Coletânea de Trabalhos de Conclusão de Curso de Graduação em Fisioterapia – 1ª edição

PREVALÊNCIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM ACADÊMICAS DE UM CENTRO UNIVERSITÁRIO NA CIDADE DE MARINGÁ-PR

Vanessa Gonçalves [1]

Thaynara Michelly de Souza [2]

Priscila Almeida Inhoti [3]

RESUMO

A incontinência urinária é uma disfunção que afeta milhares de mulheres independente da idade. Vários fatores podem desencadear a incontinência urinária, e o reconhecimento da sua prevalência e grau ajuda na escolha do tratamento adequado para cada paciente **Objetivo:** analisar a prevalência de incontinência urinária, comparando o escore e os sintomas de ansiedade em função das variáveis sociodemográficas e clínicas das acadêmicas do Centro Universitário Metropolitano de Maringá-PR. **Materiais e métodos:** Participaram acadêmicas de cursos distintos que aceitaram responder aos questionários de forma online feito através de instrumentos validados, ICIQ- SF, IDATE e instrumento não validado criado exclusivamente para essa pesquisa, composto por três seguimentos, sendo eles de alternativas objetivas e dissertativas. A análise dos dados foi realizada por meio do Software SPSS 23.0, mediante estatística descritiva e inferencial, para as variáveis numéricas, foi verificada a normalidade dos dados por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov, mediana (Md) e o intervalo interquartílico (Q1-Q3), além dos testes “U” de Mann-Whitney , Kruskal-Wallis e teste do Qui-quadrado.**Resultados:** Os resultados apontaram grande significancia para a prevalencia da IU, e evidenciou a associação da IU á variáveis clínicas. **Conclusão:**Foi possível concluir que um número considerável de mulheres entre 17 e 28 anos já apresentaram um quadro clínico de IU. Sugere-se, portanto, que mais estudos sejam feitos com este tipo de público, afim de promover a saúde da mulher e melhora da qualidade de vida.

[1] Graduanda de Fisioterapia-Centro Universitário Metropolitano de Maringá-PR (UNIFAMMA) E-MAIL: va.gonçalves@outlook.com

[2] Graduanda de Fisioterapia-Centro Universitário Metropolitano de Maringá-PR (UNIFAMMA) E-MAIL: thaynara_michelly017@hotmail.com

[3] Mestre em Promoção da Saúde. Docente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Metropolitano de Maringá-PR (UNIFAMMA) E-MAIL: priscila.inhoti@unifamma.edu.br

Palavras-chave: Incontinência Urinária. Acadêmicas. Prevalência. Ansiedade.

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária foi definida pela International Continence Society (ICS) como a queixa de qualquer perda de urina involuntária (ABRAMS *et al.,*2003). E é considerada uma das novas “epidemias” do século XXI (BOTELHO *et al.*, 2007).

A perda de urina ocorre pelo meato externo da uretra, quando a pressão vesical excede a pressão máxima de fechamento uretral, na ausência da contração do músculo detrusor (AUGE *et al.,* 2006).

Essa patologia pode ser destinguida pelo escape involuntário de urina que pode estar relacionado ao aumento súbito de uma pressão intra-abdominal, sendo assim a bexiga se torna o órgão alvo envolvido em todo esse processo. Sabemos que a bexiga possui o formato de um saco côncavo e sua composição se dá por um músculo liso que chamamos de músculo detrusor,que por sua vez está localizado logo acima do assoalho pélvico, atrás da sínfise e do púbis, e na frente do útero e da vagina, tendo como principal função armazenar e eliminar a urina (VALÉRIO *et al.,*2013).

O funcionamento normal do mecanismo do controle da micção deve-se ocorrer quando se tem uma bexiga estável e a pressão intra uretral deve ser maior que a pressão encontrada no interior da bexiga. Sabe-se que há duas maneiras para que esse mecanismo seja mantido, uma é que deve haver estabilidade do músculo detrusor e a outra se dá pelo mantimento do gradiente de pressão da uretra e a da bexiga. Além disso o músculo elevador do ânus, que também compoe o assoalho pélvico, é responsavel por ajudar no suporte da bexiga e principalmente por auxiliar a manter a pressão intra uretral, já por por outro lado os músculos do esfíncter externo também exercem uma certa assistência no mecanismo de continência, oque leva a uma contração muito maior quando se é necessário, em situações de esforço, para que não ocorra perda involuntária de urina (SILVA *et al.*, 2011).

O armazenamento de urina e posterior esvaziamento da bexiga é um processo fisiologicamente complexo e, para que possa ocorrer de forma adequada, é necessário que diferentes músculos, nervos parassimpáticos, simpáticos, somáticos e sensoriais trabalhem conjuntamente (CÂNDIDO *et al.,* 2017).

Qualquer alteração nessas estruturas irá gerar uma disfunção do assoalho

pélvico, acarretando na descida patológica dos órgãos pélvicos ou no desenvolvimento da IU (BERTOLDI *et al.,* 2014).

