

PREVALÊNCIA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES NA IDADE FÉRTIL, RIO DE JANEIRO, BRASIL

PREVALENCE OF URINARY INCONTINENCE IN WOMEN OF CHILDBEARING AGE, RIO DE JANEIRO, BRAZIL

Brenda Stefany Camões Torres [bre.camoses96@gmail.com]^{1,2}

Juliana Cossich Trindade Alves [juliana1998@gmail.com]^{1,3}

Luciana Castaneda Ribeiro [luciana.ribeiro@ifrj.edu.br]^{1,4}

¹IFRJ/CReal – Instituto Federal do Rio de Janeiro – *Campus Realengo*

²Discente – Bacharelado em Fisioterapia

³Discente – Bacharelado em Fisioterapia

⁴Docente

RESUMO

Segundo a Sociedade Internacional de Continência (ICS) considera-se Incontinência Urinária (IU) “a queixa de qualquer perda involuntária ou relatada de urina”. As causas que levam a IU são diversas. A perda da continência urinária pode afetar até 50% das mulheres em alguma fase de suas vidas, afetando adversamente sua esfera psicológica, social, física, econômica, sexual e a autoimagem. A ICS tem recomendado o uso de questionários de qualidade de vida para qualquer estudo sobre IU. Um dos questionários de avaliação clínica para estimar a prevalência de IU é o International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF). Este questionário avalia por uma escala numérica o impacto da incontinência urinária na vida diária e classifica clinicamente os tipos de IU e é considerado como “padrão-ouro”. O presente estudo tem como objetivo verificar a prevalência de IU em uma amostra de mulheres (141) na idade fértil, entre novembro de 2018 e janeiro de 2019. Trata-se de estudo observacional do tipo transversal com mulheres discentes, docentes e técnicas do campus Realengo do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro. Foram aplicados questionários compostos por dados sociodemográficos, ginecológicos, de saúde autorreferida e o ICIQ-SF. O perfil sociodemográfico das participantes foi com a média de idade de 24,74 anos, de maioria branca; solteira; com ensino superior incompleto e devota de alguma religião, com predomínio do protestantismo; a maioria não possui filhos. Na avaliação de saúde autorreferida, 48,2% consideraram sua saúde como normal. No ICIQ-SF, 76 mulheres (56,40%) responderam que nunca haviam perdido urina, no período dos últimos três meses. Diante da alta prevalência, é importante que o sistema de saúde reconheça a IU como um problema de saúde para as mulheres não apenas na terceira idade, de forma que possa contribuir para mais estratégias de prevenção, orientação e tratamento de IU.

PALAVRAS-CHAVE: Incontinência urinária; Estudos Transversais; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

According to the International Continence Society (ICS) urinary incontinence (UI) is considered "the complaint of any involuntary or reported loss of urine". The causes that lead to UI are diverse. The loss of urinary continence can affect up to 50% of women at some stage of their lives, adversely affecting their psychological, social, physical, economic, sexual, and self-

image spheres. The ICS has recommended the use of quality of life questionnaires in each and every study on urinary incontinence. One of the clinical evaluation questionnaires to estimate the prevalence of UI is the International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF), this questionnaire was worth by a numerical scale the impact of urinary incontinence on daily life and clinically classifies the types of UI and is considered as the "gold standard". The present study aims to verify the prevalence of UI in a sample of women of childbearing age. This is an observational cross-sectional study with female students, teachers, and techniques from the Realengo campus of the Federal Institute of Education, Science, and Technology of Rio de Janeiro. Questionnaires composed of sociodemographic, gynecological, self-reported health data, and icIQ-SF were applied. The sociodemographic profile of the participants was with a mean age of 24.74%, with a white majority; single; with incomplete and devout higher education of some religion, with a predominance of Protestantism; most have no children. In the self-reported health assessment, 48.2% considered their health as normal. In ICIQ-SF, 76 women (56.40%) had never lost urine in the last three months. Given the high prevalence, the health system must recognize UI as a health problem for women, not only among the elderly, so that it can contribute to greater strategies for the prevention, guidance, and treatment of UI.

KEYWORDS: *Urinary incontinence; Cross-sectional studies; Women's Health.*

INTRODUÇÃO

A Sociedade Internacional de Continência (ICS) caracteriza a Incontinência Urinária (IU) como qualquer queixa de perda involuntária de urina ou relatada por um cuidador (ABRAMS, 2013; DZIEKANIAK, 2019; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Segundo Abrams et al (2005), alterações anatômicas, das pressões e do assoalho pélvico podem levar a diferentes tipos de incontinência urinária. Segundo o Ministério da Saúde (2019), de acordo com os sintomas apresentados, a IU pode ser classificada em: IU de esforço, IU de urgência e IU mista. Sendo estas, a Incontinência Urinária de Urgência (IUU) caracterizada pela urgência miccional, polaciúria e noctúria, podendo ser causada por uma infecção urinária ou uma alteração, identificável ou não, da inervação vesical. A Incontinência Urinária de Esforço (IUE) é definida como perda involuntária de urina ao esforço, como na prática de exercício, em atividades como pular, ao tossir ou espirrar. A incontinência Urinária Mista (IUM) é a combinação da IUE e IUU, podendo estar associada a uma insuficiência de oclusão uretral e a hiperatividade detrusora.

