

Moraes Berlezi, Evelise; Mafalda Fiorin, Ana Amália; Fursel Bilibio, Pâmela Verônica; Kirchner, Rosane Maria;
de Oliveira, Karla Renata

Estudo da incontinência urinária em mulheres climatéricas usuárias e não usuárias de medicação anti-
hipertensiva

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, vol. 14, núm. 3, 2011, pp. 415-423

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403834043002>



Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia,

ISSN (Versão impressa): 1809-9823

revistabgg@gmail.com

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Brasil

Estudo da incontinência urinária em mulheres climatéricas usuárias e não usuárias de medicação anti-hipertensiva

Urinary incontinence study in menopausal women in use and non-use anti-hypertensive medicines

Evelise Moraes Berlezi¹
Ana Amália Mafalda Fiorin²
Pâmela Verônica Fursel Bilibio²
Rosane Maria Kirchner³
Karla Renata de Oliveira⁴

Resumo

Entre os fatores de risco para a incontinência urinária (IU) está o uso de medicamento anti-hipertensivo. Objetivou-se estimar a prevalência de IU em mulheres climatéricas atendidas na Estratégia de Saúde da Família em Bozano/RS e avaliar o risco do uso desses medicamentos. Trata-se de um estudo observacional, transversal, prospectivo, descritivo-analítico, com grupo de comparação, sendo o grupo 1 (G1) formado por usuárias de anti-hipertensivos e índice de massa corporal (IMC) < 29,9 kg/m² e o grupo 2 (G2) por não usuárias desses medicamentos com o mesmo IMC. A amostra foi constituída por 70 mulheres, G1(21) e G2(49). Foi aplicado um questionário abordando aspectos relacionados às condições prévias de saúde da mulher, uso de medicamentos e condições uroginecológicas. Quanto à prevalência de IU, 52,8% apresentaram esta queixa (21,4% do G1 e 31,4% do G2). Em relação aos medicamentos, destacou-se o uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina por 33,3% das mulheres. Quanto ao risco de apresentar IU pelo uso de anti-hipertensivos, o *odds ratio* mostrou que as usuárias têm 3,06 vezes mais chance de serem incontinentes ($p = 0,03$). Os resultados sugerem que o uso de medicamentos anti-hipertensivos é fator preditor de IU no grupo de mulheres estudadas.

Palavras-chave:

Incontinência urinária.
Climatério. Medicação anti-hipertensiva.
Ginecologia. Saúde do idoso. Idoso.

¹ Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI. Ijuí, RS, Brasil.

² Curso de Fisioterapia da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI. Ijuí, RS, Brasil.

³ Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Palmeira das Missões, RS, Brasil.

⁴ Curso de Farmácia da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI. Ijuí, RS, Brasil.

Correspondência / Correspondence

Evelise Moraes Berlezi
Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI.
Rua do Comércio, 3000. Bairro Universitário
98700-000 Ijuí, RS, Brasil
E-mail: evelise@unijui.edu.br

Abstract

Among other risks factors for urinary incontinence (UI) is the use of anti-hypertensive medicines. This paper aimed to value the prevalence of urinary incontinence in menopausal women attending in the Family Health Strategy in Bozano/RS and to assess the risk of these medicine use. It is a descriptive, cross-sectional and analytical study with a comparison group, being group 1 (G1) formed by women who use anti-hypertensive medicines and have a body mass index (BMI) $< 29,9 \text{ kg/m}^2$, and group 2 (G2) by women with BMI $< 29,9 \text{ kg/m}^2$ and no use of anti-hypertensive medicines. The sampling is composed of 70 women, 21 in G1 group and 49 in G2 group. Data collection was a questionnaire addressing issues related to domestic preconditions for women's health, medicine use and uro-gynecological conditions. As for the prevalence of UI, 52.8% had this complaint (21.4% in G1 and 31.4% in G2). Concerning the pharmacological class of anti-hypertensive medicines, angiotensin-converting enzyme inhibitors are used by 33.3% of women. As for the risk for UI using anti-hypertensive medicines, the *odds ratio* showed that women who use this medicine are 3.06 times more likely to be incontinent ($p = 0,03$). The results suggest that the use of anti-hypertensive medicines is a predictor of UI in the group of women studied.

