

**FATORES ASSOCIADOS À INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES
ATENDIDAS NA POLICLÍNICA MUNICIPAL DE PALHOÇA**

FACTORS ASSOCIATED WITH URINARY INCONTINENCE IN WOMEN
TREATED AT THE MUNICIPAL POLYCLINIC OF PALHOÇA

Autores:

Luiza Assis Rocha¹

Paulo Fontoura Freitas²

Luisa Aguiar da Silva Nery³

Instituição: Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) – campus Pedra Branca

¹ Discente do Curso de Medicina. Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL - Campus Pedra Branca - Palhoça (SC) Brasil. E-mail: luizaassisrocha@yahoo.com.br

² Epidemiologista. Docente do curso de Graduação em Medicina. Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL – Campus Pedra Branca – Palhoça (SC) Brasil E-mail: pfreitas.epidemiogmail.com

³ Médica. Especialista em ginecologia e obstetrícia. Docente do curso de Graduação em Medicina. Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL – Campus Pedra Branca – Palhoça (SC) Brasil. E-mail: luisa@urogine.com.br

RESUMO:

Objetivos: Avaliar os fatores associados à incontinência urinária em mulheres atendidas na Policlínica Municipal de Palhoça. **Método:** Estudo caso controle que avaliou pacientes acima de 18 anos atendidas na Policlínica Municipal de Palhoça no período de janeiro a dezembro de 2016, sendo 60 casos (mulheres incontinentes) e 120 controles (mulheres continententes) pareados por idade. Variáveis sociodemográficas, hábitos de vida, clínicas e gineco-obstétricas foram tabuladas no software Windows Excel e posteriormente analisadas pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). *Version* 18.0. [Computer program]. Chicago: SPSS Inc; 2009. A medida de associação foi feita pelo Odds Ratio (OR), apresentando-se o valor de p no nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$) e o Intervalo de confiança (IC95%) para o OR. **Resultados:** Entre os fatores avaliados, a inatividade física (OR=5,47; IC95% 2,60-12,33; $p < 0,001$), a obesidade (OR=2,39; IC95% 1,02-5,60; $p = 0,045$), a constipação (OR=4,33; IC95% 2,07-9,06; $p < 0,001$), a HAS (OR=1,90; IC95% 1,01-3,55; $p = 0,056$), o uso de benzodiazepínicos (OR=2,48; IC95% 1,02-6,00; $p = 0,057$), o uso de antidepressivos (OR=2,82; IC95% 1,45-5,48; $p = 0,003$), a história prévia de cirurgia ginecológica (OR=5,82; IC95% 2,96-11,45; $p < 0,001$) e o número de parceiros sexuais ($p = 0,016$) foram associados à IU. **Conclusão:** A IU está associada a diversos fatores de risco, causando impacto negativo na qualidade de vida das mulheres. O conhecimento desses fatores por parte dos profissionais de saúde é fundamental para que consigam identificar precocemente a IU e tratá-la de forma adequada.

Palavras-chave: Incontinência Urinária. Mulheres. Fatores Associados.

ABSTRACT:

Objectives: To evaluate the factors associated with urinary incontinence in women treated at the Municipal Polyclinic of Palhoça. **Methods:** A case-control study about patients over 18 years attended at the Municipal Polyclinic of Palhoça from January to December 2016, with 60 cases (incontinent women) and 120 controls, age-matched. Sociodemographic, lifestyle, clinical, gynecological and obstetric variables were tabulated in the Windows Excel software and then analyzed by the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) program. Version 18.0. [Computer program]. Chicago: SPSS Inc; 2009. The risk was measured by the Odds Ratio (OR), presenting the p-value with a significance level of 5% ($p \leq 0,05$) and the Confidence Interval (95% CI) for the OR. **Results:** Among the factors evaluated, physical inactivity (OR=5,47; CI95% 2,60-12,33; $P > 0,001$), obesity (OR=2,39; CI95% 1,02-5,60; $p = 0,045$), constipation (OR=4,33; CI95% 2,07-9,06; $p < 0,001$), hypertension (OR=1,90; CI95% 1,01-3,55; $p = 0,056$), the use of benzodiazepines (OR=2,48; CI95% 1,02-6,00; $p = 0,057$) and antidepressants (OR=2,82; CI95% 1,45-5,48; $p = 0,003$), previous history of gynecological surgery (OR=5,82; CI95% 2,96-11,45; $p < 0,001$) and number of sexual partners ($p = 0,016$) were associated with UI. **Conclusion:** UI is associated with several risk factors and has a negative impact on women's quality of life. The knowledge of these factors by health professionals is fundamental so they can be able to identify UI early and to treat it adequately.

Keywords: Urinary Incontinence. Women. Associated Factors.