A etiologia da incontinência urinária é considerada multifatorial. Entre os fatores que podem contribuir, encontram-se: a idade avançada (BYLES et al, 2009); a menopausa com a queda dos níveis de estrógeno no organismo feminino (SILVA et al, 2017), a gravidez e o parto (WESNES et al, 2009); o Acidente Vascular Encefálico (ARKAN et al, 2018); a doença de Parkinson (PERISSINOTTO, 2015) e sobrepeso e obesidade (LAMERTON et al, 2018), além do uso de fármacos que são capazes de ocasionar a diminuição do tônus muscular (HALL, 2018). A prevalência de IU se mostra mais presente na população feminina, em sua anatomia, a mulher possui menor capacidade de oclusão uretral devido à uretra ser menor, a continência não depende apenas do funcionamento adequado do esfíncter, mas também da integridade da musculatura do assoalho pélvico, assim como, da pressão abdominal para o colo vesical, que aumenta consideravelmente, durante o período gestacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Por conseguinte, a mulher apresenta uma maior predisposição a apresentar a IU (FLEISCHMANN, 2003; HUNSKAAR, 2005).

A Sociedade Brasileira de Urologia (2006) preconiza que a perda urinária pode ser transitória ou permanente, com gotejamento mínimo ou grandes volumes, apenas após a avaliação será feito o diagnóstico. O diagnóstico de IU é feito por meio da história clínica,

quantidades e tipos de partos, cirurgias pélvicas, exame físico, realização de um diário miccional, exames complementares e de imagem, estudo urodinâmico, também são avaliados o uso de alguns fármacos, neoplasias e fatores emocionais (Ministério da Saúde, 2019). Devido aos inúmeros fatores que podem contribuir para o surgimento da IU e os impactos drásticos que causam no bem-estar físico, emocional, psicológico e sexual, as mulheres com essa disfunção referem limitações (FONSECA, 2005; Ministério da Saúde, 2019). Entre as limitações, se encontram: a prática de esportes, carregar objetos, alterações nas atividades físicas, sociais, sexuais, ocupacionais e domésticas, impactando negativamente sua qualidade de vida e funcionalidade (FULTZ et al, 2003). Pessoas com IU passam a restringir sua vida social, tornando-se dependentes da disponibilidade de banheiros, preocupação com o odor da urina, uso constante de protetores e absorventes urinários, trocas constantes de roupas (WINKELMAN, 2018). Por consequência, as dificuldades e percepções vividas por cada indivíduo podem levar a transtornos emocionais como: depressão, isolamento e a busca (ou não) do tratamento (HIGA, 2008; WINKELMAN, 2018).

Há recomendações pela ICS para a inclusão de medidas de qualidade de vida relacionada e funcionalidade no planejamento terapêutico da IU, como um complemento aos resultados clínicos (DANTAS et al, 2018). O questionário de avaliação clínica denominada *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF) avalia por uma escala numérica o impacto da IU na vida diária e classifica clinicamente, sendo “padrão ouro” trazido para vários idiomas (SECKINER et al, 2007).

Existe uma grande heterogeneidade nos achados de prevalência de incontinência urinária na população feminina, além disso, grande parte dos estudos sobre incontinência urinária tem como população as mulheres idosas, poucos são os estudos na literatura que investigam a prevalência e os fatores associados na IU em mulheres em idade fértil. Diante deste cenário, o presente estudo tem como objetivo verificar a prevalência de incontinência urinária em funcionárias, docentes e discentes em idade fértil do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ), campus Realengo. A partir deste objetivo geral buscou-se identificar as necessidades específicas de saúde que poderiam levar a IU, avaliar a intensidade da IU e analisar impactos de saúde das participantes.

METODOLOGIA

O presente artigo trata-se de um estudo observacional do tipo transversal. A população do estudo foi de funcionárias, docentes e discentes do IFRJ-Campus Realengo, com idade mínima de 18 anos e máxima de 53 anos (média de 24,74). Os critérios de inclusão do estudo foram da população feminina em idade fértil. Foram excluídas mulheres que não se encontravam mais em idade fértil e que já passaram pelo período de menopausa. A seleção das participantes foi por meio da divulgação dos grupos das redes sociais do IFRJ-campus Realengo e por e-mail. Os dados foram coletados de forma online entre os meses de novembro de 2018 e janeiro de 2019.

Para análise amostral do estudo, foram utilizados como parâmetros a população alvo do número total de mulheres (897). O poder de teste estabelecido foi de 80%, com margem de erro esperado de 3%, erro alfa de 5% e IC de 95%. O programa utilizado foi o StatCalc do Epi Info. O tamanho amostral estimado foi de 137 mulheres, acrescido de 20% para possíveis perdas/recusas, totalizando o tamanho amostral ideal de 165. Contudo, a análise final obteve, dentro dos critérios, 141 participantes. Os dados foram exportados para a plataforma REDCap (Research Data Capture eletrônico), que gerenciou o processamento dos dados. A análise descritiva dos dados foi dividida em desfecho primário e secundário, e foram utilizadas medidas de frequência percentual para variáveis categorias. Para as variáveis com desfecho

quantitativo, foram calculadas as medidas resumo numéricas e de quartil. Para a análise dos fatores associados, foram calculados por regressão logística os intervalos de confiança e o p-valor para os desfechos de incontinência urinária.