Key words: Urinary incontinence. Menopause. Anti-hypertensive medicines. Gynecology. Health of the Elderly. Aged

INTRODUÇÃO

Cada vez mais, a incontinência urinária (IU) vem se tornando um importante problema de saúde pública, em função do impacto sobre os aspectos físicos, psíquicos e na vida social dos portadores, em especial das mulheres.¹

A perda da continência é uma condição extremamente desconfortável, chegando a afetar até 50% das mulheres em alguma fase de suas vidas. Essas mulheres se tornam deprimidas e irritadas, o que reduz sua autoestima, ocasionando isolamento social e receio de se expor em ambientes públicos, podendo gerar situações desagradáveis e constrangedoras, devido à perda de urina.²

Vários estudos com mulheres no período do climatério têm explorado a relação dessa fase com a IU, como o realizado por Pedro et al.³ em inquérito populacional domiciliar na cidade de Campinas-SP, Brasil, com 456 mulheres no período de climatério, que evidenciou uma prevalência de 27,4% de IU nesse grupo.

Outro estudo que corrobora esta temática é o de Coelho et al.,⁴ que investigou 207 mulheres em São Sebastião/Setúbal, Portugal, com

mulheres a partir de 18 anos. A pesquisa objetivou estimar a IU, caracterizá-la e verificar os fatores predisponentes, e seus resultados apontaram uma prevalência de incontinência de 73,5% nas mulheres na faixa etária de 48 a 57 anos e de 76% para mulheres com idade acima de 58 anos.

A incontinência urinária é uma doença multifatorial, e alguns fatores que se destacam são a história gineco-obstétrica, obesidade, doenças crônicas, fatores hereditários, uso de medicamentos, consumo de cafeína, tabagismo, exercícios físicos rigorosos e o avanço da idade acompanhado das alterações hormonais que têm início no climatério.⁵

No que se refere aos fatores de risco para IU, a literatura aponta diferentes medicamentos como desencadeantes dessa patologia, destacando entre eles os anti-hipertensivos. Os anti-hipertensivos podem agravar os distúrbios de ordem miccional e IU. Segundo os autores, diuréticos, betabloqueadores e bloqueadores dos canais de cálcio são os anti-hipertensivos mais relacionados com distúrbios miccionais.⁶

Existem situações transitórias e definitivas que podem levar à IU. As causas de IU transitória

incluem o uso de medicamentos, constipação intestinal, infecções do trato urinário, distúrbios psicológicos, ingestão de líquidos em excesso, dificuldade de locomoção e vaginite atrófica. As situações transitórias são responsáveis por 50% dos casos de IU nas mulheres idosas, tendo como indutor o uso de fármacos, uma vez que estes podem interferir tanto na função vesical como na uretral. Entre esses fármacos, os anti-hipertensivos parecem ter papel de destaque, por serem utilizados em grande escala pela população. Dentre as classes de medicamentos anti-hipertensivos, os diuréticos de alça podem aumentar a produção de urina, funcionando como fator predisponente para possíveis perdas urinárias.⁷

Segundo Reis et al.,⁸ os bloqueadores dos receptores alfa-adrenérgicos podem bloquear os receptores do colo vesical, ocasionando perdas por estresse nas mulheres idosas, pois estas possuem como fatores predisponentes a diminuição do comprimento da uretra e da pressão de fechamento uretral. E ainda segundo os autores supracitados, os bloqueadores do canal de cálcio podem predispor à IU por promover o relaxamento da musculatura lisa, ocasionando o aumento do volume residual pós-miccional, podendo levar à incontinência de estresse ou de transbordamento pela retenção de urina. Já os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) podem levar à perda de urina por provocar tosse, por seu efeito colateral, fato que aumenta a pressão abdominal, predispondo à incontinência.

