

Fisioter Bras 2022;23(4):580-94

doi: [10.33233/fb.v23i4.4614](https://doi.org/10.33233/fb.v23i4.4614)

ARTIGO ORIGINAL

Prevalência de incontinência urinária e fatores associados em mulheres internadas em uma unidade cirúrgica de hospital público

Prevalence of urinary incontinence and associated factors in women admitted to a public hospital surgical unit

Leili Laiara Tochetto*, Regina Helena Senff Gomes, D.Sc.*, Rubneide Barreto Silva Gallo, D.Sc.** , Arlete Ana Motter, D.Sc.***

**Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR),*

***Docente do Departamento de Prevenção e Reabilitação em Fisioterapia da UFPR,*

****Docente do Departamento de Prevenção e Reabilitação em Fisioterapia e do PPG em Saúde Coletiva da UFPR*

Recebido em 31 de março de 2021; Aceito em 15 de junho de 2022.

Correspondência: Arlete Ana Motter, Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Biológicas - Curso de Fisioterapia, Av. Cel. Francisco Heráclito dos Santos, S/N, Jardim das Américas 81531-900 Curitiba PR

Leili Laiara Tochetto: leililaiarat@gmail.com
Regina Helena Senff Gomes: senffgomes@hotmail.com
Rubneide Barreto Silva Gallo: rubneidegallo@gmail.com
Arlete Ana Motter: arlete.motter@gmail.com.br

Resumo

Introdução: A incontinência urinária (IU) é um frequente distúrbio subnotificado devido ao seu estigma. A prevalência é maior em mulheres, contudo varia de acordo com fatores de risco. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de IU e fatores de risco associados em mulheres internadas em unidade cirúrgica de hospital público. **Métodos:** Estudo transversal, com mulheres internadas em uma unidade cirúrgica de hospital público, no pré e pós-operatório de cirurgias abdominais, com idade acima de 18 anos. Aplicou-se uma ficha de avaliação, coletadas medidas antropométricas e os questionários ICIQ-OAB e ICIQ-SF para avaliar os sintomas de bexiga hiperativa e o impacto da IU na qualidade de vida. **Resultados:** 42 mulheres, com idade média de 54,5 anos. Alta

prevalência de IU na amostra (61,6%) e de urgência e incontinência de urgência, 66,7% e 61,9% respectivamente. O escore para bexiga hiperativa mostrou-se leve; para qualidade de vida na IU e gravidade da perda, o impacto foi moderado. Fatores de risco como raça branca, climatério, autorrelato de IU, constipação, rinite e sinusite, prolapso de bexiga e consumo de cafeína apresentaram associação com IU ou bexiga hiperativa ($p < 0,05$). *Conclusão:* Alta prevalência IU e a associação aos diversos fatores de risco são achados importantes para dispor de medidas de avaliação para abordagem da IU, encaminhamentos educacionais e reabilitadores, independentemente do nível de complexidade que o indivíduo esteja inserido.

Palavras-chave: incontinência; bexiga hiperativa; urgência urinária; qualidade de vida.

Abstract

Background: Urinary incontinence (UI) is a frequent underreported disorder due to its stigma. Its prevalence is higher in women; however, it varies according to risk factors. *Objective:* To evaluate the prevalence of UI and associated risk factors in women admitted to a surgical unit of a public hospital. *Methods:* Cross-sectional study with women admitted to a surgical unit of a public hospital, in the pre and postoperative period of abdominal surgeries, aged over 18 years. An evaluation form was applied; anthropometric measurements and the questionnaires ICIQ-OAB and ICIQ-SF were collected to assess symptoms of overactive bladder and the impact of UI on quality of life. *Results:* 42 women, with an average age 54.5 years. High prevalence of UI in the sample (61.6%) and urge and urge incontinence, 66.7% and 61.9% respectively. The ICIQ-OAB score was (5.95 ± 2.99) and the ICIQ-SF was (5.52 ± 3.5). The score for overactive bladder was mild; for quality of life in UI and severity of loss, the impact was moderate. Risk factors such as white race, climacteric, self-reported UI, constipation, rhinitis and sinusitis, bladder prolapse and caffeine consumption were associated with UI or overactive bladder ($p < 0,05$). *Conclusion:* The high prevalence of UI and its association with several risk factors are important findings to aid determine assessment measures to approach UI, including educational and rehabilitative referrals, regardless the level of healthcare assistance the person is inserted.

Keywords: incontinence; overactive bladder; urinary urgency; quality of life.

Introdução

As disfunções do assoalho pélvico compreendem um grupo de distúrbios miccionais, ginecológicos, colorretais, sexuais e estão associados a fatores de risco

multifacetados como sexo, idade, condições físicas e/ou mentais, multiparidade, obesidade, procedimentos cirúrgicos entre outros [1,2].