Foram coletados os desfechos de prevalência de incontinência urinária, funcionalidade e fatores associados. Para a coleta sobre fatores associados à IU e à funcionalidade, foi aplicado o questionário sociodemográfico, com informações sobre etnia, estado civil, filhos e opção religiosa; para a obtenção de dados ginecológicos, com relação a menstruação, gestação e parto; sobre saúde autorreferida, para avaliar o estado de saúde das participantes. Para a verificação de IU, foi utilizado o ICIQ-SF. Trata-se de um questionário simples, breve e auto administrável. É composto por quatro questões que avaliam a frequência, a gravidade e o impacto da IU, além de um grupo de oito itens relativos a causas ou situações de IU vivenciadas pelos respondentes. O escore geral é obtido pela soma dos escores das questões 3, 4 e 5. Quanto maior o escore, maior o impacto sobre a qualidade de vida, sendo que este impacto é dividido da seguinte forma: nenhum impacto (0 ponto); impacto leve (de 1 a 3 pontos); impacto moderado (de 4 a 6 pontos); impacto grave (de 7 a 9 pontos); e impacto muito grave (10 ou mais pontos).

Partindo da definição de IU da *International Continence Society* (ICS) como a queixa de qualquer perda involuntária de urina, foram consideradas incontinentes as mulheres que responderam “apresentar perda urinária” no ICIQ-SF. O tempo de aplicação do instrumento de coleta foi cerca de 20 minutos, por um formulário online. As mulheres foram esclarecidas sobre os objetivos da pesquisa e seus possíveis riscos, sendo a participação totalmente voluntária - caso de não aceitassem participar, nenhum tipo de prejuízo aconteceria. Após os esclarecimentos, as mulheres só prosseguiram com a pesquisa se concordassem com os itens descritos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do presente estudo 141 mulheres, entre 18 e 53 anos de idade (média de 24,74). A tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico das participantes, em sua maioria de etnia branca (52,5%) e solteira (80,1%). Em relação à escolaridade, 86,5% possuíam o ensino superior incompleto. Sobre religião, 68,1% são adeptas de alguma religião, com predomínio do protestantismo. No que se refere a filhos, 88,78% das mulheres não tinham - apenas 11,3% eram mães.

A Tabela 2 apresenta o perfil ginecológico, por meio da frequência absoluta e relativa de acontecimentos referente aos dados ginecológicos das mulheres do estudo. Quanto à idade da menarca, a idade mínima foi 8 anos e máxima de 15 anos, com média de 11,68. As mulheres com filhos apresentaram, em sua maioria, mais partos cesarianos do que vaginais. Sobre o uso de método contraceptivo, 63,1% fazem uso e, em sua maioria, utilizam o anticoncepcional oral. Em relação à função intestinal, 29,1% tem constipação.

A tabela 3 apresenta a definição da saúde das mulheres, definidas por elas por meio da Escala de Saúde Autorreferida. Verifica-se que a maioria (48,2%) avaliou sua saúde como normal. Ao comparar sua saúde com a de outra pessoa de sua idade, elegeram como igual a maior parte (56%). Ao avaliarem sua saúde hoje comparada há um ano, 55 das voluntárias (39%) determinaram como pior.

Tabela 1: Dados sociodemográficos

Variáveis	n = 141(%)	Média	Desvio Padrão	
Idade (anos)	18 a 53	24,74	7,92	
Etnia	Branca	74 (52,5%)		
	Parda	39 (27,7%)		
	Indígena	1 (0,7%)		
	Preta	27 (19,1%)		
Estado Civil	Solteira	113 (80,1%)		
	Casada	19 (13,5%)		
	União Estável	5 (3,5%)		
	Divorciada	3 (2,1%)		
Escolaridade	Viúva	1 (0,7%)		
	Ensino Médio Completo	1 (0,7%)		
	Ensino Superior Incompleto	122 (86,5%)		
	Ensino Superior Completo	18 (12,8%)		
Religião	Sim	96 (68,1%)		
	Não	45 (31%)		
Religião Escolhida	Católica	26		
	Evangélica	49		
	Espírita	14		
Filhos	Outra	7		
	Sim	16 (11,3%)		
Quantidade de filhos	Não	125 (88,7%)		
	Um	6	1,75	0,86
	Dois	5		
	Três	1		
	Quatro	1		

Fonte: Autora (2020).

