

Outubro, 2006 Volume 3 Número 34

## ■ Incontinência Urinária: Prevalência e Fatores de Risco em Mulheres Atendidas no Programa de Prevenção do Câncer Ginecológico

### *Urinary Incontinence : Prevalence and Risk Factors in Women Seeking for Gynecological Cancer Prevention Screenin*

José Tadeu Tamanini<sup>1</sup>, Mirce Milhomem da Mota Tamanini<sup>1</sup>, Lenira Maria Queiroz Mauad<sup>2</sup>, Ana Marta Bonilha do Amaral Prado Auler<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro de Prevenção e Tratamento de Disfunções do Asoalho Pélvico de Jaú, SP, Brasil, <sup>2</sup>Serviço de Prevenção do Câncer Ginecológico – Hospital Amaral Carvalho e Secretaria Municipal de Saúde de Jaú.

#### Resumo

O objetivo do estudo foi Identificar taxa de prevalência, fatores associados e de risco para incontinência urinária (IU) bem como impacto na qualidade de vida (QV) em mulheres que compareceram ao programa de prevenção do câncer ginecológico (PPCG). Para isso, foi feito um corte transversal em 646 mulheres que procuraram o PPCG do Hospital Oncológico no mês de Outubro/2005. A prevalência, a gravidade e o impacto da IU na QV foram avaliados por meio do ICIQ-SF. Fatores de risco foram identificados por estudo de regressão logística univariada e múltipla. A idade média foi de 37,7 anos. A prevalência geral foi de 34,8%. O ICIQ Escore da amostra foi 3,1 aumentado para 8,9 para o grupo das pacientes incontinentes. Faixa etária, escolaridade, diabetes e hipertensão arterial estavam associadas à IU e foram identificados como fatores de risco juntamente com o número de gestações. Renda familiar, presença de doenças neurológicas, paridade e via de parto não foram considerados fatores de risco nesse estudo. Mulheres com idade maior de 60 anos têm três vezes mais chances de apresentar IU do que as mulheres mais jovens de 40 anos e mulheres com HA têm 1,7 vezes mais chances de ter IU comparadas àquelas que não têm HA. A IU mostrou-se altamente prevalente nessa amostra populacional e pode ser considerada um problema de Saúde Pública na região estudada. Os fatores de risco identificáveis foram faixa etária, escolaridade, diabetes, hipertensão arterial e número de gestações. De maneira geral, mulheres idosas com hipertensão arterial, têm alto risco de apresentarem IU.

**Palavras-chave:** prevenção do câncer do colo do útero, teste de Papanicolaou, incontinência urinária, qualidade de vida, ICIQ-SF

#### Abstract

To identify prevalence, associated factors and risk factors for urinary incontinence (UI) as well as impact on quality of life (QoL) in women seeking for cancer prevention screening. Method of choice was cross sectional analysis of 646 women who sought cancer prevention screening in Oncologic Hospital in October/2005. We assessed the prevalence, severity and impact of UI on QoL by means of International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ-SF). Risk factors were identified by univariate and multivariate logistic regression models. Mean age was 37,7 years. General UI prevalence rate reached 34,8%. The ICIQ Escore from the whole population sample was 3,1 increasing to 8,9 in the incontinent group. Age, literacy, diabetes e hypertension were associated to UI and were considered and identified as risk factor along with frequency of

pregnancies. Family wages per month (< 4), neurological diseases, parity and its mode (vaginal delivery or cesarean section) were not considered risk factors in this study. Elderly women (older than 60 years) had three times the odds of UI compared to those younger than 40 years. Women with hypertension had 1.7 the odds of UI compared to those with no hypertension. UI is highly prevalent among this sample of population of our area. Furthermore, UI caused moderate impairment on QoL of women who sought cancer screening. UI should be considered a major public health problem in the studied area. Risk factor identified were age, literacy, diabetes, hypertension and frequency of pregnancy. Overall, elderly women with hypertension are at a high risk of UI.

