

# PERFIL GINECOLÓGICO E OBSTÉTRICO, PERDA URINÁRIA E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSAS COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

## GYNECOLOGICAL AND OBSTETRIC PROFILE, URINARY LOSS AND QUALITY OF LIFE OF ELDERLY WOMEN WITH URINARY INCONTINENCE

**Marina Borba de Souza** - marina.borba@hotmail.com

Acadêmica de Fisioterapia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo, RS - Brasil.

**Karla Poersch** - kpoersch@unisinos.br

Doutora do Curso de Fisioterapia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo, RS - Brasil.

**Resumo: Introdução:** A prevalência de incontinência urinária (IU) em mulheres pós-menopausa pode atingir de 30% a 70%, sendo considerada um problema mundial de saúde pública. **Objetivo:** Descrever o perfil ginecológico e obstétrico de idosas com IU, quantificar a perda de urina e avaliar o impacto na qualidade de vida. **Metodologia:** Estudo quantitativo, de delineamento transversal, realizado com idosas vinculadas a grupos de convivência em Santo Antônio da Patrulha/RS. A coleta de dados deu-se através do *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF); de uma entrevista inicial; do *King's Health Questionnaire* (KHQ) e do *Pad Test* de 1 hora. **Resultados:** A amostra foi composta por 25 idosas, 60% haviam tido parto vaginal e 32% apresentaram prolapso de órgãos pélvicos. A IU mista foi a mais prevalente (64%), com média de  $4,5 \pm 8,2$  g de urina perdida no *Pad Test*, e os domínios do KHQ mais afetados foram de impacto da IU ( $49,6 \pm 24$ ) e medidas de gravidade ( $42,3 \pm 22,4$ ). Foi encontrada correlação entre o *Pad Test* e os domínios de percepção geral de saúde ( $r= 0,51$ ;  $p= 0,041$ ), sono e disposição ( $r= 0,59$ ;  $p= 0,016$ ) do KHQ e frequência ( $r= -0,48$ ;  $p= 0,047$ ) do ICIQ-SF. **Conclusão:** As idosas apresentaram IU leve e as associações sugerem que, quanto maior é a perda urinária, pior é a qualidade do sono e a percepção geral de saúde e menor a frequência da ocorrência das perdas.

**Palavras-chave:** Incontinência Urinária; Qualidade de Vida; Saúde da Mulher; Envelhecimento.

**Abstract: Introduction:** The prevalence of urinary incontinence (UI) in postmenopausal women can reach 30% to 70%, being considered a global public health problem. **Objective:** To describe the gynecological and obstetrical profile of elderly women with UI, quantify urine loss and assess the impact on quality of life. **Methodology:** This is a quantitative, cross-sectional study performed with elderly women linked to social groups in Santo Antônio da Patrulha/RS. Data collection was performed through the *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF); an initial interview; the *King's Health Questionnaire* (KHQ) and the 1-hour *Pad Test*. **Results:** The sample consisted of 25 elderly women, 60% had a vaginal birth and 32% had pelvic organ prolapse. Mixed urinary incontinence was the most prevalent (64%),

with a mean of  $4.5 \pm 8.2$  g of urine lost in the Pad Test, and the most affected KHQ domains were UI impact ( $49.6 \pm 24$ ) and measurements of gravity ( $42.3 \pm 22.4$ ). Correlation was found between the Pad Test and the domains of general health perception ( $r=0.51$ ;  $p=0.041$ ), sleep and mood ( $r=0.59$ ;  $p=0.016$ ) of the KHQ and frequency ( $r= -0.48$ ;  $p= 0.047$ ) of the ICIQ-SF. **Conclusion:** The elderly women had mild UI, and the associations suggest that the greater the urinary loss, the worse the sleep quality and the general perception of health, and the lower the frequency of occurrence of losses.

**Keywords:** Urinary incontinence; Quality of life; Women's Health; Aging.

## INTRODUÇÃO

Para a Sociedade Internacional de Continência (ICS), a incontinência urinária (IU) é definida como qualquer perda involuntária de urina<sup>(1)</sup>. Pode ser classificada como incontinência de esforço (IUE), quando ocorre perda urinária após exercício físico, tosse ou espirro; de urgência ou urge-incontinência (IUU), quando ocorre perda urinária junto de um forte desejo de urinar; mista (IUM), quando há incontinência de esforço e por urgência simultaneamente; e a inconsciente, quando há perda urinária sem urgência ou reconhecimento do extravasamento<sup>(2)</sup>.

A nível mundial, a IU atinge 27% da população, apresentando uma frequência duas vezes maior nas mulheres do que nos homens. No Brasil, as taxas de prevalência em mulheres – menopausa podem atingir de 30% a 70%. Devido aos altos índices de incidência e prevalência – e em função do grande impacto sobre a qualidade de vida das pessoas – a IU é considerada um problema mundial de saúde pública<sup>(2)</sup>.

