
Nº de partos	Um ou mais x Não teve	0,0023	1,419	1,134 – 1,776
Lesão perineal	Com episiotomia x sem lesão perineal	0,0061	2,605	1,314 – 5,164
Tipo de parto	Pelo menos um parto normal x nulíparas	0,0044	2,737	1,368 – 5,475
Menopausa	Com x Sem	0,0077	2,508	1,275 – 4,931
Uso de estrogênio na menopausa	Uso de estrogênio x não menopausa	0,0120	3,372	1,306 – 8,702
Constipação	Com x Sem	0,0120	2,139	1,182 – 3,871
Alteração de peso	Engordou x Não mudou de peso	0,0333	2,559	1,077 – 6,080
	Engordou e emagreceu x Não mudou de peso	0,0045	8,785	1,965 – 39,283
Local do corpo que mais engordou	Cintura x Não mudou de peso	0,0343	2,853	1,080 – 7,536
	Outro local do corpo x Não mudou de peso	0,0074	3,963	1,449 – 10,946
	Cintura e quadris x Não mudou de peso	0,0192	4,260	1,266 – 14,331
Hipertensão	Com x Sem	0,0480	1,976	1,006 – 3,880

Legenda: O.R. ("Odds Ratio") = Razão de Risco para IU

IC 95% O.R. = Intervalo de 95% de Confiança para a Razão de Risco.

idade, alteração de peso, constipação intestinal e hipertensão arterial estavam associadas à IU. Considerando-se a chance de queixa de IU, esta foi de 26 vezes entre as que engordaram e emagreceram; 4,2 vezes entre mulheres que emagreceram; 3,8 vezes nos casos de hipertensão arterial; 3,1 vezes, quando apresentavam constipação intestinal e, comparando-se com a faixa etária ≤30 anos, de 3,0 vezes após os 41 anos de idade. No entanto, não se pode garantir que estas variáveis são fatores de risco porque não se sabe se antecederam aos sintomas de IU. Além disso, observa-se alta variação do intervalo de confiança do *Odds Ratio* para a variável engordou e emagreceu em razão do pequeno tamanho amostral (seis). Setenta e sete

mulheres deixaram de responder a uma ou mais questões referentes às variáveis em análise, portanto, não foram incluídas na análise multivariada.

5. DISCUSSÃO

Enfatiza-se que neste estudo foi avaliado o sintoma de perda urinária que é relatado ser mais comum que a condição de incontinência urinária⁽²⁾.

O presente estudo identificou índice considerável de mulheres com IU (27,5%) e este resultado mostrou consistência com outros estudos envolvendo mulheres trabalhadoras e que encontraram prevalência de 21%⁽¹⁹⁾ e 29%⁽¹⁵⁾.

Tabela 6. Análise de regressão logística multivariada, com "Stepwise", para fatores associados à IU (n=214). Campinas – SP, 2003

VARIÁVEL	NÍVEIS DE COMPARAÇÃO	p	O.R.	IC 95% O.R.
Idade	≥41 x ≤30	0,0174	2,989	1,213 – 7,370
Alteração de peso	Engordou e emagreceu x Não mudou de peso	0,0010	25,963	3,718 – 181,276
	Emagreceu x Não mudou de peso	0,0339	4,168	1,114 – 15,590
Constipação	Com x Sem	0,0057	3,100	1,390 – 6,911
Hipertensão	Com x Sem	0,0057	3,761	1,459 – 9,630

Legenda: O.R. ("Odds Ratio") = Razão de Risco para IU

IC 95% O.R. = Intervalo de 95% de Confiança para a Razão de Risco.

Grande parte das mulheres com queixa de IU eram jovens ou na meia-idade (45% tinham idade ≤ 40 anos) e exerciam atividades ocupacionais que requeriam esforço físico, mas, em sua maioria, não praticavam regularmente atividade física estressante. Quanto ao tipo de IU, os resultados estão de acordo com outros estudos que evidenciaram maior prevalência da incontinência mista quando o diagnóstico se baseia apenas na queixa clínica^(21,22).

Na população em geral, a IUE foi maior entre mulheres com menos de 50 anos enquanto que a IM e a UI predominaram entre as mulheres com mais de 50 anos⁽⁴⁾. Em outros estudos com mulheres de idade acima de 30 anos e com mulheres jovens que exerciam atividades físicas mais severas como profissionais do atletismo, da dança e militares predominou a incontinência por esforço^(6,11,13,23-25).

Considerando-se a categoria profissional, as auxiliares de enfermagem incontinentes juntamente com as atendentes de enfermagem tinham idade mais avançada do que as outras categorias. A queixa de perda urinária foi mais freqüente entre as auxiliares de enfermagem e acredita-se que esteja relacionada com a idade (56,5% tinham mais de 40 anos) e com o sobrepeso (82,2% tinham IMC ≥ 26 kg/m²).