Tabela 2: Dados ginecológicos

Variáveis	N(%)	Média	Desvio Padrão	
Idade da Menarca (n=139)	8 a 15 anos	11,68	1,52	
Ainda menstrua (n=141)	Sim	135 (95,7%)		
	Não	6 (4,3%)		
Número de Gestações (n=22)		1,64	1,18	
	Zero	3		
	Uma	8		
	Duas	7		
	Três	3		
	Quatro	0		
Número de Partos (n=17)	Cinco	1		
	Um	9	1,65	0,86
	Dois	6		
	Três	1		
Aborto (n=5)	Quatro	1		
	Um	4	1,2	0,45
Tipo de Parto (n=17)	Dois	1		
	Cesárea	9		
	Vaginal	8		

Fonte: Autora (2020)

Tabela 3: Dados da Escala de Saúde Autorreferida

Variáveis	Resultados	
	N = 141(%)	
Como você avalia a sua saúde neste momento?	Excelente	6 (4,3%)
	Boa	41 (29,1%)
	Normal	68 (48,2%)
	Ruim	25 (17,7%)
	Muito ruim	1 (0,7%)
Como avalia a sua saúde quando comparada a de outras pessoas de sua idade?	Muito melhor	6 (4,3%)
	Melhor	24 (17%)
	Igual	79 (56%)
	Pior	30 (21,3%)
	Muito Pior	2 (1,4%)
Como avalia a sua saúde hoje comparada há um ano atrás?	Muito melhor	10 (7,1%)
	Melhor	22 (15,6%)
	Igual	52 (36,9%)
	Pior	55 (39%)
	Muito Pior	2 (1,4%)

Fonte: Autora (2020)

Tabela 4: Distribuição das mulheres incontinentes, segundo a frequência de perdas, quantidade e momentos segundo o ICIQ-SF.

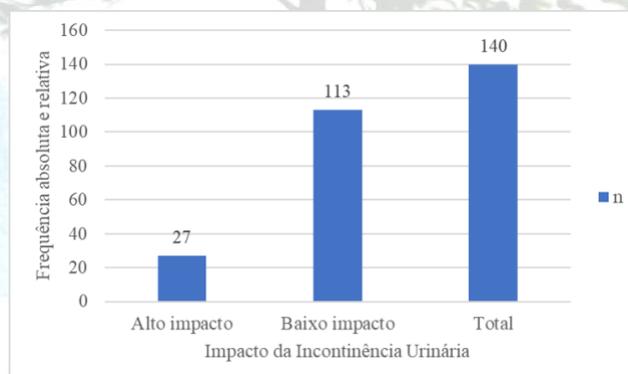
ICIQ-SF* (n=140)	n	%
Frequência da perda urinária	Nunca	79 56,40%
	<1x/semana	36 25,70%
	2-3x/semana	9 6,40%
	1x/dia	7 5,00%
	Diversas vezes ao dia	9 6,40%
	O tempo todo	0 0,00%
Quantidade das perdas urinárias	Nenhuma	79 56,40%
	Pequena	57 40,70%
	Moderada	4 2,90%
	Grande	0 0,00%
Quando há perda de urina	Nunca	79 56,40%
	Antes de chegar no banheiro	32 22,90%
	Fazendo atividade física	14 10,00%
	Ao tossir ou espirrar	27 19,30%
	Sem razão óbvia	11 7,90%
	O tempo todo	1 0,70%
	Quando termina de urinar e está se vestindo	13 9,30%

Fonte: Autora (2020)

Diferentes das demais tabelas, houve um *missing* do número de mulheres (n =141) para (n=140) no questionário do ICIQ-SF (Tabela 4), por um erro durante a digitação dos dados. Diante deste número, 76 mulheres (56,40%) responderam que nunca haviam perdido urina, no período dos últimos três meses, diante da orientação do questionário. Cerca de 64 mulheres responderam que perderam urina neste período, sendo separadas de acordo com a frequência urinária (Tabela 4). A maioria destas mulheres (25,70%) apresentou perda uma vez por semana, e nove mulheres (6,40%) apresentaram perda diversas vezes ao dia. As participantes que apresentaram IU responderam que tinham uma pequena perda (40,70%) e moderada perda (2,90%). A última pergunta do questionário trata-se de marcar quando há perda urinária, e as participantes poderiam marcar mais de uma opção, o que demonstra os altos índices de perda em determinados momentos (Tabela 4).

A Figura 1 mostra dentro do questionário do ICIQ-SF o quanto a IU interfere na qualidade de vida destas mulheres, sendo considerado de 0 a 10 o impacto. Diante de todas que responderam o questionário (Figura 1), a IU apresentou um baixo impacto na qualidade de vida destas mulheres (80,71%). Apenas 19,29% das que responderam apresentaram alto impacto da IU. Entre as 141 voluntárias, de 18 a 53 anos, todas se encaixavam no critério de estarem em idade fértil. Destas, apenas seis mulheres (4,3%) indicaram durante a pesquisa (Tabela 2) que não menstruavam - mas, ao serem analisadas, estas mulheres se encontravam dentro dos critérios de elegibilidade do estudo por conta da idade. Estas participantes indicaram o uso do anticoncepcional, levando a possibilidade do uso ininterrupto do medicamento e não um fator cronológico para a menopausa, o que seria um critério de exclusão.

Figura 1: Frequência absoluta do impacto da incontinência urinária.



Fonte: Elaborada pela autora (2020).