A IU pode ser resultado de disfunções do controle neural da bexiga, musculatura pélvica ou de traumas mecânicos no assoalho pélvico. O maior risco está associado ao aumento da idade, histórico de parto vaginal, o uso de fórceps, episiotomia, peso do recém-nascido (RN) maior que 3.000 gramas (g), obesidade e menopausa<sup>(2-3)</sup>. Condições neurológicas (como acidente vascular encefálico e doença de Parkinson), uso de alguns medicamentos (diuréticos aumentam volume urinário e ansiolíticos diminuem a consciência da plenitude vesical), infecção do trato urinário, constipação, redução da mobilidade, tabagismo, cirurgias ginecológicas prévias e histórico de atividades laborais de grande esforço também são fatores de risco para a IU<sup>(2)</sup>.

A IU pode influenciar negativamente na qualidade de vida ao limitar atividades de vida diária, restringir o convívio social – pelo medo de que episódios de perda de urina ocorram em público –, afetar a higiene e a função sexual, desencadeando sentimentos de depressão e baixa autoestima. Gera

também gastos na compra e dependência de absorventes, fraldas geriátricas e medicamentos, aumentando os custos dentro do orçamento familiar<sup>(4)</sup>.

Quantificar e classificar a perda de urina, enquanto investiga-se o quanto esta perda influencia a qualidade de vida destas mulheres, fornece uma análise mais ampla do impacto da IU dentro do contexto biopsicossocial e da individualidade de cada mulher<sup>(5)</sup>. Sendo assim, esta pesquisa teve como objetivo descrever o perfil ginecológico e obstétrico de mulheres idosas com IU, bem como quantificar a perda de urina e avaliar o impacto na qualidade de vida.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, analítico, de delineamento transversal realizado no período de janeiro a fevereiro de 2021. O público-alvo é de mulheres idosas vinculadas a grupos desenvolvidos pela Secretaria de Desenvolvimento Social, do município de Santo Antônio da Patrulha – RS. Esta pesquisa foi desenvolvida na forma de requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Fisioterapia – trabalho de conclusão de curso (TCC) – e as coletas foram conduzidas pela acadêmica autora deste trabalho, sob supervisão da orientadora.

Participavam dos grupos 84 mulheres idosas, as quais receberam contato telefônico para apresentação da pesquisa, bem como seu objetivo e metodologia. Neste primeiro contato era questionado sobre a perda de urina e, para aquelas que relatassem a queixa e demonstrassem interesse em participar da pesquisa, era então aplicado o *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF). O ICIQ-SF é um questionário autoadministrável, composto de questões que avaliam a perda de urina e o tipo de incontinência apresentada, além de avaliar o impacto da IU e qualificar as perdas urinárias de acordo com a frequência, quantidade e gravidade<sup>(6)</sup>. Ao final do contato telefônico, foi realizado o agendamento da avaliação presencial.

Das 84 mulheres com 60 anos ou mais contatadas, 31 apresentaram perda de urina, 21 foram excluídas por não apresentarem IU e 32 não demonstraram interesse em participar do estudo. Dentre as 31 mulheres com perda de urina, seis desistiram de participar dias antes da avaliação presencial em virtude da pandemia, totalizando uma amostra de 25 idosas com IU que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e participaram da avaliação presencial.

A coleta de dados presencial foi desenvolvida individualmente com cada voluntária, respeitando os horários pré-agendados e a circulação de pessoas no ambiente; sendo realizada em um auditório cedido pela prefeitura municipal. Foi aplicada inicialmente uma entrevista elaborada pela acadêmica, composta pelos seguintes itens: idade, estado civil, escolaridade, cor da pele, IMC,

circunferência abdominal, perfil ginecológico e obstétrico, cirurgias ginecológicas, medicamentos, patologias presentes e conhecimento prévio sobre IU.

A mensuração da perda de urina foi feita através do *Pad Test* de 1 hora, definido pela ICS como um teste opcional para avaliação da incontinência urinária, sendo um método não invasivo de quantificação e classificação da perda de urina<sup>(7)</sup>. Um absorvente, previamente pesado em balança de precisão higienizada, foi entregue à voluntária. A participante era então instruída a ingerir, durante os primeiros 15 minutos, 500 ml de água em repouso na posição sentada. Durante estes 15 minutos, foi aplicado *King's Health Questionnaire* (KHQ).

O KHQ, instrumento que avalia o impacto da IU na qualidade de vida, é composto por 21 questões, divididas em oito domínios, sendo eles a percepção geral da saúde, impacto da IU, limitações de atividades diárias, limitações físicas, limitações sociais, relacionamento pessoal, emoções e sono/disposição. O KHQ é pontuado de 0 a 100, individualmente nos seus domínios, sendo que, quanto maior a pontuação, pior é a QV naquele domínio<sup>(8)</sup>.