A incontinência urinária (IU) é definida como uma perda involuntária de urina [3]. Podendo ser classificada em incontinência urinária de esforço (IUE), como por exemplo ao tossir, espirrar, correr; incontinência urinária de urgência (IUU) e Bexiga Hiperativa (BH) com urgência urinária com ou sem perda urinária, com frequência e noctúria; e incontinência urinária mista (IUM) [4,5].

Considerada de alta incidência no sexo feminino, a IU atinge 40% de mulheres entre 30 e 69 anos e 80% na população idosa [6], no entanto somente 30% a 45% desta população procura tratamento, principalmente devido ao desconforto social [7].

Tais condições repercutem no bem-estar físico, psicológico e social da mulher, e sua subnotificação, inviabiliza o tratamento da IU, aumentando ainda mais o risco de desenvolver outras disfunções como infecções urinárias e conseqüentemente reduzindo sua qualidade de vida [6].

O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de incontinência urinária e fatores associados em mulheres internadas em uma unidade cirúrgica de um hospital público.

Métodos

Trata-se de estudo transversal, descritivo e observacional. A pesquisa foi realizada em um Hospital universitário de nível terciário de atendimento exclusivo pelo Sistema Único de Saúde (SUS), localizado em Curitiba/PR, na unidade de internação da Clínica Cirúrgica.

A coleta de dados foi realizada nos meses de março a julho de 2019, após a aprovação pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná sob o número parecer sob parecer nº 3606712 (CAAE: 69364317.2.0000.0096)

Amostra

A amostra foi composta por 42 participantes. Os critérios de inclusão foram: indivíduos do sexo feminino, com idade a partir de 18 anos, internados na Clínica Cirúrgica de um hospital público de Curitiba, Paraná, no pré ou pós-operatório de cirurgia abdominal. Foram excluídos os participantes com diagnóstico de doenças neurológicas, no pré ou pós-operatório de cirurgias pélvicas e que não concordaram em participar da pesquisa.

Procedimentos

As participantes foram avaliadas por meio de uma ficha de avaliação contendo dados sociodemográficos, hábitos de vida, comorbidades, alterações do trato urinário e intestinal, história ginecológica e obstétrica, urológica e variáveis cirúrgicas.

Foi aplicado o *International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder* (ICIQ-OAB) para avaliar os sinais de bexiga hiperativa fornecendo o impacto dos sintomas de frequência urinária, noctúria e incontinência urinária e urgência urinária. O instrumento apresenta 4 domínios, com pontuação geral de zero a 16 pontos, e quanto maior o valor pior a gravidade dos sintomas [8].

Para a avaliação da frequência, gravidade e impacto da IU na qualidade de vida foi utilizado o *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form* (ICIQ-SF), composto por quatro questões que avaliam a frequência, a gravidade, impacto da IU e oito itens de autodiagnóstico das causas ou a situações de IU vivenciadas pelas pacientes. Para pontuação relacionada à qualidade de vida considerou-se: 0-nenhum impacto; 1-3: leve; 4-6: moderado; 7-9: grave; 10: muito grave; e relacionada à gravidade da perda de urina: 0-5: leve; 6-12: moderado; 13-18: grave; 19-21: muito grave [9].

Análise estatística

Os dados coletados foram analisados de forma descritiva (tabela de frequências absoluta e relativa, média, desvio padrão e intervalo de confiança) e analítica. As variáveis numéricas foram observadas quanto à distribuição de normalidade por meio do teste de Shapiro-Wilk. O teste qui-quadrado foi utilizado na análise da associação entre os dados categóricos (raça, estado reprodutivo, autorrelato de perda de urina, constipação, rinite/sinusite, prolapso de bexiga e consumo de cafeína) e os questionários ICIQ-OAB e ICIQ-SF. q-quadrado para uma amostra. Para verificação da significância estatística foi adotado alfa de 5% ($p \leq 0,05$).

Resultados

Foram avaliadas 42 mulheres, com idade média de $54,5 \pm 12$ anos, sendo 22 (52,4%) avaliadas no pré-operatório e 20 (48,6%) no pós-operatório.

Em relação as cirurgias realizadas eram 9 (21,4%) coelitíases, 3 (7,1%) bariátricas, 2 (4,8%) neoplasias de trato gastrointestinal e outras 6 (14,4%) incluíram laparotomias exploratórias e biópsias hepáticas.

Quanto aos antecedentes cirúrgicos 10 participantes (23,8%) relataram não ter realizado cirurgia prévia, 21 (50%) haviam sido submetidas à cirurgia abdominal e as outras 11 (26,2%) à cirurgia pélvica.

