

**Incontinência urinária em mulheres obesas em
acompanhamento ambulatorial: fatores de risco e impacto na
qualidade de vida**

*Urinary incontinence in obese women in ambulatory follow-up: risk
and impact factors on the quality of life*

*Incontinencia urinaria en mujeres obesas en seguimiento ambulatorio:
factores de riesgo e impacto en la calidad de vida*

Viviane Jarek

Regina Helena Senff Gomes

Audrin Said Wojciechowski

Talita Gianello Gnoato Zotz

Rubneide Barreto Silva Gallo

Arlete Ana Motter

RESUMO

Introdução: A obesidade tem sido reconhecida como fator de risco potencialmente modificável para incontinência urinária (IU) em mulheres. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de incontinência urinária em mulheres obesas em acompanhamento ambulatorial, os fatores de risco associados e o impacto na qualidade de vida. **Método:** Foi realizado um estudo transversal, descritivo, com análise quantitativa dos resultados, no período de agosto de 2019 a março de 2020. Foram recrutadas mulheres com diagnóstico clínico de obesidade, índice de massa corporal (IMC) $\geq 30 \text{Kg/m}^2$ e idade igual ou superior a 18 anos. Foram coletados dados sociodemográficos e clínicos e foi aplicado o Questionário Internacional de Consulta sobre Incontinência (ICIQ-SF) e o Questionário de Qualidade de Vida em Incontinência Urinária (KHQ). As análises foram realizadas no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 22.0. **Resultados:** Participaram da pesquisa 85 mulheres, com idade média de $48,40 \pm 12,12$ anos. A média do peso encontrado foi de $98,36 \pm 13,87$ Kg e IMC de $39,13 \pm 4,89$ Kg/m^2 . A prevalência da IU foi de 63,5% (n= 54) e foi associada com fatores como climatério, paridade, episiotomia, diabetes e hipertensão arterial sistêmica. Com base no ICIQ-SF, os escores encontrados nos grupos analisados indicou que a gravidade de perda urinária foi

considerada moderada a grave (obesidade grau I: 14,4(1-20); grau II: 13,4(1-21) e grau III: 12,9 (1-20)). No KHQ, os domínios que tiveram maior pontuação foram relacionados a percepção geral da saúde, impacto da incontinência e medidas de gravidade. Conclusão: Ocorreu uma alta prevalência da IU nesta população, interferindo negativamente na qualidade de vida.

Palavras-chave: Incontinência urinária; Obesidade; Qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: Obesity has been recognized as a potentially modifiable risk factor for urinary incontinence (UI) in women. Objective: To assess the prevalence of urinary incontinence in obese women undergoing outpatient follow-up, the associated risk factors and the impact on quality of life. Method: A cross-sectional, descriptive study was carried out, with quantitative analysis of the results, from August 2019 to March 2020. Women with a clinical diagnosis of obesity, body mass index (BMI) ≥ 30 kg / m² and age equal or older than 18 years were recruited. Sociodemographic and clinical data were collected and the International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) and the King's Health Questionnaire (KHQ) were applied. The analyzes were performed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 22.0. Results: 85 women participated in the research, with an average age of 48.40 ± 12.12 years. The average weight found was 98.36 ± 13.87 kg and a BMI of 39.13 ± 4.89 kg / m². The prevalence of UI was 55.3% (n = 47) and was associated with factors such as climacteric, parity, episiotomy, diabetes and systemic arterial hypertension. Based on the ICIQ-SF, the scores found in the analyzed groups indicated that the severity of urinary loss was considered moderate to severe (obesity grade I: 14.4 (1-20); grade II: 13.4 (1-21) and grade III: 12.9 (1-20)). In the KHQ, the domains with the highest scores were related to general health perception, impact of incontinence and measures of severity. Conclusion: There was a high prevalence of UI in this population, negatively interfering with their quality of life.

Keywords: Urinary Incontinence; Obesity; Quality of Life.