Após o repouso e aplicação do KHQ, a voluntária era orientada a realizar as seguintes tarefas: subir e descer um lance de escadas, repetindo ao menos duas vezes, e intercalando com caminhadas, durante 15 minutos. Sentar e levantar 10 vezes, realizar 10 tosses vigorosas, correr no mesmo lugar por 1 (um) minuto, levantar pequeno objeto do chão 5 (cinco) vezes e lavar as mãos em água corrente por 1 (um) minuto. Ao final, era calculada a diferença entre o peso inicial e final do absorvente. Perdas menores que 1 g eram consideradas insignificantes; entre 1 e 9 g, perdas leves; entre 10 e 49 g, perdas moderadas; e acima de 50 g, perdas severas<sup>(7,9)</sup>.

Durante a realização das atividades, as voluntárias foram acompanhadas pela acadêmica e foi monitorada qualquer alteração que indicasse a necessidade de interrupção da tarefa (como dispneia, perda de equilíbrio e tontura), visando garantir a total segurança durante a realização do teste. Ao final, foi disponibilizada uma cartilha com informações sobre o assoalho pélvico e exercícios para a região, junto de orientações fisioterapêuticas.

A análise de dados foi realizada no programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 26 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA). Os resultados serão apresentados como médias, desvios-padrão, frequências absolutas e relativas. A fim de verificar os pressupostos de normalidade dos dados e homogeneidade das variâncias, foram utilizados os testes de *Shapiro-Wilk* e *Levene*, respectivamente. A relação do *Pad Test* de 1 hora com os questionários ICIQ-SF e KHQ foi analisada usando o coeficiente de Correlação de *Spearman*. Valor de  $p < 0,05$  foi considerado estatisticamente significativo para todas as análises.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) sob o parecer nº 4.394.465 e os princípios éticos foram respeitados de

acordo com o estabelecido na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todas as participantes leram e assinaram o TCLE.

## RESULTADOS

Participaram da pesquisa 25 idosas e as características basais da amostra encontram-se expressas na Tabela 1. As idosas participantes apresentaram uma média de idade de  $70,4 \pm 4,4$  anos, em sua maioria eram casadas (52%), autodeclaradas brancas (96%), viviam com cônjuge e/ou outros familiares (84%), eram aposentadas (96%) e com ensino fundamental incompleto (52%). A maior parte das idosas negou tabagismo (92%) e etilismo (100%). O valor médio de índice de massa corporal (IMC) foi de  $28,1 \pm 4,3$  kg/m<sup>2</sup>, cujos 48% foram classificados com sobrepeso, apresentando circunferência abdominal média de  $98,1 \pm 10,4$  cm. Em relação às patologias, 76% da amostra relatou hipertensão arterial sistêmica (HAS) e 28% depressão, sendo que 96% faziam uso regular de algum medicamento, mas apenas 24% foram enquadradas no critério de polifarmácia, definida pelo uso de cinco ou mais medicamentos<sup>(10)</sup>.

Tabela 1 - Características basais da amostra (n=25)

Variável	Valor
<b>Idade</b> (anos)	70,4 ± 4,4
<b>Estado civil</b> , n (%)	
Casada	13 (52)
Viúva	5 (20)
Separada	1 (4)
União estável	3 (12)
<b>Cor da pele</b> , n (%)	
Branca	24 (96)
Negra	1 (4)
<b>Arranjo familiar</b> , n (%)	
Mora sozinha	4 (16)
Mora com cônjuge/outras familiares	21 (84)
<b>Aposentada</b> , n (%)	
Sim	24 (96)
Não	1 (4)
<b>Escolaridade</b> , n (%)	
Ens. fundamental incompleto	13 (52)
Ens. fundamental completo	6 (24)
Ens. médio completo	4 (16)
Ens. superior completo	2 (8)
<b>Histórico de tabagismo</b> , n (%)	

Não	23 (92)
Sim	2 (8)
<b>Etilismo, n (%)</b>	
Não	25 (100)
<b>IMC, kg/m<sup>2</sup></b>	28,1 ± 4,3
<b>IMC classificação, n (%)</b>	
Normal	4 (16)
Sobrepeso	12 (48)
Obesidade grau I	6 (24)
Obesidade grau II	3 (12)
<b>Circunferência abdominal, cm</b>	98,1 ± 10,4
<b>Patologias*, n (%)</b>	
HAS	19 (76)
Depressão	7 (28)
Ansiedade	4 (16)
Diabetes	3 (12)
<b>Uso de medicamentos, n (%)</b>	
Sim	24 (96)
Não	1 (4)
Polifarmácia	6 (24)

Fonte: Elaborado pela autora.

Legenda: IMC = índice de massa corporal, \* = cada voluntária poderia ter mais do que uma patologia.