Houve predomínio da raça branca, assalariada e casada. O nível de escolaridade predominante foi o ensino médio.

A avaliação do IMC constatou o sobrepeso em quinze participantes da pesquisa, 33 apresentaram a circunferência abdominal ≥ 88 cm.

Das 42 participantes da pesquisa, 22 estavam no climatério, 30 eram multiparas e 27 haviam tido parto normal, das quais 17 foram submetidas a episiotomia (Tabela I).

Tabela I - Perfil das participantes do estudo

Variáveis	Participantes
Idade (anos), IC (95%)	54,5 (50,7-58,24)
Raça, n (%)	
Branca	24 (57,1)
Parda	9 (21,4)
Amarela	8 (19)
Indígena	1 (2,4)
Ocupação, n (%)	
Assalariada	24 (57,1)
Autônoma	11 (26,2)
Aposentada	6 (14,3)
Desempregada	1 (2,4)
Estado civil, n (%)	
Casada	25 (59,5)
Solteira	7 (16,7)
Víuva	6 (14,3)
Divorciada	4 (9,5)
Escolaridade, n (%)	
Ensino médio	21 (50,0)
Ensino fundamental	15 (35,7)
Ensino superior	6 (14,3)
IMC, IC (95%)	28,59 (26,85-30,32)
Sobrepeso	15 (31,0)
Adequado	14 (33,3)
Obesidade	13 (31,0)
Estado reprodutivo, n (%)	
Climatério	22 (52,4)
Menacme	20 (47,3)
Paridade, IC (95%)	1,57 (1,34-1,80)
Multiparas	30 (71,4)
Primíparas	6 (14,3)
Nulíparas	6 (14,3)
Tipo de parto, n (%)	
Parto normal	27 (64,3)
Parto cesárea	23 (54,8)
Episiotomia, n (%)	17 (40,5)
Fórceps, n (%)	5 (11,9)

IC95% = intervalo de confiança 95%; IMC = Índice de Massa Corporal

As comorbidades associadas mais prevalentes foram as endócrino-metabólicas (Síndrome Metabólica e Diabetes Mellitus), seguida das cardíacas (hipertensão arterial sistêmica) e queixas respiratórias (rinite e sinusite).

Quanto às variáveis ginecológicas houve o predomínio da dor pélvica crônica, nas urológicas a incontinência urinária e a constipação nas coloproctológicas. A avaliação dos hábitos de vida apontou o tabagismo e o uso de cítricos e cafeína no consumo alimentar (Tabela II)

Tabela II - Comorbidades associadas e hábitos de vida

Variáveis	Participantes
Idade (anos), IC (95%)	54,5 (50,7-58,24)
Raça, n (%)	
Branca	24 (57,1)
Parda	9 (21,4)
Amarela	8 (19)
Indígena	1 (2,4)
Ocupação, n (%)	
Assalariada	24 (57,1)
Autônoma	11 (26,2)
Aposentada	6 (14,3)
Desempregada	1 (2,4)
Estado civil, n (%)	
Casada	25 (59,5)
Solteira	7 (16,7)
Víuva	6 (14,3)
Divorciada	4 (9,5)
Escolaridade, n (%)	
Ensino médio	21 (50,0)
Ensino fundamental	15 (35,7)
Ensino superior	6 (14,3)
IMC, IC (95%)	28,59 (26,85-30,32)
Sobrepeso	15 (31,0)
Adequado	14 (33,3)
Obesidade	13 (31,0)
Estado reprodutivo, n (%)	
Climatério	22 (52,4)
Menacme	20 (47,3)
Paridade, IC (95%)	1,57 (1,34-1,80)
Múltiparas	30 (71,4)
Primíparas	6 (14,3)
Nulíparas	6 (14,3)
Tipo de parto, n (%)	
Parto normal	27 (64,3)
Parto cesárea	23 (54,8)
Episiotomia, n (%)	17 (40,5)
Fórceps, n (%)	5 (11,9)

Dentre as 42 participantes, 27 (61,9%) das mulheres autorrelataram incontinência urinária.

Na Tabela III consta a média e desvio padrão do impacto dos sintomas de bexiga hiperativa e a pontuação total pelo questionário ICIQ-OAB.

