

Caracterização e Fatores de Risco de Incontinência Urinária em Mulheres Atendidas em uma Clínica Ginecológica

Characterization and Risk Factors of Urinary Incontinence in Women Cared in a Gynecological Clinic

Caracterización y Factores de Riesgo de Incontinencia Urinaria en Mujeres Atendidas en una Clínica Ginecológica

Luana Feitosa Mourão¹, Maria Helena Barros Araújo Luz¹, Antonio Dean Barbosa Marques², Claudia Daniella Avelino Vasconcelos Benício¹, Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes¹, Antônio Francisco Machado Pereira¹

RESUMO

Incontinência urinária é um problema de saúde pública por ser uma doença multifatorial que acomete, em termos, 27,6% das mulheres e 10,5% dos homens, refletindo nas relações interpessoais, profissionais e sexuais. O estudo teve como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico, epidemiológico e clínico de mulheres com incontinência urinária atendidas em uma clínica ginecológica de um hospital universitário do Piauí. É uma pesquisa de campo do tipo exploratório descritiva e transversal, que foi realizada em setembro de 2015, mediante a aplicação de um formulário semiestruturado a 48 mulheres. A prevalência de incontinência urinária foi maior em mulheres com faixa etária entre 30 e 48 anos (52,1%), casadas (56,3%), pardas (72,9%) e com ensino fundamental incompleto (39,6%). Destacam-se como fatores de risco: consumo de cafeína (97,9%), cirurgia ginecológica (87,5%), infecção urinária (62,5%) e prática de atividade física (56,3%). O tempo de início da doença foi entre um e cinco anos (43,8%), com episódios de perda de urina ao espirrar (89,6%), ao tossir (83,3%) e antes de chegar ao banheiro (75%). Tais mulheres adotaram como atitudes comportamentais ficar próximas ao banheiro (54,2%) e fazer uso de absorventes ou de forros (41,7%). Apenas 33,3% procuraram um médico, 35,4% receberam orientações sobre a doença, 25% conheceram o diagnóstico médico e 12,5% realizaram algum tipo de tratamento. O estudo possibilitou conhecer a realidade das mulheres com incontinência urinária que buscam assistência à saúde em um hospital universitário, com resultados que se aproximam de estudos anteriores sobre a temática.

DESCRITORES: Incontinência urinária. Fatores de risco. Enfermagem. Estomaterapia.

ABSTRACT

Urinary incontinence is a public health problem because it is a multifactorial disease that affects 27.6% of women and 10.5% of men. Thus, it reflect in interpersonal, professional and sexual relations. The study aimed at characterizing the sociodemographic, clinical and epidemiological profile of women with urinary incontinence cared at a gynecological clinic of a university hospital in Piauí, Brazil. It is a descriptive exploratory field research, carried out in September 2015, by applying a semi-structured form in 48 women. The prevalence of urinary incontinence was higher in women aged between 30 and 48 years old (52.1%), married (56.3%), brown (72.9%) and with incomplete primary school educational

¹Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Teresina (PI), Brasil.

Endereço para correspondência: Rua Martins Neto, 753, ap. 107 – Antônio Bezerra – CEP: 60360-415 – Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: luanamourao29@hotmail.com.br

²Universidade Estadual do Ceará (UECE) – Fortaleza (CE), Brasil.

Artigo recebido em: 07/04/2016 – Aceito para publicação em: 23/07/2016

level (39.6%). The risk factors include: caffeine consumption (97.9%), gynecological surgery (87.5%), urinary tract infection (62.5%), and physical activity (56.3%). The onset of the disease was between one and five years (43.8%), with episodes of urine leakage when sneezing (89.6%), coughing (83.3%) and before reaching the bathroom (75.0%). They adopted as behavioral attitudes: be next to the bathroom (54.2%); make use of tampons or linings (41.7%). Only 33.3% seek medical care, 35.4% were educated about the disease, 25.0% knew the medical diagnosis and 12.5% had some type of treatment. The study made it possible to know the reality of women with urinary incontinence who seek health care in a university hospital, with results that approach previous studies on the subject.

DESCRIPTORES: Urinary incontinence. Risk factors. Nursing. Stomatherapy.