As características amostrais quanto ao histórico obstétrico e menopausa podem ser visualizadas na Tabela 2. Observou-se uma idade média de início da menopausa de 49,1 ± 5,2 anos, média de 3,8 ± 1,3 gestações, de 3,5 ± 1,2 partos, sendo que boa parte delas realizaram pré-natal (64%). A maioria relatou peso do RN maior que 3000 g (72%), 12% tiveram pelo menos um RN natimorto, 60% tiveram parto vaginal e 76% receberam assistência hospitalar durante o parto. 32% apresentaram histórico de aborto e 32% foram submetidas à episiotomia e parto com fórceps. A média de tempo transcorrido desde o último parto foi de 38,4 ± 6,1 anos.

Tabela 2 – Características do histórico obstétrico e menopausa (n=25)

Variável	Valor
<b>Idade de início da menopausa</b>	49,1 ± 5,2
<b>Número de gestações</b>	3,8 ± 1,3
<b>Número de partos</b>	3,5 ± 1,2
<b>Acompanhamento pré-natal, n (%)</b>	16 (64)
<b>Peso do RN, n (%)</b>	
Todos com > 3000 g	18 (72)
Todos com < 3000 g	1 (4)

Misto	6 (24)
<b>RN natimorto, n (%)</b>	
Nenhum	22 (88)
≥ 1	3 (12)
<b>Tipo de parto, n (%)</b>	
Vaginal	15 (60)
Cesáreo	2 (8)
Ambos	8 (32)
<b>Tipo de assistência, n (%)</b>	
Hospitalar	19 (76)
Hospitalar e domicílio	6 (24)
<b>Histórico de aborto, n (%)</b>	
Não	17 (68)
Sim	8 (32)
<b>Realização de episiotomia, n (%)</b>	8 (32)
<b>Parto com fórceps, n (%)</b>	8 (32)
<b>Tempo transcorrido desde o último parto, anos</b>	<b>38,4 ± 6,1</b>

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Legenda: RN = recém-nascido.

As características do histórico ginecológico, tempo de IU e conhecimento do tratamento são apresentados na Tabela 3. A vida sexual ativa foi relatada por 44% das idosas, 68% referiram que utilizaram a pílula anticoncepcional durante a vida reprodutiva, 32% das participantes apresentaram prolapso de órgãos pélvicos e 32% realizaram cirurgia de correção deles, além de 20% que realizaram perineoplastia e histerectomia. A média de tempo de IU foi de 8,6 ± 13,2 anos, 68% das idosas acreditavam não ser normal perder urina e 56% afirmavam ter conhecimento da atuação fisioterapêutica no tratamento da IU. O uso de absorventes esteve presente em 32% da amostra.

Tabela 3 - Histórico ginecológico, tempo de IU e conhecimento do tratamento (n=25)

Variável	Valor
<b>Vida sexual ativa</b>	11 (44)
<b>Uso de método contraceptivo durante vida reprodutiva</b>	
Pílula anticoncepcional	17 (68)
Não utilizou	3 (12)
Outros	5 (20)
<b>Histórico de condições ginecológicas*</b>	
Prolapso de órgãos pélvicos	8 (32)
Miomas	6 (24)
Sangramento vaginal anormal	4 (16)
Infecção urinária recorrente	3 (12)
Câncer de mama	3 (12)
Outras	4 (16)
<b>Histórico de cirurgias ginecológicas</b>	

Cirurgia de correção de prolapso de órgãos pélvicos	8 (32)
Perineoplastia	5 (20)
Histerectomia	5 (20)
Outras	7 (28)
<b>Tempo de IU, anos</b>	8,6 ± 13,2
<b>Acredita ser anormal a perda de urina</b>	17 (68)
<b>Sabe da atuação da Fisioterapia na IU</b>	14 (56)
<b>Uso de absorventes</b>	
Não	17 (68)
Sim	8 (32)

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Legenda: IU = incontinência urinária, \* = cada voluntária poderia ter mais do que uma condição ginecológica.

A Tabela 4 apresenta dados sobre IU e qualidade de vida. A IU mista (IUM) foi a mais identificada (64%), a frequência de perda de urina mais observada foi de uma vez por semana ou menos (68%), com pequena quantidade (68%) e média de impacto de 5,6 ± 1,5 pontos na qualidade de vida. A média de quantidade de urina perdida no *Pad Test* foi de 4,5 ± 8,2 g, sendo esta média classificada como perda leve. Os domínios do KHQ com maiores médias foram de impacto da IU (49,6 ± 24) e medidas de gravidade (42,3 ± 22,4).