Tabela III - Sintomas de bexiga hiperativa pelo ICIQ-OAB

ICIQ-OAB	Participantes (n = 42)	IC(95%)
Frequência urinária, Média ± DP	1,22 (1,23)	1,22 (0,83-1,61)
Noctúria, Média ± DP	1,90 (1,32)	1,90 (1,48-2,02)
Urgência, Média ± DP	1,89 (1,52)	1,89 (1,40-2,36)
Incontinência de urgência, Média ± DP	1,78 (2,01)	1,78 (1,09-2,47)
Pontuação total	5,95 (2,99)	5,98 (5,01-6,90)

IC95% = intervalo de 95% de confiança; DP = desvio-padrão

Na amostra total a média de frequência urinária foi de 1 a 6 vezes na semana, com relação à noctúria 33 (78,5%) das participantes referiram interromper o sono devido a necessidade de urinar em uma frequência de 1 a 2 vezes por noite. A prevalência de urgência e incontinência de urgência, 66,7% e 61,9% respectivamente referiram alterações.

A pontuação média geral do ICIQ-OAB foi de 5,95 ($\pm 2,99$), mas quando avaliado somente aquelas com sintomas de urgência ou urge incontinência essa pontuação elevou-se para 7,89 ($\pm 1,91$).

A Tabela IV apresenta a prevalência de IU nas mulheres que autorrelataram perda de urina, na qual resta evidenciado que 47,5% relata a perda antes de chegar ao banheiro.

Tabela IV - Impacto e prevalência de incontinência urinária pelo ICIQ-SF

ICIQ-SF	Participantes (n = 27)	IC(95%)
Frequência de perda urinária, Média ± DP	2,41 (1,33)	2,41 (1,88-2,94)
Quantidade de perda, Média ± DP	3,04 (1,62)	3,04 (2,39-3,68)
Situações de perda, n (%)		
Nunca perde	15 (36,5)	
Antes de chegar ao banheiro	20 (47,5)	
Quando tosse ou espirra	13 (31,0)	
Ao vestir-se após urinar	4 (9,5)	
Durante atividade física	3 (7,1)	
Quando está dormindo	1 (2,4)	
Sem razão óbvia	1 (2,4)	
O tempo todo	-	
Interferência na qualidade de vida (0-10), Média ± DP	5,52 (3,5)	5,52 (4,13-6,90)
Gravidade da perda urinária na vida diária (0-21) Média ± DP	11,11 (4,2)	11,11 (9,41-12,81)

IC95% = intervalo de 95% de confiança; DP = desvio-padrão

Das 27 incontinentes, 8 (19,5%) perdem urina uma vez por semana, 10 (24,4%) 2 a 3 vezes por semana, 1(2,4%), uma vez por dia, 6(14,6%) diversas vezes por dia, e 2(4,9%) o tempo todo. Quanto à quantidade de perda urinária, 28 (68,2%) referiram perder de pequena a grande quantidade de urina. Quanto às principais situações que levaram à perda de urina, 20 (47,5%) disseram perder urina antes de chegar ao banheiro e 13 (31%) quando tosse ou espirra.

O impacto da interferência na qualidade de vida ($5,52 \pm 3,5$) e a gravidade da perda urinária na vida diária ($11,11 \pm 4,2$) foram moderados.

Encontramos associações ($p \leq 0,05$) entre o ICIQ-SF e o ICIQ-OAB e entre variáveis sociodemográficas, ginecológicas, obstétricas, comorbidades e hábitos de vida das participantes do estudo (Tabela V).

Tabela V - Associação do escore do ICIQ-OAB e do ICIQ-SF com o perfil das participantes do estudo

Variáveis	ICIQ-OAB	ICIQ-SF
Raça branca	$p = 0,00$	$p = 0,00$
Estado reprodutivo (climatério)	-	$p = 0,003$
Perda de urina autorrelatada	$p = 0,00$	$p = 0,00$
Constipação	-	$p = 0,02$
Rinite/Sinusite	$p = 0,03$	-
Prolapso de bexiga	$p = 0,03$	$p = 0,00$
Consumo de cafeína elevado	$p = 0,02$	-

Teste de Qui-Quadrado ($p \leq 0,05$)

Discussão

O perfil das participantes desta pesquisa foram mulheres adultas, brancas, assalariadas, casadas, com ensino médio completo, estavam no período reprodutivo e não reprodutivo, múltiparas de parto cesárea e normal, a maioria em sobrepeso e obesidade, com risco cardiovascular elevado.

A perda de urina foi autorrelatada por 27 (61,9%) mulheres da presente pesquisa e este autorrelato mostrou associação com as respostas aos questionários ICIQ-SF e ICIQ-OAB ($p = 0,00$). No ICIQ-SF 15 (36,5%) das mulheres nunca perdeu urina, enquanto 27 (63,5%) referiram IUU e IUE, o que se torna importante na prática clínica questionar essa mulher sobre perdas urinárias.