Os dados sociodemográficos (Tabela 1) mostraram mulheres de etnia branca como a maioria (52,5%) das participantes do estudo, tendo um percentual baixo de participação de mulheres negras (19,1%). A perda urinária está relacionada a questões raciais: uma revisão sistemática realizada por Leroy (2012) revelou que mulheres brancas e hispânicas apresentaram maior prevalência de IU quando comparadas com mulheres negras e/ou asiáticas. O impacto de IU presente no estudo (Figura 1) pode-se ser relacionado ao maior percentual de participantes de etnia branca. A maioria das participantes do presente estudo (86,5%) encontrava-se com escolaridade de nível superior incompleto (Tabela 1). Neste estudo, com relação entre mulheres jovens e dentro do ensino superior, mostrou-se uma predominância do baixo impacto causado pela IU nestas mulheres (Figura 1). Entretanto, em um estudo sobre a prevalência de IU (KOWALIK et al 2020) com 964 mulheres jovens

identificou a alta prevalência de IU em 295 mulheres (30.6%) neste público, em que cerca de 41.7% possuía uma graduação de nível superior. O autor destaca que os fatores que poderiam contribuir para esta prevalência seria o comportamento durante o trabalho, como o prolongamento do armazenamento vesical, falta de percepção de problemas da bexiga e menor percepção geral de sua saúde. Os fatores abordados pelo autor se assemelham ao comportamento dentro do ambiente acadêmico, devido às longas rotinas de estudo, projetos de extensão e uma percepção negativa do estado geral de saúde, como mostrado na Tabela 3.

Apenas 16 mulheres (11,3%) afirmaram ter filhos (Tabela 1). É citada na literatura como fator de risco para IU a paridade, sendo para nulíparas um menor risco e para múltiparas quatro vezes ou mais (BOTELHO, 2012; LEROY, 2012; DINÇ, 2017; SILVA, 2017;). É um consenso na literatura que o período gestacional pode levar a IU devido às alterações hormonais, aumento do peso corporal e da pressão do útero, além da sobrecarga sobre os músculos do assoalho pélvico, que pode levar à redução da função do esfíncter uretral (SANGSAWANG, 2014; SACOMORI, 2015; SILVA, 2017). Em um estudo realizado por Dinç (2017) com 750 mulheres, não houve diferença significativa sobre a prevalência de IU entre mulheres que tiveram o parto vaginal e cesariano; o autor discute que condições antes da gestação e durante da gestação são fatores de maior risco para o surgimento de IU em comparação com a via de saída do feto. Contudo, há outros trabalhos, em sua maioria mais antigos, que demonstram o parto cesariano como fator de proteção para IU (BARBOSA, 2013; SANGSAWANG, 2014; SILVA, 2017). Portanto, são necessários mais estudos aprofundados, que acompanhem as mulheres antes, durante e após o período da gestação.

No presente estudo não foram observadas diferenças significativas com a prevalência de IU relacionada ao tipo de parto. Este dado pode ser devido ao baixo número de mulheres que possuíam filhos (Tabela 1). Quanto ao aborto, apenas 5 mulheres (1,2%) apresentaram este histórico (Tabela 2). Há poucos estudos associando ao histórico de aborto com a IU (SANGSAWANG, 2014; SILVA, 2017;). Contudo, este estudo não realizou um exame clínico sobre IU que poderia corroborar com esta discussão.

Os aspectos que podem interferir na saúde das mulheres foram definidos por elas por meio da Escala de Saúde Autorreferida (Tabela 3). A maioria das mulheres avaliou sua saúde como normal (48,2%). Por se tratar de um estudo com mulheres com e sem IU, não foi possível avaliar os impactos de saúde nas mulheres que sofriam de IU e as que não sofriam para poder determinar as diferenças de saúde autorreferidas. Na literatura, Choo et al (2007), discute que os aspectos que interferem na saúde de uma pessoa que convive com a IU podem variar entre o constrangimento, a vergonha e a falta de conhecimento sobre a incontinência como uma condição de saúde atípica. Contudo, 86,5% das mulheres (Tabela 1) que participaram do estudo se encontravam com o nível de escolaridade superior incompleto, em um campus apenas de curso de saúde, o que leva a hipótese do conhecimento sobre o assunto. Em um estudo realizado por Oliveira e Padovani (2014) sobre a saúde jovens acadêmicos, os autores demonstraram que estes possuíam menor índice de atividades físicas e lazer, hábitos alimentares insuficientes e consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco devido aos fatores estressores e demandas que envolvem o meio acadêmico, o que contribui para padrões não saudáveis e de menor saúde para este público. Este dado pode estar associado aos 39% das participantes que consideram sua saúde como pior comparada há um ano (Tabela 3). Os fatores estressores que corroboram para um agravamento da saúde dos estudantes, por Oliveira e Padovani (2014), são de risco para o surgimento de IU, como o menor índice de atividade física, consumo de bebidas alcoólicas e uso de cigarro. Estes comportamentos podem alterar os hábitos de vida e o autocuidado, aumentando o tempo de reservamento vesical e podendo levar à incontinência (CALDAS, 2010; DEMIR, 2017).