RESUMEN

Introducción: La obesidad ha sido reconocida como un factor de riesgo potencialmente modificable de incontinencia urinaria (IU) en mujeres. **Objetivo:** Evaluar la prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres obesas en seguimiento ambulatorio, los factores de riesgo asociados y el impacto en la calidad de vida. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo transversal, con análisis cuantitativo de los resultados, desde agosto de 2019 a marzo de 2020. Se reclutaron mujeres con diagnóstico clínico de obesidad, índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 Kg / m² e igual edad o mayores de 18 años. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos y se aplicó el Cuestionario Internacional de Consulta de Incontinencia (ICIQ-SF) y el Cuestionario de Calidad de Vida de Incontinencia Urinaria (KHQ). Los análisis se realizaron utilizando el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS), versión 22.0. **Resultados:** 85 mujeres participaron en la investigación, con una edad promedio de $48,40 \pm 12,12$ años. El peso promedio encontrado fue de $98,36 \pm 13,87$ kg y un IMC de $39,13 \pm 4,89$ kg / m². La prevalencia de IU fue del 63,5% (n = 54) y se asoció con factores como climaterio, paridad, episiotomía, diabetes e hipertensión arterial sistémica. Con base en el ICIQ-SF, las puntuaciones encontradas en los grupos analizados indicaron que la severidad de la pérdida urinaria se consideró moderada a severa (obesidad grado I: 14,4 (1-20); grado II: 13,4 (1-21) y grado III : 12,9 (1-20)). En el KHQ, los dominios con las puntuaciones más altas se relacionaron con la percepción de salud general, el impacto de la incontinencia y las medidas de gravedad. **Conclusión:** Hubo una alta prevalencia de IU en esta población, lo que interfiere negativamente con la calidad de vida.

Palabras clave: Incontinencia urinaria; Obesidad; Calidad de vida;

INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada uma doença crônica, caracterizada pelo excesso de gordura corporal que ocorre pela interação complexa de fatores endócrino-metabólicos, genéticos, socioeconômicos, comportamentais, culturais e psicológicos¹.

Apresenta alta taxa de morbidade e mortalidade, tornando-se uma preocupação mundial tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, sendo um grande desafio para os sistemas de saúde, os quais preconizam cada vez mais sua prevenção^{2,3}.

Mundialmente a obesidade quase triplicou desde 1975. Em 2016, mais de 1,9 bilhão de adultos, com 18 anos ou mais, estavam com sobrepeso. Destes, mais de 650 milhões eram obesos⁴. No Brasil, a frequência de adultos obesos em 2018 foi de 19,8%, ou seja, houve um aumento 67,8% de adultos obesos nos últimos treze anos, evidenciado principalmente em mulheres, as quais apresentaram obesidade ligeiramente maior, com 20,7%, em relação aos homens, com 18,7%⁵. Dessa forma, a obesidade tem se apresentado como um evento de proporções globais e de prevalência crescente, caracterizando-se como um problema de saúde pública⁶.

A obesidade está inserida no grupo de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), é também um dos importantes fatores de risco para complicações do diabetes mellitus, hipertensão, doenças cardiovasculares, dentre outras, sendo as doenças cardiovasculares a principal causa de morte no mundo atualmente⁷.

Além disso, a obesidade tem sido entendida como um importante fator de risco para o desenvolvimento de disfunções do assoalho pélvico, dentre elas, a incontinência urinária (IU) feminina. Sugere-se que as mulheres obesas têm o dobro de chance de desenvolver esta disfunção em relação a mulheres não obesas⁸.

O excesso de peso pode resultar em maior pressão intra-abdominal gerando estresse crônico sobre as estruturas do assoalho pélvico, além de afetar a função neuromuscular do trato geniturinário^{9,10}.

A IU compromete a qualidade de vida de diversas maneiras, tanto pelas limitações fisiológicas atribuídas pela doença, podendo desencadear quadros de depressão e ansiedade intensificados pela sensação de baixa autoestima e insatisfação sexual, culminando em auto exclusão social¹¹.

Entende-se a importância da redução de peso como parte integrante no tratamento das disfunções do assoalho pélvico¹². Entretanto ainda não há evidências conclusivas sobre esse efeito na incontinência urinária¹³.

Como a obesidade tem se apresentado como um fator de risco potencialmente modificável para incontinência urinária, podendo ser um fator contribuinte para uma maior incidência estudos epidemiológicos acerca do tema, a realização desse estudo pode levar a uma melhor compreensão dessa relação, servindo de base para políticas públicas que visem a promoção, a prevenção primária ou secundária, assim como seu tratamento de forma mais efetiva, uma vez que no Brasil, ainda são poucos os estudos sobre a associação da IU aos fatores de risco, fato que dificulta conhecer a real dimensão do problema em nossa população^{9,14}.