A análise de regressão logística multivariada apresentou como os principais fatores associados com os sintomas de perda urinária na mulher a idade, a alteração de peso e a constipação intestinal.

A associação entre a idade e a IU foi altamente significativa, indicando que a chance de desenvolver a IU aumenta com o aumento da idade. Este achado está de acordo com estudos realizados entre mulheres trabalhadoras e na população feminina em geral. As mulheres trabalhadoras incontinentes foram significativamente mais velhas (idade média de 45 anos) do que as continentas (idade média de 36 anos)⁽¹⁵⁾. Comparando-se dois grupos de mulheres trabalhadoras, a maioria (70,5%) tinha idade superior a 40 anos⁽¹⁶⁾. No entanto, em dois estudos desenvolvidos com mulheres brasileiras, não se observou associação significativa entre a idade e a IU^(14,24).

A alteração de peso mostrou ser importante fator associado com a IU. No presente estudo é importante notar que o fato de ter engordado e emagrecido aumentou a chance de apresentar IU em 26 vezes e ter emagrecido 4,2 vezes, em comparação com a não mudança de peso e este fato foi mais importante do que ter somente engordado, que teve associação com a IU na análise univariada. No entanto, ter engordado e emagrecido não tem sido relatado na literatura como fator de risco para IU e, de fato, os estudos sugerem que a diminuição do peso poderia reduzir a ocorrência de IU⁽²⁶⁾. Desta maneira, o presente estudo apresentou

resultados contraditórios em relação a literatura, apontando que ter emagrecido é um fator associado com a ocorrência de IU. É possível que estes resultados decorram do reduzido número de casos (seis mulheres incontinentes engordaram e emagreceram e 13 emagreceram). Além disso, não se sabe se, anteriormente, estas mulheres tinham sobrepeso e/ou qual foi o índice de perda de peso. Faz-se necessário, portanto, desenvolver outros estudos com casuísticas maiores a fim de confirmar ou não estes achados.

Alguns autores têm apontado que a constipação intestinal influencia no desenvolvimento da IU^(9,27,28), no entanto este fator tem sido pouco discutido e avaliado como fator de risco. Um estudo realizado com 487 mulheres demonstrou que a constipação intestinal tem significativa associação com a noctúria (risco de 2,2 vezes), UI (risco de 1,6 vez) e IUE (risco de 1,4 vezes)⁽⁹⁾. Outro estudo que envolveu 1.154 mulheres também demonstrou associação entre a constipação intestinal e a IU ($p = 0,03$)⁽²⁷⁾. Estes estudos mostram consistência com o nosso resultado, no qual observamos que 42,5% das mulheres com IU referiram ter constipação intestinal (3,1 vezes maior chance de IU).

No presente estudo, uma variável que chamou a atenção foi a hipertensão arterial cuja associação com a IU não pode ser explicada pelo uso de diuréticos que, segundo alguns autores, é fator que contribui para que mulheres hipertensas apresentem perda urinária^(29,30). Há hipótese de que a carga excessiva na bexiga, após o tratamento com diuréticos, possibilita causar não somente a urge-incontinência como também a incontinência urinária de esforço⁽⁹⁾. Considerando que, no estudo em questão, algumas mulheres hipertensas relataram usar outros medicamentos não diuréticos como tratamento, seria plausível realizar novas investigações, envolvendo a ação destes medicamentos sobre a função vesical, o que não foi possível no presente estudo em virtude de grande diversidade dos mesmos e casuística insuficiente.

6. CONCLUSÕES

A prevalência de sintoma de perda urinária, no mínimo mensalmente, foi de 27,5%. De acordo com a categoria profissional, a prevalência foi maior entre auxiliares de enfermagem (43,4%).

Considerando os fatores de risco citados na literatura, identificaram-se algumas variáveis associadas à IU e, através da análise de regressão logística multivariada a alteração de peso, a hipertensão arterial, a constipação intestinal e a idade foram as variáveis que demonstraram estar associadas aos sintomas de perda urinária.