Vale destacar que a maioria das participantes incontinentes estavam com mais de 50 anos, mostrando que a idade é um fator de risco para a IU [10]. Há associação da IU e a menopausa [11], pois está relacionada ao declínio de estrogênio que repercute na função e integridade da musculatura pélvica, levando a IU [12-14]. No estudo 22 (52,4%) participantes estavam em fase não reprodutiva, ou seja, no climatério, e observou-se associação com IU pelo ICIQ-SF ($p = 0,03$). Em contrapartida, estudos com mulheres múltiparas no período pós-menopausa mostraram que a idade não foi um fator de risco para IU [15,16].

A redução de estrogênio diminui a vascularização e promove atrofia do tecido conjuntivo, contribui para que a bexiga e uretra se tornem mais atroficas gerando sintomas como atrofia vulvovaginal, alteração na frequência urinária, urgência urinária, incontinência de urgência e noctúria, característicos da Síndrome Genito-Urinária da

Menopausa [17,18]. A prevalência de bexiga hiperativa é maior em mulheres no pós-menopausa e está vinculada a uma pior qualidade de vida, constrangimento, fadiga causada pela noctúria, aumento do risco de infecções entre outros [6,19].

A paridade [15] e via de parto [20] também são fatores que influenciam na frequência de IU. No estudo de Townsed *et al.* [15], analisando a presença de IU em mulheres no período pós-menopausa, notaram que as chances de IU aumentam entre as mulheres com ≥ 4 filhos, comparando-as com nulíparas. A prevalência de IU aumentou em um grupo de idosas, com maior número de gestações, de acordo com a pesquisa de Carvalho *et al.* [16]. Nosso estudo mostrou que 71,4% da amostra eram múltíparas, contudo, não houve associação com IU. Quanto à via de parto, neste estudo, a mais predominante foi a vaginal (64,3%). O parto vaginal apresenta maior associação com IUE e IUU [20], devido as alterações na musculatura do assoalho. Sabe-se que independente da vida de parto, a gestação por si só é um fator de risco para a IU. Consideramos a remodelação do tecido conjuntivo associado ao aumento da mobilidade da bexiga e diminuição da resistência uretral, como mudanças fisiológicas que se associam à IU [21].

A raça branca apresentou associação em nosso estudo entre IU e bexiga hiperativa pelo ICIQ-SF e ICIQ-OAB ($p = 0,00$) o que corrobora com estudos que mostram maior associação entre a etnia branca se comparada com negros e hispânicos [10]. Quanto aos sintomas de bexiga hiperativa, mulheres de etnia negra apresentam maiores taxas [22].

A obesidade e sua associação com a IU tem sido objeto de estudo para muitos pesquisadores da área. A IU aumenta em até cinco vezes, passando de 9,7% em indivíduos mais jovens com um IMC $< 25 \text{ kg/m}^2$ para 48,4% em indivíduos com mais idade e com IMC $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ [23,24]. A relação entre a obesidade e IUE é resultante da alta pressão intra-abdominal produzida pelo excesso de peso na região da cintura-quadril causando um aumento da pressão intravesical com conseqüente alteração no funcionamento do trato urinário [25,26]. Isso mostra a importância de uma intervenção voltada para a perda de peso, uma vez que a obesidade é um fator de risco modificável para IU [27]. A média do IMC no presente estudo foi de 28,59, e 66,7% das mulheres enquadraram-se em sobrepeso e obesidade, destas 42,8% relataram IU. O risco de IU aumenta naqueles com maior tempo de obesidade (>30 anos) se comparados com indivíduos obesos por um período de tempo menor (de 5 a 10 anos) [28,29].

Há relação entre fatores metabólicos e o surgimento da bexiga hiperativa e IU. Obesidade, diabetes e em menor grau a hipertensão têm sido associadas a IU, a qual pode ser considerada uma possível conseqüência da síndrome metabólica [30]. Além disso a relação entre HAS e IU se dá pela carga excessiva na bexiga após o tratamento

com diuréticos [24]. Já em relação à DM, evidências sugerem que o desequilíbrio metabólico secundário à hiperglicemia causa hiperatividade na bexiga, levando à IU [31]. No entanto, não foram observadas associações destas variáveis com a IU no presente estudo.

Quanto ao relato de rinite e sinusite, as mesmas apresentaram associação com os sintomas de bexiga hiperativa pelo ICIQ-OAB ($p = 0,03$). Isto pode ser ocasionado pela tosse ou espirros como resultado do aumento da pressão intra-abdominal e de uma contração do detrusor, o que leva a IU [32].