**Key words:** cervical cancer prevention, Papanicolaou test, urinary incontinence, quality of life, ICIQ-SF

## Introdução

A IU é uma condição estressante, incapacitante, de alto custo financeiro e que causa grande impacto negativo em vários aspectos da qualidade de vida (QV)<sup>1</sup>. É definida pela Sociedade Internacional de Continência (ICS) como sendo “a queixa de qualquer perda involuntária de urina”<sup>2</sup>.

A IU é um sintoma bastante prevalente na população em geral. HUNSKAAR *et al.* publicaram dados de prevalência geral de 13 estudos em IU onde mostraram crescentes índices durante a idade adulta jovem (prevalência de 20 a 30%), amplo pico por volta da quinta década de vida (prevalência de 30 a 40%) e aumento regular e constante em pacientes acima de 60 anos (prevalência de 30 a 50%)<sup>3</sup>. GUARISI *et al.* (2001)<sup>4</sup> realizaram trabalho de prevalência em IU com mulheres brasileiras. Em pesquisa epidemiológica domiciliar, 35% das entrevistadas declaram apresentar o sintoma “incontinência urinária de esforço”.

A falta de dados epidemiológicos adequados sobre a prevalência de IU no Brasil, nos levou a conduzir este estudo em uma amostra populacional composta por mulheres que procuraram, espontaneamente, um Programa de Prevenção do Câncer Ginecológico. Os objetivos principais foram avaliar a prevalência de IU e o seu impacto na QV das pacientes da amostra populacional, verificar sua associação a variáveis sociodemográficas, clínicas e obstétricas, bem como detectar fatores de risco (FR) relacionados.

## Pacientes e Métodos

O estudo realizado foi descritivo e exploratório, de corte transversal.

### Programa de Prevenção do Câncer Ginecológico (PPCG)

Durante o mês de outubro de 2005, todas as mulheres que procuraram o PPCG do Hospital Oncológico de nossa região para coleta de Exame Papanicolaou foram incluídas no estudo, com exceção das gestantes.

*O PPCG oferece atendimento durante 40 horas semanais e recebe pacientes que se cadastravam nos postos fixos ou itinerantes.*

O PPCG oferece atendimento durante 40 horas semanais e recebe pacientes que se cadastravam nos postos fixos ou itinerantes.

O PPCG foi estruturado em níveis:

- Primário : postos de atendimento fixos e itinerantes;
- Secundário: ambulatório de ginecologia preventiva;
- Terciário: atendimento de pacientes com lesão invasiva.

*O estímulo à participação das mulheres no PPCG é feito por meio de campanhas educativas de massas, integração de profissionais de saúde do Programa em grupos e instituições que já realizam reuniões regularmente, como igrejas, associações de moradores, grupos de mães de alunos, realizando palestras.*

## **Coleta de dados**

A coleta dos dados foi realizada por enfermeiras treinadas para esse fim e que utilizaram questionário composto por questões sociodemográficas e clínicas. O Termo de Consentimento Pós-Infirmação era lido e, após aceitação espontânea, incluía a paciente no estudo. A forma preferencial de coleta dos dados foi o autopreenchimento dos questionários, mas a equipe de enfermagem lia o mesmo em casos de a paciente não ser alfabetizada e ainda auxiliava quando as pacientes apresentavam dificuldades de compreensão das questões.

## **Avaliação da Incontinência Urinária e Qualidade de Vida**

Para avaliação do estado de continência urinária a paciente era solicitada a preencher o “*International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form*” (ICIQ-SF), instrumento breve, traduzido para o Português, que teve suas propriedades psicométricas como validade, confiabilidade e responsividade previamente testadas<sup>5,6</sup>. O ICIQ-SF é composto por três questões relacionadas à frequência, gravidade da perda urinária e seu impacto na QV. Uma escala de oito itens que possibilita avaliar as causas ou situações de perda urinária completa o mesmo (Anexo). O ICIQ Escore (ICIQ E) é a soma dos escores das questões três, quatro e cinco e varia de 0 a 21. O impacto na QV foi definido de acordo com o escore da questão 5: (0) nada; (1-3) leve; (4-6) moderado; (7-9) grave; (10) muito grave<sup>13</sup>.