O tema proposto nesta pesquisa está pautado na necessidade de mais estudos para fins de refutar achados anteriores, ou ainda, avançar para novas descobertas e para a resolutividade deste problema de saúde pública que é a IU. Segundo Higa et al.,⁵ no período entre 1983 e 2003 foram realizados apenas três estudos sobre o tema no Brasil, o que também justifica a exploração da temática.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi avaliar a associação da IU com o uso de medicamentos anti-hipertensivos em mulheres climatéricas de 45 a 60 anos.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo do tipo observacional, transversal, prospectivo, descritivo-analítico. A população do estudo são mulheres na faixa etária de 45 a 60 anos, residentes no município de Bozano/RS e cadastradas na Estratégia de Saúde da Família (ESF). O município tem uma única unidade de saúde que atende a toda a população, rural e urbana. Este município, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, contava com 2.363 habitantes, sendo 1.124 mulheres. Do total de mulheres, 236 encontravam-se na faixa etária do estudo.⁹

A amostra foi probabilística, sendo constituída por sorteio aleatório a partir de informações da unidade de saúde. Foram incluídas no estudo as mulheres que atenderam aos seguintes critérios: faixa etária entre 45 e 60 anos; índice de massa corporal (IMC) menor que 29,9 kg/m², sem comprometimento cognitivo e de fala e que consentiram participar do estudo. A amostra final foi de 70 mulheres, que integraram dois grupos: grupo 1 (G1), formado por usuárias de medicação anti-hipertensiva, e grupo 2 (G2) constituído por não usuárias de medicação anti-hipertensiva.

A coleta dos dados foi realizada no domicílio, com pré-agendamento por intermédio dos agentes comunitários de saúde. 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 a constipação, infecções urinárias, incontinência fecal, prolapso genital, cirurgia para correção de prolapso genital, histerectomia e histórico obstétrico.
- Uso de medicação anti-hipertensiva, classe, medicamento e associação de medicamentos. Solicitou-se a cada participante que apresentasse as embalagens ou prescrições dos medicamentos utilizados.
- Nos dados uroginecológicos, investigaram-se questões relacionadas a 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 em função da perda de urina. Considerou-se incontinente a mulher que manifestou queixa de perda de urina a grandes, moderados e pequenos esforços, independentemente do volume, e as que relataram a necessidade de controlar a ingestão de líquidos para evitar escapes de urina.

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 consubstanciado n. 023/2009, sendo realizado de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Para a análise estatística, utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS-PC). Os dados categóricos foram analisados através da estatística descritiva (média, desvio padrão, frequências relativa e absoluta). Foram calculados a razão de probabilidade de ocorrência (*odds ratio*, OR) e os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%), para as associações entre os potenciais fatores de risco e desfecho. A associação entre as categorias foram analisadas usando o teste Exato de Fisher.

RESULTADOS

A amostra total do estudo constituiu-se por 70 mulheres com idade média de $51,25 \pm 4,44$ anos, com idade mínima de 45 anos e máxima de 60. O G1 é formado por 21 mulheres e o G2 por 49, com a média de idade e desvio-padrão, respectivamente, de $52,19 \pm 4,55$ e $50,9 \pm 4,38$ anos. Em relação ao IMC, a média da amostra foi de $25,38 \pm 3,21$ Kg/m²; no G1 a média foi de $26,37 \pm 2,58$ Kg/m², e no G2, a média foi de $24,96 \pm 3,39$ Kg/m².

Tabela 1 - Frequência de medicamentos utilizados pelo G1. Bozano, RS, 2010.

VARIÁVEIS	Medicamentos	*% (n)
CLASSE	Diuréticos	9,5 (2)
	Betabloqueadores	14,3 (3)
	Inibidores da ECA	33,3 (7)
	Associação de anti-hipertensivos**	42,9 (9)

* Número G1 = 21 **HCTZ+Enalapril.

A tabela 1 mostra a distribuição das mulheres do G1 quanto à classe de medicação anti-hipertensiva, destacando-se os IECA que foram utilizados por 33,3% (7) das mulheres, seguidos dos beta-bloqueadores, 14,3% (3). Quase a metade das mulheres faz uso de associação de anti-hipertensivos (HCTZ+Enalapril).