INTRODUÇÃO:

A incontinência urinária (IU) é definida pela *International Urogynecological Association* (IUGA) e *International Continence Society* (ICS) como a queixa de perda involuntária da urina, consistindo em um sintoma e não em um diagnóstico¹. Essa condição pode ser dividida em três tipos principais: a IU de esforço, a IU de urgência e a IU mista^{1,2}.

A forma mais comum de IU em mulheres é a de esforço (48%), a qual consiste numa perda involuntária de urina durante atividade física, seguido da IU de urgência (17%), que se caracteriza por contrações involuntárias do detrusor durante a fase de enchimento, e da IU mista (34%)^{1,3}.

Sabe-se que essa condição afeta de forma negativa a qualidade de vida das mulheres⁴, piorando à medida em que os sintomas se tornam mais graves⁵. É considerada debilitante e interfere no bem-estar social, nos aspectos psicológicos, ocupacionais e domésticos, estando também relacionada com queixas sexuais⁶.

Apesar de ser uma condição comum, a estimativa da prevalência de incontinência urinária na população geral permanece um desafio, havendo estudos que descrevem taxas de prevalência entre 16,1 a 68,8% nas mulheres⁷ e 23,6% nas brasileiras entre 45 e 60 anos⁸.

Diversos fatores estão relacionados à IU, como idade avançada⁹⁻¹¹, índice de massa corporal elevado ($\geq 25 \text{ kg/m}^2$)⁹, constipação^{9,11}, vaginite atrófica⁹, menopausa⁹, prolapso de órgãos pélvicos e parto normal^{9,11}, baixa escolaridade¹¹, sedentarismo¹¹, história de gravidez e episiotomia¹¹, diabetes¹¹ e hipertensão arterial sistêmica¹², devendo ser considerada qualquer história médica, cirúrgica, obstétrica ou genitourinária significativa que possa afetar o funcionamento dos rins e a produção de urina, a função do assoalho pélvico e do trato geniturinário¹³.

Em relação à menopausa, as mulheres são a população mais afetada pela IU devido às mudanças fisiológicas associadas à privação de estrogênio¹⁴. A multiparidade e macrosomia fetal podem danificar o assoalho pélvico no parto normal e causar IU de esforço¹⁵ e a obesidade aumentar a pressão exercida sobre o assoalho e órgãos pélvicos¹⁶.

A anamnese deve abranger investigação completa dos sintomas, podendo também conter questionários específicos para verificar a qualidade de vida das pacientes afetadas pela IU¹⁷. O exame físico consiste em uma parte fundamental da

investigação uroginecológica, a fim de caracterizar a incontinência e descartar outras doenças¹⁸. O exame parcial de urina é considerado obrigatório em todas as pacientes com queixas uroginecológicas, pois as infecções urinárias podem ser causa dos sintomas¹⁷.

Diversos estudos mostram o impacto negativo da incontinência urinária nas mulheres, afetando a vida sexual, os afazeres diários e a autoestima⁴⁻⁶. Apesar de ser uma condição comum, a IU tem sido subestimada, frequentemente negligenciada e não tem recebido a devida atenção dos profissionais da saúde, muitas vezes por falta de informação e de conhecimento sobre o assunto, principalmente no que se refere aos fatores de risco para essa condição, tornando um grande obstáculo o seu diagnóstico precoce. Visto que esse sintoma constitui-se num problema de saúde pública com grandes prejuízos na qualidade de vida das mulheres, há necessidade de avaliar os fatores associados para que os profissionais da saúde consigam identificar precocemente e tratar de forma adequada a IU. Com base nesses fatos, o objetivo do estudo foi avaliar os fatores associados à incontinência urinária em mulheres atendidas na Policlínica Municipal de Palhoça.

MÉTODOS:

Estudo observacional caso controle pareado por idade foi realizado na Policlínica Municipal de Palhoça, no ambulatório de ginecologia, no período de janeiro a dezembro de 2016. Fizeram parte do estudo pacientes pós-menarca acima de 18 anos, sendo o grupo caso composto por 60 mulheres com incontinência urinária e o grupo controle por 120 mulheres sem incontinência urinária. A seleção dos casos foi feita de maneira consecutiva até completar o número amostral e para o grupo controle, foram selecionados os prontuários das duas próximas consultas, pareados por idade (± 2 anos). Foi considerada incontinência urinária a queixa de perda involuntária da urina, seguindo os critérios da IUGA e ICS¹

O desfecho do estudo foi a incontinência urinária (sim/não). As variáveis independentes foram divididas em sociodemográficas, hábitos de vida, clínicas e gineco-obstétricas. As variáveis sociodemográficas foram estado civil, raça e escolaridade. Os hábitos de vida foram tabagismo e inatividade física. Os fatores clínicos analisados foram Índice de Massa Corporal, Diabetes Mellitus, constipação intestinal, Hipertensão Arterial Sistêmica, benzodiazepínicos, antidepressivos, inibidores da enzima conversora de angiotensina, diuréticos e bloqueadores de canais de cálcio. Os fatores gineco-obstétricos foram número de gestações, tipo de parto, menopausa, histerectomia, história prévia de cirurgia ginecológica, número de parceiros sexuais, idade da menarca e idade da sexarca.