Para fins estatísticos, foram criados dois sub-grupos relacionados ao resultado do ICIQ E:

(A) Pacientes com IU ( $3 \geq \text{ICIQ E} \leq 21$ ) .

(B) Pacientes continentemente (ICIQ E = 0);

Após essa fase, as pacientes eram submetidas ao Exame de Papanicolaou de rotina.

O Comitê de Ética do Hospital Oncológico aprovou o projeto de pesquisa.

## **Anexo 1**

<b>ICIQ-SF EM PORTUGUÊS</b>										
Nome do Paciente: _____ Data de Hoje: ____/____/____										
Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficariamos agradecidos se você pudesse nos responder as seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas <b>ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS</b> .										
1. Data de Nascimento: ____/____/____ (Dia / Mês / Ano)										
2. Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>										
3. Com que frequência você perde urina? (assinale uma resposta)										
	Nunca <input type="checkbox"/> 0									
	Uma vez por semana ou menos <input type="checkbox"/> 1									
	Duas ou três vezes por semana <input type="checkbox"/> 2									
	Uma vez ao dia <input type="checkbox"/> 3									
	Diversas vezes ao dia <input type="checkbox"/> 4									
	O tempo todo <input type="checkbox"/> 5									
4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde. (assinale uma resposta)										
	Nenhuma <input type="checkbox"/> 0									
	Uma pequena quantidade <input type="checkbox"/> 2									
	Uma moderada quantidade <input type="checkbox"/> 4									
	Uma grande quantidade <input type="checkbox"/> 6									
5. Em geral, quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interfere						Interfere muito				
<b>ICIQ Escore:</b> soma dos resultados 3+4+5 = _____										
6. Quando você perde urina? (Por favor, assinale todas as alternativas que se aplicam a você).										
	Nunca <input type="checkbox"/>									
	Perco antes de chegar ao banheiro <input type="checkbox"/>									
	Perco quando tusso ou espirro <input type="checkbox"/>									
	Perco quando estou dormindo <input type="checkbox"/>									
	Perco quando estou fazendo atividades físicas <input type="checkbox"/>									
	Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo <input type="checkbox"/>									
	Perco sem razão óbvia <input type="checkbox"/>									
	Perco o tempo todo <input type="checkbox"/>									

**"Obrigado por você ter respondido as questões"**

## **Estudo da associação de algumas variáveis à IU e Pesquisa de Fatores de Risco (FR)**

Foi avaliada a presença, ou não, de queixa de IU e sua associação com algumas variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade, renda familiar), clínicas (Diabetes mellitus Tipo II (DM), Hipertensão Arterial (HA), Doença neurológica atual) e obstétricas (número de gestações, partos vaginais, partos cesarianos e abortos). Pesquisou-se também a presença de Fatores de Risco (FR) relacionados à IU.

### **Metodologia Estatística**

Para verificar associação ou comparar proporções foi utilizado o teste Qui-quadrado ou teste Exato de Fisher, quando necessário.

Para comparação de medidas contínuas ou ordenáveis entre 2 grupos foi utilizado o teste de Mann-Whitney e, entre 3 ou mais grupos, o teste de Kruskal-Wallis.

Como medida da Consistência Interna foi aplicado o coeficiente Alfa de Cronbach. Esse coeficiente é utilizado para verificar a homogeneidade dos itens, ou seja, sua acurácia. Como regra geral, a acurácia não deve ser

menor que 0,80 se a escala for amplamente utilizada, porém valores acima de 0,60 já indicam consistência entre os itens.

Para identificar fatores de risco para a incontinência urinária foi utilizada a análise de regressão logística univariada e múltipla.

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%.

