

Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar

Urinary incontinence among climateric Brazilian women: household survey

Telma Guarisi^a, Aarão M Pinto Neto^a, Maria José Osis^b, Adriana O Pedro^a, Lúcia Helena Costa Paiva^a e Aníbal Faúndes^{a,b}

^aDepartamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. ^bCentro de Pesquisas das Doenças Materno-Infantis de Campinas. Campinas, SP, Brasil

Descritores

Incontinência urinária, epidemiologia. # Menopausa. # Climatério. # Inquéritos de morbidade. # Prevalência. Entrevistas. Fatores socioeconômicos. Fatores de risco. – Hormônios. Fatores associados.

Resumo

Objetivos

Por inquérito populacional domiciliar, investigar a prevalência de incontinência urinária de esforço e os fatores a ela associados em mulheres climatéricas.

Métodos

Realizou-se análise secundária de dados de um inquérito populacional domiciliar sobre o climatério e a menopausa em mulheres do município de Campinas, SP, Brasil. Foram selecionadas, por meio de estudo descritivo e exploratório de corte transversal, por processo de amostragem, 456 mulheres, na faixa etária de 45 a 60 anos de idade. Exploraram-se a queixa de incontinência urinária e os fatores de risco possivelmente relacionados – idade, estrato socioeconômico, escolaridade, cor, paridade, tabagismo, índice de massa corpórea, cirurgias ginecológicas anteriores, estado menopausal e uso de terapia de reposição hormonal. Os dados foram coletados por entrevistas domiciliares, com questionários estruturados e pré-testados, adaptados pelos autores e fornecidos pela Fundação Internacional de Saúde, pela Sociedade Internacional de Menopausa e pela Sociedade Norte-Americana de Menopausa. A análise dos dados foi realizada por razão de prevalência (IC 95%).

Resultados

Das mulheres entrevistadas, 35% referiram perda urinária aos esforços. Nenhum dos fatores sociodemográficos estudados se mostrou associado ao risco de incontinência urinária. Também a paridade não alterou significativamente esse risco. Outros fatores como cirurgias ginecológicas anteriores, índice de massa corpórea e tabagismo não se mostraram associados à prevalência de incontinência urinária. O estado menopausal e o uso de terapia de reposição hormonal não modificaram o risco de incontinência urinária de esforço.

Conclusão

Apesar de a prevalência de incontinência urinária em mulheres climatéricas ter sido alta, não se mostrou associada aos fatores socioeconômicos e reprodutivos abordados.

Correspondência para/Correspondence to:

Aarão Mendes Pinto Neto
Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp
Rua Alexander Fleming, 101 – Cidade Universitária “Zeferino Vaz”
13083-970 Campinas, SP, Brasil
E-mail: aaao@obelix.unicamp.br

Trabalho realizado no Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Subvencionado pela Fapesp (Processo nº 96/10341-2) e Fundo de Apoio ao Ensino e à Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp (FAEP – Processo nº 008/98).

Recebido em 19/12/2000. Reapresentado em 28/5/2001. Aprovado em 25/6/2001.

Keywords

Urinary incontinence, epidemiology.[#]
Menopause.[#] Climateric.[#] Morbidity
surveys.[#] Prevalence. Interviews.
Socioeconomic factors. Risk factors.
–Hormones. Associated factors.

Abstract

Objective

To investigate the prevalence of stress urinary incontinence and its associated factors in perimenopause women using a population-based household survey.

Methods

A descriptive, exploratory cross-sectional population-based study with secondary analysis of a population-based household survey on perimenopause and menopause was conducted among women living in the city of Campinas, Brazil. Through a sampling process, 456 women between 45 and 60 years old were selected. Complaints of urinary incontinence and related risk factors, such as age, socioeconomic status, education level, race, parity, smoking habits, body mass index, previous gynecological surgeries, menopausal status, and hormonal replacement therapy were explored. Data were collected through home interviews using an adapted version of the structured pre-tested questionnaire elaborated by the International Health Foundation, International Menopause Society and the American Menopause Society. Statistical analysis were performed using prevalence rates (CI 95%).

Results

Thirty-five percent of the interviewees referred stress urinary incontinence. None of the sociodemographic factors studied was associated to the risk of urinary incontinence. In addition, parity did not significantly change the risk of urinary incontinence. Other factors, such as previous gynecological surgeries, body mass index, and smoking habits, were not associated with the prevalence of stress urinary incontinence. Also, menopausal status and hormonal replacement therapy did not change the risk of stress urinary incontinence.

Conclusion

Though there was a high prevalence of stress urinary incontinence among perimenopause women, there was not found any associations with sociodemographic and reproductive factors.

INTRODUÇÃO

A prevalência e os fatores de risco associados aos sintomas geniturinários em mulheres climatéricas têm sido bastante estudados. Diferenças na prevalência de incontinência são identificadas nas diversas populações. Em mulheres de meia-idade, em uma população normal, a prevalência de incontinência urinária tem sido estimada em 9% a 60% por vários estudos que utilizam de questionários.⁶

Moller et al¹³ (2000), estudando a prevalência de sintomas urinários em mulheres de 40 a 60 anos, observaram 16% de incontinência urinária de esforço, tendo aumento dessa prevalência dos 40 aos 55 anos e um declínio após essa idade.

Fatores de risco citados para o desenvolvimento de incontinência urinária de esforço incluem idade avançada, raça branca, obesidade, partos vaginais, deficiência estrogênica, condições associadas a aumento da pressão intra-abdominal, tabagismo, doenças do colágeno, neuropatias e histerectomia prévia.

A menopausa, período em que ocorre diminuição dos níveis estrogênicos endógenos, também é tida como fator de risco para incontinência urinária. Esse

fato é respaldado pela íntima associação embriológica e anatômica entre tratos urinário e genital. Entretanto, estudos epidemiológicos não têm mostrado aumento da prevalência de incontinência urinária no período da menopausa.¹⁴

A incontinência urinária de esforço é a forma mais comum de queixa urinária entre as mulheres, seguida pela urge-incontinência, particularmente no período perimenopausal.^{1,2,9}

Brown et al² (1999) encontraram fatores de risco diferentes para a incontinência urinária de esforço e urge-incontinência, sugerindo que pesquisas para detecção de fatores de risco e formas de prevenção sejam diferenciadas e específicas para cada tipo de incontinência.

No Brasil, são poucos os estudos sobre prevalência de incontinência urinária, e não foi encontrada nenhuma avaliação da prevalência de incontinência urinária e fatores de risco associados, com base em inquérito populacional, na literatura nacional.

O presente estudo investigou, por inquérito populacional domiciliar, a prevalência da incontinência urinária de esforço e os fatores de risco associados entre mulheres climatéricas.

MÉTODOS

O estudo realizado foi descritivo e exploratório de corte transversal, tipo inquérito populacional domiciliar. Para o cálculo do tamanho amostral, considerou-se uma proporção populacional de mulheres com sintomatologia geral do climatério de 60%,¹⁶ com diferença máxima desejada entre a proporção amostral e populacional de 5% e erro tipo I (alfa) de 0,05. Desse modo, estipulou-se o total de 367 mulheres para constituir a amostra. Ao final, foram incluídas 456 mulheres.

O tamanho da população-alvo (N), que foi considerado para esse cálculo, foi a população feminina do município de Campinas, na faixa etária entre 45 a 60 anos, no ano de 1997. Esse dado foi obtido por uma projeção linear da população,¹¹ baseada no número de mulheres de 45 a 60 anos residentes em Campinas, segundo o Censo Demográfico de 1991, e pela projeção da população estimada para o ano de 1997, sendo esse total de 79.727.

Para o presente estudo, cuja seleção dos sujeitos foi por conglomerados, a unidade de referência foi um setor censitário. Estudaram-se 82 setores, sorteados entre os 845 setores censitários de Campinas, da seguinte maneira:

- a. listaram-se todos os setores censitários de Campinas;
- b. sortearam-se, primeiramente, 80 setores (para o sorteio se utilizou uma tabela de números aleatórios, gerada com distribuição uniforme com semente [123456789]);
- c. anotou-se, na frente do número de cada setor sorteado, o número de mulheres com idade entre 45 a 60 anos ali residentes;
- d. verificou-se se havia, no mínimo, 42 mulheres com idade entre 45 a 60 anos em cada setor (número mínimo estimado para que fossem selecionadas as seis mulheres previstas por setor). Esse número foi baseado em pesquisa com metodologia semelhante, recentemente realizada pelo Centro de Pesquisa e Controle das Doenças Materno-Infantis de Campinas.*
- e. para cada setor em que não houvesse o número mínimo de mulheres na faixa etária em estudo, sortear-se-ia mais um entre os setores limítrofes ao primeiro. O número desse novo setor sorteado seria anotado na frente daquele que poderia ser substituído ou complementado;
- f. no caso de em algum dos 80 setores inicialmente sorteados, com o número mínimo de 42 mulheres na faixa etária em estudo, tivessem sido selecio-

nadas menos de seis mulheres, as entrevistadas faltantes seriam procuradas em um dos setores vizinhos ao inicialmente percorrido. Quando fosse constatado esse problema no campo, para escolher um novo setor, far-se-ia um sorteio entre os setores limítrofes;

- g. qualquer um dos 80 setores escolhidos no primeiro sorteio só foi substituído se, depois de visitado, não permitisse selecionar nenhuma mulher nele;
- h. para cada setor sorteado, preparou-se um mapa que permitia à entrevistadora encontrar o campo e se locomover nele.

A seleção das mulheres para o estudo em cada setor censitário foi feita por entrevistadoras treinadas e envolveu três etapas:

1. o percurso que foi seguido dentro de cada setor, o qual se chamou de itinerário;
2. a identificação das mulheres elegíveis para o estudo, o qual se chamou de listagem das mulheres, antes da seleção propriamente dita;
3. a seleção propriamente dita.

No campo, após localizar seu setor, a entrevistadora iniciava seu itinerário, estando na esquina sorteada de uma das ruas que delimitam o setor (rua-limite) com uma rua que entra nele, olhando de frente para o setor. Ela iniciava o percurso andando pelo lado direito e, para selecionar mulheres para o estudo, procurava-as nas residências do lado esquerdo da rua-limite.

Dessa forma, a entrevistadora percorria todo o limite do setor. Após completar a volta, se não tivesse conseguido o número de entrevistas desejado, entrava no setor pela rua que tinha sido o ponto inicial de seu percurso e seguia em frente, andando pela calçada de seu lado esquerdo. Se precisasse virar, fazia-o sempre à direita, na medida do possível. Se chegasse a um ponto em que não era mais possível seguir à direita (por exemplo, se virasse à direita retornaria à rua-limite), iria para a esquerda. Evitou-se, ao máximo, obter informações dos dois lados da mesma rua, no interior do setor. Entretanto se, depois de percorridas todas as ruas do setor pela calçada do lado esquerdo, a entrevistadora ainda não conseguisse o número de entrevistas desejado, ela refazia o percurso pelo lado direito da rua, a partir da casa da última mulher listada.

Para fazer uma seleção aleatória das mulheres que participaram do estudo, também se adotou o procedimento de não procurar mulheres elegíveis em todas as casas de cada setor. Adotou-se um intervalo de seis

*Osís MJ, Faúndes A.; Souza MH; Bento SF. Brazil: a comparative study of the consequences of the tubal ligation on the women's lives. Campinas: Cemicamp, 1998. (Relatório final de pesquisa, apresentado a Family Health International - FHI - Women's Studies Project).

endereços entre as casas em que as entrevistadoras deveriam obter informações sobre as mulheres residentes, ou seja, a partir do primeiro endereço em que se procurava identificar mulheres elegíveis para o estudo, a entrevistadora deveria abordar, na seqüência, a sétima casa, depois a décima terceira, depois a vigésima e assim por diante.

Em cada um dos setores, selecionaram-se, no mínimo, uma e, no máximo, seis mulheres. Ao identificar uma mulher elegível para o estudo, a entrevistadora verificava se ela cumpria os critérios de seleção e, em caso positivo, solicitava seu consentimento para realizar a entrevista. Quando havia mulheres elegíveis que não estavam em casa naquele momento, a entrevistadora indagava a outros moradores sobre a melhor forma de contactá-las. Por exemplo, a entrevistadora obtinha um número de telefone com o qual pudesse falar diretamente com a mulher em questão. Sempre que uma mulher elegível ou selecionada não estivesse em casa, a entrevistadora retornava à casa dela ou tentava fazer outro contato, pelo menos três vezes, em dias e horários diferentes. As mulheres que, apesar dessas tentativas, não tivessem sido contactadas foram consideradas “perdidas” para o estudo.

Para todas as mulheres selecionadas, e que aceitassem participar, a entrevistadora lia o Termo de Consentimento Pós-Informação Oral antes de entrevistá-la.

Um questionário estruturado e pré-testado foi utili-

zado para obter as informações. Esse instrumento foi elaborado a partir de outros dois questionários adaptados pelos autores. O primeiro deles foi fornecido pela Sociedade Internacional de Menopausa e pela Fundação Internacional de Saúde, após ter sido aplicado em sete países do Sudeste Asiático, em 1993. O segundo questionário, que havia sido aplicado nos Estados Unidos, foi fornecido pela Sociedade Norte-Americana de Menopausa. O estrato socioeconômico foi determinado segundo critérios da Associação Brasileira de Anunciantes e da Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado. O estado menopausal foi definido utilizando o critério proposto por Jasmann¹⁰ (1973): pré-menopausa – mulheres com ciclos menstruais regulares ou com padrão menstrual similar ao que elas tiveram durante a vida reprodutiva; perimenopausa – mulheres com ciclos menstruais nos últimos 12 meses, mas com mudança do padrão menstrual quando comparado aos padrões anteriores; pós-menopausa – mulheres em que o último período menstrual ocorreu há pelo menos 12 meses antes da entrevista.

Avaliou-se a presença, ou não, de queixa de perda urinária por esforços, como tossir, rir ou levantar peso, e sua correlação com idade, cor, grau de escolaridade, religião, estrato socioeconômico, trabalho, estado civil, índice de massa corpórea, tabagismo, número de gestações e de partos, estado menopausal, terapia de reposição hormonal e antecedente de cirurgias como laqueadura, histerectomia e/ou ooforectomia uni ou bilateral.

Tabela 1 – Fatores sociodemográficos associados à incontinência urinária de esforço (n=455).

Fatores	Incontinência urinária de esforço Sempre ou às vezes (N=160)		Nunca (N=295)		RP bruta (IC 95%)	RP ajustada por idade (IC 95%)
	N	%	N	%		
Faixa etária						
45 a 49 anos	69	40,4	102	59,6	Referência	-
50 a 54 anos	50	34,7	94	65,3	0,8 (0,5 a 1,2)	-
55 a 60 anos	41	29,3	99	70,7	0,7 (0,4 a 1,1)	-
Cor / Raça						
Branca	96	37,4	161	62,6	Referência	Referência
Parda, mulata, negra	46	36,8	79	63,2	1,0 (0,6 a 1,4)	1,0 (0,6 a 1,4)
Outras	18	24,7	55	75,3	0,6 (0,3 a 1,1)	0,7 (0,4 a 1,1)
Escolaridade						
Sem	28	38,9	44	61,1	Referência	Referência
1ª a 4ª série 1º grau	81	33,3	162	66,7	0,9 (0,5 a 1,3)	0,9 (0,5 a 1,3)
5ª a 8ª série 1º grau	32	39,5	49	60,5	1,0 (0,6 a 1,7)	0,9 (0,5 a 1,6)
2º grau e 3º graus	19	32,2	40	67,8	0,8 (0,4 a 1,5)	0,8 (0,4 a 1,4)
Estrato social						
A ou B	27	29,7	64	70,3	Referência	Referência
C	70	38,3	113	61,7	1,3 (0,8 a 2,0)	1,3 (0,8 a 2,1)
D ou E	63	34,8	118	65,2	1,2 (0,7 a 1,8)	1,2 (0,7 a 1,9)
Trabalho						
Integral	44	35,2	81	64,8	Referência	Referência
Meio período	11	29,7	26	70,3	0,8 (0,4 a 1,6)	0,8 (0,4 a 1,7)
Não trabalha	105	35,8	188	64,2	1,0 (0,7 a 1,4)	1,0 (0,7 a 1,5)
Estado civil						
Separada/divorciada	14	26,9	38	73,1	Referência	Referência
Casada	101	34,5	192	65,5	1,3 (0,7 a 2,2)	1,3 (0,7 a 2,2)
Amasiada/vive junto	14	50,0	14	50,0	1,9 (0,9 a 3,9)	1,7 (0,8 a 3,7)
Solteira	14	50,0	14	50,0	1,9 (0,9 a 3,9)	1,7 (0,8 a 3,6)
Viúva	17	31,5	37	68,5	1,2 (0,6 a 2,4)	1,3 (0,6 a 2,6)

RP = razão de prevalência; IC = intervalo de confiança

Tabela 2 – Fatores obstétricos associados à incontinência urinária de esforço (n=455).

Fatores	Incontinência urinária de esforço				RP bruta (IC 95%)	RP ajustada por idade (IC 95%)
	Sempre ou às vezes (N=160)		Nunca (N=295)			
	N	%	N	%		
Gravidez						
Nenhuma	9	34,6	17	65,4	Referência	Referência
1 ou 2	24	26,4	67	73,6	0,8 (0,3 a 1,6)	0,8 (0,4 a 1,7)
3 ou mais	127	37,6	211	62,4	1,1 (0,5 a 2,1)	1,2 (0,6 a 2,3)
Parto						
Nenhum	11	34,4	21	65,6	Referência	Referência
1 ou 2	40	32,8	82	67,2	1,0 (0,4 a 1,9)	1,0 (0,5 a 1,9)
3 ou mais	109	36,2	192	63,8	1,0 (0,5 a 2,0)	1,2 (0,6 a 2,1)
Aborto						
Nenhum	96	32,0	204	68,0	Referência	Referência
1 ou 2	51	40,5	75	59,5	1,3 (0,9 a 1,8)	1,3 (0,9 a 1,8)
3 ou mais	13	44,8	16	55,2	1,4 (0,7 a 2,5)	1,4 (0,8 a 2,6)
Tempo após o último parto*						
Até 10 anos	14	48,3	15	51,7	Referência	Referência
11 a 20 anos	64	38,1	104	61,9	0,8 (0,4 a 1,4)	0,8 (0,4 a 1,4)
30 anos ou mais	70	31,5	152	68,5	0,7 (0,4 a 1,2)	0,7 (0,4 a 1,3)

*26 mulheres eram nuligestas, nove não tinham filhos vivos e uma não informou a idade com que teve seu último parto

Os dados foram coletados por entrevistas individuais em domicílio. A coleta de dados foi iniciada em outubro de 1997 e encerrada em janeiro de 1998, totalizando 73 dias de trabalho de campo.

Para análise dos dados, utilizou-se a razão de prevalência (IC 95%) ajustada pela idade da mulher no momento da entrevista, para cujos cálculos foram utilizados modelos adaptados para estudos de corte transversal.

RESULTADOS

Das 456 mulheres entrevistadas, 35% (160) se quei-

xaram de perda de urina por esforços, sendo que 10,7% (49) referiram que esse sintoma ocorria sempre; 24,3% (111) apresentavam perda urinária esporádica. A distribuição etária foi homogênea nas três categorias consideradas. A maioria das mulheres era branca e tinha baixo grau de escolaridade, sendo que aproximadamente 70% referiram escolaridade de no máximo quatro anos. A grande maioria vivia com companheiro e não possuía emprego remunerado. A religião predominante foi a católica. Aproximadamente 2/3 da população estudada pertenciam aos estratos socioeconômicos C, D e E (dados não apresentados em tabela).

Não houve diferenças no risco de incontinência uri-

Tabela 3 – Fatores clínicos e ginecológicos associados à incontinência urinária de esforço (n=455).

Fatores	Incontinência urinária de esforço				RP bruta (IC 95%)	RP ajustada por idade (IC 95%)
	Sempre ou às vezes (N=160)		Nunca (N=295)			
	N	%	N	%		
Tabagismo						
Ausente	127	35,1	235	64,9	Referência	Referência
Presente	33	35,5	60	64,5	1,0 (0,6 a 1,5)	1,0 (0,6 a 1,5)
IMC						
<30 kg/m ²	51	37,0	87	63,0	Referência	Referência
≥30 kg/m ²	109	34,4	208	65,6	0,9 (0,6 a 1,3)	0,8 (0,6 a 1,2)
Laqueadura						
Não	60	30,5	137	69,5	Referência	Referência
Sim	100	38,8	158	61,2	1,3 (0,9 a 1,8)	1,3 (0,9 a 1,8)
Histerectomia						
Não	132	34,4	252	65,6	Referência	Referência
Sim	28	39,4	43	60,6	1,1 (0,7 a 1,7)	1,2 (0,7 a 1,7)
Retirada de um ovário*						
Não	138	34,2	266	65,8	Referência	Referência
Sim	19	44,2	24	55,8	1,3 (0,8 a 2,1)	1,3 (0,8 a 2,1)
Retirada de dois ovários**						
Não	147	34,9	274	65,1	Referência	Referência
Sim	11	40,7	16	59,3	1,2 (0,6 a 2,2)	1,2 (0,6 a 2,2)
Estado menopausal						
Pré-menopausa	43	36,8	74	63,2	Referência	Referência
Perimenopausa	36	45,6	43	54,4	1,2 (0,8 a 1,9)	1,4 (0,8 a 2,1)
Pós-menopausa	81	31,3	178	68,7	0,9 (0,6 a 1,2)	1,0 (0,6 a 1,8)
TRH						
Nunca tomou	101	35,7	182	64,3	Referência	Referência
Toma atualmente	27	30,7	61	69,3	0,7 (0,5 a 1,3)	0,9 (0,5 a 1,4)
Já tomou	32	38,1	52	61,9	1,1 (0,7 a 1,6)	1,2 (0,7 a 1,7)

IMC = índice de massa corpórea; TRH = terapia de reposição hormonal

*-8 mulheres não sabiam ou não se lembravam se fizeram essa cirurgia

** -7 mulheres não sabiam ou não se lembravam se fizeram essa cirurgia

nária em relação a idade, cor, grau de escolaridade, estrato social, trabalho e estado marital (Tabela 1).

Observou-se, também, que não houve diferenças no risco de incontinência quanto aos fatores obstétricos estudados (Tabela 2).

O tabagismo e o índice de massa corpórea não alteraram o risco de incontinência urinária; o mesmo ocorreu ao se comparar mulheres que haviam sido submetidas a laqueadura tubária, histerectomia e retirada de um ou ambos ovários com o grupo de entrevistadas sem esses antecedentes. Considerando o estado menopausal, também não se observaram diferenças no risco de incontinência entre as mulheres que se encontravam na pré, peri ou pós-menopausa. Da mesma forma, o uso de terapia de reposição hormonal não alterou o risco de incontinência urinária (Tabela 3).

DISCUSSÃO

A prevalência de incontinência urinária encontrada no presente estudo, mesmo se tratando de mulheres fora de serviço médico, foi bastante semelhante à observada em estudo anterior na mesma cidade,⁹ no qual 30% das pacientes climatéricas que procuravam atendimento em ambulatório especializado apresentavam incontinência urinária de esforço.

Dados mais altos de prevalência são observados em um estudo americano, multicêntrico, de base populacional, em que das 2.763 mulheres participantes, mais da metade referiram incontinência urinária.² Entretanto, a média etária dessas mulheres era de 67 anos, mais alta do que no estudo atual, em que se avaliou uma amostra de mulheres com idade entre 45 e 60 anos, o que pode justificar a diferença observada.

Entrevistando 410 mulheres brasileiras atendidas em serviço especializado, Mendonça et al¹² (1997) encontraram prevalência de incontinência urinária de esforço ainda mais baixa (12,6% do total de mulheres), sendo que a maior frequência dessa queixa ocorreu entre as mulheres com idade entre 41 e 50 anos (48%). Também Moller et al¹³ (2000), estudando a prevalência de sintomas urinários em mulheres dinamarquesas de 40 a 60 anos, observaram 16% de incontinência urinária de esforço, sendo que havia aumento dessa prevalência dos 40 aos 55 anos e declínio após essa idade, o que não se confirmou no estudo atual.

Chiarelli et al⁵ (1999), em estudo sobre a saúde das mulheres na Austrália, observaram prevalências de perda urinária semelhante em grupos de mulheres com idade entre 45 e 50 anos e 70 e 75 anos (36% e 35%, respectivamente), mais altos do que entre as mulhe-

res mais jovens, com idade entre 18 e 23 anos (12,8%).

No presente estudo, não houve associação entre incontinência urinária e fatores de risco sociodemográficos como idade, cor, grau de escolaridade, estrato social, estado marital e tipo de trabalho. Wilbur et al¹⁷ (1998), porém, avaliando características sociodemográficas, fatores biológicos e sintomas em mulheres com idade entre 35 e 69 anos, observaram nas brancas aumento significativo de queixas de perda urinária em relação às negras.

Provavelmente existem determinadas diferenças na anatomia ou na resistência uretral e nas estruturas de suporte do assoalho pélvico que protegem as mulheres negras da incontinência urinária.² Nesse sentido, é preciso observar que, na população brasileira, diferentemente do que ocorre na Europa e nos Estados Unidos, as distinções raciais com base na cor da pele declarada não são precisas, dificultando o estabelecimento desse diferencial.⁴ Portanto, deve-se considerar a possibilidade de que boa parte das mulheres da amostra estudada possa ter traços de herança negra, o que pode justificar a não existência de diferenças no risco de incontinência quando se focalizou a variável cor/raça.

A paridade é um dos fatores que mais se procura associar ao desenvolvimento de incontinência urinária, que parece ser comum durante a gravidez, ocorrendo em aproximadamente de 1/3 à metade de todas as mulheres, acreditando-se ser causada por uma combinação de fatores hormonais e mecânicos. No entanto, a maioria das mulheres deixa de ter a queixa de perda urinária logo após o parto.

No estudo atual, não foi observado aumento no risco de incontinência urinária entre as mulheres que tiveram uma ou mais gestações, bem como aquelas com um ou mais partos, em relação às mulheres sem gestações ou partos. Outros estudos epidemiológicos com mulheres climatéricas também não encontraram associação entre incontinência urinária e partos. Entretanto, estudos retrospectivos têm apontado que o parto vaginal é um fator de risco para incontinência urinária em idades avançadas. Provavelmente a interação entre os vários fatores que podem se associar à etiologia da incontinência urinária, principalmente durante o climatério, seja um dos motivos pelos quais se observam tantos dados divergentes na literatura. Ao mesmo tempo, no estudo atual, apenas 32 mulheres nunca haviam tido partos, o que pode ter influenciado a falta de associação da incontinência urinária com a paridade nessa casuística.

De forma semelhante, também se observa, na literatura, que ainda não há consenso sobre o papel de

outros fatores avaliados no presente estudo e que eles não se mostraram associados ao risco para incontinência urinária de esforço. Bortolotti et al¹ (2000) observaram aumento na prevalência de incontinência urinária com o aumento do índice de massa corpórea, mas não encontraram associação entre educação, tabagismo, consumo de álcool ou café e risco de incontinência urinária.

Tem se discutido que a histerectomia pode estar associada ao desenvolvimento de incontinência urinária, em decorrência dos danos à inervação pélvica e às estruturas de suporte pélvico que a cirurgia pode acarretar. Van Geelen et al¹⁵ (2000) verificaram, pelo questionário enviado a 2.157 mulheres com idade entre 50 e 74 anos, que as mulheres histerectomizadas relatavam queixas urogenitais moderadas e severas mais frequentemente do que as não histerectomizadas. Ao contrário, outros estudos não têm mostrado aumento da queixa de incontinência urinária nos primeiros dois anos após a histerectomia.

A maioria dos estudos prospectivos de curta duração não tem mostrado associação entre histerectomia e incontinência urinária subsequente, mas estudos epidemiológicos retrospectivos apontam tal associação em idades mais avançadas. Fatores adicionais, por exemplo, as indicações para histerectomia como miomas, endometriose ou prolapso e concomitante ooforectomia, não têm sido bem estudados.¹⁴

Quanto às relações entre menopausa e incontinência urinária, a literatura também não parece conclusiva, embora muitas mulheres relacionem o aparecimento da incontinência urinária com esse período. Estudos epidemiológicos, assim como este, não têm mostrado um aumento significativo no risco de incontinência no período dos 45 aos 60 anos. Ao contrário, um estudo com 541 mulheres de 42 a 50 anos encontrou significativamente menos incontinência

entre as menopausadas, comparadas com as que estavam na pré-menopausa.³

Finalmente, há a considerar que a reposição de estrogênios tem mostrado efeitos benéficos sobre o trato urinário baixo, melhorando o índice de maturação das células da vagina, bexiga e uretra, sugerindo que a terapia estrogênica pode melhorar ou preservar a função urinária. Esses achados levaram à utilização de estrogênios para tratar incontinência urinária. Entretanto, a eficácia da terapia estrogênica no tratamento da incontinência urinária permanece controversa.

Assim como no presente estudo epidemiológico não se observaram diferenças no risco de incontinência quanto ao uso de terapia de reposição estrogênica, estudo randomizado controlado com uso de estrogênio oral por três meses em 83 mulheres menopausadas não mostrou melhora na clínica de incontinência.⁸ Alguns estudos não controlados têm mostrado melhora sintomática em mulheres com incontinência urinária tratadas com estrogênios. Uma metanálise de seis trabalhos randomizados e controlados de terapia de reposição estrogênica oral para incontinência urinária concluiu que os estrogênios melhoram subjetivamente a incontinência na pós-menopausa, mas não alteram o volume da perda urinária a ela devido.⁷

A despeito das controvérsias quanto aos fatores de risco para a incontinência urinária de esforço e de sua alta prevalência, detectada pelo presente estudo em uma amostra populacional de mulheres climatéricas, aponta-se a importância de se abordar rotineiramente essa queixa. Ao mesmo tempo, persiste a necessidade de se continuar buscando conhecer os fatores de risco associados, o que pode contribuir para auxiliar os profissionais de saúde a identificar mulheres com maior risco e atuar mediante estratégias preventivas, visando diminuir a prevalência de incontinência urinária nessa população.

REFERÊNCIAS

1. Bortolotti A, Bernardini B, Colli E, Di Benedetto P, Giocoli Nacci G, Landoni M, et al. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in Italy. *Eur Urol* 2000;37:30-5.
2. Brown JS, Grady D, Ouslander JG, Herzog AR, Varner RE, Posner SF. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in postmenopausal women. Hert & Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS) Research Group. *Obstet Gynecol* 1999;94:66-70.
3. Burgio KL, Mathews KA, Engel BT. Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy, middle-aged women. *J Urol* 1991;146:1255-9.
4. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), Ministério da Saúde -SPS-CNDST/HIV/AIDS. *Comportamento sexual da população brasileira e percepção sobre o HIV/AIDS: relatório final de pesquisa*. São Paulo; 1999. p. 34-7.
5. Chiarelli P, Brown W, Mc Elduf FP. Leaking urine: prevalence and associated factors in Australian women. *Neurourol Urodyn* 1999;18:567-77.
6. Elving LB, Foldspang A, Lam GW, Mommsen S. Descriptive epidemiology of urinary incontinence in 3100 women age 30-59. *Scand J Urol Nephrol* 1989;125 Suppl:37-43.

7. Fantl JA, Cardozo L, Mc Clish 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* 1994;83:12-8.
8. Fantl JA, Bump RC, Robinson D. Efficacy of estrogen supplementation in the treatment of urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1996;88:745-9.
9. Guarisi T, Pinto-Neto AM, Costa-Paiva LHS, Pedro AO, Faúndes A. Sintomas urinários e genitais em mulheres climatéricas. *J Bras Ginecol* 1998;108:125-30.
10. Jaszmann L. Epidemiology of climateric and post-climateric complaints. In: Van Keep PA, Lauritzen C, editors. *Ageing and estrogens: front hormone research*. Basel: Karger; 1973. p. 22-4.
11. Laurenti R, Mello-Jorge MLP, Lebrão ML, Gotlieb SLD, editors. População: recenseamento e estimativas. In: *Estatística de saúde*. 2ª ed. São Paulo: EPU; 1987. p. 9-38.
12. Mendonça M, Reis RV, Macedo CBMS, Barbosa KSR. Prevalência da queixa de incontinência urinária de esforço em pacientes atendidas no serviço de ginecologia do Hospital Júlia Kubitschek. *J Bras Ginecol* 1997;107:153-5.
13. Moller LA, Lose G, Jorgensen T. The prevalence and bothersomeness of lower urinary tract symptoms in women 40-60 years of age. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:298-305.
14. Thom DH, Brown JS. Reproductive and hormonal risk factors for urinary incontinence in later life: a review of the clinical and epidemiologic literature. *J Am Geriatr Soc* 1998;46:1411-7.
15. Van Geelen JM, Van de Weijer PH, Arnolds HT. Urogenital symptoms and resulting discomfort in noninstitutionalized Dutch women aged 50-75 years. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2000;11:9-14.
16. Von Mühlen DG, Kritz-Silverstein D, Barret-Connor E. A community based study of menopause symptoms and estrogen replacement in older women. *Maturitas* 1995;22:71-8.
17. Wilbur J, Miller AM, Montgomery A, Chandler P. Sociodemographic characteristics, biological factors, and symptom reporting in midlife women. *Menopause* 1998;5:43-51.