Inúmeros são os fatores associados ao desenvolvimento da IU, destacando-se idade, raça, paridade, tipo de parto, índice de massa corpórea, estado hormonal, uso de medicações, de álcool e de cafeína, comorbidades como a associação com a hipertensão arterial e o próprio envelhecimento natural das fibras musculares, e ainda, a situação socioeconômica (CASTRO *et al.,* 2008).

É classificada em três tipos principais: a incontinência urinária de esforço (IUE), quando ocorre perda de urina durante algum esforço que aumente a pressão intra abdominal, a urge-incontinência (IUU), caracterizada pela perda de urina acompanhada por forte sensação de urgência para urinar; e a incontinência urinária mista (IUM), quando há queixa de perda associada à urgência e também aos esforços (MELO *et al.,* 2012).

A perda mais comum acontece em momentos de esforço físico, como tosse, espirro e riso, pois tais situações, em um assoalho pélvico com estruturas abaladas, causam desequilíbrio entre as pressões uretral e vesical, resultando na perda urinária (OLIVEIRA *et al.,* 2017).

Na prática cotidiana, de 30 a 50% das mulheres, mesmo jovens, são incapazes de contrair seus músculos perineais, quando isso lhes é solicitado. Isto depende de alguns fatores, que partem desde a falta de consciência perineal, até a ausência total de contração muscular desta região (PINHEIRO *et al.,*2012).

A incontinência é uma condição estigmatizante em muitas populações, o que ocasiona dificuldade em obter dados epidemiológicos consistentes. Talvez por causa do estigma, essa condição está associada a baixas taxas de busca por cuidados de saúde. Apesar disso, os estudos mostram que aproximadamente 12,4% das mulheres jovens, 45% das mulheres de meia-idade e pós-menopausa, e 75% das mulheres mais velhas experimentam alguma perda involuntária de urina (SABOIA *et al.,* 2017).

A IU tem maior prevalência no sexo feminino, oscilando entre 12,6% a 48,0%, Estima-se que um a cada 25 indivíduos terão incontinência urinária. De acordo com os estudos realizados, existe uma prevalência de IU de 26,5% em mulheres jovens sendo que esses números aumentam, passando para 41% conforme o avanço da idade. No entanto, podemos observar que a experiência com episódios de perda urinária já não é mais um problema exclusivo do envelhecimento (PATRIZZI *et al.,*

2014).

O diagnóstico correto é importante na avaliação e no tratamento de mulheres com IU, assim como na determinação do efeito sobre a Qualidade de Vida da mulher. A Sociedade Internacional de Continência faz recomendações para que medidas de avaliação da qualidade de vida (QV) sejam introduzidas na prática clínica atual, podendo,dessa forma melhorar a percepção da paciente em relação a sua percepção saúde. (SABOIA *et al.,* 2017).

A aplicação de questionários para avaliação da qualidade de vida (QV), tem se tornado frequente nas últimas décadas, surgindo instrumentos genéricos e específicos para determinadas Patologias (TAMANINI *et al.,* 2004).

Diante do aspecto de tal condição de saúde, se faz necessário a realização de assistência diferencial, onde abranja mulheres além dos aspectos clínicos da IU. Diante de tantas alternativas para a realização do cuidado de maior amplitude, hoje existem as estratégia de aplicações de questionários específicos (BRASIL *et al.,* 2018).

O uso de questionários, como instrumentos de avaliação de QV tem sido intensificado na pesquisa científica nos últimos anos. Isso se deve ao fato de haver crescente interesse dos pesquisadores em saúde por métodos subjetivos de avaliação clínica. Dessa forma, valoriza-se a opinião do paciente sobre sua condição de saúde. Há um consenso na literatura internacional de que a IU pode afetar adversamente a qualidade de vida, levando a implicações importantes em muitas Esferas. A IU apresenta-se não apenas como uma ameaça à autoestima,mas como fator de isolamento social e depressão. Outro consenso entre os pesquisadores do assunto é que os próprios pacientes são seus melhores juízes na avaliação da qualidade de vida (TAMANINI *et al., 2*004).

O tratamento da IU pode ser conservador ou cirúrgico. Visto que o tratamento cirúrgico tem o custo mais elevado e, por ser mais invasivo, poderá ocasionar complicações, além de ser contraindicado em alguns casos e, muitas vezes, ser rejeitado pela própria paciente (GUARDA *et al.,* 2007).

Nos últimos anos, o tratamento conservador vem ganhando maior projeção, pelos bons resultados, baixo índice de efeitos colaterais e pela diminuição de custos (CASTRO *et al.,* 2008).

A Incontinência Urinária pode ser tanto evitada , quanto tratada através de

terapia conservadora. Segundo a International Continence Society (ICS), oque irá consistir no treinamento de todos os músculos do assoalho pélvico , e deve ser a primeira alternativa de terapia para mulheres diante de uma Incontinência Urinária (ABRAMS *et al., 2*003).