Tabela 4 – Tipo de IU e médias do ICIQ-SF, Pad Test e KHQ (n=25)

Variável	Valor
<b>Tipo de IU</b>	
IUM	16 (64)
IUU	6 (24)
IUE	3 (12)
<b>ICIQ-SF - Frequência</b>	
Uma vez por semana ou menos	17 (68)
Duas ou três vezes por semana	5 (20)
Uma vez ao dia	1 (4)
Diversas vezes ao dia	2 (8)
<b>ICIQ-SF - Quantidade</b>	
Pequena quantidade	17 (68)
Moderada quantidade	7 (28)
Grande quantidade	1 (4)
<b>ICIQ-SF - Impacto</b>	5,6 ± 1,5
<i>Pad Test</i> (g)	4,5 ± 8,2
<b>KHQ</b>	
Percepção geral de saúde	38,5 ± 19,5
Impacto da incontinência urinária	49,6 ± 24
Limitações de AVDs	35,7 ± 24,3
Limitações físicas	31 ± 23,6



Limitações sociais	22,4 ± 19,4
Relações pessoais	8,8 ± 17,7
Emoções	26,8 ± 26,2
Sono e disposição	33,6 ± 20,6
Medidas de gravidade	42,3 ± 22,4

Fonte: Elaborado pelas autoras, com base em Tamanini *et al.* (2004), Tamanini *et al.* (2003) e Krhut *et al.* (2014).

Legenda: ICIQ-SF = *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form*, KHQ = *King's Health Questionnaire*, AVDs = atividades de vida diária, IUM = IU mista, IUU = IU de urgência, IUE = IU de esforço.

Quando relacionados os resultados do *Pad Test* com os domínios dos questionários ICIQ-SF e KHQ, foi observada correlação regular, diretamente proporcional e estatisticamente significativa entre o *Pad Test* e os domínios de percepção geral de saúde e sono e disposição do KHQ. Assim, quanto maior era a perda urinária identificada, pior a percepção geral de saúde ( $r= 0,51$ ;  $p=0,041$ ) e pior a qualidade do sono e disposição ( $r= 0,59$ ;  $p= 0,016$ ) e vice-versa.

Além disso, constatou-se uma correlação regular, inversamente proporcional e estatisticamente significativa entre o *Pad Test* e a frequência de perda urinária no ICIQ-SF ( $r= -0,48$ ;  $p= 0,047$ ). Ou seja, as idosas que apresentaram maior volume de perda de urina no teste do absorvente relataram uma menor frequência de perda de urina no ICIQ-SF e vice-versa.

## DISCUSSÃO

Uma considerável parte da amostra apresentou sobrepeso e obesidade, corroborando com os achados de Reigota *et al.*<sup>(11)</sup>, que avaliaram a prevalência de IU e sua associação com a multimorbidade em mulheres brasileiras com mais de 50 anos; e identificaram que quase dois terços das mulheres com perda urinária apresentaram IMC maior que 25 kg/m<sup>2</sup>, sendo essa variável associada à IU. Na pesquisa de Nygaard *et al.*<sup>(12)</sup>, os autores evidenciaram que, dentre as mulheres obesas com indicação para cirurgia bariátrica, 53% delas apresentaram IU com predomínio de severidade moderada dos sintomas.

Em relação à presença de patologias, a HAS e a depressão foram os principais problemas de saúde relatados. Estudos já realizados apontam uma prevalência de HAS que pode variar de 48% a 75% em idosas com IU<sup>(13-14)</sup>. Ao rastrear a sintomatologia depressiva em mulheres com IU, as pesquisas mais recentes trazem prevalências de 30% a 45%, evidenciando a importância de uma avaliação multidimensional voltada a estas mulheres<sup>(15-17)</sup>.

Quanto ao histórico obstétrico das idosas avaliadas neste estudo, o parto vaginal foi predominante, com peso do RN maior que 3000g e aproximadamente um terço delas passaram por

episiotomia e parto com fórceps. Rodrigues *et al.*<sup>(18)</sup> observaram prevalência de 55% do parto vaginal em mulheres com IU, resultado similar ao do presente estudo, porém 51% delas foram submetidas à episiotomia, este expressando um percentual maior. No estudo de Silva, Soler e Wysocki<sup>(19)</sup>, de 150 mulheres submetidas ao estudo urodinâmico, 41% delas passaram por episiotomia e 75% tiveram RN maior que 3000 g, sendo esses resultados muito próximos ao do presente estudo.

Tähtinen *et al.*<sup>(20)</sup>, ao avaliarem o risco de IU nos diferentes tipos de parto vaginal, verificaram que o parto com fórceps aumentou o risco de IUE quando comparado ao parto com vácuo extrator. Achado que vai ao encontro do presente estudo, pois, somando os percentuais de IUM e IUE encontrados, pode-se afirmar que mais de 75% das idosas sofriam de perda de urina aos esforços.

Ainda em relação ao perfil obstétrico da amostra, observou-se uma média maior que 3 (três), tanto para gestações quanto para a paridade. Corroborando com os achados do presente estudo, Virtuoso, Menezes e Mazo<sup>(21)</sup> verificaram um predomínio de até três partos do tipo vaginal (61%) e quatro ou mais gestações (63%) em idosas com IU. Evidências atuais também demonstraram que a paridade e o maior número de partos do tipo vaginal foram variáveis associadas à IU, além da paridade  $\geq 2$  poder aumentar o risco de IU em comparação com nuliparidade<sup>(22-23)</sup>.