REFERÊNCIAS

1. Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Overview: urinary incontinence in adults clinical practice guideline update. March 1996. [cited 2003 aug 2]. Available in: URL: <http://www.ahcpr.gov/clinic/uioverview.htm>
2. Abrams P, Cardoso L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the international continence society. *Urology* 2003; 61:37-49.
3. Butler RN, Maby JI, Montella JM, Young GPH. Urinary incontinence: keys to diagnosis of the older woman. *Geriatrics* 1999; 54(10):22-30.
4. Simeonova Z, Milsom I, Kullendorff AM, Molander U, Bengtsson C. The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women from a urban Swedish population. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78: 546-51.
5. Melville JL, Walker E, Katon W, Lentz G, Miller J, Fenner D. Prevalence of co-morbid psychiatric illness and impact on symptom perception, quality life, and functional status in women with urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 182(1):80-7.
6. Foldspang A, Mommsen S, Lam GW, Elving L. Parity as a correlate of adult female urinary incontinence prevalence. *J Epidemiol Comm Health* 1992; 46:595-600.
7. Sampsel CM, Harlow SD, Skurnick JS, Brubaker L, Bondarenko I. Urinary incontinence predictors and life impact in ethnically diverse perimenopausal women. *Obst Gynecol* 2002; 100(6):1230-38.
8. Brown JS, Seeley DG, Fong J, Black DM, Ensrud KE, Grady D. Urinary incontinence in older women: who is at risk? *Obst Gynecol* 1996; 87(5):715-21.
9. Moller LA, Lose G, Jorgensen T. Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years of age. *Obst Gynecol* 2000; 96(3):446-51.
10. Persson J, Hanssen PW, Rydstroen H. Obstetric risk factors for stress urinary incontinence: a population-based study. *Obst Gynecol* 2000; 96(3):440-45.
11. O'Brien J, Austin M, Seth P, O'Boyle P. Urinary incontinence: prevalence, need for treatment, and effectiveness of intervention by nurse. *BMJ* 1991; 303 (23):1308-12.

12. Krissovic M. The financial side of continence promotion. *Geriatric Nurs* 1998; 19(2):91-94.
13. Nygaard IE, Thompson FL, Svengalis SL, Albrigh JP. Urinary incontinence in elite nulliparous athletes. *Obst Gynecol* 1994; 84(2):183-87.
14. Davis G, Sherman R, Wong MF, McClure G, Perez R, Hibbert M. Urinary incontinence among female soldiers. *Military Med* 1999; 164(9):182-87.
15. Fitzgerald S, Palmer MH, Berry SJ, Hart K. Urinary Incontinence. Impact on working women. *AAOHNJ* 2000; 48(3):112-18.
16. Palmer MH, Fitzgerald S. Urinary incontinence in working women: a comparison study. *J Women's Health* 2002; 11(10):879-88.
17. Fleiss JL. Statistical methods for rates and proportions. 2nd ed. New York (USA): John Wiley & Sons Inc; 1981.
18. Agresti A, Finlay B. Statistical methods for the social sciences. San Francisco (USA): Dellen Publishing Company; 1986.
19. Palmer MH, Fitzgerald S, Berry SJ, Hart K. Urinary incontinence in working women: an exploratory study. *Women & Health* 1999; 29(3):67-82.
20. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética* 1996; 4: 15-25.
21. Indrekvan S, Fosse OAK, Hunskaar S. A Norwegian national cohort of 3198 women treated with home-managed electrical stimulation for urinary incontinence. *Scand J Urol Nephrol* 2001; 35:26-31.
22. Feldner Jr PC, Bezerra LRPS, Girão MJBC, Castro RA, Sartori, MGF, Baracat EC, Lima GR. Valor da queixa clínica e exame físico no diagnóstico da incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2002 março; 24(2):87-91.
23. Sein A, Eriksen BC, Hunskaar S. A study of female urinary incontinence in general practice. *Scand J Urol Nephrol* 1996; 30:465-71.
24. Guarisi T, Pinto-Neto AM, Pedro AO, Costa-Paiva LH, Faundes A. Sintomas urinários e genitais em mulheres climatéricas. *J Bras Ginecol* 1998; 108(4):125-30.
25. Guarisi T, Pinto-Neto AM, Osis M, J. Pedro AO, Costa-Paiva LH, Faundes A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, 35(5), 2001. [citado em 22 fev 2002]. Disponível em: URL: <http://scielo.br.php?script=sc...id=S0034-89102001000500004&lng=em&nrm=isso>
26. Bump RC, Surgerman J, Fantl A, McClisch DK. Obesity and lower urinary tract function in women: effect of surgically induced weight loss. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167(2):392-99.
27. Diokno AC, Brock BM, Herzog AR, Bromberg J. Medical correlates of urinary incontinence in the elderly. *Urology* 1990; 36(2):129-38.
28. Penn C, Lekan-Rutledge D, Joers AM, Stolley JM, Amhof NV. Assessment of urinary incontinence. *J Gerontol Nurs* 1996; 1:8-19.
29. McBride RE. Assessing and treating urinary incontinence. *Home-Healthcare Nurse* 1996; 14 (1): 27-32.
30. Butler RN, Maby JI, Montella JM, Young GPH. Urinary Incontinence: primary care therapies for the older woman. *Geriatrics* 1999; 54(11):31-44.

Data do recebimento: 03/11/2004

Data da aprovação: 03/07/2005