Na tabela 2, os dados apresentados se referem ao grupo G1, usuárias de medicação anti-hipertensiva, grupo constituído de 21 mulheres, das quais 15 foram consideradas incontinentes e seis, continentas. Nessa tabela se observa a

distribuição do número de mulheres com e sem IU segundo a medicação utilizada. Dentre as mulheres incontinentes, a medicação anti-hipertensiva mais usada é da classe dos IECA, seguida pela classe dos beta-bloqueadores.

Das usuárias de IECA, 26,6% (4) apresentavam IU. Essa classe de medicação ainda é clinicamente utilizada em associação com diuréticos pelas mulheres incontinentes, o que pode ser visto também na tabela 2. Observa-se que 46,6% (7) das mulheres com IU utilizavam esta associação de fármacos para controle dos níveis de pressão arterial.

Tabela 2 - Distribuição do número de mulheres com e sem IU segundo a medicação entre as usuárias de medicação anti-hipertensiva (grupo G1). Bozano, RS, 2010.

VARIÁVEIS	Medicamentos	Mulheres com IU *% (n)	Mulheres sem IU *% (n)
CLASSE	Diuréticos		
	Hidroclorotiazida	6,6 (1)	16,6 (1)
	Betabloqueadores		
	Atenolol	13,4 (2)	-
	Propranolol	6,6 (1)	
	Inibidores da ECA		
	Captopril	6,6 (1)	-
	Enalapril	20 (3)	50 (3)
	Associação		
	Enalapril + hidroclortiazida	46,6 (7)	33,3 (2)

* Cálculo realizado segundo o número de mulheres com queixa (15) e sem queixa (6).

Comparando os grupos, observou-se que 66,6% (14) das mulheres do G1 e 65,3% (32) do G2 encontravam-se no período de menopausa.

Quanto à perda de urina entre os grupos, 71,4% (15) das mulheres do G1 e 44,8% (22) do G2 relataram essa condição (tabela 3).

Tabela 3 - Mulheres na menopausa e no período reprodutivo com e sem queixa de IU. Bozano, RS, 2010.

	Com queixa de IU % (n)		Sem queixa de IU % (n)		Total de mulheres
	G1	G2	G1	G2	
Mulheres na menopausa	21,7% (10)	34,7% (16)	8,6% (4)	34,7% (16)	46
Mulheres no período reprodutivo	21,7% (5)	26% (6)	8,6% (2)	43,4% (10)	23

Uma entrevistada não respondeu.

Das 70 mulheres que participaram da pesquisa, 65,7% (46) encontravam-se no período de menopausa, 32,8% (23) ainda estavam em período reprodutivo e 1,5% (1) não respondeu sobre sua situação.

Na tabela 3, pode-se observar a comparação entre G1 e G2 no que diz respeito à queixa de IU em relação à variável menopausa. Dentre as mulheres do G1 que estão na menopausa, 21,7% (10) apresentaram IU, enquanto no G2 este percentual é de 34,7% (16). Em relação às mulheres que estavam no período reprodutivo,

21,7% (5) do G1 e 26% (6) do G2 apresentaram queixa de IU.

A estatística analítica mostrou, através da medida de associação da Razão de Chance (*odds ratio*), que a menopausa não era um fator de risco para perda de urina (OR = 1) para as mulheres usuárias de medicação anti-hipertensiva e com IMC < 29,9 kg/m². Já para as mulheres climatéricas não usuárias de medicação anti-hipertensiva e IMC < 29,9 kg/m², a menopausa representou um fator de risco para a perda urinária (OR = 1,66).

Tabela 4 - Incontinência urinária segundo uso de medicação. Bozano, RS, 2010.