RESUMEN

La incontinencia urinaria es un problema de salud pública debido a que es una enfermedad multifactorial, que afecta el 27,6% de las mujeres y el 10,5% de los hombres, lo que refleja en las relaciones interpersonales, profesionales y sexuales. El objetivo del estudio fue caracterizar el perfil sociodemográfico, clínico y epidemiológico de las mujeres con incontinencia urinaria que asistieron a una clínica ginecológica de un hospital de una universidad de Piauí, Brasil. Se trata de una investigación de campo descriptiva, exploratoria y transversal, realizada en septiembre de 2015, mediante la aplicación de un formulario semiestructurado en 48 mujeres. La prevalencia de la incontinencia urinaria fue mayor en las mujeres de edades comprendidas entre 30-48 años (52,1%), casadas (56,3%), de piel marrón (72,9%) y con el nivel de educación primaria incompleta (39,6%). Se destacan como sus factores de riesgo: consumo de cafeína (97,9%), cirugía ginecológica (87,5%), infección del tracto urinario (62,5%) y la práctica de actividad física (56,3%). El inicio de la enfermedad fue entre uno hasta cinco años (43,8%), con episodios de pérdida de orina al estornudar (89,6%), al toser (83,3%) y antes de llegar al cuarto de baño (75,0%). Ellas adoptaron como las actitudes de comportamiento de estar al lado del cuarto de baño (54,2%) y hacer uso de absorbentes o foros (41,7%). Sólo el 33,3% busca atención médica, el 35,4% fue educado acerca de la enfermedad, el 25% conoce el diagnóstico médico y el 12,5% realizó algún tipo de tratamiento. El estudio permitió conocer la realidad de las mujeres con incontinencia urinaria que buscan atención médica en un hospital universitario, presentando los resultados que se aproximan a los estudios anteriores sobre el tema.

DESCRIPTORES: Incontinencia urinaria. Factores de riesgo. Enfermería. Estomaterapia.

INTRODUÇÃO

Incontinência urinária (IU) é um termo utilizado para definir uma disfunção do trato urinário inferior que causa a perda involuntária de urina. Essa afecção possui índices significativos de prevalência mundial, acometendo ambos os gêneros, com prevalência de 27,6% no gênero feminino e 10,5% no masculino, sendo mais comum nas mulheres por conta da própria anatomia e do fator idade¹⁻².

A IU pode ser classificada em cinco tipos: esforço, urgente, mista, estouro e funcional³. Contudo, a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) qualifica-a apenas em três tipos: de esforço, de urgência e mista — esta última engloba ao mesmo tempo sintomas das duas anteriores e é a mais frequente⁴.

Existem alguns fatores que estão diretamente relacionados com a perda da função esfinteriana e que propiciam o surgimento da IU. Esses fatores são indícios da fragilidade da musculatura do assoalho pélvico, decorrentes do processo de envelhecimento, pela redução da elasticidade e da

contratilidade da bexiga, bem como alterações associadas à paridade, a cirurgias ginecológicas e a traumas pélvicos⁵.

Além deles, são considerados fatores de risco: idade, raça, hereditariedade, índice de massa corporal (IMC), obesidade, tipo de parto, climatério, constipação intestinal, uso de anti-hipertensivos, hipoglicemiantes e drogas, uso do tabaco, consumo de cafeína, prática de exercícios físicos intensos, doenças crônicas, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*, e histórico de infecção urinária⁶⁻⁸.

A IU atualmente é um problema de saúde pública por ser uma doença multifatorial que ocasiona transtornos físicos, psíquicos, sociais, profissionais, sexuais e econômicos, os quais interferem na qualidade de vida (QV) dos indivíduos incontinentes⁹⁻¹¹.

As mulheres incontinentes apresentam repercussões psicológicas como: aflição, incapacidades, perda da autoestima, vergonha dos episódios de perda de urina em locais públicos, medo que as pessoas sintam o odor da urina e de perder o emprego. Por isso, muitas delas mudam os seus hábitos diários para remediar sua incontinência, o que

dificulta o diagnóstico da doença, pois sentem vergonha de relatar esse fato aos profissionais da saúde, familiares e amigos¹². Tudo isso justifica a demora em procurar um serviço de saúde, por causa do constrangimento atrelado à falta de conhecimento sobre a doença e os tipos de tratamento, assim como a influência dos fatores culturais e por acreditarem que a IU seja uma condição normal do processo de envelhecimento, e muitos dos profissionais da saúde não percebem nem abordam essa doença durante as consultas¹³.

As repercussões psicológicas ocasionadas pela IU nas mulheres contribuem para a perda da autoestima e da autoconfiança e para mudanças nas relações interpessoais e sexuais, que resultam em isolamento social por receio de constrangimentos, evoluindo para um quadro de depressão^{2,10}.

Em função da complexidade dessa temática, que envolve a ocorrência de IU em mulheres com relação a aspectos socio-demográficos, fatores de risco e aspectos clínicos, terapêuticos e comportamentais, tem-se como subsídio para discutir a assistência de enfermagem a essa clientela. Tal clientela compõe o objeto de estudo deste artigo, formado por mulheres com IU atendidas em uma clínica ginecológica de um hospital universitário de Teresina, no Piauí.

A motivação para desenvolver esta pesquisa ocorreu após a leitura de um estudo sobre a prevalência de IU em mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde de Teresina, aguçando o interesse em conhecer a realidade de mulheres que relatam perda involuntária de urina em uma clínica ginecológica de um hospital universitário com uma equipe multiprofissional. Também se pensou em desenvolver um estudo que alertasse os enfermeiros sobre a IU e despertasse o interesse para a realização de atividades de promoção e prevenção para a melhoria da QV dessa clientela.