As informações obtidas foram tabuladas utilizando o *software Windows Excel*, e posteriormente analisadas por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*. *Version 18.0*. [Computer program]. Chicago: SPSS Inc; 2009. Primeiramente apresentou-se a distribuição das variáveis independentes (sociodemográficas, hábitos de vida, clínicas e gineco-obstétricas) nos casos e controles. A significância estatística das diferenças na ocorrência da exposição, ao comparar casos e controles, como parte da análise bivariada, foi obtida pelo Teste do Qui-quadrado. A medida de associação foi representada pelo Odds Ratio (OR). Foram apresentados o valor de p no nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$) e o Intervalo de confiança (IC95%) para o OR.

Este estudo obedeceu aos preceitos éticos do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Res. Nº 466/2012. Foi solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por tratar-se de dados de prontuários de pacientes atendidas no ano de 2016 e solicitada a Autorização para coleta de dados em prontuários para o Guardião

Legal da Instituição. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Unisul, pelo número CAAE 70607717.5.0000.5369. Não existiu nenhum conflito de interesse entre os pesquisadores e os sujeitos da pesquisa.

RESULTADOS:

Foram analisadas 180 mulheres, das quais 60 (33,3%) apresentavam incontinência urinária. Os grupos foram pareados por idade, com uma média de 52,63 anos no grupo caso, sendo a idade mínima de 18 anos e a máxima de 85 anos e uma média de 52,72 anos no grupo controle. Não existiu nenhuma perda amostral.

Quanto aos fatores sociodemográficos e hábitos de vida (tabela 1), verificou-se que no grupo caso 38,3% eram solteiras, 91,7% brancas e 73,3% tinham baixa escolaridade (nenhuma ou ensino fundamental incompleto ou ensino fundamental completo). Quanto aos hábitos de vida, 21,7% eram tabagistas e 94% sedentárias. Somente a inatividade física foi associada à incontinência, aumentando em 5,47 vezes o risco de desenvolver IU ($p < 0,001$).

Dentre os fatores clínicos, a constipação aumentou o risco de IU em quatro vezes ($p < 0,05$), a HAS em 1,9 vezes ($p=0,05$), o uso de antidepressivos em 2,82 vezes ($p=0,003$) e o uso de benzodiazepínicos em 2,48 vezes ($p=0,05$). Mulheres obesas tiveram 2,39 vezes mais chance de desenvolver IU ($p=0,045$), quando comparadas a mulheres de IMC normal. Apesar de ser diferente entre os dois grupos, a presença de diabetes tipo 2 (OR=1,23; IC95%=0,51-3,01) não se revelou como fator de risco. (Tabela 2).

Os fatores gineco-obstétricos estão demonstrados na tabela 3. No grupo caso 6,7% das mulheres nunca haviam gestado, 82,1% tiveram pelo menos um parto normal e 17,9% apenas cesariana. As menopausadas compunham 61,7% das mulheres com IU e as histerectomizadas 13,3%. Somente a história de cirurgia ginecológica prévia foi associada à incontinência urinária, aumentando o risco em 5,82 vezes ($p<0,001$). Dentre as 39 cirurgias ginecológicas relatadas nos casos, foram 8 histerectomias, 4 ooforectomias, 18 laqueaduras, 7 perineoplastias e 2 miomectomias.

O número de parceiros sexuais foi maior nas incontinentes ($p=0,016$), com uma média de 3,78 (DP \pm 3,72), quando comparado às mulheres sem IU, com uma média de 2,57 parceiros (DP \pm 2,71). A menarca ($p=0,791$) e a sexarca ($p=0,688$) obtiveram médias de idade muito semelhantes quando comparados casos e controles (Tabela 4).

DISCUSSÃO:

Este foi um estudo original que buscou avaliar os fatores associados à incontinência urinária em mulheres atendidas na Policlínica Municipal de Palhoça, um estabelecimento de atendimento público.

Verificou-se, no estudo atual, que no grupo caso 38,3% eram solteiras, 91,7% brancas e 73,3% tinham baixa escolaridade. Prevalências semelhantes foram encontradas em um estudo brasileiro que avaliou o perfil sociodemográfico das mulheres com IU usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) num hospital do Estado de Minas Gerais. Neste, 81% das participantes encontravam-se com idades entre 40 e 59 anos, 38% eram não casadas e 79% possuíam baixa escolaridade¹⁹. Apesar das altas taxas de prevalência, o presente estudo não encontrou associação entre fatores sociodemográficos e IU, corroborando com o estudo brasileiro de Reigota *et al*²⁰. Apesar disso, a prevalência elevada de mulheres incontinentes com baixa escolaridade mostra a importância da atenção dos profissionais da saúde quanto à abordagem da IU, pois o diagnóstico e o tratamento efetivo estão intimamente relacionados à boa compreensão das informações por parte das pacientes. No Brasil, a não associação de IU com a etnia pode estar relacionada à miscigenação somada à subjetividade das distinções raciais com base na cor da pele declarada ou observada.