## Resultados

Durante o mês de outubro de 2005 foram incluídas no estudo 646 mulheres que procuraram espontaneamente o PPCG, com idade média ( $\pm$  DP) de 37,7 anos ( $\pm$  13), com mediana de 37 anos e intervalo de 12 a 79 anos. Em relação à Renda Familiar, 502 (77,7%) pacientes ganhavam até quatro salários mínimos/mês. Quanto à escolaridade, 21 (3,2%) eram analfabetas, 403 (62,4%) tinham o Primeiro Grau completo ou incompleto, com média de 4,7 anos de estudo (variando de 1 a 8).

A grande maioria delas (554 ou 85,8%) apresentava atividade sexual. Do total, 20 pacientes (3,1%) apresentavam DM, 95 (14,7%) HA e 18 pacientes (2,8%) algum tipo de doença neurológica no momento da coleta dos dados. A média do número de gestações foi 2,3 ( $\pm$  2,1) e a mediana foi 2, variando de 0 a 19. A média do número de partos normais foi de 1,0 ( $\pm$  1,7), mediana de 0, variando de 0 a 12. A média de partos cesarianos foi de 1,0 ( $\pm$  1,1), com mediana de 1, com intervalo de 0 a 4.

A grande maioria (610/94,4%) nunca havia recebido tratamento prévio para IU, o que ocorreu em 36 pacientes (5,6%). Desse pequeno grupo de pacientes tratadas, a fisioterapia foi indicada em apenas 3 (8,3%).

Cerca de 58 pacientes (9%) foram incapazes de auto-responder o ICIQ-SF ou tiveram dificuldade de compreensão do mesmo, e solicitaram ajuda.

A prevalência geral de IU na amostra populacional, de acordo com o ICIQ Escore, foi de 34,8 % (225 de 646). 113 (50,2%) das pacientes com IU eram maiores de 40 anos.

O impacto da IU na QV das pacientes em geral, avaliado pela questão 5 do ICIQ-SF, revelou média de 1,4 ( $\pm$  2,9) variando de 0 a 10. O ICIQ Escore revelou média de 3,1 ( $\pm$  4,9), variando de 3 a 19.

A Tabela 1 mostra o impacto da IU na QV nas pacientes com queixa de IU.

A média da questão 5 foi de 4,1( $\pm$  3,7) (de 0 a 10).

A média do ICIQ Escore foi de 8,9 ( $\pm$  4,0) (de 3 a 19).

O Alfa de Cronbach foi de 0,84. Esse resultado demonstra que o instrumento foi sensível e realmente mediu o impacto da IU na QV das pacientes avaliadas.

**Tabela 1.** Classificação do impacto da IU na QV avaliado pelo ICIQ-SF (n=225)

<b>Graduação do Impacto na QV</b>	<b>Varição do Escore</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sem impacto</b>	0	45	20
<b>Leve</b>	1-3	75	33,3
<b>Moderado</b>	4-6	45	20
<b>Grave</b>	7-9	20	8,9
<b>Muito Grave</b>	10	40	17,8

A Tabela 2 mostra análise descritiva e associação entre variáveis sociodemográficas, clínicas e obstétricas nos dois grupos de pacientes da amostra populacional (continentes e incontinentes).

**Tabela 2.** Associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas nos grupos de pacientes continentares (ICIQ Escore = 0) e incontinentares (ICIQ Escore 3 ≥ ICIQ E ≤ 21) (n=646)

Variáveis / Categorias	Incontinência urinária					
	Sim		Não		p-valor*	
	n	%	n	%		
<b>Faixa Etária (anos)</b>						
10-40	122	18,9	268	41,6	<b>0,0002</b>	
41-60	78	12,1	137	21,3		
> 60	25	3,9	14	2,2		
<b>Escolaridade</b>						
A#	161	24,9	263	40,7	<b>0,0609</b>	
B#	64	9,9	158	24,4		
<b>Renda Familiar (SM)</b>						
1 a 2	87	13,5	139	21,5	0,3535	
3 a 4	90	13,9	186	28,8		
> 4	48	7,5	96	14,8		
<b>Diabetes mellitus (DM)</b>						
Não	213	34	413	66	<b>0,0164</b>	
Sim	12	60	8	40		
<b>Hipertensão Arterial (HA)</b>						
Não	177	32,2	373	67,8	<b>0,0003</b>	
Sim	48	50,5	47	49,5		
<b>Doença Neurológica prévia</b>						
Não	219	34,9	409	65,1	0,8925	
Sim	6	33,4	12	66,7		