O tratamento conservador com a atuação da fisioterapia para a IU é planejado de acordo com os déficits dos músculos pélvicos nas incontinências de esforço, de urgência e mistas. A fisioterapia pélvica como é popularmente conhecida , é considerada um recurso eficiente, onde não há nenhum incomodo ou qualquer risco. Além disso é trabalhado especificamente com treino da percepção corporal da mulher associado á normalização do tônus dos músculos pélvicos (VIANA et al., 2012).

Entre as modalidades clínicas para o tratamento da IU destacam-se as técnicas comportamentais, exercícios perineais, a eletroestimulação do assoalho pélvico, a terapia com cones vaginais e biofeedback (GUERRA *et al.,* 2014).

O tratamento multidisciplinar é relevante, tendo em vista que cada profissional de saúde, médico, psicólogo e fisioterapeuta deverá realizar sua abordagem de forma integrada com os demais (TORREALBA *et al.,* 2010).

A incontinência urinária não está relacionada somente a comprometimentos físicos; também pode gerar consequências que atingem uma ampla esfera envolvendo aspectos psicossociais, deteriorando significativamente a qualidade de vida, limitando sua autonomia e reduzindo sua autoestima (RETT *et al.,* 2007).

É uma condição que se torna inquietante , incapacitante, e até traumática, além de causar morbidade, podendo afetar a vida dessas pessoas á nivel de aspecto social, ocupacional , psicológico, físico , doméstico, e sexual independente da idade (BORBA,2008).

Além disso, muito se fala nas alterações que comprometem seu quadro clinico, onde é evidenciado que pode haver alterações emocionais como a vergonha e a depressão, além do auto isolamento, aumento dos níveis de ansiedade, estresse, da insatisfação sexual, constrangimento social, baixo desempenho profissional e perda da autoestima. Os efeitos psicossociais podem ser mais devastadores que as consequências sobre a saúde física, podendo afetar atividades diárias, a interação social e a auto percepção do estado de saúde (ROBLES, 2006)

O objetivo desse estudo é identificar a presença de incontinência urinária em acadêmicas de um centro universitário, através do instrumento validado ICIQ-SF,

verificando a prevalência de incontinência e comparar com outras variáveis como a idade, número de filhos e condição socioeconômica. Aprofundando os conhecimentos sobre as vivências com a perda urinária entre acadêmicas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional transversal descritivo, realizado exclusivamente com acadêmicas do Centro Universitário Metropolitano de Maringá-PR (Unifamma).

A amostra foi composta por todas as acadêmicas matriculadas na instituição, e que aceitaram responder aos questionários de forma online. Ao todo foram 17 cursos escolhidos no regime presencial noturno, totalizando 53 acadêmicas participantes.

O critério de inclusão utilizado foi: ser do sexo feminino, ter mais de 17 anos, ser acadêmica de um dos cursos noturno do Centro Universitário Metropolitano de Maringá-PR (Unifamma) e aceitar participar da pesquisa. Todas as participantes tiveram que ler e assinar um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)de forma remota antes de receberem os questionários.

Para coleta de dados utilizamos os instrumentos validados ICIQ-SF, IDATE e um questionário não validado, todos auto administráveis que avaliaram a incontinência urinária, qualidade de vida e qualificação da perda urinária. O ICIQ-SF é composto por quatro questões que avaliam a frequência, a gravidade e o impacto da IU, além de um conjunto de oito itens de auto diagnostico relacionados às causas ou a situações de IU vivenciadas pelas participantes. Para a classificação do escore foi necessário à soma dos números que a participante marcou nas questões 3,4 e 5, na questão 5 os valores são interpretados da seguinte forma: 0= nada, 1 a 3= leve, 4 a 6= moderado, 7 a 9= grave, 10= muito grave. Já o questionário IDATE para avaliar a qualidade de vida e ansiedade, foi utilizado somente a parte I do IDATE. Para recodificação e avaliação dos questionários validados, considera-se os seguintes procedimentos: cada escala consiste de 20 afirmações para as quais os voluntários indicam a intensidade naquele momento, através de uma escala de quatro pontos (1 a 4). O escore total de cada escala varia de 20 a 80, sendo que os valores mais altos indicam maiores níveis de ansiedade. Já o questionário não validado criado exclusivamente para essa pesquisa, é composto por três seguimentos, sendo eles de alternativas objetivas e um de dissertativa. O primeiro segmento são os dados pessoais, onde a

participante tem a opção de não se identificar, mas deve preencher as outras informações do segmento. Já nos outros segmentos seguem informações da história clínica e antecedentes ginecológicos. Vale lembrar que esse questionário tem o objetivo de obter informações e não as quantificar.

A aplicação dos questionários foram realizadas de forma remota, criteriosa e sigilosa por meio do Google Docs, onde as participantes do estudo tiveram acesso ao link do questionário por meio de um aplicativo de mensagem no período de Setembro/ outubro de 2020. Após as etapas completas de coleta de dados, as informações foram analizadas e transcritas, finalizando-as com a identificação dos resultados baseados nos fatores observados na pesquisa, destacando qual foi à prevalência da incontinência urinária e seu impacto em relação qualidade de vida e ansiedade das participantes.A análise dos dados foi realizada por meio do *Software* SPSS 23.0, mediante estatística descritiva e inferencial. Foi utilizado frequência e percentual como medidas descritivas para as variáveis categóricas.

Para as variáveis numéricas, inicialmente foi verificada a normalidade dos dados por meio do teste *de Kolmogorov-Smirnov*. Como os dados não apresentaram distribuição normal, foram utilizadas a mediana (Md) e o intervalo interquartílico (Q1-Q3) como medidas de tendência central e dispersão. A comparação do escore de ansiedade e incontinência urinária das estudantes em função das variáveis sócio demográficas e de saúde foi efetuada por meio dos testes “U” de *Mann-Whitney* (dois grupos) e *Kruskal-Wallis* (mais de dois grupos). A correlação entre a idade, estatura, massa corporal, ansiedade e incontinência urinária foi conduzida por meio do coeficiente da correlação de *Spearman*. O teste do Qui-quadrado foi empregado para investigar a associação entre a presença de incontinência urinária e a percepção de saúde das estudantes. Foi adotada a significância de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Das 53 acadêmicas participantes da pesquisa, nota-se a prevalência de mulheres entre 17 e 28 anos (73,6%), solteiras (66,7%), com renda mensal familiar três salários mínimos (69,8%) e que não possuem filhos (79,2%). A maioria das estudantes faziam cursos da área da saúde (69,8%) e eram do turno noturno (88,7%).

Tabela 1 – Perfil das acadêmicas do Centro Universitário Metropolitano de Maringá-PR.

VARIÁVEIS	*F*	%
Faixa etária		
17 a 22 anos	23	43,4
23 a 28 anos	16	30,2
Mais de 28 anos	14	26,4
Estado civil[a]		
Solteira	34	66,7
Casada	17	33,3
Renda Mensal		
1 a 2 SM	25	47,2
2,1 a 3 SM	12	22,6
Mais de 3 SM	16	30,2
Filhos		
Sim	11	20,8
Não	42	79,2
Área do Curso		
Saúde	37	69,8
Humanas	10	18,9
Agrárias	6	11,3
Turno do curso		
Manhã	6	11,3
Noturno	47	88,7

Variáveis com casos ausentes.

Os resultados da Tabela 2 demonstram a predominância de estudantes que relataram boa/muito boa percepção de saúde (58,5%), que possuem antecedentes familiares de incontinência urinária (54,7%), que consomem produtos com cafeína mais de duas vezes por semana (56,6%) e tiveram a menarca entre 10 e 12 anos de

idade (62,3%). Ressalta-se que 47,2% das estudantes apresentaram escore que revela sintomas de incontinência urinária.

Tabela 2 – Perfil clínico e de saúde das acadêmicas do Centro Universitário Metropolitano de Maringá-PR.

VARIÁVEIS	***F***	**%**
Percepção de saúde		
Ruim/Regular	22	41,5
Boa/Muito boa	31	58,5
Antecedentes familiares de IU		
Sim	29	54,7
Não	24	45,3
Consumo de produtos com cafeína		
1 a 2 vezes por semana	23	43,4
3 a 5 vezes por semana	15	28,3
Todos os dias da semana	15	28,3
Idade da menarca		
10 a 12 anos	33	62,3
13 a 15 anos	16	30,2
Mais de 15 anos	4	7,5
Incontinência Urinária		
Sim	25	47,2
Não	28	52,8

Na comparação do escore de incontinência urinária das estudantes, em função das variáveis clínicas (Tabela 3), verificou-se diferença significativa no escore de incontinência urinária somente em função do consumo semanal de produtos com cafeína ($p = 0,014$). Ressalta-se que as estudantes que reportaram consumir produtos com cafeína de três a cinco vezes por semana (Md = 1,0) apresentaram escore inferior de incontinência urinária quando comparadas com as estudantes que reportaram consumir produtos com cafeína uma a duas vezes por semana (Md = 4,0) e todos os dias (Md = 5,0).

Tabela 3 – Comparação do escore de incontinência urinária das estudantes, em função das variáveis clínicas.

GRUPOS		Incontinência Urinária	P
		Md (Q1-Q3)	
Percepção de saúde	Ruim/Regular	4,0 (1,0-6,3)	0,749
	Boa/Muito boa	1,0 (1,0-5,0)	
Consumo de cafeína	1 a 2 x por semana	4,0 (1,0-6,0)	**0,014***
	3 a 5 x por semana[a]	1,0 (1,0-1,0)	
	Todos os dias	5,0 (1,0-7,0)	
Antecedentes de IU	Sim	4,0 (1,0-6,0)	0,175
	Não	1,0 (1,0-3,8)	
Idade da menarca	10 a 12 anos	1,0 (1,0-5,0)	0,697
	13 a 15 anos	3,0 (1,0-6,0)	
	Mais de 15 anos	3,0 (1,0-7,3)	

*Diferença significativa - p<0,05 (Teste “U” de *Mann-Whitney* para 2 grupos e *Kruskal-Wallis* para mais de dois grupos) entre: a) 3 a 5 vezes por semana com 1 a 2 vezes por semana e todos os dias.

Ao comparar o escore de sintomas de ansiedade das estudantes, em função das variáveis clínicas (Tabela 4), houve diferença significativa somente em função da idade da menarca (p = 0,049), indicando que as estudantes que tiveram a menarca entre 10 e 12 anos de idade (Md = 45,0) apresentaram maior escore de ansiedade quando comparadas às estudantes que tiveram a menarca entre 13 e 15 anos (Md = 38,0) e mais de 15 anos (Md = 38,0).

Tabela 4 – Comparação do escore de sintomas de ansiedade das estudantes, em função das variáveis clínicas.

GRUPOS		**Sintomas de ansiedade**	**P**
		Md (Q1-Q3)	
Percepção de saúde	Ruim/Regular	41,5 (37,8-47,3)	0,738
	Boa/Muito boa	43,0 (36,0-48,0)	
Consumo de cafeína	1 a 2 x por semana	44,0 (38,0-48,0)	0,510
	3 a 5 x por semana	40,0 (36,0-46,0)	
	Todos os dias	42,0 (36,0-49,0)	
Antecedentes de IU	Sim	44,0 (38,0-50,0)	0,260
	Não	41,0 (36,3-45,8)	
Idade da menarca	10 a 12 anos	45,0 (40,0-50,0)[a]	**0,049***
	13 a 15 anos	38,0 (36,0-44,5)	
	Mais de 15 anos	38,0 (26,5-46,5)	
Incontinência Urinária	Sim	43,0 (37,5-47,0)	0,950
	Não	41,5 (36,5-49,0)	

*Diferença significativa - p<0,05 (Teste “U” de *Mann-Whitney* para 2 grupos e *Kruskal-Wallis* para mais de dois grupos) entre: a) 10 a 12 anos com 13 a 15 anos e mais de 15 anos.

Ao analisar a correlação entre a idade, estatura, massa corporal, ansiedade e incontinência urinária das estudantes (Tabela 5), foi encontrada correlação significativa (p< 0,05) e positiva apenas da massa corporal com a idade (r = 0,40) e estatura (r = 0,31), indicando associação diretamente proporcional entre as variáveis.

Tabela 5 – Correlação entre a idade, estatura, massa corporal, ansiedade e incontinência urinária das estudantes.

Variáveis	Idade	Estatura	Massa	Ansiedade	IU
Idade	-	-0,01	**0,40***	-0,13	-0,10
Estatura	-	-	**0,31***	0,11	-0,15
Massa	-	-	-	0,10	0,02
Ansiedade	-	-	-	-	-0,07
Inc. Urinária	-	-	-	-	-

Correlação significativa (p < 0,05) – Coeficiente de correlação de *Spearman*.

DISCUSSÃO

A incontinência urinária é uma disfunção que afeta milhares de mulheres independente da idade. Vários fatores podem desencadear a IU e o reconhecimento da sua prevalência e grau ajuda na escolha do tratamento adequado. Inúmeras são as variáveis associadas ao desenvolvimento da IU, destacando-se vários fatores físicos e ambientais.

Segundo Castro *et al.,* (2008), a idade, raça, paridade, tipo de parto, índice de massa corpórea, estado hormonal, uso de medicações, de álcool e de cafeína e comorbidades como a associação com a hipertensão arterial e, o próprio envelhecimento natural das fibras musculares, e ainda, a situação socioeconômica estão diretamente correlacionados à presença da incontinência urinária em mulheres. O presente estudo evidenciou dados não relevantes em relação a faixa etária, sendo contraditório aos estudos que evidenciaram que a faixa etária está interligada a um fator de risco para IU.

No entanto quando refere-se ao estudo realizado, podemos observar que o perfil clínico e as variáveis e ainda percepção de saúde das estudantes não tiveram relevancia estatísica, onde para elas a percepção de sáude não está relacionada à presença de IU.A maior prevalência em relação a percepção da saúde está entre boa/muito boa (58,5%), o que contradiz vários estudos sobre impactos na qualidade de vida de mulheres com IU, como no caso do estudo de Dedicação et *al.,* (2008),

que nos diz que a IU exerce múltiplos efeitos sobre as atividades diárias, interações sociais e percepção própria de saúde. Os maiores problemas são relacionados ao bem estar social e mental, incluindo problemas sexuais, isolamento social, baixa autoestima e depressão afetando de modo significativo a qualidade de vida, com consequências psicológicas, físicas, profissionais, sexuais e sociais. Esse mesmo estudo traz um escore estatisticamente significante em relação à percepção de saúde de mulheres com IU. Como é possível observar são resultados divergentes.

Sugere-se então que tal fator pode estar relacionado ao conceito individual de saúde que cada pessoa possui. Segundo um estudo de Bezerra *et al.,* (2008), a percepção de saúde é uma avaliação global de saúde com base em uma análise dos aspectos objetivos e subjetivos de cada indivíduo. Já de acordo com Neri (2007), a subjetividade refere-se ao modo como as pessoas se sentem, como julgam os componentes objetivos como fatores qualitativos de suas vidas.

Ainda sobre os fatores de risco para IU, foi evidenciado no presente estudo que o consumo de cafeína está relacionado à presença de incontinência nas estudantes. No entanto questionou-se sobre o consumo e a quantidade de vários produtos derivados da cafeína, sugere-se que este pode estar mais relacionado ao volume ingerido de produtos com cafeína do que ao número de dias em que se consome tais bebidas. No estudo de Higa *et al.,* (2008) é apontado que o consumo de cafeína é um fator que potência a IU, o autor cita que o produto tem uma ação diurética nos rins aumentando o volume urinário, que ao associar a ingestão de cafeína em alta concentração pode causar uma instabilidade do músculo detrusor e, consequentemente, perda involuntária de urina.

Um estudo feito por Arya *et al.,* (2000), verificou que a hiperatividade vesical apresentou associação estatisticamente significativa com o consumo de cafeína, idade e tabagismo. A cafeína pode determinar hiperatividade vesical devido ao fato de ter efeito excitante sobre a musculatura lisa do detrusor. Na cistometria ocorre um aumento de urgência e frequência da micção após a ingestão da cafeína; o aumento da pressão na bexiga cheia indica uma diminuição da capacidade vesical, provavelmente sendo a cafeína responsável por este sintoma, podendo não ser um efeito puramente diurético. No entanto, estes estudos não determinaram se a diminuição da ingestão do café poderia estar associada com a melhora dos sintomas.

No presente estudo ao comparar o escore de sintomas de ansiedade das

estudantes, em função das variáveis clínicas, houve diferença significativa em função da idade da menarca, indicando que as estudantes que tiveram a menarca entre 10 e 12 anos de idade (Md = 45,0) apresentaram maior escore de ansiedade quando comparadas às estudantes que tiveram a menarca entre 13 e 15 anos (Md = 38,0) e mais de 15 anos (Md = 38,0). Porém não foi encontrado na literatura dados comparativos para esse resultado, sugerindo que mais estudos sobre o tema sejam necessários.

A obesidade e o sobrepeso são fatores de risco bastante consideráveis para IU. Embora o presente estudo não tenha apresentado resultados que associassem os escores significativos entre massa corporal e a IU, outros estudos correlacionam de forma significativa o alto índice de massa corpórea com o desenvolvimento de IU. O risco de ter IU quando apresenta-se uma obesidade é relativamente maior, principalmente nos casos de IUE (CASTRO et al., 2012).

Segundo Oliveira *et al.,* (2010) o sobrepeso eleva a pressão intra-abdominal durante a prática das atividades de vida diária, o que gera um aumento da pressão vesical e consequentemente mais mobilidade uretral e do colo vesical, acarretando no aparecimento da IU.

Acredita-se que indivíduos com excesso de peso ou obesos tenham graus mais elevados de IU, sendo assim, a perda de peso pode ocasionar na melhora do quadro clínico. Porém, existe uma lacuna na literatura quanto a métodos mais criteriosos que associem a perda de peso por meio de dietas, exercícios e medicamentos com a melhora da IU (GUEDES et al., 2017).

Houve também no presente estudo, correlação significativa e positiva entre a idade e massa corporal das participantes. Existem evidencias que com o passar dos anos, ocorra a diminuição das fibras de colágeno e a substituição de tecido muscular por tecido adiposo, contribuindo assim para o aumento da massa corporal, que como citado anteriormente é uma das principais causas do desenvolvimento da IU.

Existem evidências que demonstram que a prevalência da IU é maior em mulheres acima dos 60 anos. Dentre suas principais causas estão às alterações na musculatura do assoalho pélvico e alterações hormonais provocadas pela menopausa. O assoalho pélvico, assim como qualquer musculatura do nosso corpo, precisa ser trabalhado e estimulado, para prevenir uma possível fraqueza muscular, o que acarretaria em perdas urinárias.

De acordo com Justina (2013) o processo de envelhecimento é um dos principais fatores de risco da IU, visto que, com o passar dos anos, acontecem a diminuição das fibras de colágeno e a substituição de tecido muscular por tecido adiposo, contribuindo para a redução da contratilidade dos músculos do assoalho pélvico e da capacidade de armazenamento da bexiga. Além disso, há interferência da variação dos hormônios na pós-menopausa.

No presente estudo, não houve associação significativa entre a presença de incontinência urinária e a percepção de saúde das estudantes, também não foram encontrados dados comparativos para tal informação.

CONCLUSÃO

Apesar da prevalência da incontinência urinária ser mais evidente em mulheres com idade acima dos 40 anos, foi possível concluir que um número considerável de mulheres entre 17 e 28 anos já apresentam um caso clínico de IU. Não constatamos relevância estatisticamente significativa com relação aos fatores socioeconômicos e reprodutivos como possíveis causas da IU. Porém a ingesta de cafeína mostrou-se como um fator associado a IU. Sabe-se que produtos com cafeína estimulam a contração do detrusor, fator que pode comprometer o caso clínico de pacientes que possuem hiperatividade vesical associada com a IU. Sugere-se, portanto, que mais estudos sejam feitos com este tipo de público, afim de promover a saúde da mulher e melhora da qualidade de vida.

PREVALENCE OF URINARY INCONTINENCE IN STUDENTS OF A UNIVERSITY CENTER IN THE CITY OF MARINGÁ-PR

ABSTRACT

Urinary incontinence is a disorder that affects thousands of women regardless of age. Several factors can trigger urinary incontinence, and the recognition of its prevalence and degree helps in choosing the appropriate treatment for each patient Objective: to analyze the prevalence of urinary incontinence, comparing the anxiety score and symptoms according to the sociodemographic and clinical variables of the patients. students of the Metropolitan University Center of Maringá-PR. Methodology: Academics from different courses participated in the study and accepted to answer the

questionnaires online, using validated instruments, ICIQ-SF, IDATE and a non-validated instrument created exclusively for this research, consisting of three segments, with objective and dissertative alternatives. Data analysis was performed using the Software SPSS 23.0, using descriptive and inferential statistics, for the numerical variables, the normality of the data was verified using the Kolmogorov-Smirnov test, median (Md) and the interquartile range (Q1- Q3), in addition to the Mann-Whitney, Kruskal-Wallis “U” tests and the Chi-square test. Results: The results showed great significance for the prevalence of UI, and evidenced the association of UI with clinical variables. Conclusion: It was possible to conclude that a considerable number of women between 17 and 28 years old already have a clinical case of UI. However, it is therefore suggested that more studies be done with this type of public, in order to promote women's health and improve the quality of life.

KEYWORDS

Urinary Incontinence. Academic. Prevalence. Anxiety

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaríamos de agradecer a Deus. Somos gratas acima de tudo por ele nos manter na trilha certa durante este projeto de pesquisa com saúde e forças para chegar até o final. Somos gratas à nossas famílias pelo apoio que sempre nos deram durante toda a nossa vida, que sempre estiveram ao nosso lado nos apoiando ao longo de toda a nossa trajetória.

Deixamos um agradecimento especial a nossa orientadora Priscila Almeida Inhoti pelo incentivo e pela dedicação do seu escasso tempo ao nosso projeto de pesquisa, somos gratas pela confiança depositada em nossa proposta de projeto e por sempre estar presente para indicar a direção correta que o trabalho deveria tomar e principalmente pelas valiosas contribuições dadas durante todo esse processo.

Gratidão a todo corpo docente do Centro Universitário Metropolitano de Maringá, que sempre transmitiram seu saber com muito profissionalismo, demonstrando estar comprometidos com a qualidade e excelência do ensino.

Por fim, somos gratas a todos os nossos amigos, futuros colegas de profissão, que compartilharam dos inúmeros desafios que enfrentamos, sempre com o espírito colaborativo, pelas trocas de ideias e ajuda mútua. Juntos conseguimos avançar e

ultrapassar todos os obstáculos.

REFERÊNCIAS

ABRAMS, Paul. *et al.,* . The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the international continence society. **Neurourol Urodyn.**V.61, n. 1, p. 37-49,2003.

ARYA, Lily; MEYERS*,* Deborah*;* JACKSON, Neil*.* Dietary caffeine intake and therisk detrusor instability: a case-controlstudy. **Obstet Gynecol.**v.96, n. 1,p.85, 2000.

AUGE, Antonio Pedro*. et al .*Comparações entre os índices de qualidade de vida em mulheres com incontinência urinárias submetidas ou não ao tratamento cirúrgico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v.28, n.6, p. 352-357,2006.

BRASIL, Daniele Matos de Moura. *et al., .* Incontinência urinaria e função sexual feminina: revisão integrativa de questionários validados. **Acta Paul Enferm**.v. 31, n.5, p.558-63, 2018.

BERTOLDI, Josiane Terezinha; GHISLERI, Aline Queluz; PICCININI, Bruna Maria*.* Fisioterapia na incontinência urinária de esforço: revisão de literatura. **Revista do Departamento de Educação Física e Saúde e do Mestrado em Promoção da Saúde** da Universidade de Santa Cruz do Sul / Unisc-Cinergis. V.15, n. 4, p. 224-229, 2014.

BEZERRA, Polyana Caroline de Lima. *et al*.,. Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n.12, p. 2441-2451, Rio de Janeiro, 2011.

BORBA*,* Alessandra Maria Cotrim*;* LELIS*,* Maria Alice dos Santos*;* BRÊTAS, Ana Cristina Passarella*.* Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. **Texto Contexto Enferm**. V.17, n. 3, p. 527-535, 2008.