OBJETIVO

Caracterizar o perfil sociodemográfico, epidemiológico e clínico de mulheres com IU atendidas em uma clínica ginecológica de um hospital universitário.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo exploratório e descritivo, transversal. O local de pesquisa foi uma clínica

ginecológica de um hospital universitário situado no município de Teresina (PI), o qual possui uma equipe multiprofissional que realiza atendimentos de alta complexidade e com assistência direcionada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

A população da pesquisa foi composta por mulheres que aguardavam atendimento na clínica ginecológica em setembro de 2015. A amostragem foi não probabilística, do tipo intencional, constituída por 48 mulheres que aceitaram participar do estudo e que relataram perda involuntária de urina e com idade a partir de 18 anos. Os dados foram coletados mediante entrevista, utilizando um formulário semiestruturado, elaborado pela própria pesquisadora, fundamentado em estudos anteriores sobre a temática.

Tabularam-se os dados coletados por intermédio do *software* Microsoft Excel para armazenamento. Após o término da coleta e da tabulação dos dados, iniciou-se o processo de análise estatística mediante a técnica da dupla digitação por meio do *software* SPSS versão 21.0 (*Statistical Package for the Social Sciences* for Windows).

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e autorização da Comissão de Pesquisa designada pela instituição, recebendo aprovação sob o número do CAAE 46518915000005214, e atendeu aos cuidados com investigações envolvendo seres humanos, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n.º 466/12.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 48 mulheres com IU, cujos resultados se encontram estruturados, conforme os objetivos, em três tabelas — alguns dados foram descritos ao longo do texto.

Quanto ao perfil sociodemográfico das participantes do estudo, observou-se que a maioria está na faixa etária de 30 a 49 anos, é casada, parda, procedente de Teresina, reside em casa própria, com três ou mais pessoas, com média de dois ou três filhos. Menos da metade possui como nível de escolaridade o ensino fundamental incompleto, renda familiar de dois salários-mínimos e trabalha sem vínculo empregatício, de acordo com a Tabela 1.

No que se refere aos antecedentes familiares das integrantes da investigação, a grande parte relatou hipertensão

Tabela 1. Perfil sociodemográfico de mulheres com incontinência urinária() de Teresina (PI), em 2016 (n=48).

Variáveis	n	%
Faixa etária (anos)		
18 a 29	0	00,0
30 a 49	25	52,1
50 a 59	11	22,9
60 a 79	12	25,0
>80 anos	0	00,0
Profissão		
Do lar	20	41,7
Aposentada	10	20,8
Outros*	18	37,6
Naturalidade		
Teresina	6	12,5
Interior do Piauí	33	68,8
Outros estados	9	18,8
Procedência		
Teresina	32	66,7
Interior do Piauí	16	33,3
Estado civil		
Solteira	5	10,4
Casada	27	56,3
Separada	9	18,8
Viúva	7	14,6
Cor/raça		
Branca	4	8,3
Negra	8	16,7
Parda	35	72,9
Indígena	1	2,1
Nível de escolaridade		
Analfabeto	5	10,4
Ensino fundamental incompleto	19	39,6

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Variáveis	n	%
Ensino fundamental completo	6	12,5
Ensino médio incompleto	6	12,5
Ensino médio completo	9	18,8
Ensino superior incompleto	1	2,1
Ensino superior completo	2	4,2
Filhos		
Sim	46	95,8
Não	2	4,2
Quantidade de filhos		
0	2	4,2
Um	3	6,3
Dois	13	27,1
Três	11	22,9
Quatro ou mais	19	39,6
Quantidade de pessoas que mora com você		
Uma	10	20,8
Duas	8	16,7
Três ou mais	27	56,3
Nenhuma	3	6,3
Renda individual (salário-mínimo)		
Menos de um	9	18,8
Um	22	45,8
Dois	5	10,4
Três ou mais	3	6,3
Sem renda	9	18,8
Renda familiarI (salário-mínimo)		
Menos de um	6	12,5
Um	13	27,1
Dois	22	45,8
Três ou mais	7	14,6

*Autônomas, domésticas, funcionárias de empresa de confecção e recepcionistas.

arterial, dislipidemia e doença neurológica. No tocante aos antecedentes pessoais, apresenta obesidade, doença neurológica, dislipidemia e hipertensão arterial, segundo Tabela 2.

Prevaleram como fatores de risco associados à IU consumo de cafeína, histórico de cirurgia ginecológica, histórico de infecção urinária e prática de atividade física. Em menores porcentagens, mas não menos importante, ingestão hídrica diária de 2 L, problema de constipação intestinal e uso de anti-hipertensivo, como pode ser visualizado na Tabela 3.

Com relação ao tempo de início dos sintomas da IU, 43,8% (21) apresentaram a perda involuntária de urina entre um e cinco anos; 27,0% (13) havia há mais de cinco anos; 18,8% (9) havia há um ano; e 10,4% (5) há menos de um ano.