O presente estudo tem como objetivo avaliar a prevalência de incontinência urinária em mulheres obesas em acompanhamento ambulatorial, os fatores de risco associados e impacto na qualidade de vida.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo com análise de resultados quantitativa.

O projeto do estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, CAAE 69364317.2.0000.0096 e aprovado junto ao CEP UFPR sob parecer de n. 3.547.125.

Foram incluídas no estudo participantes do sexo feminino, idade igual ou superior a 18 anos, pertencentes a um serviço de nutrição de um hospital público do sul do Brasil, com diagnóstico clínico de obesidade ($IMC \geq 30 \text{Kg/m}^2$).

As participantes eram recrutadas previamente pela equipe de Nutrição dos ambulatórios aos quais estas estavam vinculadas e posteriormente a pesquisadora principal explicava a pesquisa e realizava o convite e aquelas que concordassem com a pesquisa assinavam o termo de consentimento livre e esclarecido. Não participaram do estudo mulheres com diagnóstico prévio de doenças neurológicas com interferência na função urinária.

A coleta de dados foi realizada no período de agosto de 2019 a março de 2020.

Durante o período, as participantes foram identificadas como sujeitos elegíveis pela equipe de Nutrição e encaminhadas para o presente estudo.

Após a abordagem inicial e realizados os trâmites éticos como a explicação sobre o sigilo dos dados coletados, ocorreu a avaliação de cada paciente individualmente por meio de 3 etapas: iniciou-se com uma entrevista estruturada; seguiu-se com a aplicação de questionários auto aplicados relacionados à IU e; e por fim realizou-se a avaliação física com coleta de variáveis antropométricas (peso corporal e estatura para determinação do IMC) e avaliação da composição corporal por meio da bioimpedância.

A entrevista estruturada foi realizada por meio de uma ficha de avaliação criada pelo autor. Esta contemplou dados sociodemográficos, hábitos de vida e perfil clínico.

Os questionários aplicados foram o ICIQ-SF - Questionário Internacional de Consulta sobre Incontinência e para as mulheres que apresentaram IU, respondiam também o KHQ- Questionário de Qualidade de Vida em Incontinência Urinária.

O ICIQ-SF é um questionário auto administrável, validado para o português por Tamanini *et al.* que avalia de forma rápida e não invasiva o impacto da IU na qualidade de vida e a qualificação da perda urinária de indivíduos incontinentes. É composto de quatro questões que avaliam a frequência, a gravidade e o impacto da IU. No questionário constam também oito itens de autodiagnóstico, relacionados às causas ou a situações de IU vivenciadas podendo a paciente assinalar mais de uma alternativa nesta questão. Para pontuação do ICIQ-SF com relação à qualidade de vida considerou-se: 0-nenhum impacto; 1-3: leve; 4-6: moderado; 7-9: grave; 10: muito grave; Pontuação ICIQ-SF (Escore Total – gravidade da perda de urina): 0-5: leve; 6-12: moderado; 13-18: grave; 19-21: muito grave¹⁵.

O KHQ permite mensurar especificamente a repercussão da incontinência urinária na qualidade de vida das mulheres. Foi traduzido e validado na língua portuguesa por Tamanini *et al.*, em 2003. É composto por trinta perguntas distribuídas em nove domínios. Referem-se à percepção da saúde, o impacto da incontinência, as limitações do desempenho das tarefas, a limitação física, a limitação social, o relacionamento pessoal, as emoções, o sono e a energia e as medidas de gravidade. Encontra-se também uma escala de sintomas composta pelos itens: frequência urinária, noctúria, urgência, hiperreflexia vesical, incontinência urinária de esforço, enurese noturna, incontinência no intercurso sexual, infecções urinárias e dor na bexiga. A pontuação do questionário se dá pela soma de valores numéricos atribuídos a cada resposta, os quais são somados e avaliados por domínio. Os valores são ainda calculados por meio de fórmula matemática, pela qual se obtêm o escore de qualidade de vida, variando de 0 a 100. Considera-se que quanto maior o número obtido, pior a qualidade de vida¹⁶.