	G1 % (n)	G2 % (n)	Total
Apresenta incontinência urinária	21,4% (15)	31,4% (22)	52,8% (37)
Não apresenta incontinência urinária	8,6% (6)	38,6% (27)	47,1% (33)
Total	30% (21)	70% (49)	100% (70)

Na tabela 4, observa-se que 52,8% (37) das mulheres do estudo apresentaram queixa de perda de urina. Entre as mulheres do G1, a prevalência de queixa foi de 21,4% (15) e no G2 esta prevalência foi de 31,4% (22). Evidenciou-se que o uso de medicação anti-hipertensiva é fator de risco para a IU (OR = 3,06). No teste estatístico Exato de Fischer, verificou-se associação entre o uso de medicação e IU com o valor de $p = 0,03$.

DISCUSSÃO

Em relação à prevalência de IU, estudos têm mostrado uma variação entre 1,6% a 50%. Outro aspecto, também evidenciado nessas pesquisas, é que prevalência tende a se elevar no período pós-menopausa.¹⁰ Cita-se o estudo de Higa et al.,⁵ que verificou que no período reprodutivo a prevalência foi de 26%, enquanto que na menopausa elevou-se de 30% a 42%. Também Hunskaar et al.¹¹ mostraram em seu estudo que a prevalência aumenta com a idade jovem-adulto, apresentando valores entre os 20% e 30% – sendo que nos adultos a prevalência é de 30% a 40%, aumentando para 30% a 50% nos idosos.

Os resultados do presente estudo apontaram para uma prevalência de 52,8% de IU entre as mulheres na faixa etária entre 45 a 60 anos. Comparando os grupos do estudo, verificou-se que entre as usuárias de medicação anti-hipertensiva, a prevalência de incontinência foi de 21,4% (15), enquanto que entre as não usuárias destes medicamentos a taxa foi de 31,4% (22).

Comparando esses dados, na literatura encontrou-se o estudo de Pedro et al.,³ do qual participaram 456 mulheres, na mesma faixa etária das mulheres do presente estudo; no entanto, a

prevalência encontrada foi de 27,4%. Também Minassian et al.¹² publicaram estudo que revelou que entre as mulheres com mais de 50 anos, há maior prevalência de incontinência.

Essas referências confirmam a variação da taxa prevalência de IU. Segundo Reis et al., esta variação está relacionada aos diferentes tipos de questionários aplicados, às amostras populacionais distintas, à falta de uniformização das definições, à ausência de seguimento no longo prazo das populações estudadas e ao desconhecimento da história natural da incontinência.⁸

Quanto à variável menopausa há estudos, como o de Higa et al.,⁵ que evidenciaram associação entre IU e as alterações hormonais características da menopausa que podem afetar a musculatura pélvica. Segundo os autores, a diminuição do estrogênio na pós-menopausa leva a mulher à incontinência, contribuindo para sintomas urinários como aumento da frequência, urgência e disúria. Contudo, esta variável na análise estatística do estudo aqui apresentado não confirma a menopausa como um fator de risco.

Segundo Pardini, vários elementos são responsáveis pela continência urinária na mulher, incluindo o tônus e o trofismo do assoalho pélvico e da mucosa uretral, que são dependentes do estrogênio. Também existem receptores de estrogênio e de progesterona no trato urinário inferior e assoalho pélvico nos ligamentos e nas fâscias musculares que formam o diafragma pélvico e urogenital da mulher.¹³

Ainda contribuindo para esta discussão, o estudo de Guarisi et al., realizado através de inquérito populacional, verificou que o estado menopausal não apresentou diferenças no risco

de incontinência entre as mulheres que se encontravam na pré, peri ou pós-menopausa. Dessa forma, a prevalência de IU nas mulheres no período de menopausa permanece controversa, pois há estudos que relatam essa associação, enquanto outros discordam desses achados.¹⁴

Em relação à variável medicação, vista como fator de risco para incontinência, há na literatura estudos que mostram que alguns medicamentos aumentam a frequência e a urgência urinária. Menciona-se o estudo de Higa et al., que refere os fármacos simpaticomiméticos e parassimpaticolíticos como uma dessas medicações. Estes fármacos têm ação no trato urinário inferior e podem alterar a função vesical, piorando ou contribuindo para o aumento da frequência da perda urinária. Encontra-se na literatura que vários fármacos anti-hipertensivos afetam funcionalmente o trato urinário inferior e podem ser fator desencadeante para a IU.⁵ Na análise estatística do presente estudo, verificou-se que o uso de medicação anti-hipertensiva é fator de risco para incontinência, também sendo observada significância estatística entre o uso de medicação e incontinência.