Entre as variáveis ginecológicas no presente estudo, 33,3% relataram dor pélvica crônica (DPC) e 2,4% prolapso de bexiga, este último mostrou associação com IU e bexiga hiperativa ($p = 0,00$ e $p = 0,03$ respectivamente). O prolapso de órgão pélvico (POP) está presente em até 65% das mulheres sendo mais comum na idade avançada e é decorrente da deficiência de estrogênio que se associa ao relaxamento das estruturas da pelve [33].

A IUU e bexiga hiperativa estão associadas à constipação, devido a fraqueza dos músculos do assoalho pélvico e aumento da pressão abdominal e urinária [4,33]. Em nossa amostra fatores coloproctológicos estavam correlacionados a IU por meio do ICIQ-SF ($p = 0,002$).

A atividade física é fator de risco modificável para IU e está vinculada a menores chances de IU [34]. Neste estudo, a atividade física foi exercida apenas por 16,7% das participantes. Um dos fatores que levam à redução da atividade física é o escape urinário durante a prática [35].

Vimos que há associação de bexiga hiperativa de acordo com o ICIQ-OAB ($p = 0,02$) quanto ao consumo elevado de cafeína. Esta associação entre o consumo de cafeína e IU diverge em estudos que mostram ocorrência de bexiga hiperativa em indivíduos que ingeriam pimenta, cafeína e bebidas carbonatas, enquanto outras pesquisas sugerem que a mesma pode ser um fator protetor para alterações do trato urinário [36,37]. E, apesar dos estudos mostrarem que há associação entre bexiga hiperativa e IU com o tabagismo [38] não encontramos associação com esta variável.

Referente às associações entre os fatores de risco, utilizando os questionários ICIQ-OAB e ICIQ-SF, o primeiro mostrou um comprometimento leve ($5,95 \pm 2,99$) para bexiga hiperativa na amostra geral e um comprometimento moderado para IU. Estudos que usaram o ICIQ-OAB indicam que em mulheres com idade média de 37 anos o escore é considerado leve, porém, quando aplicado em mulheres idosas, multíparas e com IMC elevado esse escore tende a elevar-se [39,40]. Estudos utilizando o ICIQ-SF mostram que em mulheres incontinentes acima de 60 anos o impacto da qualidade de vida é considerado grave e há maior predomínio da IUE [3].

Há associações em nossa pesquisa, entre os fatores para IU e o ICIQ-SF para qualidade de vida e ICIQ-OAB para sintomas de bexiga hiperativa. Estes dados podem servir de subsídios para a avaliação da população com IU, servindo como base para a abordagem educacional e direcionadora na população em termos de prevenção e minimização de riscos.

O autorrelato de IU não é comum devido ao impacto causado pelo constrangimento, por isso a importância de se dispor de medidas de avaliação para a abordagem da IU e encaminhamentos educacionais e reabilitadores.

Algumas limitações em nosso estudo podem ser observadas, como a falta de estrutura física para o uso de instrumentos de avaliação mais específicos. Para diminuição dos vieses do estudo optou-se pela aplicação somente no sexo feminino, com isso ressaltamos que novos delineamentos sejam feitos ao sexo masculino. Entre as variáveis que não apresentaram relação com a IU, como obesidade, sugere-se o aumento no número da amostra e um embasamento maior nas variáveis de composição corporal, perfil lipídico e endócrino.

Conclusão

Observou-se no presente estudo alta prevalência de IU em mulheres internadas em uma unidade cirúrgica no pré e pós-operatórios de cirurgia abdominal. Os principais fatores de risco associados bexiga hiperativa e incontinência urinária foram a raça branca, climatério, perda de urina autorrelatada, constipação, rinite e sinusite, prolapso de bexiga e consumo de cafeína. Tais achados são importantes para que se disponha de medidas de avaliação para abordagem da IU, bem como promover encaminhamentos educacionais e reabilitadores, independentemente do nível de complexidade que o indivíduo está inserido.

Conflitos de interesse

Não houve conflito de interesses.

Fontes de financiamento

Não houve recebimento de financiamento para a pesquisa.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Tochetto LL, Gomes RHS, Gallo RBS, Motter AA; *Coleta de dados:* Tochetto LL; *Análise e interpretação dos dados:* Tochetto LL, Gomes RHS, Gallo RBS, Motter AA; *Análise estatística:* Gallo RBS, Motter AA; *Redação do manuscrito:* Tochetto LL, Gomes RHS, Gallo RBS, Motter AA; *Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:* Gomes RHS, Gallo RBS, Motter AA