Sobre a caracterização do tipo de IU, 89,6% (43) das participantes do estudo apresentaram perda de urina ao espirrar; 83,3% (40) ao tossir; 75,0% (36) antes de chegar ao banheiro; e 37,5% (18) durante a prática de atividade física.

Entre as atitudes comportamentais exibidas pelas mulheres examinadas, 54,2% (26) disseram que procuram ficar próximas ao banheiro quando saem de casa; 41,7% (20) fazem uso de absorvente ou forro para minimizar o odor da urina ou não molhar a roupa íntima; 25% (12) têm preferência em usar roupas escuras durante o dia; 8,3% (4) fazem uso de perfumes com fragrâncias fortes para mascarar o odor da urina; e 4,2% (2) fazem controle de ingestão hídrica.

Tabela 2. Antecedentes familiares e pessoais das mulheres com incontinência urinária de Teresina (PU), em 2016 (n=48).

Variáveis	Antecedentes familiares		Antecedentes pessoais	
	n	%	n	%
Doença renal	17	35,4	6	12,5
Hipertensão arterial	38	79,2	17	35,4
Dislipidemia	25	52,1	17	35,4
Diabetes mellitus	21	43,8	6	12,5
Obesidade	22	45,8	20	41,7
Doença neurológica	25	52,1	19	39,6

Tabela 3. Fatores de risco associados à incontinência urinária apresentados pelas mulheres participantes do estudo de Teresina (PI), em 2016 (n=48).

Fatores de risco para incontinência urinária	n	%
Uso de anti-hipertensivo		
Sim	16	33,3
Não	32	66,7
Uso de hipoglicemiante		
Sim	3	6,3
Não	45	93,8
Prática de atividade física		
Sim	27	56,3
Não	21	43,8
Problema de constipação intestinal		
Sim	19	39,6
Não	29	60,4
Histórico de infecção urinária		
Sim	30	62,5
Não	18	37,5
Histórico de cirurgia ginecológica		
Sim	42	87,5
Não	6	12,5
Consumo de álcool		
Sim	9	18,8
Não	39	81,3
Consumo de tabaco		
Sim	1	2,1
Não	47	97,9
Consumo de cafeína		
Sim	47	97,9
Não	1	2,1
Ingestão hídrica/dia		
Menos de 1 L	4	8,3
1 L	13	27,1
2 L	23	47,9
3 L ou mais	8	16,7

Em relação ao autocuidado com a IU, 33,3% (16) das participantes relataram que procuraram o médico quando perceberam a perda involuntária de urina; 35,4% (17) receberam orientações sobre a doença; 25,0% (12) conhecem o diagnóstico médico da sua doença; 22,9% (11) têm dificuldades para lidar com a perda involuntária de urina; 14,6% (7) utilizaram ou utilizam alguma medida de prevenção para a IU; e 12,5% (6) realizaram algum tipo de tratamento.

Considerando as dificuldades em lidar com a IU e o fato de a doença interferir negativamente nas relações interpessoais, profissionais e sexuais, 31,3% (15) das participantes do estudo afirmaram que a IU atrapalha seu desempenho durante as atividades profissionais e as relações sexuais, e 29,2% (14) relataram que a IU atrapalha as relações interpessoais.

DISCUSSÃO

A IU é uma doença que acomete as mulheres em diferentes fases do ciclo vital, desde jovens a idosas. A incidência da doença aumenta com o avançar da idade, sendo a ocorrência de IU menor em mulheres jovens e adultas jovens (26,5%) do que em idosas (41%)¹⁴.

O processo de envelhecimento é um dos principais fatores de risco da IU, visto que, com o passar dos anos, acontecem a diminuição das fibras de colágeno e a substituição de tecido muscular por tecido adiposo, contribuindo para a redução da contratilidade dos músculos do assoalho pélvico e da capacidade de armazenamento da bexiga. Além disso, há interferência da variação dos hormônios na pós-menopausa¹⁵.

Apesar de estudos anteriores apresentarem maior incidência de IU em idosas, esse dado não foi encontrado na presente pesquisa, tendo em vista que foi desenvolvida em um ambulatório para consultas especializadas, o que pressupõe, pelos resultados achados, que as idosas estariam em consultas geriátricas em instituições de saúde de longa permanência, e que, muitas vezes por já estarem acomodadas, não buscam tratamento, e pela dificuldade de locomoção e falta de acompanhante durante as consultas.

Conforme a Tabela 1, em mulheres jovens entre 18 e 29 anos, não foi relatada a doença, tão pouco em idosas com idade igual ou superior a 80. O pico de IU ocorreu em adultas jovens com faixa etária entre 30 e 49 anos (52,1%), com

declínio entre 50 e 59 anos (22,9%) e um pequeno aumento na faixa de 60 a 79 anos (25,0%), divergindo da literatura, que mostra elevação da incidência da doença com o processo de envelhecimento.