Foi avaliada a circunferência da cintura (CC), em cm, por meio de uma fita métrica inelástica com precisão de 01mm. Foi considerada a medida do ponto médio entre o último arco costal e a crista ilíaca. A avaliada ficou em pé com abdômen relaxado, os braços descontraídos ao lado do corpo. Para perímetro do quadril, foram seguidos os mesmos passos descritos para CC, entretanto, a fita métrica foi colocada horizontalmente em volta do quadril na parte mais saliente dos glúteos¹⁷. Para sua mensuração manteve-se sempre o mesmo avaliador.

Os perímetros de cintura e quadril possibilitaram a construção da Relação cintura-quadril (RCQ), obtido pelo quociente entre a CC e o perímetro do quadril¹⁸.

Para a coleta dos dados de bioimpedância, referentes ao peso corporal (Kg), massa muscular (Kg), porcentagem de gordura corporal, porcentagem de gordura

visceral, porcentagem de água e massa óssea (Kg), foi utilizada uma balança tipo plataforma digital (G-Tech®, Brasil), previamente calibrada, com capacidade de 150 kg e escala de divisões de 100g.

As participantes foram pesadas em pé sobre a balança, descalças, com poucas roupas, sendo considerada na tomada do peso uma casa decimal. A medida da estatura foi coletada do prontuário de cada participante.

A partir destes dados foi determinado o IMC (cálculo pela divisão do peso em kg pela altura em metros elevada ao quadrado, kg/m^2) sendo o cálculo mais usado para avaliação da adiposidade corporal. Para identificar os graus de obesidade adotou-se a classificação da Organização Mundial da Saúde [18]: IMC 30-34,9-Obesidade grau I; 35-39,9-Obesidade grau II; $\geq 40,0$ Obesidade-grau III.

A amostra foi composta por 85 participantes. O poder da amostra foi calculado no programa G*Power 3.1.3, considerando os seguintes critérios: tamanho do efeito: 0,5 (efeito médio); erro α : 0,05, resultando no poder ($1-\beta$) de 0,99.

A análise dos dados foi realizada no programa Statistical Package for the Social Sciences v 22 (SPSS). As variáveis categóricas foram descritas em frequência absoluta e relativa e os de variáveis quantitativas foram descritos por média e desvio padrão, mediana e amplitude ou frequência (n) e porcentagem (%). Para realizar a análise da diferença, a normalidade dos dados foi analisada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Para estimar parâmetros de interesse foram construídos intervalos de confiança de 95%. A comparação das características sociodemográficas, condições de saúde, hábitos de vida e comorbidades das participantes com e sem incontinência urinária foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson e a comparação do perfil gestacional, das características antropométricas e composição corporal pela bioimpedância das participantes com e sem incontinência urinária foi realizada por meio do Teste U Man-Whitney. A comparação da frequência de sintomas de IU identificadas pelo ICIQ-SF, dos subtipos de Incontinência Urinária e dos valores dos escores obtidos em cada domínio do KHQ das mulheres incontinentes de acordo com o tipo de obesidade (grau I, grau II e grau III) foi realizado pelo Teste Kruskal Wallis. O nível de significância estatística foi estipulado em 5%.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo contou com 85 participantes. Com relação à prevalência da IU, 54 participantes (63,5%) apresentaram esta disfunção. A média do peso encontrado foi de $98,36 \pm 13,87$ Kg e IMC de $39,13 \pm 4,89$ Kg/m². Climatério, número de gestações e episiotomia apareceram como fatores associados positivamente ao grupo que apresentou incontinência urinária. Esses dados e as demais características gerais e perfil gestacional, diferenciando o grupo com incontinência e o grupo sem incontinência, são apresentados na TABELA 1.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e perfil gestacional das participantes.