Observou-se, no estudo em discussão, que a inatividade física aumentou em 5,4 vezes a chance de IU. Corroborando com este achado, Liu *et al*²¹ concluíram que a inatividade física aumentava a chance de incontinência em 1,3 vezes ($p < 0,01$). Chu *et al*²² realizaram um estudo incluindo 35 mulheres com IU moderada a grave sem tratamento, que tiveram menores níveis de atividade física diária (mediana de 2168 passos diários medidos por acelerômetro) e alto comportamento sedentário (mediana de tempo sedentário diário = 74%). A atividade física de curta duração foi associada à noctúria ($p = 0,001$) e enurese noturna ($p = 0,04$) e o sedentarismo também foi associado à noctúria ($p = 0,016$). Além desses estudos, Fritel *et al*²³ demonstraram que a mobilidade individual limitada, incluindo déficit de equilíbrio e de marcha, estava associada à IU, sendo proporcional à sua gravidade (OR=2,2). A prática regular de exercícios físicos pode ajudar a reduzir o IMC, diminuindo a pressão intra-abdominal e fortalecendo os músculos do assoalho pélvico²⁴.

Pedersen *et al*²⁵ citaram uma prevalência de IU de 67,3% em mulheres com IMC ≥ 35 e Khullar *et al*²⁶ observaram associação entre obesidade e IU (OR=1,9; $p < 0,0001$) e também de sobrepeso com IU (OR=1,5; $p < 0,0001$). Moreno-Vecino *et al*²⁴ concluíram

que mulheres com IMC ≥ 30 apresentavam 87% mais risco de desenvolver IU quando comparadas às de IMC normal. O presente estudo também analisou obesas em relação às mulheres de IMC normal, mostrando um aumento do risco de IU à medida que o IMC se eleva (OR=2,3). Sabe-se que mulheres acima do peso têm aumento da pressão intra-abdominal¹⁶, o que pode contribuir para o aumento da pressão intra-vesical e da mobilidade uretral e afetar os músculos do assoalho pélvico²⁴.

A associação de constipação com a incontinência urinária, no estudo discutido, está de acordo com a literatura^{9,11,21,27}. Maeda *et al*²⁷ relataram maior prevalência de IU em indivíduos constipados quando comparados àqueles com trânsito intestinal normal (36,7% versus 15,3%). Tal associação pode estar associada à alta pressão abdominal, que aumentaria a pressão uretral ocasionando IU.

O presente estudo encontrou ainda associação entre HAS e IU (OR=1,9), achado bem evidenciado na literatura^{12,25,28}. Chang *et al*¹² concluíram que a prevalência de IU em mulheres hipertensas era significativamente maior comparadas àquelas sem hipertensão (39,9% versus 26,8%). Além disso, o subgrupo com tratamento da HAS teve menor prevalência (39%) de IU do que o subgrupo sem tratamento (48,3%). Em mulheres hipertensas, a IU estaria significativamente relacionada à presença simultânea de outras comorbidades como diabetes, obesidade e infecções urinárias¹².

A ocorrência ou agravamento de sintomas do trato urinário podem ser causados pelo uso contínuo de medicações, principalmente quando a perda urinária tem relação temporal com o início do uso. Por isso, possíveis efeitos medicamentosos adversos continuam sendo motivo de preocupação na medicina e devem ser considerados nos casos de incontinência urinária²⁹. Este estudo encontrou associação entre o uso de benzodiazepínicos e IU, porém são escassos os artigos que corroboram com este achado. Landi *et al*³⁰ mostraram que, entre os indivíduos mais idosos, o uso de benzodiazepínicos aumentou em 45% o risco de incontinência urinária. Outro fator associado, no presente estudo, foi o uso de antidepressivos. Essa associação foi citada por uma metanálise em 2016, na qual 11 relatos de casos e 1 estudo de coorte retrospectivo sugeriram associação entre o uso de antidepressivos e o aumento na incidência de IU. Entre os antidepressivos mais comumente relatados que causam ou exacerbam o quadro de IU estavam os inibidores seletivos da recaptção da serotonina e a venlafaxina³¹. No entanto, ainda não está claro quais são as classes de antidepressivos mais problemáticas e quais são as pacientes que estão em maior risco. Mais evidências são necessárias, a partir de estudos experimentais, para confirmar esta associação.