Com relação ao perfil ginecológico das idosas do presente estudo, aproximadamente um terço delas apresentaram prolapso de órgãos pélvicos, realizaram cirurgia de correção deles e algumas apresentaram histerectomia prévia. Juliato *et al.*<sup>(24)</sup>, ao verificarem a prevalência de IU em mulheres, demonstraram que tanto a colpoptose anterior, a posterior e a histerectomia prévia foram fatores associados à IU. Espanha-Pons *et al.*<sup>(25)</sup> ao aplicaram o teste de estresse para tosse – para verificar se há perda de urina ao tossir – em mulheres que aguardavam a cirurgia de prolapso de órgãos pélvicos, verificaram que de 297 mulheres, 51% apresentaram teste positivo.

Além do predomínio da IUM, os domínios de qualidade de vida do KHQ mais afetados na amostra desta pesquisa foram o impacto da IU e medidas de gravidade. Corroborando com esses achados, Saboia *et al.*<sup>(26)</sup> investigaram o impacto do tipo de IU na qualidade de vida de 556 mulheres, e constataram que, além da IUM ser a mais prevalente, o domínio de impacto da IU (mediana de 100) também foi aquele com a maior pontuação – ou seja, mais afetado negativamente. Achados semelhantes também no estudo de Freitas *et al.*<sup>(27)</sup>, no qual observou-se que os domínios da qualidade de vida mais afetados foram o impacto da IU ( $54,1 \pm 24,8$ ), percepção geral de saúde ( $43,7 \pm 11,5$ ) e medidas de gravidade ( $31,2 \pm 23,8$ ).

A média de quantidade de urina perdida pelas voluntárias desta pesquisa foi classificada como perda leve. O mesmo resultado também foi demonstrado por outros autores em diferentes estudos, nos quais a média de urina perdida no *Pad Test* ficava entre 3 a 4 g em mulheres com IU<sup>(9,28)</sup>.

Neste estudo, houve correlação positiva entre o *Pad Test* e o KHQ, sugerindo que as idosas

com maior perda de urina apresentavam pior percepção geral de saúde e pior qualidade do sono e disposição. Tal resultado corrobora com aqueles evidenciados por Moreno *et al.*<sup>(29)</sup>, que verificaram a prevalência de distúrbios de sono em 1334 idosos, demonstrando que o sexo feminino, a noctúria e a IU foram fatores associados à dificuldade de dormir.

Entretanto, as voluntárias desta pesquisa, que apresentaram uma maior quantidade de perda urinária no *Pad Test*, relataram perder urina em uma frequência menor no ICIQ-SF. No estudo de Wischnitzer *et al.*<sup>(30)</sup>, as mulheres que relataram perder urina uma ou duas vezes por semana apresentaram uma quantia menor no *Pad Test* ( $8,9 \pm 10,6$  g) quando comparado àquelas que relataram perder três vezes por semana ou mais ( $13,1 \pm 13,6$  g). Tal discordância entre as pesquisas pode estar atrelada às diferenças quanto à idade e o tipo de IU, pois no estudo citado a maioria das mulheres tinham entre 20-50 anos e a IUE foi a mais prevalente (97,7%). Além disso, uma menor frequência de perda urinária também pode estar relacionada a um maior volume perdido, pois há um maior tempo para ocorrer a repleção vesical.

Por fim, mais pesquisas envolvendo idosas com IU devem ser realizadas. Sugere-se a realização de estudos comparando o grau de força muscular do assoalho pélvico, ou sua atividade elétrica, com variáveis ginecológicas, obstétricas e perda de urina; a fim de fortalecer e aprimorar as evidências científicas sobre o tema.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que as idosas com IU participantes dos grupos de convivência apresentaram perda urinária classificada como leve, com perdas em pequena quantidade e baixa frequência dos episódios. Constatou-se que a maioria delas possuíam IU mista e os domínios da qualidade de vida mais afetados negativamente foram os de impacto da IU e medidas de gravidade.

Quanto ao histórico obstétrico, ocorreu predomínio de parto vaginal, peso do RN maior que 3000g e mais de um terço delas passaram por episiotomia e parto com fórceps. Observa-se também que mais de um terço delas apresentaram prolapso de órgãos pélvicos e realizaram a cirurgia de correção deles. As associações verificadas nesta pesquisa sugerem que, quanto maior é a perda de urina das idosas, pior é a qualidade do sono e disposição, pior é a percepção geral de saúde e menor é a frequência das perdas urinárias.

Sendo a IU uma disfunção que acarreta prejuízos físicos, sociais e psicológicos, levando à limitação de atividades de vida diária e restrição na participação em grupos e comunidade, cabe ao fisioterapeuta avaliar, intervir e prevenir complicações associadas a IU. Além disso, é de grande

relevância que o profissional de saúde leve informações de qualidade a este público, pois as orientações adequadas e a educação em saúde são elementos importantes no sucesso da intervenção fisioterapêutica.