Outro fator que também pode contribuir para a não procura do serviço de saúde é o financeiro, pois se observa na Tabela 1 que 45,8% das participantes do estudo têm renda individual de um salário-mínimo. Considerando que 56,3% dessas mulheres residem com três ou mais pessoas e, apesar de 45,8% da renda familiar ser de dois salários-mínimos, isso ainda não é o suficiente para arcar com as despesas familiares e com os custos com saúde.

Os resultados mostraram que há um movimento migratório do interior para a capital, pois 68,8% (33) das mulheres integrantes da investigação relataram ser naturais do interior do Piauí e 66,7% (32) atualmente residirem em Teresina. Esse movimento migratório justifica-se pela busca das famílias por melhores condições de saúde, estudo e trabalho.

A maioria dos estudos sobre IU é realizada com mulheres brancas, contudo há comprovação científica de que essas mulheres têm maior suscetibilidade à doença dos que as afrodescendentes⁶. Em uma análise com mulheres incontinentes, os resultados mostraram prevalência de IU naquelas com etnia caucasiana, mas, após o ajuste da análise, os resultados indicaram a predominância da IU em negras, mulatas e amarelas⁸. Esse estudo corrobora a presente pesquisa, pois a doença teve maior prevalência em mulheres pardas (72,9%), seguidas pelas negras (16,7%), e em menores números em brancas (8,3%) e indígenas (2,1%). Tal fato é justificado pelo fato de o Brasil ser um país com grande miscigenação da sua população, quando comparado a outros países.

Com relação ao nível de escolaridade, uma pesquisa com idosas mostrou a predominância da doença nas mulheres com ensino médio (44,4%) e ensino fundamental (32,5%), alcançando também o ensino superior (20,3%)⁵, o que contradiz o presente artigo, pois os resultados demonstraram baixa escolaridade das mulheres: 19 (39,6%) possuem ensino fundamental incompleto; e cinco (10,4%) não são alfabetizadas. Um número muito baixo (4,2%), porém, atingiu o ensino superior.

Apesar da disponibilização do Governo de programas de educação para diminuir o analfabetismo, percebe-se que ainda existe a desmotivação das mulheres em dar continuidade aos estudos já na meia-idade, como também a prioridade em trabalhar para suprir suas necessidades, a influência cultural e a imposição social — o homem, por

ser o provedor da família, era o encarregado de trazer o sustento para todos, cabendo à mulher o papel de cuidar dos filhos e da casa.

A multiparidade é outro fator predisponente à IU, pois o peso do abdome gravídico sobre o assoalho pélvico e o número de partos vaginais podem ocasionar traumas no assoalho pélvico, proporcionando futuramente o desenvolvimento da doença⁶. Os resultados mostraram que a média de filhos das participantes do estudo foi de dois (27,1%) e três (22,9%) e que houve quantidade significativa de mulheres (39,6%) com quatro ou mais filhos, o que enaltece a multiparidade como uma das inferências para a gênese da doença.

Observa-se, na Tabela 2, que houve repercussão das doenças familiares sobre os antecedentes pessoais das mulheres. A dislipidemia e a obesidade geralmente estão associadas às doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes *mellitus* e elas têm relação hereditária, o que explica a presença dessas doenças nas participantes do estudo. O sobrepeso e a obesidade dispõem à IU, pois o aumento da pressão abdominal gera perda involuntária de urina, e, conforme a Tabela 2, a obesidade foi a variável que predominou nos antecedentes pessoais⁶.

Um estudo dos Emirados Árabes Unidos, realizado com 300 mulheres diabéticas do tipo 2, revelou que a duração da diabetes, a idade e a obesidade são as variáveis responsáveis pela IU. Entre as mulheres com diabetes, 62,7% (188) relataram ter IU, das quais 48% (90) afirmaram ter semanalmente um episódio de perda involuntária de urina¹⁶.

Das participantes do presente estudo, 89,6% são multiparas, 70,8% possuem histórico de parto vaginal, e 43,8% parto cesáreo e já se submeteram a algum tipo de cirurgia ginecológica. Visualiza-se que as variáveis ginecológicas e obstétricas são fatores predisponentes para a IU.

Uma pesquisa de São Paulo sobre a prevalência de IU e disfunção muscular do assoalho pélvico em primíparas dois anos após o parto cesáreo mostrou que a incidência de IU foi de 17% após o parto vaginal e 18,9% depois da cesariana e que houve aumento para o risco de posterior disfunção do assoalho pélvico, com elevação do peso durante o período gravídico¹⁷. Já uma pesquisa sueca, que teve como objetivo investigar a prevalência de IU após 10 anos de realização do parto, expôs que a incidência da IU após o parto vaginal foi de 10,1% em comparação com 3,9% após a cesariana e que o aumento do risco de IU em mulheres obesas mais do que duplicou em comparação com as mulheres com IMC normal após o parto vaginal e mais que triplicou depois da cesariana¹⁸.