Ainda nesta linha de discussão, cita-se o estudo de Coelho et al., que verificaram que medicamentos com ações antidepressiva, diurética, anti-hipertensiva e suplementos hormonais apresentam relação significativa com a IU, com probabilidade de surgimento de incontinência entre 2,8 a 5 vezes em comparação com mulheres não usuárias destes medicamentos.⁴ Em relação ao uso de medicação anti-hipertensiva, notou-se nesse estudo que a classe de medicamentos mais utilizada pelas mulheres foi a dos IECA. Além disso, nove mulheres utilizam a associação de IECA e HCTZ. Destas, apenas duas não apresentam queixa de IU, o que provavelmente se deve ao fato de estas mulheres estarem expostas a pelo menos dois fatores de risco para a patologia, reforçando a hipótese de que esses fármacos podem promover IU. Já que segundo Reis et al., os diuréticos também podem levar à incontinência, por aumentarem a frequência e a urgência miccional.⁸ E ainda entre as usuárias de HCTZ em monoterapia, uma (50%) relatou incontinência.

Das usuárias de medicamentos anti-hipertensivos, 14,2% fazem uso de beta-bloqueadores. Sobre os fármacos deste grupo, Porto et al. afirmam que provocam relaxamento do esfíncter da uretra e diminuição da resistência ao fluxo urinário, pois sua ação facilita o esvaziamento da bexiga, podendo levar à incontinência.¹⁵ Os mesmos pesquisadores, em estudo de caso, relacionaram a incontinência ao uso do carvedilol, fármaco beta-bloqueador não seletivo, sugerindo que as propriedades antagonistas alfa 1 do fármaco tenham contribuído para o quadro patológico, pois as queixas de perda de urina se iniciaram logo após o primeiro mês de tratamento. Ainda no mesmo estudo, os autores relacionaram o fármaco citado com o bisopropol, um bloqueador beta-cardiosseletivo: com o uso deste último não houve registro de incontinência, o que leva a confirmar que o carvedilol pode levar a essa situação.

Entretanto, no presente estudo três mulheres fazem uso de beta-bloqueadores, duas usam atenolol, um cardiosseletivo e uma, propranolol, que não apresenta seletividade pelos receptores cardíacos, sendo que todas relataram incontinência. Lullman & Mohr afirmam que a seletividade desses fármacos não é suficiente para que eles sejam usados com segurança em portadores de asma ou *diabetes mellitus*.¹⁶ Da mesma forma, talvez também não seja suficiente para proteger mulheres que estejam expostas simultaneamente a outros fatores de risco para IU.

Neste contexto, Higa et al.⁵ afirmam que na assistência à saúde da mulher se faz necessário identificar o problema e seus fatores de risco, bem como incluir intervenções para prevenção, diagnóstico e tratamento relacionados à perda de urina. Nesta mesma perspectiva, Honório e Santos¹⁷ propõem orientações para o autocuidado do paciente incontinente, apresentando esta como uma possibilidade de recuperação da continência a baixos custos. E ainda, Guarisi et al.¹⁴ ressaltam a importância de abordar rotineiramente essa queixa e atuar mediante estratégias preventivas, visando a diminuir a prevalência de incontinência entre mulheres climatéricas.

Outros fatores estão relacionados à queixa de perda de urina; no entanto, este estudo buscou, através dos critérios de inclusão, minimizar dois fatores a idade, não incluindo mulheres com idade acima de 60 anos, e a variável IMC, por não incluir as mulheres com sobrepeso e obesidade. Também teve por objetivo averiguar se o uso de medicação anti-hipertensiva mostrava relação com a IU, constituindo os grupos de comparação. No entanto, as limitações do estudo estão no fato de haver variáveis confundidoras, ou seja, há a presença de fatores que também implicam na condição de perda de urina. Nesse contexto, estudos subsequentes se fazem necessários para refutar ou confirmar achados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo geram algumas reflexões que podem auxiliar os profissionais de saúde na assistência de mulheres climatéricas. Um destes aspectos é, por exemplo, uma mulher que não referia escapes de urina e ao iniciar o uso de um medicamento para controle da pressão arterial, se depara com tal situação. Contudo, este é um cuidado para o qual o profissional deve atentar, uma vez que, para a

mulher, episódios de perda de urina durante as atividades de vida diária pode não estar correlacionados com a medicação em uso e podem passar despercebidos caso não haja uma abordagem por parte do profissional e a mulher espontaneamente não o referir.