Referências

1. Shimonov M, Groutz A, Schachter P, Gordon D. Is bariatric surgery the answer to urinary incontinence in obese women? *Neurol Urodyn* 2017;36:1. doi: 10.1002/nau.22909
2. Okunola TO, Olubiyi OA, Omoya S, Rosiji B, Ajenifuja KO. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in pregnancy in Ekere-Ekiti, Nigeria. *Neurourol Urodyn* 2018;37:8. doi: 10.1002/nau.23726
3. Padilha JF, Silva AC, Mazo GZ, Marques CMG. Investigação da qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR* [Internet]. 2018 [cited 2019 July 9];221:1. Available from: <https://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/viewFile/6302/356>
4. Liu L, Zhang Y, Gong J, Chen X. Effects of different treatment methods on the clinical and urodynamic state of perimenopausal women with stress urinary incontinence. *Iran J Public Health* [Internet]. 2018 [cited 2019 May 5];47:8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6123584/>
5. Nygaard IE. Evidence-based treatment for mixed urinary incontinence. *JAMA* 2019;322:11. doi: 10.1001/jama.2019.12659
6. Palma T, Raimondi M, Souto S, Fozzatti C, Palma P, Riccetto C. Correlation between body mass index and overactive bladder symptoms in pre-menopausal women. *Rev Assoc Med Bras* 2014;60:2. doi: 10.1590/1806-9282.60.02.007
7. Park S, Baek KA. Association of general obesity and abdominal obesity with the prevalence of urinary incontinence in women: a cross-sectional secondary data analysis. *Iran J Public Health* [Internet]. 2018 [cited 2019 June 15];47:6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6077645/>
8. Pereira SM, Thiel RCC, Riccetto C, Silva JM, Pereira LC, Herrmann V, et al. Validação do International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder (ICIQ-OAB) para a língua portuguesa. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2010;32:6. doi: 10.1590/S0100-72032010000600004
9. Tamanini JTN, Dambros M, D'Ancona CAL, Palma PCR, Neto NR. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form" (ICIQ-SF). *Rev Saúde Pública* 2004;38:3. doi: 10.1590/S0034-89102004000300015
10. Leroy LS, Lopes MHBM, Shimo AKK. Urinary incontinence in women and racial aspects: a literature review. *Text Context Nursing* 2012;21:3. doi: 10.1590/S0104-07072012000300026
11. Ajith AK, Rekha A, Duttagupta S, Murali V, Ramakrishnan D, Krishnapillai V. Prevalence and factors of urinary incontinence among postmenopausal women attending the obstetrics and gynecology outpatient service in a Tertiary Health Care Center in Kochi, Kerala. *Indian J Community Med* [Internet]. 2019 [cited 2019 Ago 18]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6824164/>

12. Fantl JA, Cardoso L, McClish DK. Estrogen therapy in the management of urinary incontinence in postmenopausal women: a meta-analysis. first report of the hormones and urogenital therapy committee. *Obstet Gynecol* [Internet] 1994 [cited 2019] Nov 12];83:1. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8272292/>
13. Hillard T. Pelvic floor function around the menopause and how to improve it. *Climateric* 2019;22:3. doi: 10.1080/13697137.2019.1583827
14. Cagnacci A, Palma F, Carbone M, Grandi G, Xholli A. Association between urinary incontinence and climacteric symptoms in postmenopausal women. *Menopause* 2017;24:1. doi: 10.1097/GME.0000000000000727
15. Townsend MK, Lajous M, Medina-Campos RH, Catzin-Kuhlmann A, López-Ridaura R, Rice MS. Risk factors for urinary incontinence among postmenopausal Mexican women. *Int Urogynecol J* 2017;28. doi: 10.1007/s00192-016-3196-0
16. 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. doi: 10.1590/1809-9823.2014.13135
17. Johnston SL. Pelvic floor dysfunction in midlife women. *Climateric* 2019;22:3. doi: 10.1080/13697137.2019.1568402
18. Bodner-Adler B, Alarab M, Ruiz-Zapata AM, Latthe P. Effectiveness of hormones in postmenopausal pelvic floor dysfunction – International Urogynecology Association research and development – committee opinion. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2019;30:277. doi: 10.1007/s00192-019-04070-0
19. Milsom I, Abrams P, Cardozo L, Roberts RG, Thuroff J, Wein AJ. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study. *BJU International* 2001;87:9. doi: 10.1046/j.1464-410x.2001.02228.x
20. Fritel X, Tayrac R, Bader G, Savary D, Gueye A, Deffieux X, et al. Preventing urinary incontinence with supervised prenatal pelvic floor exercises: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2015;126:2. doi: 10.1097/AOG.0000000000000972
21. Gyhagen M, Akervall S, Molin M, Milsom I. The effect of childbirth on urinary incontinence: a matched cohort study in women aged 60-64 years. *Am J Obstet Gynecol* 2019;322e1-322-e17. doi: 10.1016/j.ajog.2019.05.022
22. McKellar K, Abraham, N. Prevalence, risks factors, and treatment for women with stress urinary incontinence in racially and ethnically diverse population. *Neurology and Urodynamics* 2019;38:3. doi: 10.1002/nau.23930
23. Obesity: preventing and managing the global epidemic. World Health Organization. 2000
24. Othman AJ, Akervall S, Milson I, Gyhagen M. Urinary incontinence in nulliparous women aged 25-64 years: a national survey. *Am J Obstet Gynecol* 2017;216:2. doi: 10.1016/j.ajog.2016.09.104