A cirurgia ginecológica prévia mostrou ser fator de risco na pesquisa atual, sendo também mencionada na literatura, porém poucos desses estudos utilizaram essa denominação. A maioria deles analisou as cirurgias como variáveis isoladas e não agrupadas em uma variável comum. O estudo de Slawomir *et al*⁶² estimou a prevalência de incontinência urinária após cirurgia pélvica em 200 pacientes com idade entre 33 e 85 anos, das quais 35,5% haviam sido submetidas a cirurgias gineco-obstétricas. Dessas, a histerectomia abdominal foi a mais frequente, seguida de operações de reconstrução vaginal, cesarianas, operações anexiais e histerectomia vaginal, com uma prevalência total de 56% para IU de esforço, 35% para IU mista e 9% para IU de urgência. As pacientes com cirurgias gineco-obstétricas constituíram 30% de todos os casos de incontinência urinária, sendo que a histerectomia abdominal e a cirurgia vaginal reconstrutiva foram claramente associadas à IU. A explicação para essa associação pode estar relacionada à proximidade anatômica dos órgãos reprodutivos e da bexiga, implicando em distúrbios urológicos após procedimentos ginecológicos. Além disso, outra explicação plausível seria por danos diretos à inervação autonômica da bexiga em L4, L5 e S1-4³².

No artigo discutido, a média do número de parceiros sexuais foi superior no grupo caso, contudo este achado não é descrito na literatura, já que mulheres com IU tendem a ter prejuízo na vida sexual⁶. Essa variável foi avaliada após o desfecho, mas não foi questionado às pacientes se o número de parceiros teria sido antes ou depois do aparecimento da incontinência urinária. Além disso, não se pode inferir que ter mais parceiros sexuais significa ter um maior número de relações sexuais.

Não houve associação entre tabagismo e IU no estudo atual, corroborando com Liu *et al*¹. Já a diabetes, a qual também não foi associada à IU, foi descrita na literatura como fator de risco²⁸. A ausência de associação na pesquisa em discussão pode estar relacionada ao tamanho da amostra de diabéticas.

O uso de inibidores da enzima conversora da angiotensina, diuréticos e bloqueadores dos canais de cálcio não foram associados à IU. Apesar disso, essas medicações são citadas na literatura como potenciais fatores de risco. O diurético aumentaria a diurese precipitando a IU, o BCC causaria prejuízo no esvaziamento, retenção urinária, constipação e edema, contribuindo para poliúria e noctúria e aumentando o risco de IU e o IECA causaria tosse, exacerbando a IU de esforço²⁹. A não associação desses medicamentos com a incontinência, no estudo atual, pode ser justificada pelo reduzido número de pacientes usando as classes medicamentosas supracitadas, além de um viés de memória, já que os dados contidos nos prontuários

foram coletados diretamente com as pacientes. Apesar disso, o conhecimento das medicações usadas pelas pacientes e seus possíveis efeitos adversos é de suma importância na avaliação diagnóstica e nas considerações terapêuticas para evitar uma cascata de medicamentos que causem IU.

A história de gravidez como fator de risco é descrita na literatura²⁸, porém esta pesquisa não encontrou tal relação, corroborando com Hsieh *et al*³³. Em contrapartida, o parto normal já foi evidenciado em diversos estudos como fator de risco. Rikard-Bell *et al*³⁴ analisaram mulheres com história de parto vaginal não instrumentalizado, das quais 82% relataram sintomas urinários que causavam incômodo, 63% relataram IU e 50% tiveram escape de urina relacionado à tosse, espirro ou riso. Outro estudo, realizado em 2017, verificou uma incidência de 22,7% de IU em seis meses após o parto normal, enquanto que em mulheres com cesárea a taxa foi de apenas 8,3%³⁵. A redução no risco de IU no parto cesáreo é baseada em supostamente menos danos aos músculos e nervos importantes do assoalho pélvico. No entanto, esses danos ainda podem ser incorridos quando a cesariana é indicada após o início do trabalho de parto (TP)³³. O presente estudo não encontrou significância estatística na variável “tipo de parto”, havendo necessidade de aumentar o número amostral e de determinar se as participantes já estavam em TP quando submetidas ao parto cesáreo.

A menopausa foi evidenciada na literatura como um dos fatores de risco mais importantes de IU^{9,11,28}, devido à redução dos níveis de estrogênio^{14,24}, resultando também em aumento da gordura corporal total e abdominal, contribuindo para o aumento do IMC²⁴. O estudo atual não encontrou essa associação, provavelmente devido à média de idade avançada nos casos e controles (> 50 anos), sendo ambos os grupos compostos, em sua maioria, por mulheres já menopausadas.

A histerectomia, como variável isolada, não foi relacionada à IU no estudo em discussão. Apesar dos achados de Slawomir *et al*³², os efeitos da histerectomia na função do assoalho pélvico ainda são controversos, havendo estudos que não demonstraram qualquer relação entre essas variáveis²⁸. Tal achado do atual estudo pode ser devido ao fato de que as histerectomias não foram diferenciadas em abdominais ou vaginais e também pelo número reduzido de mulheres histerectomizadas na amostra.