\*Teste Qui-quadrado A#: Analfabetas + 1º Grau B#: 2º Grau + Superior

A Tabela 3 mostra os resultados das análises de regressão logística univariada para estudo dos Fatores de Risco para IU.

**Tabela 3.** Resultados das análises de regressão logística univariada para estudo dos Fatores de Risco para IU.

Variável	Categoria	P-valor	OR	IC95%
<b>Idade</b>	(41-60) x (10-40)	0,2115	1,252	0,881 -1,776
	(>60) x (10-40)	<b>&lt;0,0001</b>	<b>3,923</b>	<b>1,971 -7,808</b>
<b>Escolaridade</b>	Analfabeto/1G x 2G/Superior	<b>0,0209</b>	<b>1,511</b>	<b>1,064 -2,145</b>
<b>Renda Familiar (SM)</b>	(1 a 2) x (> 4)	0,3149	1,252	0,808 -1,940
	(3 a 4) x (> 4)	0,8807	0,968	0,631 -1,485
<b>Diabetes mellitus</b>	Sim x Não	<b>0,0215</b>	<b>2,907</b>	<b>1,170 -7,218</b>

<b>Hipertensão Arterial</b>	Sim x Não	<b>0,0006</b>	<b>2,152</b>	<b>1,386 -3,342</b>
<b>Número Gestações</b>		<b>0,0482</b>	<b>1,079</b>	<b>1,001-1,163</b>
<b>Número Partos Normais</b>		0,4971	0,952	0,825 -1,098
<b>Número Partos Cesarianos</b>		0,3882	0,938	0,812 -1,084
<b>Número de Abortos</b>		0,089	1,217	0,970 -1,526

A Tabela 4 mostra os resultados da regressão logística múltipla para estudo dos Fatores de Risco para IU, modelo ajustado pelo processo *stepwise*.

**Tabela 4.** Resultados das análises de regressão logística múltipla para estudo dos Fatores de Risco para IU, modelo ajustado pelo processo *stepwise*.

<b>Variável</b>	<b>Categoria</b>	<b>p-valor</b>	<b>OR</b>	<b>IC95%</b>
<b>Intercepto</b>		<0,0001		
	(41-60) x (10-40)	0,4809	1,139	0,793/1,638
<b>Idade</b>	(>60) x (10-40)	<b>0,0032</b>	<b>3,012</b>	<b>1,448/6,263</b>
<b>HA</b>	Sim x Não	<b>0,0373</b>	<b>1,668</b>	<b>1,030/2,699</b>

## Discussão

Este é o segundo estudo epidemiológico brasileiro sobre IU feminina e o primeiro a ser realizado por meio de um questionário condição-específico validado para o Português (ICIQ-SF).

As políticas públicas devem focar condições que causam significante morbidade, piora da QV e aumento da mortalidade além de identificar fatores de risco para as condições mais comuns nas diferentes fases de vida da população em geral<sup>7,8</sup>.

A IU feminina insere-se nesse contexto por ser sintoma bastante prevalente e, por isso, sua prevenção e tratamento deveriam ser incluídos em todos os programas governamentais oficiais de prevenção de doenças<sup>9</sup>. Sabe-se que muitas pacientes permanecem sub-diagnosticadas e sem tratamento por não se queixarem de suas perdas urinárias<sup>10,11</sup>.