A SBU mostra que há conjectura de que mulheres depois da menopausa e gestantes, durante ou após o parto, vão manifestar algum tipo de ocorrência de perda de urina, com porcentagens de 35 a 40, respectivamente¹⁹.

A IU desperta a atenção dos profissionais da área da saúde por conta da sua multifatoriedade e das consequências na QV dos pacientes²⁰. Os fatores de risco mais comuns são: idade, raça, hereditariedade, IMC, obesidade, número de gestações e de partos vaginais, deformidades do assoalho pélvico ocasionadas por cirurgias ginecológicas e episiotomia, menopausa, consumo de tabaco e outros tipos de drogas, uso de medicamentos e prática de atividades físicas rigorosas, doenças como diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, câncer de bexiga, litíase, infecções urinárias recorrentes, alterações neurológicas e bioquímicas ocorridas com o avançar da idade e depressão^{15,21}.

Com relação ao consumo de cafeína, uma pesquisa sueca mostrou que o consumo de café e chá tem efeitos limitadores sobre os sintomas de IU, pois nas mulheres que indicaram maior consumo de café houve a prevalência dos três tipos de IU, e o consumo de duas xícaras de chá por dia aumentava as chances (34,0%) para bexiga hiperativa nas mulheres, em comparação com as não consumistas de chá²². Apesar de a presente análise não ter especificado os tipos de alimento que contêm cafeína, os valores para o seu consumo são alarmantes (97,9%), superando os do consumo do álcool (18,8%) e tabaco (2,1%).

O histórico recorrente de infecções do trato urinário pode ter relação temporal com a IU, daí a necessidade de o profissional de saúde solicitar exames como sumário de urina e urocultura para eliminar a hipótese de infecção urinária. Confirmadas as infecções recorrentes do trato urinário, a paciente deve ser encaminhada para a avaliação de um urologista e receber o tratamento adequado, pois quando corrigidas as causas transitórias, os sintomas da IU podem ser resolvidos³. Observa-se na Tabela 3 que 62,5% das participantes do estudo se referiram a histórico de infecção urinária.

As atividades físicas, apesar dos seus benefícios para a prevenção de muitas doenças, podem desencadear IU quando em alto impacto ou realizada de forma incorreta, sem o acompanhamento adequado de um educador físico, levando ao desenvolvimento da doença não apenas em mulheres múltiparas, como, conforme; p pesquisas que comprovam o surgimento da IU, em nulíparas¹⁴.

No tocante ao tempo de início dos sintomas da IU, constatou-se a negligência das mulheres com relação a sua

saúde, pois quando resolvem buscar tratamento a doença se encontra em um estágio mais avançado, ocasionando maior incômodo. O que é mais preocupante é que a maioria das mulheres participantes do estudo buscou atendimento não para a IU, mas para outros problemas de saúde que naquele momento mais a preocupava, o que justifica a demora em procurar tratamento em um serviço de saúde especificamente para IU, o que ocorre após um intervalo de um a cinco anos do começo dos sintomas.

Com relação ao tipo de IU, observou-se que houve prevalência de IU mista (IUM), seguida de IU de esforço (IUE) e IU de urgência (IUU), dados semelhantes aos do estudo realizado pela Universidade Federal de Pelotas com idosas⁵ e do de São Paulo, no qual a maioria das mulheres (44,16%) apresentou IUM, 40,26% foram diagnosticadas como IUE e 15,58% com hiperatividade vesical (HV) ou IUU. A literatura comumente traz a IUE como o tipo de IU mais prevalente entre as mulheres, podendo variar de 12 a 56%²³.

Os dados da presente pesquisa divergem da investigação que mostra a realidade de mulheres com IU atendidas em uma Unidade Básica de Saúde de Teresina, cujos dados revelam a prevalência da IUE (60%), seguida de IUU (28,2%) e, por último, IUM (12%)²⁴, por esta ter sido desenvolvida em um ambulatório de serviços especializados e a Unidade Básica de Saúde estar mais próxima da comunidade, proporcionando acesso simplificado e facilidades para a marcação de consultas, o que contribui com o contato inicial por parte das mulheres que relatam perda involuntária de urina.

Observou-se que as participantes do estudo são omisssas e displicentes quanto à procura de tratamento para a IU, fato que justifica os números encontrados. Ao mostrar as razões pela não procura das mulheres por tratamento nos serviços de saúde, entre elas destacam-se: sentir vergonha, acreditar que a perda involuntária de urina seja um sintoma fisiológico do processo de envelhecimento, não acreditar na melhora com o tratamento, desconhecer onde buscar tratamento, ter medo, ter vergonha em realizar consulta com os profissionais de saúde, pagar um alto valor pelas consultas e não identificar ou não notar a importância da doença pelos profissionais²⁵.