Apesar dos achados interessantes, esse estudo apresenta algumas limitações. Por ser um estudo caso-controle, a informação sobre os fatores associados foi obtida após a ocorrência da IU e, portanto, não há como se estabelecer uma cronologia nítida entre exposição e doença. Além disso, o tamanho da amostra (n = 180) pode não ter

produzido diferenças estatisticamente significativas para alguns dos fatores analisados. Por último, uma quantidade (proporção) maior de outros fatores de risco pode estar presente, em maior ou menor grau, nos casos e controles, necessitando no futuro complementar o estudo com uma análise multivariada para equiparar os grupos e controlar estes fatores de confundimento.

CONCLUSÃO:

No presente estudo foram considerados fatores associados à incontinência urinária: inatividade física, constipação, obesidade, HAS, uso contínuo de antidepressivos e de benzodiazepínicos, cirurgia ginecológica prévia e número de parceiros sexuais.

A incontinência urinária é um importante problema de saúde pública e muitos fatores podem estar associados a esta condição. A IU afeta o bem-estar das mulheres e tem um impacto negativo na qualidade de vida. Por isso, identificar os fatores de risco é um passo fundamental para estabelecer a causalidade e desenvolver intervenções direcionadas à prevenção e tratamento adequado da IU.

REFERÊNCIAS:

1. Haylen B, de Ridder D, Freeman R, Swift S, Berghmans B, Lee J et al. An international urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourology and Urodynamics*. 2009;29(1):4-20.
2. Amaral M, Coutinho E, Nelas P, Chaves C, Duarte J. Risk factors associated with urinary incontinence in Portugal and the quality of life of affected women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2015;131(1):82-6.
3. Nitti VW. The prevalence of urinary incontinence. *Reviews in Urology*. 2001;3 (1):2-6.
4. Tang D, Colayco D, Khalaf K, Piercy J, Patel V, Globe D et al. Impact of urinary incontinence on healthcare resource utilization, health-related quality of life and productivity in patients with overactive bladder. *BJU International*. 2014;113(3):484-91.
5. Abrams P, Smith A, Cotterill N. The impact of urinary incontinence on health-related quality of life (HRQoL) in a real-world population of women aged 45-60 years: results from a survey in France, Germany, the UK and the USA. *BJU International*. 2014;115(1):143-52.
6. Karbage S, Santos Z, Frota M, de Moura H, Vasconcelos C, Neto J et al. Quality of life of Brazilian women with urinary incontinence and the impact on their sexual function. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2016;201:56-60.
7. Cerruto MA, D'Elia C, Aloisi A, Fabrello M, Artibani W. Prevalence, incidence and obstetric factors' impact on female urinary incontinence in Europe: a systematic review. *Urologia Internationalis*. 2013;90:1-9.
8. Juliato C, Baccaro L, Pedro A, Gabiatti J, Lui-Filho J, Costa-Paiva L. Factors associated with urinary incontinence in middle-aged women: a population-based household survey. *International Urogynecology Journal*. 2016;28(3):423-29.
9. Lu S, Zhang H, Zhang Y, Shao Q. Prevalence and risk factors of urinary incontinence among perimenopausal women in Wuhan. *Journal of Huazhong University of Science and Technology [Medical Sciences]*. 2016;36(5):723-26.
10. Aniuliene R, Aniulis P, Steibliene V. Risk factors and types of urinary incontinence among middle-aged and older male and female primary care patients in Kaunas Region of Lithuania: Cross sectional study. *Urology Journal*. 2016;13(1):2552-61.

11. Ge J, Yang P, Zhang Y, Li X, Wang Q, Lu Y. Prevalence and Risk Factors of Urinary Incontinence in Chinese Women. *Asia Pacific Journal of Public Health*. 2015;27(2):1118-31.
12. Chang K, Hsieh C, Chiang H, Lee T. Risk factors for urinary incontinence among women aged 60 or over with hypertension in Taiwan. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2014;53(2):183-86. [Acesso em: 12/04/2018]. Disponível em: [https://www.tjog-online.com/article/S1028-4559\(14\)00067-9/](https://www.tjog-online.com/article/S1028-4559(14)00067-9/)
13. Bardsley A. An overview of urinary incontinence. *British Journal of Nursing*. 2016;25(18):14-21.
14. Danforth K, Townsend M, Lifford K, Curhan G, Resnick N, Grodstein F. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2006;194(2):339-45.
15. Urinary incontinence in women: management | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. [Nice.org.uk](http://nice.org.uk). 2015 [Acesso em: 2017 Maio 10]. Disponível em: <http://nice.org.uk/guidance/cg171>
16. Subak L, Wing R, West D, Franklin F, Vittinghoff E, Creasman J et al. Weight Loss to Treat Urinary Incontinence in Overweight and Obese Women. *New England Journal of Medicine*. 2009;360(5):481-90.
17. Feldner P, Sartori M, Lima G, Baracat E, Girão M. Diagnóstico clínico e subsidiário da incontinência urinária. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2006;28(1):54-62.
18. Feldner P, Bezerra L, Girão M, Castro R, Sartori M, Baracat E et al. Valor da Queixa Clínica e Exame Físico no Diagnóstico da Incontinência Urinária. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2002;24(2): 87-91.
19. Figueiredo E, Lara J, Cruz M, Quintão D, Monteiro M. Sociodemographic and clinical profile of female users of public Urogynecological Physical Therapy Services. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 2008;12(2):136-42.
20. Reigota R, Pedro A, de Souza Santos Machado V, Costa-Paiva L, Pinto-Neto A. Prevalence of urinary incontinence and its association with multimorbidity in women aged 50 years or older: A population-based study. *Neurourology and Urodynamics*. 2014;35(1):62-8.
21. Liu B, Wang L, Huang S, Wu Q, Wu D. Prevalence and risk factors of urinary incontinence among Chinese women in Shanghai. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*. 2014;7(3):686-96.