Variáveis	Amostra Total N=85	Com Incontinência N=54	Sem Incontinência N=31	P valor
Etnia, n(%)				
branca	64 (75,3)	38 (70,4)	26 (83,9)	0,18*
negra	5 (5,9)	5 (9,3)	-	
parda	2 (2,3)	2 (3,7)	-	
indígena	14 (16,5)	9 (16,7)	5 (16,1)	
Estado civil, n(%)				
casada	46 (54,1)	32 (59,3)	14 (45,2)	0,78*
solteira	16 (18,8)	7 (13,0)	9 (29,0)	
separada	16 (18,8)	10 (18,5)	6 (19,4)	
viúva	7 (8,2)	5 (9,3)	2 (6,5)	
Escolaridade n(%)				
fundamental incompleto	28 (32,9)	22 (40,7)	6 (19,4)	0,18*
fundamental completo	13 (15,3)	10 (18,5)	3 (9,7)	
ensino médio incompleto	4 (4,7)	3 (5,6)	1 (3,2)	
ensino médio completo	28 (32,9)	16 (29,6)	12 (38,7)	
ensino superior incompleto	4 (4,7)	2 (3,7)	2 (6,5)	
ensino superior completo	8 (9,4)	1 (1,9)	7 (22,6)	
Ocupação n(%)				
desocupada	7	5 (9,3)	2 (6,5)	0,34*
desalariada	36	19 (35,2)	17 (54,8)	
autônoma	14	8 (14,8)	6 (19,4)	
desempregada	1	-	1 (3,2)	
ocupação remunerada	27	22 (40,7)	5 (16,1)	
Estado reprodutivo				
menopausa	37 (43,5)	18 (33,3)	19 (61,3)	0,09*
climatério	48 (56,5)	36 (42,3)	12 (38,7)	0,02*
Perfil Gestacional n(%)				
gestações	2(0-12)	3(0-12)	2(0-7)	0,00**
partos vaginais	0 (0-6)	2,7 (0-6)	0,6 (0-6)	0,09**
partos cesarianas	1 (0-4)	0,9 (0-4)	0,8 (0-2)	0,00**
partos abortos	0 (0-5)	0,4 (0-5)	0,1 (0-1)	0,00**

visiotomia	0 (0-1)	0,2 (0-1)	0,03 (0-1)	0,03**
irceps	0 (0-1)	0,1 (0-1)	0 (0-0)	0,17**

Nota: *Teste Qui quadrado de Person; ** Teste U de Mann-Whitney;

FONTE: O autor (2020).

Em relação às cirurgias, o presente estudo considerou, para efeito de análise, as cirurgias ginecológicas, pélvicas e abdominais. O uso de medicamentos de uso contínuo foi significativamente maior no grupo com incontinência. Entre eles os diuréticos, medicamentos utilizados em diabetes, agentes betabloqueadores, agentes que atuam sobre o sistema renina-angiotensina, agentes que reduzem os lipídeos séricos, terapia tireoidiana e antidepressivos. Assim como houve associação com o consumo de café, chás, refrigerantes e chocolate. Estes e os demais dados clínicos e hábitos de vida são apresentados na TABELA 2.

Tabela 2 – Condições de saúde, hábitos de vida e comorbidades das participantes.

Variáveis	Amostra Total N=85	Com Incontinência N=54	Sem Incontinência N=31	P valor
tabagismo	11 (12,9)	7 (13,0)	4 (12,9)	0,76
atividade física	29 (34,1)	18 (33,3)	11 (35,5)	0,92
urgias prévias	45 (52,9)	33 (61,1)	12 (38,7)	0,17
medicamentos de uso contínuo	64 (75,2)	46 (85,2)	18 (58,1)	0,01
Comorbidades				
hipertensão	47 (55,3)	35 (64,8)	12 (38,7)	0,04
diabetes	33 (38,8)	28 (51,9)	5 (16,1)	0,01
dislipidemia	31 (36,5)	18 (33,3)	13 (41,9)	0,68
asma	18 (21,2)	14 (25,9)	4 (12,9)	0,22
Sinusite	5 (5,9)	3 (5,6)	2 (6,5)	0,63
POC	3 (3,5)	3 (5,6)	0	0,21
osteoporose	6 (7,0)	5 (9,3)	1 (3,2)	0,79
doença crônica	13 (15,3)	10 (18,5)	3 (9,7)	0,36
infecção Urinária recorrente	10 (11,8)	9 (16,7)	1 (3,2)	0,15
doença pélvica crônica	14 (16,5)	12 (22,2)	2 (6,5)	0,29
constipação	10 (11,8)	7 (13)	3 (9,7)	0,76
incontinência fecal/anal	2 (2,3)	2 (3,7)	0	0,05
desmaio	5 (5,9)	5 (9,3)	0	0,17
Consumo frequente				
café, chás, refrigerantes e chocolate, n(%)	46 (54,1)	31 (57,4)	15 (48,4)	0,00
suavidades e sucos cítricos, n(%)	42 (49,4)	28 (51,9)	14 (45,2)	0,09
produtos com lactose, n(%)	32 (37,6)	19 (35,2)	13 (41,9)	0,26
alimentos Picantes, n(%)	21 (24,7)	11 (20,4)	10 (32,3)	0,13

Nota: Teste Qui quadrado de Pearson

FONTE: O autor (2020).