Embora a IU seja uma doença comum, principalmente nas mulheres, ainda é pouco diagnosticada, uma vez que as pacientes ponderam a perda de urina como um sintoma natural do processo de envelhecimento e que, aliada

ao medo de constrangimentos, faz com que tais mulheres acabem procurando tratamento cada vez mais tarde, quando a doença já está em um quadro mais avançado e que se acentua após a menopausa^{21,26}. Um estudo realizado em Porto Alegre demonstrou que 75% das mulheres com IU levaram cerca de três anos para procurar um serviço de saúde¹⁰.

Além disso, estigmas e episódios identificados como microagressões são experimentados por mulheres com IU, sendo a principal o sofrimento psicológico, que leva as mulheres incontinentes a reduzir seus contatos sociais e atividades por medo de serem descobertas como incontinentes²⁷.

Esse dado desperta a atenção do profissional enfermeiro, pois por ser o profissional mais próximo do paciente, ele pode orientar as mulheres incontinentes sobre a doença e como conviver com ela, sem deixar que a IU interfira negativamente na QV, além de também identificar os sintomas da doença e contribuir para o diagnóstico do problema.

A doença causa impacto negativo na QV das mulheres, pois há transformações social, profissional, sexual e mental. Para evitar os constrangimentos ocasionados pela perda involuntária de urina, elas acabam adotando determinados comportamentos, como o uso de fraldas e roupas escuras e o isolamento social, o que contribui para o desenvolvimento de quadros de depressão, ansiedade, baixa autoestima, sentimento de tristeza e problemas de convívio social e sexual²³.

Apesar de muitos estudos mostrarem que a IU interfere na QV das mulheres^{2,5,10,11,28} nas relações interpessoais, profissionais e sexuais, a presente pesquisa os contradiz, pois se verificou que a doença não compromete as atividades diárias nem as relações interpessoais e sexuais das mulheres participantes da análise, pois estas aprenderam a conviver com a IU, procurando mudar suas atitudes comportamentais para contornar as situações ocasionais pela perda involuntária de urina, como também as integrantes do estudo relataram que não desenvolveram nenhum tipo de transtorno psicológico associado à IU.

Um estudo da Suécia corrobora a presente pesquisa, pois das 206 mulheres incontinentes, 49 (34%) tiveram perda de urina durante a atividade sexual, comumente durante a penetração e o orgasmo; e 32 (65%) adotaram como medidas: realizar o esvaziamento da bexiga antes da relação sexual, interromper o ato sexual para ir ao banheiro, colocar toalhas na cama e evitar posições que contribuíssem para o aumento da perda de urina²⁹.

CONCLUSÕES

Em relação à caracterização das participantes da pesquisa, a maioria das mulheres era adulta jovem, com faixa etária entre 30 e 49 anos, procedente de Teresina, parda, casada, com dois ou três filhos em média, vínculo empregatício não remunerado e ensino fundamental incompleto como nível de escolaridade.

Os principais fatores de risco para IU apresentados pelas participantes do estudo foram: idade, consumo de café, histórico de cirurgias ginecológicas e de infecções recorrentes do trato urinário inferior, obesidade, consumo de cafeína, prática de atividade física, doenças familiares e antecedentes pessoais.

A maioria das participantes iniciou a perda involuntária de urina entre o período de tempo de um a cinco anos. Elas se referiram à perda de urina ao espirrar, tossir, durante a prática de atividade física e antes de chegar ao banheiro. Como atitudes comportamentais, adotaram ficar próximas ao banheiro ao sair de casa e fazer o uso do absorvente ou forro para minimizar o odor da urina e evitar molhar a roupa íntima.

No tocante ao autocuidado, a maioria das mulheres relatou que não procurou o médico quando percebeu a perda

involuntária de urina, não realizou tratamento, não sabe o diagnóstico da sua doença e tem dificuldade para lidar com a IU, mas que a doença não atrapalha as suas atividades profissionais, sexuais nem interpessoais.

O estudo possibilitou conhecer a realidade das mulheres com IU que buscam assistência à saúde em um hospital público de ensino, trazendo números que se aproximam aos de estudos anteriores sobre a temática.

Sugere-se que mais pesquisas a respeito da temática sejam realizadas pelos profissionais enfermeiros, pois grande parte dos estudos presentes na literatura foi desenvolvida por médicos e fisioterapeutas. O enfermeiro, por ser o profissional que está mais acessível à população, pode abordar a IU durante as consultas e promover atividades com o objetivo de ajudar as mulheres a conhecer melhor a doença e os seus cuidados, como também dar o suporte necessário para o enfrentamento do problema, não permitindo que a IU interfira na QV dessa clientela.

Ressalta-se como limitação deste estudo a restrição do tamanho da amostra, cujos resultados são pontuais e não podem ser generalizados.