22. Chu C, Khanijow K, Schmitz K, Newman D, Arya L, Harvie H. Physical Activity Patterns and Sedentary Behavior in Older Women With Urinary Incontinence. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*. 2018.
23. Fritel X, Lachal L, Cassou B, Fauconnier A, Dargent-Molina P. Mobility impairment is associated with urge but not stress urinary incontinence in community-dwelling older women: results from the Ossébo study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2013;120(12):1566-74.
24. Moreno-Vecino B, Arija-Blázquez A, Pedrero-Chamizo R, Alcázar J, Gómez-Cabello A, Pérez-López F et al. Associations between obesity, physical fitness, and urinary incontinence in non-institutionalized postmenopausal women: The elderly EXERNET multi-center study. *Maturitas*. 2015;82(2):208-14. [Acesso em: 24/02/2018]. Disponível em: [https://www.maturitas.org/article/S0378-5122\(15\)30015-3/fulltext](https://www.maturitas.org/article/S0378-5122(15)30015-3/fulltext)
25. Pedersen L, Lose G, Høybye M, Elsner S, Waldmann A, Rudnicki M. Prevalence of urinary incontinence among women and analysis of potential risk factors in Germany and Denmark. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2017;96(8):939-48.
26. Khullar V, Sexton C, Thompson C, Milsom I, Bitoun C, Coyne K. The relationship between BMI and urinary incontinence subgroups: Results from EpiLUTS. *Neurourology and Urodynamics*. 2014;33(4):392-99.
27. Maeda T, Tomita M, Nakazawa A, Sakai G, Funakoshi S, Komatsuda A et al. Female Functional Constipation Is Associated with Overactive Bladder Symptoms and Urinary Incontinence. *BioMed Research International*. 2017;17:1-5. [Acesso em: 25/03/2018]. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2017/2138073/>
28. Troko J, Bach F, Toozs-Hobson P. Predicting urinary incontinence in women in later life: A systematic review. *Maturitas*. 2016;94:110-16. [Acesso em: 2018 Fevereiro 24]. Disponível em: [https://www.maturitas.org/article/S0378-5122\(15\)30015-3/fulltext](https://www.maturitas.org/article/S0378-5122(15)30015-3/fulltext)
29. Talasz H, Lechleitner M. Polypharmacy and incontinence. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 2012;45(6):464-67.
30. Landi F, Cesari M, Russo A, Onder G, Sgadari A, Bernabei R. Benzodiazepines and the risk of urinary incontinence in frail older persons living in the community. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*. 2002;72(6):729-34.
31. Dane K, Gatewood S, Peron E. Antidepressant Use and Incident Urinary Incontinence: A Literature Review. *The Consultant Pharmacist*. 2016;31(3):151-60.

32. Slawomir J, Katarzyna L, Beata R, Anna R, Artur B, Marek W. Urinary incontinence after obstetric-gynecological surgery – Urodynamic studies. *Ginekologia Polska*.2010;81(5):370-73.
33. Hsieh C, Chang W, Su T, Lin T, Lee M, Chang S. Effects of parity and mode of delivery on urinary incontinence among postmenopausal women in Taiwan. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2012;117(3):239-42.
34. Rikard-Bell J, Iyer J, Rane A. Perineal outcome and the risk of pelvic floor dysfunction: A cohort study of primiparous women. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2014;54(4):371-76. [Acesso em: 2018 Março 25]. Disponível em:
<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ajo.12222>
35. Wesnes S, Hannestad Y, Rortveit G. Delivery parameters, neonatal parameters and incidence of urinary incontinence six months postpartum: a cohort study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2017;96(10):1214-22. [Acesso em: 2018 Abril 27]. Disponível em:
<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.13183>