Idade e as características antropométricas e de composição corporal pela bioimpedância são apresentadas na TABELA 3.

TABELA 3 – Características antropométricas e composição corporal das participantes

Variáveis	Amostra Total N=85	Com Incontinência N=54	Sem Incontinência N=31	P valor
Idade (anos)	50 (24-72)	53 (24-72)	42 (24-63)	0,08
Peso (kg)	97 (70-137)	97,3 (70,0-137,0)	100,1(80,1-130,0)	0,54
IMC (Kg/m²)	38,91 (30,10-51,8)	39,2 (30,3-51,8)	39,0 (30,1-49,0)	0,53
CC (cm)	110 (84-144)	110 (84-144)	107,6(90-134)	0,35
RCQ	0,88 (0,69-1,14)	0,8 (0,6-1,1)	0,8 (0,7-1,0)	0,05
%Gordura corporal	40,7 (28,4-46,1)	39,4 (29,1-46,1)	40,3 (28,4-45,3)	0,37
%Gordura visceral	14,8 (10,7-20,3)	15,2 (0,8-20,3)	14,4 (10,7-19,9)	0,43
Massa muscular (Kg)	28 (18,4-40,2)	27,9 (18,4-40,2)	29,4 (22,1-39,5)	0,14
Massa óssea (Kg)	2,8 (1,6-5,2)	2,9 (1,6-5,2)	3 (2-5)	0,94
%Água	43,3 (39-52,2)	44,1 (39,0- 51,7)	43,4 (39,9-52,2)	0,68

Nota: Mediana (mínimo e máximo); Teste U Man-Whitney

FONTE: O autor (2020).

Com relação aos dados obtidos por meio do Questionário Internacional de Consulta sobre Incontinência - ICIQ-SF, 31 participantes (36,5) relataram nunca terem tido perda urinária, sendo destas, 5 participantes (16,1) classificadas em obesidade tipo I; 12 participantes (38,7) classificadas em obesidade tipo II e 14 participantes (45,2) classificadas em obesidade tipo III. A maioria das participantes perdia uma pequena quantidade de urina e diversas vezes ao dia. Apresentando os dados da questão 6, referente a situações de perda, das 54 participantes incontinentes, 35 (64,8), relataram perda antes de chegar ao banheiro, 43 (79,6) quando tosse ou espirra; 12 (22,2) quando está dormindo; 29 (53,7) durante atividade física; 6 (11,1) ao vestir-se após urinar; 10 (18,5) sem razão óbvia; 8 (14,8) o tempo todo. Com relação ao escore total do questionário e a interferência na vida diária entre as mulheres incontinentes, estes se apresentaram entre moderado e grave, impactando negativamente na qualidade de vida. Os demais valores são apresentados na TABELA 4.

Tabela 4: Frequência de sintomas de IU das participantes identificadas pelo ICIQ-SF

Variáveis ICIQ-SF	Amostra Total n=85 (100%)	Mulheres incontinentes de acordo com o tipo de obesidade n=54 (100%)			P valor
		Grau I n=12 (22,2)	Grau II n=22 (40,7)	Grau III n=20 (37,0)	
Frequência de perda urinária					
1 vez por semana	16 (18,8)	4 (33,3)	8 (36,4)	4 (20)	0,85
2-3 vezes por semana	8 (9,4)	1 (8,3)	2 (9,1)	5 (25)	
1 vez por dia	3 (3,5)	1 (8,3)	0	2 (10)	
Diversas vezes por dia	19 (22,3)	5 (41,7)	8 (36,4)	6 (30)	
O tempo todo	8 (9,4)	1 (8,3)	4 (18,2)	3 (15)	
Quantidade de perda					
Pequena	30 (35,3)	5 (41,7)	12 (54,5)	13 (65)	0,58
Moderada	12 (14,1)	5 (41,7)	6 (27,2)	1 (5)	
Grande	12 (14,1)	2 (16,7)	4 (18,2)	6 (30)	
Interferência da vida diária (0-10)	4,8 (0-10)	9(1-10)	7,2(3-10)	6,7(0-10)	0,25
Escore ICIQ-SF (0-21)	8,8 (0-21)	14,4(1-20)	13,4(1-21)	12,9 (1-20)	0,50