REFERÊNCIAS

1. Prado DS, Lima TI, Mota VP. Conhecimento sobre incontinência urinária em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. *Rev Bras Ciênc Med Saúde*. 2013;2(2):12-7.
2. Knorst MR, Royer CS, Basso DM, Russo JS, Guedes RG, Resende TL. Avaliação da qualidade de vida antes e depois de tratamento fisioterapêutico para incontinência urinária. *Fisioter Pesq*. 2013;20(3):204-9.
3. Khandelwal C, Kistler C. Diagnosis of urinary incontinence. *Am Fam Physician*. 2013;87(8):543-50.
4. Nardoza Júnior A, Reis RB, Campos RS, editors. *Manu: manual de urologia*. São Paulo: PlanMark; 2010.
5. Carvalho MP, Andrade FP, Peres W, Martinelli T, Simch F, Orcy RB, et al. O impacto da incontinência urinária e seus fatores associados em idosas. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(4):721-30.
6. Oliveira E, Lozinsky AC, Palos CC, Ribeiro DD, Souza AM, Barbosa CP. Influência do índice de massa corporal na incontinência urinária feminina. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010;32(9):454-8.
7. Leroy LS, Lopes MH, Shimo AK. Incontinência urinária em mulheres e os aspectos raciais: uma revisão de literatura. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(3):692-701.
8. Sacomori C, Negri NB, Cardoso FL. Incontinência urinária em mulheres que buscam exame preventivo de câncer de colo uterino: fatores sociodemográficos e comportamentais. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(6):1251-9.
9. Berlezi EM, Fiorin AA, Bilibio PV, Kirchners RM, Oliveira KR. Estudo da incontinência urinária em mulheres climatéricas usuárias e não usuárias de medicação anti-hipertensiva. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;14(3):415-23.
10. Knorst MR, Resende TL, Goldim JR. Perfil clínico, qualidade de vida e sintomas depressivos de mulheres com incontinência urinária atendidas em hospital-escola. *Rev Bras Fisioter*. 2011;15(2):109-16.
11. Moccellini AS, Rett MT, Driusso P. Incontinência urinária na gestação: implicações na qualidade de vida. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2014;14(2):147-54.
12. Higa R, Rivorêdo CR, Campos LK, Lopes MH, Turato ER. Vivências de mulheres brasileiras com incontinência urinária. *Texto Contexto Enferm*. 2010;19(4):627-35.
13. Piovesan LM, Lopes MH. Avaliação clínica da incontinência urinária. *Rev Estima*. 2011;9(3):27-34.
14. Patrizzi LJ, Viana DA, Silva LM, Pegorari MS. Incontinência urinária em mulheres jovens praticantes de exercício físico. *Rev Bras Ciênc Mov*. 2014;22(3):105-10.
15. Justina LB. Prevalência de incontinência urinária feminina no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev Inspirar*. 2013;24(3):7-13.
16. Bani-Issa W, Fakhry R, Momani FA. Urinary incontinence in Emirati women with diabetes mellitus type 2: prevalence, risk factors and impact on life. *J Clin Nurs*. 2013;22(21-22):3084-94.

17. Barbosa AM, Marini G, Piculo F, Rudge CV, Calderon IM, Rudge MV. Prevalence of urinary incontinence and pelvic floor muscle dysfunction in primiparae two years after cesarean section: cross-sectional study. *Sao Paulo Med J*. 2013;131(2):95-9.
18. Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen TF, Milsom I. The prevalence of urinary incontinence 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *BJOG*. 2012;120(2):144-51.
19. Sociedade Brasileira Urologia [Internet]. SBU; 2015 [updated 2015 Mar 13; cited 2015 Apr 23]. Available from: www.sbu.org.br/publico/?doencas-urologicas&p=1043
20. Volkmer C, Monticelli M, Reibnitz KS, Bruggemann OM, Sperandio FF. Incontinência urinária feminina: revisão sistemática de estudos qualitativos. *Ciênc Saúde Col*. 2012;17(10):2703-15.
21. Higa R, Lopes MH, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):187-92.
22. Tettamanti G, Altman D, Pedersen NL, Bellocco R, Milsom I, Iliadou AN. Effects of coffee and tea consumption on urinary incontinence in female twins. *BJOG*. 2011; 118(7):806-13.
23. Dedicação AC, Haddad M, Saldanha ME, Driusso P. Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. *Rev Bras Fisioter*. 2009;13(2):116-22.
24. Benício CD, Luz MH. Prevalência e fatores de risco de incontinência urinária em mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. *Estima*. 2014;12(3):58.
25. Silva L, Lopes MH. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(1):72-8.
26. Mello ME. Repercussões psicossociais e familiares da incontinência urinária feminina [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá; 2010.
27. Heintz PA, DeMucha CM, Deguzman MM, Softa R. Stigma and microaggressions experienced by older women with urinary incontinence: a literature review. *Urologic Nursing*. 2013;33(6):299-305.
28. Sánchez-Herrera B, Carrillo GM, Barrera-Ortiz L. Incontinencia y enfermedad crónica. *Aquichan*. 2013;13(3):421-32.
29. Nilsson M, Lalos O, Lindkvist HA, Lalos A. How do urinary incontinence and urgency affect women's sexual life?. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011;90(6):621-8. DOI: 10.1111/j.1600-0412.2011.01120.x.