A mensuração dos impactos na qualidade de vida de mulheres que sofrem com IU são muito subjetivas e individuais. Neste presente estudo, 80,71% das mulheres apresentaram baixo impacto na qualidade de vida (QV) (Figura 1). É difícil avaliar o tipo de gravidade da incontinência levando em conta a pluralidade de fatores de risco de saúde, de etnia e econômicos que de podem interferir nos impactos na QV. Contudo, em um estudo randomizado realizado por Dumoulin et al (2017), mostrou que, mesmo com uma perda de urina baixa, as participantes apresentaram piora significativa na QV, o que não foi encontrado neste estudo. O autor relata que os achados em sua pesquisa não sustentam a relação entre a gravidade da IU com a QV, necessitando de mais estudos randomizados. Futuros estudos e questionários de autorrelato podem contribuir para estimar a gravidade da IU com a QV em mulheres jovens.

É importante entender sobre os impactos de IU em mulheres para definir estratégias de prevenção e tratamento, tendo o olhar que parte das mulheres consideram a IU como um processo natural da sua vida. Relatos de gestantes, puérperas e idosas, que são fatores de risco para o aparecimento de IU, corroboram para que a mulher considere a IU como um fator inevitável na vida, atrasando a busca por um tratamento e, conseqüentemente, o diagnóstico. Segundo Higa et al (2008), alguns pacientes tendem a esquecer e/ou omitir a IU por considerar um processo do envelhecimento humano, considerando, assim, menos importante para buscar um profissional de saúde.

Apesar do presente estudo não incluir mulheres na menopausa, na literatura há um consenso que o envelhecimento é um dos fatores de risco para o surgimento da IU (CASTELLANI, 2015; KOWALIK, 2020). Entretanto, a prevalência de IU entre mulheres mais jovens tem sido mais recorrente na literatura internacional e brasileira (JUSTINA, 2013; VAN BREDÁ, 2015; BRADY, 2018; KOWALIK, 2020). Em um estudo feito por Brady et al (2018), os autores levantam o questionamento do surgimento da IU em mulheres jovens, levantando as hipóteses sobre a influência de comportamentos individuais infantis que podem perdurar até a fase adulta, como são as disfunções de bexiga e intestino.

Em um estudo sobre a prevalência de mulheres jovens ao redor do mundo realizado por Mostafaei et al (2020), o autor mostra a prevalência de IU por região, sendo: região da Ásia Oriental e do Pacífico com 25,6%; Sul da Ásia de 14,2%; Europa e Ásia Central com 32,2% ; Oriente Médio e Norte da África com 37,3%; região subsaariana de 4,6%; e América Latina de 28,8%. O autor excluiu os estudos que continham no título a palavra “idoso”, entendendo que a prevalência entre idosos de IU já é um consenso e com bastantes estudos. Mostafaei et al (2020), em sua análise, demonstra que aproximadamente 26% da população feminina em desenvolvimento no mundo possuem IU. Entretanto, o autor destaca que a prevalência entre os países e regiões variaram devido a utilização de diversas ferramentas de avaliação validadas ou não, interfaces para análises, tempo considerado para a presença de IU variando de três a 12 meses nos estudos, heterogeneidade dos estudos, faixas etárias, etnias, tamanho populacional, tipos de IU estudadas e poucos trabalhos publicados, como o caso da região subsaariana. Mais estudos são necessários para determinar com maior precisão a prevalência de IU nas diferentes regiões do mundo.

Existem muitas ferramentas de avaliação para o diagnóstico de IU e também qual tipo de IU se busca identificar. Esta variedade limita o estabelecimento de prevalência em uma região e seus impactos nos setores de saúde. Apesar de não haver sido explorado nos questionários realizados no presente estudo, também é considerado fator de risco o uso de fármacos para o tratamento de hipertensão, uma vez que aumentam o volume urinário e elevam a frequência e a urgência urinária. Os fármacos utilizados para o tratamento da diabetes mellitus podem levar a um aumento do débito urinário, sobrepondo os mecanismos fisiológicos de continência urinária (ABRAMS, 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). O sobrepeso e a obesidade são

fatores de incidência e persistência de IU: o sobrepeso gera enfraquecimento e maior pressão sobre a MAP, e a obesidade gera um risco ainda mais elevado (LAMERTON et al, 2018).

Neste estudo, dentre os questionários realizados, não foi indagado às participantes se elas realizavam atividades físicas e seu peso, sendo estes fatores limitantes que poderiam corroborar na discussão quanto ao impacto de IU nas participantes jovens. Diante de tantos fatores de risco, o tratamento da IU continua sendo uma das primeiras linhas de tratamento conservador: a reabilitação pélvica (ROBERT, 2018, DUFOUR, 2020.). Preda e Moreira (2019), em uma revisão sistemática, mostraram o papel positivo da reabilitação da MAP, estando associados à redução os episódios de perda urinária, quantidade e até a melhoria da incontinência.

Apesar da IU não ser um fator de risco de morte, há inúmeros estudos retratando os impactos negativos que interferem nas atividades físicas, pessoais, sexuais, emocionais, sociais e profissionais destas mulheres (SENRA, 2015; STADNICKA, 2015; ALVES, 2017; PREDA, 2019). Assim como este trabalho, cada vez mais há estudos mostrando a prevalência de IU em mulheres jovens, o que demonstra ser este um problema de saúde, bem como há bastantes referências de prevenção e tratamento na literatura. São necessários mais estudos para compreender o motivo que levam estas mulheres jovens a não buscarem os profissionais de saúde para prevenir e tratar a IU.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda há um número limitado de estudos sobre a prevalência de IU em mulheres jovens no Brasil. Mais estudos são necessários para avaliar os reais impactos na saúde da mulher a curto e longo prazo. Além disso, há a necessidade de um método internacionalmente aceito para avaliar a prevalência de IU que estabeleça um questionário que englobe os fatores de riscos biológicos, psicológicos e comportamentais que agravam e geram a IU na mulher. O estudo atingiu seu objetivo de encontrar a prevalência neste público, fazendo um pequeno recorte regional. Os dados de alta prevalência encontrados em mulheres na idade fértil chama a atenção por ser um público que engloba poucos fatores de risco descritos na literatura, tais como a paridade e a menopausa. Ademais, o público que preencheu os questionários era composto por estudantes universitárias, docentes e técnicas de um campus de saúde – que, entre seus cursos, conta com o de Fisioterapia, uma das áreas mais recomendadas para o tratamento de IU. Próximos estudos podem tratar de motivos que levam estas mulheres ao não tratamento da IU, assim como entender porque a IU não afeta de forma significativa na qualidade de vida. É de grande importância para o sistema de saúde reconhecer a IU como um problema de saúde para a população feminina, e não apenas para a terceira idade, traçando, assim, maiores e melhores estratégias de prevenção e orientação em saúde, bem como de tratamento da IU na atenção primária e secundária – evitando, assim, que estas mulheres cheguem à atenção terciária de saúde brasileira.

REFERÊNCIAS

- ABRAMS, P. et al. **Incontinence 5th International consultation on incontinence.** Health Publication Ltd. 2013:361-88.
- ALVES, J.O. et al. **Urinary Incontinence in Physically Active Young Women: Prevalence and Related Factors.** Int J Sports Med. 2017;38(12):937-941
- ARKAN, G.; BESER, A.; OZTURK, V. **Experiences Related to Urinary Incontinence of Stroke Patients: A Qualitative Descriptive Study.** J Neurosci Nurs. 2018 Feb;50(1):42-47.

BOTELHO, S.; SILVA, J.M.; PALMA, P. HERRMANN, V.; RICCETTO, C. **Can the delivery method influence lower urinary tract symptoms triggered by the first pregnancy?** In. Braz J Urol. 2012;38(2):267-76.

BRADY, S.S. et al. **The prevention of lower urinary tract symptoms (PLUS) in girls and women: developing a conceptual framework for a prevention research agenda.** Neurourol Urodyn. 2018; 37:2951-2964.

BYLES, J. et al. **Living with incontinence: a longitudinal study of older women.** Age Ageing 2009;38(3):333-8.

CALDAS, Célia Pereira et al. **Terapia comportamental para incontinência urinária da mulher idosa: uma ação do enfermeiro.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2010 Out-Dez; 19(4): 783-8.

CASTELLANI, D. et al. **Lowdose intravaginal estriol and pelvic floor rehabilitation in post-menopausal stress urinary incontinence.** Urol Int 2015; 95:417–421.

CHOO, M.S.; KU, J.H.; OH, S.J., et al. **Prevalence of urinary incontinence in Korean women: an epidemiologic survey.** Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2007;18(11):1309-1315.

DANTAS, THM.; CASTANEDA, L.; MAGALHÃES, AG.; DANTAS, DS. **Linking of assessment scales for women with urinary incontinence and the International Classification of Functioning, Disability and Health.** Disabil Rehabil. 2018 Jan 29:1-7.

DEMIR, Omer et al. **Prevalence and Possible Risk Factors for Urinary Incontinence: A Cohort Study in the City of Izmir.** Urol Int. Department of Urology. University School of Medicine, 2017.

DINÇ, Ayten. **Prevalence of Urinary Incontinence During Pregnancy and Associated Risk Factors.** Original Article. LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms, 2017 (10): 303–307.

DUFOUR, S.; WU, M. No. 397 - **Conservative Care of Urinary Incontinence in Women.** J Obstet Gynaecol Can. 2020;42(4):510-522.

DUMOULIN, Chantale et al. **Group physiotherapy compared to individual physiotherapy to treat urinary incontinence in aging women: study protocol for a randomized controlled trial.** Trials: Study protocol, (2017) 18:544.

Dziekaniak, Rodrigo Dalke; CESAR, Juraci Almeida. **Incontinência urinária entre idosos residentes em área rural de município do sul do Brasil / Urinary incontinence among older adults living in the rural area of a municipality in southern Brazil.** Geriatr, Gerontol Aging (Impr). 2019;13(1):4-10.

FLEISCHMANN, N. FA, BLAIVAS, JG; PANAGOPOULOS, G. **Sphincteric urinary incontinence: relationship of vesical leak point pressure, urethral mobility and severity of incontinence.** The Journal of urology. 2003;169(3):999-1002.

FONSECA, ESM. et al. **Validação do questionário de qualidade de vida (King`s Health Questionnaire) em mulheres brasileiras.** Rev Bras Ginecol Obstet. 2005 Mai; 27(5):235-42.

FULTZ, NH. et al. **Burden of stress urinary incontinence for community-dwelling women.** Am J Obstet Gynecol. 2003; 189(5):1275-82. 11.

HALL, SA. et al. **Associations of commonly used medications with urinary incontinence in a community based sample.** J Urol. 2012 Jul;188(1):183-9.

HIGA R.; LOPES, M.H.B.M., TURATO, E.R. **Psychocultural meanings of urinary incontinence in women: a review**. Rev Lat Am Enfermagem. 2008;16:779-786.

HUNSKAAR S BK. et al. **Epidemiology of urinary (UI) and faecal (FI) incontinence and pelvic organ prolapse (POP)**. Incontinence. 2005;1:255-312.

KOWALIK, C.G.; DAILY, A; GOODRIDGE, S.D. et al. **Factors associated with urinary incontinence in a community sample of young nulligravid women**. Neurourology and Urodynamics. 2020;1-7.

LAMERTON, TJ.; TORQUATI L.; BROWN, WJ. **Overweight and obesity as major, modifiable risk factors for urinary incontinence in young to mid-aged women: a systematic review and meta-analysis**. Obes. Rev. 2018, Dec: 19(12):1735-1745.

LEROY, L.S.; LOPES, M.H.B.M. **Urinary incontinence in the puerperium and its impact on the health-related quality of life**. Rev Latino Am Enfermagem [Internet]. 2012 [cited 2015 Nov 11];20(2):346-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/18.pdf>

MOSTAFAEI, Hadi et al. **Prevalence of female urinary incontinence in the developing world: A systematic review and meta - analysis–A Report from the Developing World Committee of the International Continence Society and Iranian Research Center for Evidence Based Medicine**. Neurourology and Urodynamics. 2020;1-24.

OLIVEIRA, Nara Rejane Cruz; PADOVANI, Ricardo Da Costa. **Saúde do estudante universitário: uma questão para reflexão**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2014, v. 19, n. 03 [Acessado 27 Maio 2020], pp. 995-996.

PERISSINOTTO, MC. et al. **Transcutaneous tibial nerve stimulation in the treatment of lower urinary tract symptoms and its impact on health-related quality of life in patients with Parkinson disease: a randomized controlled trial**. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2015 Jan/Feb;42(1):94-9.

PREDA, Andreia; MOREIRA, Susana MOREIRA. **Incontinência Urinária de Esforço e Disfunção Sexual Feminina: O Papel da Reabilitação do Pavimento Pélvico**. Acta Med Port 2019 Nov;32(11):721-726.

ROBERT, M.; ROSS, S. **Conservative Management of Urinary Incontinence**. J Obstet Gynaecol Can. 2018;40(2): e119-e125.

SACOMORI, C; NEGRI, N.B.; CARDOSO, F.L. **Incontinência urinária em mulheres que buscam exame preventivo de câncer de colo uterino: fatores sociodemográficos e comportamentais**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(6):1251-1259, jun, 2013.

SANGSAWANG, B. **Risk factors for the development of stress urinary incontinence during pregnancy in primigravidae: a review of the literature**. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2014;178:27-34.

SAÚDE. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Incontinência Urinária Não Neurogênica**. Relatório de Recomendação. Brasília, 2019, 119p. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2019/Relatorio_Incontinencia_Urinaria_no_Neurognica_CP_47_2019.pdf Acesso em: 20 de dez. 2019.

SECKINER I. et al. **Correlations between the ICIQ-SF score and urodynamic findings**. Neurourol Urodyn. 2007;26:492-4.

SENRA, C.; PEREIRA, MG. **Quality of life in women with urinary incontinence**. Rev Assoc Med Bras. 2015;61:178-83.

PREVALÊNCIA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES NA IDADE FÉRTIL, RIO DE JANEIRO, BRASIL...

SILVA, J.C.P; SOLER, Z.A.S.G; WYSOCKI, A.D. **Associated factors to urinary incontinence in women undergoing urodynamic testing.** Rev Esc Enferm USP. 2017.

SILVA, JC; SOLER, ZA; DOMINGUES, Wysocki A. **Associated factors to urinary incontinence in women undergoing urodynamic testing.** Rev Esc Enferm USP. 2017 Apr 3;51:e 03209.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA (SBU). **Incontinência urinária: propedêutica.** Projetos e Diretrizes da Associação Médica Brasileira e do Conselho Federal de Medicina. São Paulo; 2006.

STADNICKA, G. et al. **Psychosocial problems of women with stress urinary incontinence.** Ann Agric Environ Med. 2015;22:499–503.

VAN BREDA, H.M.K; BOSCH, J.L; DE KORT, L.M.O. **Hidden prevalence of lower urinary tract symptoms in healthy nulligravid young women.** Int Urogynecol J. 2015;26(11):1637-1643.

WESNES, SL. et al. **The effect of urinary incontinence status during pregnancy and delivery mode on incontinence postpartum.** A cohort study. BJOG 2009; 116(5):700-7.

WINKELMAN, WD. et al. **Sleep Quality and Daytime Sleepiness Among Women With Urgency Predominant Urinary Incontinence.** Female Pelvic Med Reconstr Surg. 2018 Mar/Apr; 24(2):76-81.