Algumas limitações devem ser consideradas nesse estudo. Os resultados subjetivos deste trabalho foram obtidos de dados coletados por meio de questionário. Nenhum teste fisiológico relacionado à IU foi realizado neste estudo. É improvável que questionários substituam testes fisiológicos, apesar de ambas medidas terem suas vantagens e limitações<sup>12</sup>. Em recente estudo, Riccetto et al. encontraram que o ICIQ-SF correlacionou-se positivamente com o teste de esforço mas não apresentou o mesmo desempenho em relação ao diagnóstico urodinâmico da IU<sup>13</sup>.

Com relação à capacidade de autopreenchimento do ICIQ-SF, apesar de 2/3 das pacientes terem estudo de primeiro grau completo ou incompleto, apenas 9% do total teve dificuldades no preenchimento do questionário. Em estudo que avaliou o modo de administração do ICIQ-SF, não foram encontradas diferenças quando o mesmo foi auto-administrado ou preenchido pelo entrevistador<sup>14</sup>.

Das pacientes com queixa de IU, apenas 36 (5,6%) havia recebido algum tipo de tratamento, sendo que das tratadas, apenas 3 (8,3%) havia recebido algum tipo de tratamento conservador. Esses dados demonstram a falta de assistência do Sistema Único de Saúde no Brasil nessa área específica. Além de ser mais econômico por evitar cirurgias desnecessárias em muitos casos, o tratamento conservador deveria ser oferecido como tratamento de primeira opção para as pacientes com sintomas de IU em todo o Brasil, como já acontece nos países desenvolvidos<sup>15</sup>.

O ICIQ-SF foi utilizado pela primeira vez em pesquisa epidemiológica na Turquia, onde foi encontrada prevalência geral de IU feminina de 24%, sendo que 87% das pacientes sintomáticas consideraram que a IU provocou impacto negativo em sua QV e esteve significativamente associada à incontinência fecal<sup>9</sup>.

Atualmente, apenas questionários validados são recomendados pela ICS para se avaliar o grau e o impacto da IU na QV ou em pesquisas epidemiológicas<sup>6</sup>.

A prevalência geral encontrada em nossa pesquisa foi de 34,8%. Metade dessas mulheres (n=113 ou 52,2%) tinham 40 anos ou mais. O único estudo epidemiológico brasileiro já publicado aponta taxa de prevalência de 35%<sup>4</sup>. Nossa taxa de prevalência também foi muito semelhante àquela encontrada por Manonai *et al.* (2005)<sup>16</sup>, que obtiveram índice geral de 36,5%, sendo a idade média dessa amostra 39,1 anos.

O fato de termos analisado uma amostra mais jovem que a maioria dos trabalhos epidemiológicos sobre IU no Brasil pode ser explicado pelos critérios de inclusão deste trabalho que foram baseados em campanha de prevenção do câncer ginecológico, cujo público alvo são, evidentemente, mulheres mais jovens<sup>4,9,15</sup>.

Observamos que 80% das mulheres sintomáticas disseram que sua QV foi afetada negativamente pela presença de IU (Tabela 1). Além disso, detectamos algumas variáveis significativamente associadas à IU.

De acordo com a Tabela 2, observamos que as variáveis Idade (> 60 anos), Escolaridade (até primeiro grau completo ou incompleto), presença de DM e HA associaram-se positivamente à IU. Estes resultados estão de acordo com recente estudo de prevalência de IU em mulheres tailandesas<sup>16</sup>.

As análises de regressões logísticas univariadas para identificação de fatores de risco associados à IU são apresentados na Tabela 3.

Muitos estudos epidemiológicos indicam que o envelhecimento é um FR para a ocorrência de IU, embora não seja considerado consequência natural desse processo<sup>3,9,16,17</sup>.

Nosso estudo mostra que mulheres com mais de 60 anos têm quatro vezes mais chance de ter IU do que aquelas com idade inferior a 40 anos. A Escolaridade também se mostrou como FR, pois mulheres com menor escolaridade (analfabetas ou com até o primeiro grau completo ou incompleto) apresentaram maior chance de ter IU quando comparadas com aquelas que tiveram segundo grau ou curso superior.