BOTELHO, Francisco; SILVA, Carlos; CRUZ, Francisco. Incontinência Urinária Feminina. **Revista Acta Urológica**. V.24, n.1, p. 79-82, 2007.

CÂNDIDO, Fernando José Leopoldino Fernandes. *et al., .* Incontinência urinária em mulheres: breve revisão de fisiopatologia, avaliação e tratamento. **Visão Acadêmica**. V.18, n.3, p.67-80, 2017.

CASTRO, Rodrigo de Almeida. *et al., .* Fisioterapia e incontinência urinária de esforço:Revisão e análise crítica. **Revista da Federação Brasileira das**

Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. V.36, n. 12, p. 737-742, 2008.
CASTRO, Larissa Araújo.*et al.,* Efeitos da cirurgia bariátrica na função do assoalho pélvico. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 25, n. 4, p. 263-268, 2012.
DEDICAÇÃO, Anny Caroline. *et a.,* . Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina**. Revista Brasileira de Fisioterapia**.. 2008.
GUARDA, Raciele Ivandra. *et al., .* Tratamento conservador da incontinência urinária de esforço. **Revista Femina**. v.35, n. 4, p. 219-227,2007.
GUEDES, Priscilla Fonseca. *et al*. Sobrepeso e obesidade em mulheres com incontinência urinária e a repercussão na qualidade de vida. **Revista Ciências da Saúde**, Santa Maria, v. 18, n. 3, p. 539-550, 2017.
GUERRA, Thais Eduarda Carvalho. *et al., .* Atuação da fisioterapia no tratamento de incontinência urinaria de esforço. **Revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia**. v.42, n. 6, p. 251-254, 2014.
HIGA, Rosangela; LOPES, Maria helena Baena de Moraes; REIS, Maria José. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Rev Esc Enferm USP.** v**.**42, n.1, p. 187-92, 2008.
JUSTINA, Lunara Basqueroto Bella. Prevalência de incontinência urinária feminina no Brasil: uma revisão sistemática. **Rev. Inspirar**.v.24, n.3, p.7-13. Jun/Jul,2013.
MELO, Bruna Evellyn Souza. *et al., .* Correlação entre sinais e sintomas de incontinência urinária e autoestima em idosas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. V.15, n.1, p. 41-50, 2012.
NERI, Anita Liberalesso. Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar.**Rev enferm UFPE.**.v.4, n.1, p.451-455,2007.
VALÉRIO, Talita Monteiro de Oliveira e Silva; CARVALHO, Jair Antonio; SILVA, Elirez Bezerra. Cinesioterapia na incontinência urinária de esforço na mulher. **Revista Científica do ITPAC**. v.6, n. 4, p. 1-9, 2013.
OLIVEIRA, Ana Heloisa Falstino. *et al., .* Contribuições da fisioterapia na incontinência urinária no climatério. **Revista de Ciência Médica.** 26, (3): 127-133, 2017.
OLIVEIRA, Emerson. *et al.,* Influência do índice de massa corporal na incontinência urinária feminina. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 32, n. 9, p. 454-8, 2010.

PATRIZZI, Lislei Jorge. *et al., .* Incontinência urinária em mulheres jovens praticantes de exercício físico. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. v.22, n.3, p. 105-110, 2014.

PINHEIRO, Brenda de Figueiredo. *et al., .* Fisioterapia para consciência perineal: uma comparação entre as cinesioterapias com toque digital e com auxílio do biofeedback. **Revista Fisioterapia em Movimento**. v.25, n. 3, p. 639-48, 2012.

RETT, Mariana Tirolli . *et al., .* Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v.29, n.3, p. 134-40, 2007.

ROBLES, José Enrique. La Incontinência urinaria. **Anales del Sistema sanitário de navarra**. V.29, n. 2, p. 219-31,2006.

SABOIA, Dayana Maia. *et al., .* Impacto dos tipos de incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres. **Revista da Escola de Enfermagem-USP**. v.51, p.1-8, 2017.

SILVA, Joseane da Costa. *et al., .* Grau de força muscular do assoalho pélvico em mulheres incontinentes e continentes. **Revista Ciência e Saúde**. v. 2, p. 37-44, 2011.

TAMANINI, José Tadeu Nunes. *et al., .* Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire -Short Form” (ICIQ-SF).**Revista Saúde Pública**.v. 38, n.3, p. 438-44, 2004.

TORREALBA, Fatima de Carlo Mesa*;* OLIVEIRA, Léa Reganhan.Incontinência urinária na população feminina de idosas. **EnsaioseCiência:CiênciasBiológicas,AgráriasedaSaúde**.v.14, n. 1, p.159-175,2010.

VIANA, Simone Beatriz Pedrozo. *et al., .* Incontinência urinária e sexualidade no cotidiano de mulheres em tratamento fisioterápico: uma abordagem qualitativa. **Saúde e Transformação Social.**V.3, n.4, p. 62-70, 2012.