Tabela 1. Associação entre Fatores Sociodemográficos e Hábitos de Vida com a Incontinência Urinária

Variável	Incontinência Urinária		OR (IC95%)	Valor p
	Sim n (%)	Não n (%)		
Estado Civil				
Solteira	23 (38,3)	42 (35,0)	1,15 (0,61 – 2,19) 1	0,742
Não Solteira	37 (61,7)	78 (65,0)		
Etnia				
Branca	55 (91,7)	101 (84,2)	2,07 (0,73 – 5,84) 1	0,244
Não Branca	5 (8,3)	19 (15,8)		
Escolaridade				
Fundamental	44 (73,3)	77 (64,2)	1,54 (0,78 – 3,04) 1	0,242
Médio	16 (26,7)	43 (35,8)		
Tabagismo				
Sim	13 (21,7)	18 (15)	1,57 (0,71 – 3,46) 1	0,298
Não	47 (78,3)	102 (85)		
Inatividade Física				
Sim	50 (94)	57 (47,5)	5,47 (2,60 – 12,33) 1	< 0,001
Não	10 (6)	63 (52,5)		

Tabela 2. Associação entre Fatores Clínicos e Incontinência Urinária

Variável	Incontinência Urinária		OR (IC95%)	Valor p
	Sim	Não		
	n (%)	n (%)		
IMC ⁿ				
Obeso	28 (46,7)	41 (34,2)	2,39 (1,02 – 5,60)	0,045
Sobrepeso	22 (36,7)	44 (36,7)	1,75 (0,73 – 4,17)	
Normal	10 (16,7)	35 (29,2)	1	
DM [†]				
Sim	9 (15)	15 (12,5)	1,23 (0,51 – 3,01)	0,647
Não	51 (85)	105 (87,5)	1	
Constipação				
Sim	24 (40)	16 (13,3)	4,33 (2,07 – 9,06)	< 0,001
Não	36 (60)	104 (86,7)	1	
HAS ^Φ				
Sim	33 (55)	47 (39,1)	1,90 (1,01 – 3,55)	0,056
Não	27 (45)	73 (60,9)	1	
Benzodiazepínicos				
Sim	12 (20)	11 (9,2)	2,48 (1,02 – 6,00)	0,057
Não	48 (80)	109 (90,8)	1	
Antidepressivos				
Sim	27 (45)	27 (22,5)	2,82 (1,45 – 5,48)	0,003
Não	33 (55)	93 (77,5)	1	
IECA [∩]				
Sim	23 (38,3)	35 (29,2)	1,51 (0,79 – 2,90)	0,239
Não	37 (61,7)	85 (70,8)	1	
Diuréticos				
Sim	16 (26,7)	33 (27,5)	0,96 (0,48 – 1,92)	1,000
Não	44 (73,3)	87 (72,5)	1	
BCC [¥]				
Sim	6 (10)	15 (12,5)	0,78 (0,29 – 2,12)	0,806
Não	54 (90)	105 (87,5)	1	

ⁿ: índice de massa corporal; [†]: diabetes mellitus; ^Φ: hipertensão arterial sistêmica; [∩]: inibidor da enzima conversora de angiotensina; [¥]: bloqueador de canais de cálcio.

Tabela 3. Associação entre Fatores Gineco-Obstétricos e Incontinência Urinária

Variável	Incontinência Urinária		OR (IC95%)	Valor p
	Sim	Não		
	n (%)	n (%)		
Gestações				
G = 0	4 (6.7)	8 (6.7)	1.00 (0.29 – 3.46)	1.000
G > 0	56 (93.3)	112 (93.3)	1	
Tipo de Parto				
Vaginal	46 (82.1)	76 (67.9)	2.17 (0.98 – 4.80)	0.066
Cesárea	10 (17.9)	36 (32.1)	1	
Menopausa				
Sim	37 (61.7)	69 (57.5)	1.19 (0.63 – 2.24)	0.632
Não	23 (38.3)	51 (42.5)	1	
Histerectomia				
Sim	8 (13.3)	13 (10.8)	1.27 (0.50 – 3.24)	0.629
Não	52 (86.7)	107 (89.2)	1	
Cirurgia Ginecológica				
Sim	39 (57.4)	29 (42.6)	5.82 (2.96 – 11.45)	< 0.001
Não	21 (18.8)	91 (81.3)	1	

G: gestações

Tabela 4. Médias dos Fatores Ginecológicos Relacionadas à Incontinência Urinária

Variável	Incontinência Urinária				Valor p
	Sim		Não		
	n	Média (DP)	n	Média (DP)	
Número de Parceiros	59	3.78 (3.72)	120	2.57 (2.71)	0.016
Menarca	60	12.57 (1.61)	120	12.84 (1.73)	0.791
Sexarca	59	17.81 (4.69)	120	17.72 (3.66)	0.688