25. Higa R, Lopes HMBM, Turato ER. Psychocultural meanings of urinary incontinence in women: a review. *Rev Latinoam Enferm* 2008;16:4. doi: 10.1590/S0104-11692008000400020
26. Subak L, Richter H, Hunskaar S. Obesity and urinary incontinence: epidemiology and clinical research update. *J Urol* 2009;182:6. doi: 10.1016/j.juro.2009.08.071
27. Lai HH, Helmut ME, Smith AR, Wiseman JB, Gillespie BW, Kirkali Z. Relationship between central obesity, general obesity, overactive bladder syndrome and urinary incontinence among male and female patients seeking care for their lower urinary tract symptoms. *Urology* 2019;123:34-43. doi: 10.1016/j.urology.2018.09.012
28. Mishra GD, Hardy R, Cardozo L, Kuh D. Body weight through adult life and risk or urinary incontinence in middle-aged women: result from a British prospective cohort. *Int J Obes* 2008;32:9. doi: 10.1038/ijo.2008.107
29. Lamerton TJ, Torquati L, Brown WJ. Overweight and obesity as major, modifiable risk factors for urinary incontinence in young to mid-aged woman: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews* 2018;19. doi: 10.1111/obr.12756
30. John G. Urinary incontinence and cardiovascular disease: a narrative review. *Int Urogynecol J* 2020;31:857-63. doi: 10.1007/s00192-019-04058-w
31. Jiménez-Rodríguez J, Carbajal-Ramírez A, Meza-Vázquez H, Moreno-Palacios, Serrano-Brambila E. Prevalencia de sintomas urinários en mujeres con diabetes mellitus. *Rev Med Ins Mex Seguro Soc [Internet]* 2016 [cited 2022 July 6];54;1, 70-4. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745148012>
32. Sinha S, Lakhani D, Singh VP. Cough associated detrusor overactivity in women with urinary incontinence. *Neurology and Urodynamic* 2019;38:3. doi: 10.1002/nau.23928
33. Knorst MR, Cavazzotto K, Henrique M, Resende TL. Intervenção fisioterapêutica em mulheres com incontinência urinária associada ao prolapso de órgão pélvico. *Rev Bras Fisioter* 2012;16:2. doi: 10.1590/S1413-35552012000200004
34. Nygaard EI, Shaw MJ. Physical activity and the pelvic floor. *Am J Obstet Gynecol* 2016;214:2. doi: 10.1016/j.ajog.2015.08.067
35. Nygaard I, Girts T, Fultz NH, Kinchen K, Pohl G, STernfeld B. Is urinary incontinence a barrier to exercise in women? *Am J Obstet Gynecol* 2005;106:2. doi: 10.1097/01.AOG.0000168455.39156.0f
36. Azevedo CR. Qualidade de vida de mulheres com bexiga hiperativa no município de Sorocaba [Tese] [Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008. [cited 2022 Jul 18]. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1100485>
37. Robinson D, Hanna-Mitchell A, Rantell A, Thiagamoorthy G, Cardozo L. Are we justified in suggesting change to caffeine, alcohol, and carbonated drink intake in lower urinary tract disease? Report from the ICI-RS 2015. *Neurol Urodyn* 2017;36:4. doi: 10.1002/nau.23149

38. Madhu C, Enki D, Drake MJ, Hashim, H. The functional effects of cigarette smoking in women on the lower urinary tract. *Urol Int* 2015;95:4. doi: 10.1159/000438928
39. Ferreira LR. Prevalência de bexiga hiperativa e avaliação do impacto desse diagnóstico em mulheres de diferentes faixas etárias [Dissertação] [Internet]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 2016. [cited 2022 July 6]. Available from: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/137962>
40. Cavalcante ECB. Correlação entre os hábitos miccionais e a severidade dos sintomas da síndrome da bexiga hiperativa em mulheres idosas – resultados preliminares [Dissertação] [Internet]. Brasília: Centro Universitário de Brasília; 2017. [cited 2022 July 6]. Available from: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/235/12281>



Este artigo de acesso aberto é distribuído nos termos da Licença de Atribuição Creative Commons (CC BY 4.0), que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado.