

ARTIGO ORIGINAL

Acta Med Port 2006; 19: 349-356

PREVALÊNCIA E IMPACTE DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE STRESSE Antes e Durante a Gravidez

PAULA CLARA SANTOS, DENISA MENDONÇA, ODETE ALVES, ALCINDO MACIEL BARBOSA
Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto.
Escola Superior de Enfermagem Viana do Castelo. Viana do Castelo. Administração Regional de Saúde do Norte

RESUMO

Introdução: A Incontinência Urinária (IU) feminina é um importante problema de saúde pública, quer pela sua elevada prevalência, quer pelo elevado impacte físico, psíquico e social na vida da mulher. O objectivo deste estudo foi determinar a prevalência, o impacte da Incontinência Urinária de Stresse (IUS) antes e durante a gravidez em parturientes do distrito de Viana do Castelo e determinar a percentagem de mulheres que procura apoio de um profissional de saúde para o seu problema.

Método: Realizou-se um estudo transversal considerando uma amostra representativa do distrito, constituída por 336 mulheres, cujo parto ocorreu no Hospital de Santa Luzia, no período compreendido entre 15 de Janeiro a 29 de Março de 2002. Todas as mulheres foram submetidas a um questionário no pós-parto hospitalar.

Resultados: A prevalência da IUS, definida como *Alguma vez teve perda de urina durante a realização de um esforço?* foi de 5,4% (IC 95%: 3,0-7,8) antes da gravidez e 51,5% (IC 95%: 46,1-56,9) durante a gravidez actual. Os factores associados à ocorrência da IUS antes da gravidez foram a *multiparidade* (OR=9,96), a presença de *diabetes* (OR=4,61) e *obesidade* (OR=4,76), e à IUS durante a gravidez foram a *multiparidade* (OR=1,66), a *diabetes* (OR=2,62) e a *obstipação* (OR=1,73). A grande maioria (88,9%) das mulheres com IUS sente-se incomodada por se sentir húmida, 48,5% sente-se nervosa ou ansiosa e 57,3% tem medo que os outros se apercebam do odor. Durante a gravidez, apenas menos de metade das mulheres que tiveram perdas de urina procurou apoio de um profissional de saúde, apesar de a maioria ter interesse em tratar o problema.

Conclusões: A IUS afecta um grande número de mulheres deste distrito antes e durante a gravidez. A IUS tem reflexos em várias dimensões da saúde, sendo o bem-estar físico e emocional os mais afectados, mas apenas uma pequena percentagem de mulheres revela o seu problema de IUS a um profissional de saúde. Perante esta evidência torna-se importante que os profissionais de saúde conheçam esta realidade e se preocupem em dar resposta a estes problemas de saúde.

Palavras-chave: *Incontinência urinária de stresse, gravidez, parto.*

SUMMARY

PREVALENCE AND IMPACT OF STRESS URINARY INCONTINENCE BEFORE AND DURING PREGNANCY

Introduction: Female Urinary Incontinence (UI) is a major public health issue given its high prevalence and its physical, psychological and social impact on women's lives. The aim of this study was to determine the prevalence and impact of Stress Urinary Incontinence (SUI) before and during pregnancy in parturients from the Viana do Castelo district.

Methods: A cross-sectional study was carried out considering a representative sample of the district comprising 336 women who gave birth in the Santa Luzia Hospital between 15th January and 29th March 2002. A questionnaire was submitted to all the women during the postpartum period at hospital.

Results: The prevalence of SUI, defined as *Have you ever experienced urine loss while performing an effort?* was of 5.4% (IC 95%:3.0-7.8) before pregnancy and 51.5% (IC 95%:46.1-56.9) during the current pregnancy. The factors associated with the occurrence of SUI before pregnancy were *multiparity* (OR=9.96), *diabetes* (OR=4.61) and *obesity* (OR=4.76), and with SUI during pregnancy were *multiparity* (OR=1.66), *diabetes* (OR=2.62) and *constipation* (OR=1.73). The vast majority (88.9%) of women suffering from SUI feel uncomfortable as they feel wet, 48.5% feel nervous or troubled and 57.3% fear that others may notice the smell. During pregnancy, only less than half of the women who experienced urine loss sought help from a healthcare professional, although the majority was interested in having this problem treated.

Conclusions: SUI affects a great number of women from the district before and during pregnancy. SUI is reflected in many aspects of health and mostly affects physical and emotional well-being, but only a small percentage of women reveal the burden of SUI to a healthcare professional. In the face of such evidence, it turns out very important for healthcare professionals to be aware of this reality and concerned to give response to this healthcare problem.

Keywords: Stress Urinary Incontinence, pregnancy, delivery

INTRODUÇÃO

A Incontinência Urinária (IU) feminina é um importante problema de saúde pública, quer pela sua elevada prevalência, quer pelo elevado impacte físico, psíquico e social na vida da mulher^{1,2}.

Em 2002, o comité da Internacional Continence Society (ICS) actualizou as terminologias e definições das disfunções do trato urinário inferior³.

Assim, a ICS define IU como a queixa de perda involuntária de urina.

A forma mais comum de IU nas mulheres é a IU de Stress⁴ (IUS), sendo considerada como a mais prevalente nos anos reprodutivos⁵. Este tipo de IU é caracterizado como a perda involuntária de urina durante a realização de

esforços físicos, devendo-se a um aumento brusco da pressão intra-abdominal na ausência da actividade do músculo detrusor³.

A etiologia da IUS não se encontra totalmente esclarecida, mas os traumatismos ocorridos no pavimento pélvico durante a gravidez e o parto são sugeridos como sendo os seus principais factores de risco⁶⁻⁸.

Apesar da IUS ser um problema comum, as estimativas da sua prevalência, obtidas através de estudos epidemiológicos, variam consideravelmente, podendo oscilar entre 3,6% e 15% antes de engravidar^{5,9} e 28% e 64% durante a gravidez^{10,11}.

A IU é muitas vezes ocultada pelas mulheres e esquecida pelos profissionais que providenciam os cuidados

de saúde, de tal modo que já foi descrita como uma *epidemia escondida*¹².

Em Portugal, os estudos sobre prevalência da IU são escassos, sobretudo em mulheres em idade fértil.

Assim, foram objectivos deste estudo:

- Determinar a prevalência da IUS antes e durante a gravidez em parturientes do distrito de Viana do Castelo;

- Avaliar o impacte da IUS antes e durante a gravidez;

- Conhecer a percentagem de mulheres que procura apoio de um profissional de saúde para o seu problema.

POPULAÇÃO E MÉTODOS

Foi elaborado um estudo transversal, considerando uma amostra representativa do distrito, constituída por 336 mulheres cujo parto ocorreu no Hospital de Santa Luzia em Viana do Castelo (local onde ocorreram 98,6% dos partos do distrito em 2002). Estas participantes foram entrevistadas consecutivamente durante o internamento, entre 15 de Janeiro e 29 de Março de 2002.

Foram considerados como critérios de inclusão: *i*) ter um nado vivo com mais de 28 semanas de gestação e *ii*) ser residente no distrito de Viana do Castelo; e, como critérios de exclusão: *i*) permanecer no hospital menos de 48 horas (apenas uma mulher assinou a alta precoce).

Foi utilizado um questionário constituído predominantemente por perguntas fechadas que serviu para a recolha de dados acerca da caracterização sócio-demográfica, antecedentes obstétricos das mulheres, ocorrência de IUS (por auto-referência) antes e durante a gravidez actual, hábitos de saúde e influência da IUS na qualidade de vida. Após a autorização da direcção do hospital para a realização desta investigação, todas as mulheres assinaram o consentimento informado, depois de lhes ter sido explicado o objectivo do estudo. Os questionários foram preenchidos pelo mesmo investigador.

Foram consideradas *incontinentes* as mulheres que responderam afirmativamente à questão *Alguma vez perdeu urina de forma involuntária?* e como tendo *Incontinência Urinária de Stresse* quem respondeu afirmativamente à questão *Alguma vez perdeu urina quando tosse, espirra ou durante a realização de um esforço?*¹⁰.

A gravidade da IUS foi classificada de acordo com a ocorrência das perdas em: *ligeira* se estas ocorreram aproximadamente uma vez por semana, *moderada* se várias vezes por semana e *severa* se diariamente¹³.

Análise estatística

Na análise dos dados recorreu-se inicialmente a uma

análise descritiva, indicando-se média, desvio padrão, moda ou proporções.

Posteriormente, na análise inferencial foi usado o teste *t-student* para comparação de médias, apresentando-se os respectivos Intervalos de Confiança (IC) a 95%. Diferenças nas proporções foram investigadas usando o teste *qui-quadrado*, com a correcção para a continuidade ou o teste exacto de *Fisher*¹⁴, no caso de variáveis dicotómicas. As associações entre a ocorrência da IUS antes e durante a gravidez actual e variáveis que foram identificadas pela pesquisa bibliográfica como estando associadas com a IUS noutras populações foram inicialmente analisadas utilizando os testes acima referidos. As variáveis identificadas, nesta análise univariável, como significativas a um nível de significância de 5% foram subsequentemente analisadas usando modelos de regressão logística multivariável. Os resultados são apresentados indicando-se os valores de *Odds Ratios* (ORs) da ocorrência de IUS *ajustados* para os factores que se revelaram estatisticamente significativos, os respectivos IC a 95% e valores de prova (bilateral). Os factores que não se revelaram estatisticamente significativos, ajustando para os restantes, foram excluídos do modelo final.

Foi considerado um nível de significância de 0,05 e todas as análises foram efectuadas usando o SPSS (versão 13.0).

RESULTADOS

A média de *idades* das 336 mulheres à data do parto foi de 28,1 anos (IC a 95%: 27,5-28,6), sendo a *idade* mínima 16 e a máxima 44 anos. Encontrou-se uma percentagem de 5,4% de mulheres a parir com *idade* igual ou inferior a 19 anos e de 11% depois dos 35 anos. Cerca de 50,3% das mulheres possuíam apenas *habilitações literárias* iguais ou inferiores ao 6º ano completo (Quadro I).

Relativamente à *prática de desporto*, constatou-se que 13,1% do total das mulheres praticaram desporto antes da gravidez (Quadro I).

Detectou-se, ainda, que antes da gravidez 23% apresentava *excesso de peso* (16,5%) ou *obesidade* (6,5%) (IMC > 30 kg/m²).

Relativamente à *paridade*, constatou-se que 55,1% das mulheres eram *primíparas*, 28,6% tiveram parto sempre por cesariana e 71,4% tiveram pelo menos um parto por via vaginal (Quadro I). Estando estes últimos subdivididos: 22,5% em partos distócicos e 77,5% em partos eutócicos.

Do total das mulheres, 11% referiu ter sofrido duas ou mais *infecções urinárias* durante a gravidez actual (Quadro I).

A duração gestacional variou entre as 28 e as 42 sema-

nas no parto actual, com uma média de 39 semanas (desvio padrão de 1,7). O parto pré-termo ocorreu em 13,8% das gestações.

Quadro I – Caracterização da amostra quanto às variáveis sócio-demográficas, comportamentais, antropométricas, antecedentes obstétricos e história prévia ginecológica/obstétrica

VARIÁVEIS	TOTAL (N=336)	
Grupo etário	≤ 19 Anos	5,4% (18)
	20-34 Anos	83,6% (281)
	≥ 35 Anos	11,0% (37)
Habilitações literárias	Até ensino primário completo	12,2% (41)
	5 - 6º ano	38,1% (128)
	7 - 9º ano	19,3% (65)
	10 - 12º ano	18,5% (62)
	Curso técnico – profissional/Superior	11,9% (40)
Prática de desporto antes da gravidez	Sim	13,1% (44)
	Não	86,9% (292)
Prática de desporto durante a gravidez	Sim	2,7% (9)
	Não	97,3% (327)
Obesidade antes da gravidez (n=321)	Sim	6,5% (21)
	Não	93,5% (300)
Paridade	Primípara	55,1% (185)
	Múltipara	44,9% (151)
Tipo de parto	Sempre por cesariana	28,6% (96)
	Pelo menos um parto por via vaginal	71,4% (240)
Duas ou mais infecções urinárias durante a gravidez actual	Sim	11,0% (37)
	Não	89,0% (299)
Intervenções cirúrgicas genito-urinárias	Sim	5,4% (18)
	Não	94,6% (318)

Prevalência e factores associados à IUS

A frequência da IUS antes da gravidez actual foi de 5,4% (IC 95%: 3,0-7,8) (Quadro II). Para 55,6% (10) destas mulheres, o início das perdas coincidiu com o primeiro parto por via vaginal (seis eutócicos e quatro distócicos).

Durante a gravidez actual a ocorrência da IUS foi referida por 51,5% (IC 95%: 46,1-56,9) das mulheres (Quadro II), tendo o início das perdas ocorrido em média às 27 semanas de gestação (desvio padrão: sete semanas), com uma moda de 20 semanas.

Quadro II - Prevalência da IUS antes e durante a gravidez

INCONTINÊNCIA URINÁRIA	TOTAL	IC a 95%
IUS antes da gravidez actual (n=336)	5,4% (18)	(3,0 - 7,8)
IUS durante a gravidez (n=332) *	51,5% (171)	(46,1 - 56,9)

*IU de urgência (4).

Detalhes das análises univariável para os factores associados à ocorrência da IUS antes e durante a gravidez actual são apresentados no Quadro III. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na proporção de mulheres que referiram IUS antes da gravidez relativamente a quatro variáveis: as mulheres com *obesidade*, *múltiparas*, com *diabetes* e *problemas respiratórios* apresen-

taram proporções mais elevadas de IUS. Apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas nas médias das idades entre ambos os grupos, verificou-se que o grupo das mulheres com IUS antes da gravidez tinha uma média de idade ligeiramente mais elevada (30,3 anos vs 27,9 anos; p=0,065).

Relativamente aos factores associados à IUS durante a gravidez (Quadro III), constatou-se que a percentagem de IUS foi significativamente maior nas múltiparas, nas diabéticas e nas mulheres que referiram *obstipação* durante a gravidez. Não foram encontradas diferenças significativas nas idades médias (28,5 anos vs 27,5 anos; p=0,093)

Quadro III - Factores associados à ocorrência da IUS antes e durante a gravidez

Variável	IUS antes da gravidez (n=336)		IUS durante a gravidez (n=332)**	
	Sim	p	Sim	p
Habilitações literárias	≤ 9.º ano	7,7% (13)	51,2% (86)	0,995
	> 9.º ano	3,0% (5)	51,8% (85)	
Obesidade antes da gravidez*	Sim	23,8% (5)	-	-
	Não	4,0% (12)	-	-
Prática de desporto antes da gravidez	Sim	2,3% (1)	48,8% (21)	0,832
	Não	5,8% (17)	51,9% (150)	
Paridade	Primípara	1,1% (2)	45,9% (84)	0,031
	Múltipara	10,6% (16)	58,4% (87)	
Intervenções cirúrgicas genito-urinárias	Sim	-	44,4% (8)	0,708
	Não	5,7% (18)	51,9% (163)	
Diabetes	Sim	21,7% (5)	73,9% (17)	0,044
	Não	4,2% (13)	49,8% (154)	
Problemas respiratórios	Sim	13,2 (7)	63,5% (33)	0,084
	Não	3,9% (11)	49,3% (138)	
Problemas neurológicos	Sim	-	-	0,485
	Não	5,4% (18)	51,7% (171)	
Infecções urinárias	Sim	-	58,8% (20)	0,472
	Não	-	50,7% (151)	
Prática de desporto durante a gravidez	Sim	-	44,4% (4)	0,463
	Não	-	51,7% (167)	
Obstipação durante a gravidez	Sim	-	60,6% (63)	0,034
	Não	-	47,4% (108)	

* Desconhecidos (15); ** IU de urgência (4)

As variáveis que mostraram evidência de uma associação com a IUS foram consideradas na análise multivariável. O modelo final compreende as variáveis que se revelaram estatisticamente significativas. No Quadro IV apresentam-se os valores de *odds ratios* ajustados de ocorrência de IUS antes e durante a gravidez actual e respectivos IC a 95%.

Considerando a ocorrência de IUS antes da gravidez e

controlando para as variáveis *diabetes* e *obesidade*, as *múltiparas* apresentavam aproximadamente um risco cerca de dez vezes superior de ocorrência de IUS (OR=9,96), relativamente às *primíparas*. Controlando para as restantes variáveis, verificou-se que as mulheres com *diabetes* tinham um risco acrescido em relação às que não apresentavam esta patologia (OR=4,61). As mulheres obesas apresentavam um risco quase quántuplo de ocorrência de IUS, quando comparadas com as que não o eram (OR=4,76). O factor – *problemas respiratórios* não se mostrou estatisticamente significativo, após a inclusão das restantes variáveis no modelo.

Relativamente à ocorrência de IUS durante a gravidez e controlando para as variáveis *diabetes* e *obstipação* durante a gravidez, as *múltiparas* apresentavam aproximadamente um risco quase duplo de ocorrência de IUS (OR=1,66), relativamente às *primíparas*. Controlando para as restantes variáveis verificou-se que as mulheres com *diabetes* tinham um risco quase triplo em relação às que não apresentavam esta patologia (OR=2,62) e que as mulheres com *obstipação* durante a gravidez tinham um risco aproximadamente duplo de ocorrência de IUS comparativamente com as que não referiram este problema (OR=1,73).

Quadro IV: Odds-Ratios ajustados de ocorrência de IUS antes e durante a gravidez ^{b)}

IUS antes da gravidez				IUS durante a gravidez			
Variável	OR	IC a 95%	p	Variável	OR	IC a 95%	p
Paridade				Paridade			
(Primípara) ^{a)}	1	-	<0,003	(Primípara) ^{a)}	1	-	<0,03
Múltipara	9,96	2,16 – 45,88		Múltipara	1,66	1,06 – 2,58	
Diabetes				Diabetes			
(Não) ^{a)}	1	-	<0,018	(Não) ^{a)}	1	-	<0,05
Sim	4,61	1,30 – 16,40		Sim	2,62	1,00 – 6,90	
Obesidade antes da gravidez				Obstipação durante a gravidez			
(Não) ^{a)}	1	-	<0,016	(Não) ^{a)}	1	-	<0,03
Sim	4,76	1,34 – 16,96		Sim	1,73	1,07 – 2,79	

a) classe de referência; b) Resultados do modelo de regressão logística

Gravidade e impacto da IUS

Das mulheres que referiram IUS antes da gravidez 50% consideraram as suas perdas moderadas ou severas. Relativamente à *quantidade*, 77,8% daquelas consideraram essas perdas pequenas. Porém, 88,8% dos casos referiram ter sentido algum tipo de *incómodo* (Quadro V).

Durante a gravidez, a *frequência* das perdas aumentou, encontrando-se 76% das mulheres a dizer terem tido *perdas moderadas* ou *severas*. Relativamente à *quantidade*, esta foi ligeiramente superior à de antes da gravidez e o *incómodo* manifestado foi mais atenuado (84,1%) (Quadro V).

Quadro V – Caracterização da IUS quanto à frequência, quantidade e incómodo antes e durante a gravidez

Variáveis	IUS antes da gravidez	IUS durante a gravidez
	(n=18)	(n=171)
Frequência	Ligeira	50,0% (9)
	Moderada ou Severa	24,0% (41)
Quantidade	Pequenas perdas	50,0% (9)
	Perdas moderadas ou superiores	76,0% (130)
Incómodo	Nada	77,8% (14)
	Pouco/Moderadamente/Muito	22,2% (4)
Incómodo	Nada	11,1% (2)
	Pouco/Moderadamente/Muito	15,9% (27)
Incómodo	Nada	88,8% (16)
	Pouco/Moderadamente/Muito	84,1% (144)

Mais de metade das mulheres pensava no problema da IUS e 6,4% referiram que pensavam muito. O *medo que a IUS se agrave com a idade* foi referido por 38% como *moderado* ou *muito* e 22,2% disse *sentir-se menos saudável* por ter perdas involuntárias de urina.

O *bem-estar emocional* parece ter sido o mais afectado - 48,5% das mulheres manifestou *sentir-se nervosa ou ansiosa devido à IUS*, variando esse estado entre *pouco* (23,4%) e *muito* (6,4%). O *medo que o odor seja sentido pelas outras pessoas* foi expresso por 57,3% das mulheres, sendo esse medo entendido como *muito* por 17% do total de mulheres que referiram IUS. Em termos de *bem-estar físico*, 55% das mulheres disseram sentir-se *moderadamente* ou *muito incomodadas com o facto de se sentirem húmidas*.

A alteração de hábitos relativos aos cuidados com a *ingestão de líquidos* foi pouco referida, assim como a *interferência da IUS na escolha da roupa*.

A interferência nas actividades da vida diária foi pouco relevante, sendo a *actividade física* a mais afectada, bem como a *actividade laboral*.

A presença de incómodo causado pela IUS foi mais evidente na intimidade – *relações sexuais* (26,9%), do que socialmente – na *relação com os amigos* (11,7%).

Durante a gravidez, é de salientar que das mulheres que tiveram perdas de urina apenas 42,1% *referiu ou procurou ajuda de um profissional de saúde*, apesar de 96,5% afirmarem ter interesse em diagnosticar ou tratar este problema.

As variáveis *idade*, *habilitações literárias* e *paridade* não estiveram na base de *referir/procurar ajuda de um profissional de saúde* durante a gravidez. Os factores determinantes estatisticamente significativos para a revelação do problema a um profissional de saúde foram a *quantidade* (p=0,030) e o *incómodo* (p=0,039) causado pela IUS durante este período (Quadro VI).

Quadro VI – Características das mulheres que referiram/procuraram ajuda de um profissional de saúde durante a gravidez

Variável	Referir/procurar ajuda (n=171)	
	Sim	
Grupo etário	< 35 Anos	41,3% (62)
	≥ 35 Anos	47,6% (10)
Habilitações literárias	≤ 9.º ano	37,8% (45)
	> 9.º ano	51,9% (27)
Paridade	Primípara	40,5% (34)
	Múltipara	43,7% (38)
Frequência	Ligeira	31,7% (13)
	Moderada ou Severa	45,4% (59)
Quantidade	Pequenas perdas	36,6% (45)
	Perdas moderadas ou superiores	56,3% (27)
Incómodo	Nada	22,2% (6)
	Pouco/ Moderadamente/Muito	45,8% (66)

DISCUSSÃO

A amostra considerada para a elaboração deste trabalho em termos de *idade* e *paridade* têm características semelhantes às de estudos anteriormente realizados no distrito na área da Saúde da Mulher/Saúde Sexual e Reprodutiva¹⁵⁻¹⁷, apresentando um ligeiro acréscimo no nível de escolaridade, possivelmente devido ao alargamento da escolaridade obrigatória.

No nosso estudo, avaliamos as perdas por auto-referência, através de um questionário estruturado, que dava informação acerca da percepção que a mulher tinha dos sintomas de perdas de urina. Esta forma de avaliação é a que está mais próxima da realidade¹⁸; é menos morosa e está de acordo com os nossos objectivos de obter informação sobre a dimensão do problema da IUS.

Prevalência e factores associados à IUS

Neste estudo, a prevalência da IUS antes da gravidez actual foi de 5,4% e durante a gravidez de 51,5%. Estes resultados encontram-se no intervalo de valores citados por vários autores^{7,9-12,18-22}.

A prevalência da IUS aumenta durante a gravidez tendo o início das perdas ocorrido em média às 27 semanas de gestação, com uma moda de 20 semanas. Também Hojberg et al se refere a este aumento durante a gravidez¹⁹, essencialmente a partir da vigésima semana.

Constatou-se que das mulheres que sofriam de IUS antes da gravidez actual, mais de metade ocorreu em con-

sequência do primeiro *parto por via vaginal*. Person J., Wolner-Hanssen P., Rydhstroem H. referem que o primeiro *parto por via vaginal* parece causar mais danos ao nível do pavimento pélvico que os partos seguintes, sendo um importante factor associado à ocorrência da IUS⁶. Estes e outros autores reforçam ainda esta ideia ao referir que a cesariana tem um efeito protector na ocorrência da IUS^{6,19}.

Embora não sendo objectivo principal deste estudo a determinação de factores de risco para a IUS, foram analisadas as associações entre a ocorrência da IUS antes e durante a gravidez e variáveis identificadas na literatura como estando associadas com a IUS noutras populações. Atendendo à reduzida dimensão amostral referente à IUS antes da gravidez, estes resultados devem ser interpretados com alguma reserva e como indicadores para a elaboração de um estudo mais alargado onde os riscos de IUS possam ser estimados com maior precisão.

Antes desta gravidez, os factores associados à IUS que se mostraram significativos foram: *obesidade*, *paridade*, *diabetes* e *problemas respiratórios*. Relativamente à *obesidade* os resultados deste estudo são semelhantes aos descritos por vários autores, que a consideram factor de risco^{6,11,12,19,23-26}. A *paridade* foi outro dos factores de risco encontrados associados à ocorrência da IUS antes, assim como, durante a gravidez. Resultados semelhantes foram referidos por outros autores^{7,8,10,12,19,21,24}, uma vez que, quanto maior for a paridade maior é a probabilidade de partos eutócicos e conseqüentemente o aparecimento de lesões do pavimento pélvico. Daí que Person J., Wolner-Hanssen P., Rydhstroem H. afirmassem que a gestação por si só não é um factor de risco para a IUS⁶ sendo, ainda, importante salientar que este risco aumenta essencialmente a partir do terceiro parto¹⁹. Em concordância com estudos prévios^{11,23,25}, a IUS encontrou-se associada à *diabetes*. Porém, esta evidência não é consensual, pois Samuelsson et al não encontraram diferenças significativas²⁴. Confirmou-se também que as doenças do foro respiratório são factores de risco para a ocorrência de sintomas de IUS antes de engravidar, porque estas provocam episódios de tosse ou espirro, o que aumenta a pressão intra-abdominal^{11,23-25}.

Tal como antes da gravidez, a *paridade* e a *diabetes* encontram-se associadas à IUS durante a gravidez. A *obstipação* durante este período também se revelou factor associado, isto provavelmente porque as alterações fisiológicas e hormonais durante a gravidez favorecem a parésia intestinal^{27,28}. Segundo vários autores^{11,23,29}, as mulheres que sofrem de obstipação exercem um esforço mantido sobre os músculos do pavimento pélvico e ligamentos quando ten-

tam defecar, o que pode levar a um *enfraquecimento* destes, exacerbando as perdas de urina.

Gravidade e impacto da IUS

Em relação à gravidade de IUS, verificou-se que antes desta gravidez, ela foi predominantemente *ligeira*, passando a *moderada* ou *severa* durante a gravidez. Isto porque, fisiologicamente, passa a existir um *relaxamento* temporário dos músculos do pavimento pélvico, com a consequente diminuição da resistência da uretra à pressão do corpo da bexiga³⁰ e, no terceiro trimestre, haver uma redução da capacidade da bexiga, devido ao volume do útero e ao ajuste da cabeça do feto⁸, o que favorece o aumento da frequência das perdas de urina.

O *incómodo* referido durante a gravidez foi menor do que antes da gravidez, isto provavelmente, porque a mulher a considera uma condição normal da gravidez e poderá ter outros desconfortos neste período, que a poderão levar a hierarquizar o incómodo da perda de urina como menor.

Os sentimentos mais marcantes relativos ao impacto causado pela IUS foram a ansiedade e a vergonha/embaraço, bem como o medo que os outros se apercebessem do odor. Os resultados deste estudo são similares aos apresentados por DuBeau et al, Kujansuu, Naughton e Wyman que consideram que o medo do odor e o embaraço causado pela fuga de urina contribuem para a diminuição do bem-estar^{4,31,32}.

No presente estudo, foi referida a interferência da IUS na relação com os amigos, nas relações sexuais e nas actividades da vida diária, sendo a actividade física e a laboral as mais afectadas. Vários autores afirmam que quanto maior a gravidade da IUS maior é o seu impacto na qualidade de vida^{4,25,31,33}.

Apesar da elevada prevalência de IUS durante a gravidez, menos de metade das mulheres, que tiveram perdas durante este período, *referiu ou procurou ajuda a um profissional*, embora tenham tido a oportunidade de o fazer, uma vez que praticamente todas as mulheres tiveram gravidezes vigiadas e a maioria manifestou ter interesse em diagnosticar ou tratar o problema. Valores semelhantes foram encontrados nas mulheres com IU no distrito do Porto, onde apenas 36,4% revelaram o seu problema a um médico¹².

Tal pode dever-se ao facto de desconhecerem que a sua patologia pode ser tratada ou controlada e, talvez, por não considerarem que os seus sintomas são suficientemente limitantes da vida diária para necessitarem de tratamento. Outras poderão sentir-se pouco à-vontade para procurar apoio devido ao estigma frequentemente asso-

ciado à IUS. A relutância em procurar ajuda médica pode estar ainda relacionada com o facto de não acreditarem no sucesso do tratamento^{33,34} ou por considerarem um problema comum à condição feminina³¹. Esta atitude é semelhante noutros países, apesar de haver uma variabilidade na frequência ao recurso a profissionais de saúde, podendo contribuir para isto as diferenças culturais^{12,22,29,34}.

CONCLUSÃO

A IUS afecta um grande número de mulheres antes e durante a gravidez. Os factores associados foram a *paridade* e *diabetes* em ambos os momentos, a *obesidade* antes e a *obstipação* durante a gravidez. Tem reflexos em várias dimensões da saúde, sendo o bem-estar físico e emocional os mais afectados.

As mulheres sentem-se incomodadas com este facto, mas poucas mulheres referem ou procuram ajuda de um profissional de saúde, dependendo esta procura não das características da mulher, mas fundamentalmente do *incómodo* causado pela IUS.

Os profissionais de saúde ao tomarem conhecimento deste problema da saúde, da sua magnitude e das repercussões, devem assumir a responsabilidade de o inquirir e de estimular e acompanhar o respectivo tratamento.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Direcção e aos profissionais do serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Santa Luzia em Viana do Castelo, pela autorização para a realização do estudo e facilidade que nos ofereceram na recolha de dados.

BIBLIOGRAFIA

1. RIZK DE: *Pharmacological therapy of female urinary incontinence*. Afr Health Sci 2005;5(1):79-85
2. SILVA LF: *Saúde das mulheres: o género, determinante cultural de saúde*. Arquivos de Medicina 1999;13 (Suppl 5):31-34
3. ABRAMS P, CARDOZO L, FALL M et al: The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the international continence society. Neurourol Urodyn 2002;21:167-78
4. DUBEAU CE, LEVY B, MANGIONE CM, RESNICK NM: *The impact of urge urinary incontinence of patient's perspective and explanatory style*. J Am Geriatrics Society 1998;46:683-692
5. FARRELL SA, ALLEN VM, BASKETT T: *Parturition and urinary incontinence in primiparous*. Obstet Gynecol 2001;9:350-6
6. PERSON J, WOLNER-HANSEN P, RYDHSTROEM H: *Obstetric risk factors for stress urinary incontinence: a population-based study*. Obstet Gynecol 2000;96:440-445.
7. MORKVED S, BO K: *Effect of postpartum pelvic floor muscle training in prevention and treatment of urinary incontinence: a one-year follow up*. Brit J Obstet Gynaecol 2000;107:1022-1028

8. THORP JM, NORTON PA, WALL LL, KULLER JA, EUCKER B, WELLS E: *Urinary incontinence in pregnancy and the puerperium: a prospective study*. Am J Obstet Gynecol 1999; 181(2):266-273
9. CHALIHA C, KALIA V, STANTON SL, MONGA A, SULTAN AH. *Antenatal prediction of postpartum urinary and fecal incontinence*. Obstet Gynecol 1999;94:689-94
10. GROUTZ A, GORDON D, KEIDAR R et al: *Stress urinary incontinence: prevalence among nulliparous compared with primiparous and grand multiparous premenopausal women*. Neurourol and Urodynamics 1999;18(5):419-425
11. CHIARELLI P, BROWN W, MCEL DUFF P: *Leaking urine: prevalence and associated factors in Australian women*. Neurourol and Urodynamics 1999;18:567-577
12. SILVA PN, MATEUS P, BARROS H: *Prevalência e gravidade de incontinência urinária em mulheres do Porto*. Arquivos de Medicina 1999;13(Suppl 5):16-19
13. SANDVIK H, SEIM A, VANVIK A, HUNSKAAR S: *A severity index for epidemiological surveys of female urinary incontinence: comparison with 48-hour pad-weighing tests*. Neurourol and Urodynamics 2000;19:137-145
14. SIEGAL S, CASTELLAN N: *Nonparametric statistics for behavioral sciences*. 2nd Ed. New York: Mc Graw-Hill 1988
15. MENDONÇA D, ALVES O, BARBOSA A: *A saúde da mulher e da criança em Viana do Castelo de 1980 a 1997. Evolução de alguns indicadores de saúde*. Viana do Castelo: SRSVC 2000;1-27
16. ALVES OM: *Programa de saúde da mulher e da criança. Necessidades não satisfeitas em planeamento familiar e saúde infantil em Viana do Castelo* (dissertação de mestrado). Porto: (P) Universidade do Porto 2002
17. Direção-Geral da Saúde: *Divisão de saúde materna, infantil e dos adolescentes. Necessidades não satisfeitas em saúde materna e planeamento familiar: relatório de estudo realizado em 1997/98*. Lisboa: DGS 2000
18. MORKVED S, BO K: *Prevalence of urinary incontinence during pregnancy and postpartum*. International Urogynecol J 1999; 10:394-398
19. HOJBERG KE, SALVIG JD, WINSLOW NA, LOSE G, SECHER NJ: *Urinary incontinence: prevalence and risk factors at 16 weeks of gestation*. Brit J Obstet Gynaecol 1999;106:842-850
20. KING JK, FREEMAN RM: *Is antenatal bladder neck mobility a risk factor for postpartum stress incontinence?* Brit J Obstet Gynaecol 1998;105:1300-1307
21. KRISTIANSSON P, SAMUELSSON E, SCHOULTZ B, SVA'RDSUDD K: *Reproductive hormones and stress urinary incontinence in pregnancy*. Acta Obstet Gynecol Scand 2001;80:1125-1130
22. MEYER S, SCHREYER A, GRANDI P, HOHLFELD P: *The effects of birth on urinary continence mechanisms and other pelvic-floor characteristics*. Obstet Gynecol 1998;92(4):613-618
23. DUDOGNON P, SALLE JY, MUNOZ M, GUINVARC'H S, BOURU M, LABROUSSE C: *Rééducation de l'incontinence urinaire féminine*. La revue du praticien 1995;45:322-327
24. SAMUELSSON E, VICTOR A, SVA'RDSUDD K: *Determinants of urinary incontinence in a population of young and middle-aged women*. Acta Obstet Gynecol Scand 2000;79:208-215
25. MINAIRE P, JACQUETIN B: *La prévalence de l'incontinence urinaire féminine en médecine générale*. J. Gynecol. Obstet Biol Reprod 1992;21:731-738
26. LIGHTNER DJ, ITANO NMB: *Treatment options for women with stress urinary incontinence*. Mayo Clin Proc 1999; 74(11):1149-1156
27. NEESON JD: *Consultor de Enfermería Obstétrica*. Barcelona: Oceano Centrum 1995;1
28. REZENDE J: *Obstetrícia*. 7^a Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 1995
29. MOLLER LA, LOSE G, JORGENSEN T: *The prevalence and bothersome ness of lower urinary tract symptoms in women 40-60 years of age*. Acta Obstet Gynecol Scand 2000;79:298-305
30. ARYA LA, JACKSON ND, MYERS DL, VERMA A: *Risk of new-onset urinary incontinence after forceps and vacuum delivery in primiparous women*. Am J Obstet Gynecol 2001; 185(6):1318-24
31. KUJANSUU E: *Patient history in the diagnosis of urinary incontinence and determining the quality of life*. Acta Obstet Gynecol Scand 1997;79(Suppl) 166:15-18.
32. NAUGHTON MJ, WYMAN JF: *Quality of life in geriatric patients with lower urinary tract dysfunction*. Am J Med Sciences 1997;314(4):219-227
33. DUGAN E, COHEN SJ, ROBINSON D et al: *The quality of life of older adults with urinary incontinence: determining generic and condition-specific predictors*. *Quality of life research* 1998; 7:337-344
34. DIAS JAA: *Incontinência urinária e bexiga hiperactiva: prevalência e distribuição, na população portuguesa*. Arquivos de Medicina 1999;13(Suppl 5):12-15