A IU, para muitas mulheres, é considerada uma condição inerente ao envelhecimento, e muitas vezes não é relatada à equipe de saúde. Esta condição compromete diretamente a qualidade de vida, e em algumas situações mais graves, pode ser o fator desencadeante de depressão e consequente isolamento social.

Nesse contexto reforça-se a necessidade, na prática clínica diária, de que as mulheres nessa fase da vida tenham a devida atenção por parte dos profissionais da saúde, no que diz respeito à queixa de perda de urina, para que elas desfrutem de forma plena sua maturidade.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem à Secretaria Municipal de Saúde de Bozano-RS e aos agentes comunitários de saúde, pelo apoio.

REFERÊNCIAS

1. Silva PN, Mateus P, Barros H. Prevalência e gravidade de incontinência urinária em mulheres do Porto. *Rev Epidemiol* 1999;13(Supl.5):16-9.
2. Fonseca ESM, Fonseca MCM. Incontinência urinária feminina e qualidade de Vida. In: Moreno AL. *Fisioterapia em Uroginecologia*. Barueri: Manole; 2004. p. 95-8.
3. Pedro AO, Pinto-Neto AM, Costa-Paiva LHS, Osís MJ, Hardy EE. Síndrome do climatério: inquérito populacional domiciliar em Campinas. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(6): 735-42.
4. Coelho M, Salvado A, Robalo L. Incontinência urinária feminina: prevalência em 2006 e factores predisponentes na população de Setúbal. *Essfisionline* 2007; 3(1): 3-14.
5. Higa R, Lopes MHB, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enferm* 2008; 42(1): 187-92.
6. Gromatzky C, Arap S. Anti-hipertensivos, disfunção sexual e distúrbios miccionais. *Rev Soc Cardiol. Estado de São Paulo* 1998; 8(6): 1181-186.
7. Palma PCR, Ricetto CLZ. Incontinência urinária na mulher. In: Barata HS, et al. *Urologia, princípios e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999. p 209-20.
8. Reis RB, Cologna AJ, Martins ACP, Tucci Júnior S, Suaíd HJ. Incontinência Urinária no Idoso. *Acta Cir. Bras* 2003;18(Supl 5): 47-1.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sistema IBGE de recuperação automática-

- SIDRA. 2009 [acesso em 15 jan 2009]. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/>>.
10. Guarisi T. Incontinência urinária em mulheres climatéricas: estudo epidemiológico, clínico e urodinâmico. Campinas Tese [Doutorado em tecnoginecologia]— Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2000.
 11. Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *British Journal of Urology* 2003; 93: 324-30.
 12. Minassian V, Drutz H, Al-badr A. Urinary incontinence as a worldwide problem. *Intl J Gynecol* 2003; 82: 327-38.
 13. Pardini D. Terapia hormonal da menopausa. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2007; 51(6): 938-42.
 14. Guarisi T, Pinto Neto AM, Osis MJ, Pedro AO, Paiva LHC, Faúndes A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileira: inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(5): 428-35.
 15. Porto J, Silva JM, Alexandrino MB, Alves Moura JJ. Incontinência urinária secundária ao carvedilol. *Rev Medicina Interna* 2003; 10 (2): 87-9.
 16. Lüllmann H, Mohr K. *Farmacologia : texto e atlas*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004. p. 185.
 17. Honório MO, Santos SMA. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. *Rev.bras.Enf* 2009; 62 (1):51-6.

Recebido: 14/7/2010

Aprovado: 23/2/2011