## REFERÊNCIAS

- [1] Haylen BT, Ridder D, Freeman RM, Swift SE, 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. *Neurourol. Urodyn.*, 2010;29(1):4-20. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19941278/>. Acesso em: 9 mar. 2021.
- [2] Baracho E. *Fisioterapia aplicada à saúde da mulher*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
- [3] McClurg D, Pollock A, Campbell P, Hazelton C, Elders A, Hagen S, et al. Conservative interventions for urinary incontinence in women: an Overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016;(9): CD012337. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6457777/>. Acesso em: 9 mar. 2021.
- [4] Faria CA, Moraes JR, Monnerat BRD, Verediano KA, Haverroth PAMM, Fonseca SC. Impacto do tipo de incontinência urinária sobre a qualidade de vida de usuárias do Sistema Único de Saúde no Sudeste do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2015;37(8):374-80. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n8/0100-7203-rbgo-37-08-00374.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2021.
- [5] Bernardes MFVG, Chagas S, Izidoro LCR, Veloso DFM, Chianca TCM, Mata LRF. Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de indivíduos submetidos à prostatectomia radical. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2019;27:e3131:1-9. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-991314>. Acesso em: 9 mar. 2021.
- [6] Tamanini JTN, Dambros M, D’Ancona CAL, Palma PCR, Junior NRN. Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form” (ICIQ-SF). *Rev. Saúde Pública*, 2004;38(3):438-444. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102004000300015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000300015). Acesso em: 9 mar. 2021.
- [7] Krhut J, Zachoval R, Smith PP, Rosier PFWM, Valansky L, Martan A, et al. Pad Weight Testing in the Evaluation of Urinary Incontinence. *Neurourol. Urodyn.*, 2014;33:507-510. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23797972/>. Acesso em: 11 mar. 2021.
- [8] Tamanini JTN, D’Ancona CAL, Botega NJ, Junior NRN. Validação do “King’s Health Questionnaire” para o português em mulheres com incontinência urinária. *Rev. Saúde Pública*, 2003;37(2):203-211. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102003000200007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102003000200007&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 9 mar. 2021.
- [9] Albuquerque MT, Micussi BC, Soares EMM, Lemos TMAM, Brito TNS, Silva JB, et al. Correlação entre as queixas de incontinência urinária de esforço e o pad test de uma hora em mulheres na pós-menopausa. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 2011;33(2):70-74. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032011000200003&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032011000200003&script=sci_arttext). Acesso em: 5 maio 2021.

- [10] Nascimento RCRM, Álvares J, Junior AAG, Gomes IC, Silveira MR, Costa EA, et al. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública*, 2017;51:1-12. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007136.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007136.pdf). Acesso em: 29 abr. 2021.
- [11] Reigota RB, Pedro AO, Machado VSS, Paiva LC, Neto AMP. Prevalence of Urinary Incontinence and Its Association With Multimorbidity in Women Aged 50 Years or Older: A Population-Based Study. *Neurourol. Urodyn.*, 2014;35(1):62-68. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/nau.22679>. Acesso em: 7 abr. 2021.
- [12] Nygaard CC, Schreiner L, Morsch TP, Saadi RP, Figueiredo MF, Padoin AV. Incontinência urinária e qualidade de vida em pacientes femininas com obesidade. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 2018;40(9). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v40n9/0100-7203-rbgo-40-09-00534.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2021.
- [13] Colla C, Ghisleni AP, Paiva LL. Perfil de usuários que buscam atendimento fisioterapêutico para incontinência urinária em um centro de saúde do município de Porto Alegre. *Rev. Saúde Pública Santa Cat.*, 2015;8(3):45-54. Disponível em: <https://bit.ly/2ODvnE4>. Acesso em: 8 abr. 2021.
- [14] Markland AD, Vaughan CP, Okosun IS, Goode PS, Burgio KL, Johnson TM. Cluster analysis of multiple chronic conditions associated with urinary incontinence among women in the USA. *BJU International*, 2018;122(6):1041-1048. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29745041/>. Acesso em: 8 abr. 2021.
- [15] Cruz JMA, Lisboa LL. O impacto da incontinência urinária sobre a qualidade de vida e sua relação com a sintomatologia depressiva e ansiedade em mulheres. *Rev. Salud Pública*, 2019;21(4):1-8. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642019000400200&lang=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642019000400200&lang=pt). Acesso em: 13 abr. 2021.
- [16] Knorst MR, Resende TL, Goldim JR. Perfil clínico, qualidade de vida e sintomas depressivos de mulheres com incontinência urinária atendidas em hospital-escola. *Rev. Bras. Fisioter.*, 2011;15(2):109-116. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rbfis/v15n2/pt\\_a05v15n2.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rbfis/v15n2/pt_a05v15n2.pdf). Acesso em: 15 abr. 2021.
- [17] Kessler M, Facchini LA, Soares MU, Nunes BP, França SM, Thumé E. Prevalência de incontinência urinária em idosos e relação com indicadores de saúde física e mental. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 2018;21(4):409-419. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rbfg/v21n4/pt\\_1809-9823-rbfg-21-04-00397.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rbfg/v21n4/pt_1809-9823-rbfg-21-04-00397.pdf). Acesso em: 14 abr. 2021.
- [18] Rodrigues MP, Barbosa LJF, Ramos JGL, Maurer L, Catarino BM, Thomaz RP, et al. Perfil das pacientes do ambulatório de uroginecologia de um Hospital Público de Porto Alegre com relação à incontinência urinária e à qualidade de vida. *Clin. Biomed. Res.*, 2016;36(3):135-141. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/64817/pdf>. Acesso em: 13 abr. 2021.