DM e IU são condições comuns e possivelmente associadas em mulheres, ambas aumentando a prevalência com o envelhecimento. Atualmente é considerado FR para mulheres idosas institucionalizadas ou de meia-idade<sup>15,18</sup>. Em nosso estudo observamos que DM foi fator de risco para IU, aumentado em quase 3 vezes a chance do aparecimento do sintoma, quando comparado grupo sem DM.

HA é freqüentemente associada à IU. No presente trabalho, pacientes com HA apresentaram duas vezes mais chances de ter IU comparadas ao grupo sem HA. Outros estudos encontraram o mesmo resultado, sem propor mecanismo fisiopatológico para o fato<sup>9</sup>. Sabe-se que o uso de diuréticos no controle da HA pode provocar efeitos colaterais como poliúria, freqüência e urgência e, conseqüentemente, provocar o aparecimento de IU. Porém, o mecanismo de como a HA age como fator de risco para IU ainda precisa ser esclarecido<sup>5,19</sup>.

Controvérsias existem na literatura sobre o efeito do número de gestações como fator de risco para IU. Alguns trabalhos não encontraram aumento do risco para IU em mulheres com uma ou mais gestações quando comparadas com as nuligestas<sup>4,9</sup>. Entretanto, em nosso trabalho demonstramos que o número de gestações foi FR para IU, pois quanto maior o número de gestações maior o risco de IU (Tabela 3).

A paridade é um fator de risco controverso na literatura. Danforth *et al.* (2006)<sup>15</sup> encontraram que paridade foi fator de risco para IU em estudo de corte transversal em mulheres de meia idade. No presente estudo não foi observado aumento do risco relacionado à paridade e nem ao tipo de parto (normal ou cesariana). Esses resultados estão de acordo com alguns trabalhos encontrados na literatura, os quais não encontraram a associação de paridade e tipo de parto com IU<sup>4,9</sup>.

A IU é um sintoma de base fisiopatológica multifatorial e essa pode ser a explicação para as divergências encontradas na literatura em relação à paridade e a outros fatores de riscos controversos.

No presente trabalho, o resultado da análise de regressão logística múltipla para a identificação de fatores de risco em conjunto mostrou que mulheres com idade maior de 60 anos têm três vezes mais chances de apresentar IU do que as mulheres mais jovens de 40 anos. Da mesma forma, mulheres com HA têm 1.7 vezes mais chances de ter IU comparadas àquelas que não têm HA. Esses resultados alinham-se perfeitamente aos da literatura<sup>9,15,16</sup>.

Finalmente, devido a sua alta prevalência, de natureza crônica mas susceptível à prevenção, a IU é considerada um problema de Saúde Pública, devendo ter ênfase sua prevenção.

As populações de risco devem ser identificadas, os FR demonstrados e tratados por estratégias de políticas de saúde pública<sup>17</sup>.

## Conclusão

A IU apresentou prevalência de 34,8% nesse estudo de corte transversal, sendo essa taxa similar às encontradas em trabalhos de outros países, inclusive de diferentes continentes. A QV dessas mulheres foi afetada de forma negativa, sendo que a grande maioria não recebeu tratamento para seu sintoma.

De maneira geral, mulheres idosas e com HA apresentam alto risco de apresentarem IU.

A IU deve ser considerada um problema de Saúde Pública em nossa região. Esses resultados podem ser um incentivo aos gestores de Saúde no Brasil para que tomem medidas de saúde preventivas concretas e eficazes na prevenção e tratamento de IU para as mulheres de nossa região.

## Referências bibliográficas

1. Katz S. The Science of Quality of Life.: J Chron Dis 1987; 40(6): 459-63.
2. Abrams P, Cardozo 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. **Neurourol Urodyn** 2002, 21: 167-178.
3. Hunskaar S, Arnold, EP, Burgio K, Diokno, AC, Herzog AR, Mallett, VT: Epidemiology and Natural History of Urinary Incontinence. **Int Urogynecol J** 2000; 11:301-19.
4. Guarisi T, Pinto Neto AP, Osis MJ, Pedro AO, Paiva LHC, Faúndes A: Urinary incontinence among climateric Brazilian women: household survey: **Journal of Public Health** 2001; 35(5): 428-35.