- [19] Silva JCP, Soler ZASG, Wysocki AD. Fatores associados à incontinência urinária em mulheres submetidas ao exame urodinâmico. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 2017;51:1-9. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt\\_1980-220X-reeusp-51-e03209.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03209.pdf). Acesso em: 15 abr. 2021.
- [20] Tähtinen RM, Cartwright R, Vernooij RWM, Rortveit G, Hunskaar S, Guyatt GH, et al. Long-term risks of stress and urgency urinary incontinence after different vaginal delivery modes. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 2019;220(2):181-188. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30391444/>. Acesso em: 13 abr. 2021.
- [21] Virtuoso JF, Menezes EC, Mazo GZ. Fatores de risco para incontinência urinária em mulheres idosas praticantes de exercícios físicos. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 2015;37(2):82-86. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n2/0100-7203-rbgo-37-02-00082.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2021.
- [22] Pedersen LS, Lose G, Hoybye MT, Elsner S, Waldmann A, Rudnicki M. Prevalence of urinary Incontinence among women and analysis of potential risk factors in Germany and Denmark. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 2017;96(8):939-948. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28401541/>. Acesso em: 16 abr. 2021.
- [23] Zhou H-H, Shu B, Liu T-Z, Wang X-H, Yang Z-H, Guo Y-L. Association between parity and the risk for urinary incontinence in women. *Medicine*, 2018;97(28):1-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6076124/pdf/medi-97-e11443.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2021.
- [24] Juliato CRT, Baccaro LF, Pedro AO, Gabiatti JRE, Lui-Filho JF, Paiva LC. Factors associated with urinary incontinence in middle-aged women: a population-based household survey. *Int. Urogynecol. J.*, 2017;28(3):423-429. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27640065/>. Acesso em: 27 abr. 2021.
- [25] España-Pons M, Diez-Itza I, Anglés-Acedo S, Covernton PJO. Cough stress tests to diagnose stress urinary incontinence in women with pelvic organ prolapse with indication for surgical treatment. *Neurourol. Urodyn.*, 2020;39(2):819-825. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/nau.24288>. Acesso em: 29 abr. 2021.
- [26] Saboia DM, Firmiano MLV, Bezerra KC, Neto JAV, Oriá MOB, Vasconcelos CTM. Impacto dos tipos de incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 2017;51:1-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/0080-6234-reeusp-S1980-220X2016032603266.pdf>. Acesso em: 4 maio 2021.
- [27] Freitas CV, Capela ILB, Caldas SACS, Almeida TMG. Abordagem fisioterapêutica da incontinência urinária em idosos na atenção primária em saúde. *Fisioter. Pesqui.*, 2020;27(3):264-270. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/fp/v27n3/2316-9117-fp-27-03-264.pdf>. Acesso em: 4 maio 2021.
- [28] Peixinho TAM, Saraiva A, Trippo KV. Efeitos da realidade virtual na função muscular em mulheres com incontinência urinária: relatos de caso. *Rev. Pesqui. Fisioter.*, 2018;8(3):387-396. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-916051>. Acesso em: 5 maio 2021.
- [29] Moreno CRC, Santos JLF, Lebrão ML, Ulhôa MA, Duarte IAO. Problemas de sono em idosos estão associados a sexo feminino, dor e incontinência urinária. *Rev. Bras. Epidemiol.*, 2018;21(2):1-

8. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v21s2/1980-5497-rbepid-21-s2-e180018.pdf>. Acesso em: 18 maio 2021.

[30] Wischnitzer ML, Paltiel O, Hochner-Celnikier D, Lavy Y, Shveiky D, Manor O. Concordance Between One-hour Pad Test and Subjective Assessment of Stress Incontinence. *Urology*, 2010;76(6):1364-1368. Disponível em: [https://www.goldjournal.net/article/S0090-4295\(10\)00788-0/fulltext](https://www.goldjournal.net/article/S0090-4295(10)00788-0/fulltext). Acesso em: 12 maio 2021.