5. Tamanini JTN, Dambros M, D'Ancona CA, Palma PC, Rodrigues Netto N Jr. Responsiveness to the Portuguese version of the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF) after stress urinary incontinence surgery. **Int Braz J Urol**. 2005; 31(5): 482-9
6. Tamanini JTN, Dambros M, D'Ancona CAL, Palma, PCR et al.: Validation of the "International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form" (ICIQ-SF) for portuguese. **Journal of Public Health** 2004; 38(3): 438-44.
7. Mouton CP, Espino DV: Health screening in older women. **Am Fam Physician** 1999; 59(7): 1835-42.
8. Palacios S, Sanchez Borrego R, Forteza A. The importance of preventive health care in post-menopausal women. **Maturitas** 2005; 52(Suppl1): S53-60.
9. Kocak I, Okyay P, Dundar M, Erol H, Beser E. Female urinary incontinence in the West of Turkey: Prevalence, Risk Factors and Impact on Quality of Life: **Eur Urol** 2005; 48: 634-41.
10. Del Priore G, Taylor SY, Esdaile BA, Masch R, Martas Y, Wirth J. Urinary incontinence in gynecological oncology patients: **Int J Gynecol Cancer** 2005; 15: 911-4.
11. Hägglund D, Walker-Engström ML, Larsson G, Leppert J. Reasons why women with long-term urinary incontinence do not seek professional help: a cross-sectional population-based cohort study: **Int Urogynecol J** 2003; 14: 296-304.
12. Althof S, Dean J, Fitzpatrick J, Heaton J, Raymond R. Could urological questionnaires completely replace physiological testing? **BJU Int** 2005; 96(9): 1210-12.
13. Riccetto CLZ, Palma P, Herrmann V, Dambros M, Thiel M, Tamanini JTN, Netto NR Jr.: Is there correlation between urodynamic findings and International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) Score? **J Urol** 2005; 173(Suppl 4):357.
14. Hajebrahimi S, Corcos J, Lemieux CM. International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form. Comparison of physician versus patient completion and immediate and delayed self-administration. **Urology** 2004; 63: 1076-8.
15. Danforth KN, Townsend MK, Lifford K, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Risk Factors for Urinary Incontinence among Middle-aged Women. **Am J Obstet Gynecol** 2006; 194(2): 339-345.
16. Manonai J, Poowapirom A, Kittipiboon S, Patrachai S, Udomsubpayakul U, Chittacharoen A. Female urinary incontinence: a cross-sectional study from a Thai rural area. **Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct** 2005; 24:1-5.
17. Newman DK, Continence Promotion: Prevention, Education and Organization. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein *Incontinence* (Vol 1 – Diagnosis) **London**, 2005; p 37-66.
18. Brown JS Urinary incontinence: an important and underrecognized complication of Type 2 Diabetes Mellitus. **J Am Geriatr Soc**. 2005; 53(11): 2028-9.
19. Maddens M, Imam K, Ashkar A. Hypertension in the elderly. **Prim Care** 2005; 32(3): 723-53.

**Correspondência/Correspondence to:**

Prof. Dr. José Tadeu Nunes Tamanini  
Rua Floriano Peixoto, 443 / CEP – 17.201.100 - Jaú, SP, Brasil  
Fone/fax: (14) 3621-1829 / 3621-3056  
E-mail:



**Bepa**  
Av. Dr. Arnaldo, 351 - 1º andar, s. 135  
São Paulo - SP - tels.: (11) 3066-8823 / 3066-8825  
e-mail: [bepa@saude.sp.gov.br](mailto:bepa@saude.sp.gov.br)

Fale conosco