Nota: Mediana (mínimo e máximo); Teste Kruskal Wallis; Pontuação ICIQ-SF (Qualidade de Vida): 0- nenhum impacto; 1-3: leve; 4-6: moderado; 7-9: grave; 10: muito grave; Pontuação ICIQ-SF (Escore Total – gravidade da perda de urina): 0-5: leve; 6-12: moderado; 13-18: grave; 19-21: muito grave

FONTE: O autor (2020).

Do total das 54 participantes que apresentaram incontinência urinária, ao serem questionadas há quanto tempo apresentam os sintomas, a mediana foi de 24 meses (0;408). Em relação ao uso de protetores íntimos para conter a perda urinária, a mediana apresentada foi de nenhum ao dia, com mínimo de zero e máximo de 10 protetores ao dia. Os outros dados são apresentados na TABELA 5.

TABELA 5 – Comparação dos subtipos de Incontinência Urinária com os subtipos de obesidade das participantes

Tipos de IU	Tipos de obesidade			Total	P valor
	Grau I	Grau II	Grau III		
IUE	2 (3,7)	3 (5,5)	1 (1,8)	6 (11,1)	0,45
IUU	1 (1,8)	2 (3,7)	2 (3,7)	5 (9,2)	1,00
IUM	9 (16,7)	17 (31,5)	17 (31,5)	43 (79,6)	0,97
Total	12 (22,2)	22 (40,7)	20 (37)	54 (100)	

Nota: Teste Kruskal Wallis

FONTE: O autor (2020).

Somente as participantes incontinentes responderam o Questionário de Qualidade de Vida em Incontinência Urinária - KHQ e o escore de cada domínio foi comparado com o tipo de obesidade como apresentado na TABELA 6. Embora o KHQ não tenha ponto de corte para o escore de cada domínio, os domínios que apresentaram maiores valores foram o impacto da incontinência, percepção geral da saúde e medidas de gravidade, respectivamente.

TABELA 6 – Valores dos escores obtidos em cada domínio do KHQ para cada grau de obesidade

Variáveis KHQ	Amostra Total n=54	Mulheres incontinentes de acordo com o tipo de obesidade n=54			P-valor
		Grau I n=12	Grau II n=22	Grau III n=20	
DOMÍNIOS					
Percepção geral da saúde	62,5 (25-100)	50 (25-100)	75 (25-100)	62,5 (25-100)	0,74
Impacto da incontinência	66,6 (0-100)	100 (33-100)	83,3 (0-100)	33 (0-100)	0,06
Limitações das atividades diárias	33,3 (0-100)	33 (0-100)	50 (25-100)	41,6 (0-100)	0,56
Limitações físicas	41,6 (0-100)	33 (0-100)	50 (25-100)	50 (0-100)	0,71
Limitações sociais	33,3 (0-100)	33 (0-66)	33 (25-100)	16,6 (0-100)	0,86
Relações pessoais	0 (0-100)	0 (0-32)	0 (0-100)	0 (0-100)	0,78
Emoções	33,3 (0-100)	33 (0-100)	27 (0-100)	33,3 (0-100)	0,90
Sono / disposição	33,3 (0-100)	33 (0-100)	33 (0-100)	33,3 (0-100)	0,72
Medidas de gravidade	53,3 (0-100)	56 (6-86)	66 (0-100)	46,6 (13,3-100)	0,60

Nota: Mediana (mínimo e máximo); Teste Kruskal Wallis

FONTE: O autor (2020).

DISCUSSÃO

Estudos demonstram fortes associações entre obesidade e incontinência urinária de esforço em mulheres^{10, 19}.

No presente estudo, das 85 participantes, 54 apresentaram IU (63,5%), evidenciando alta prevalência nesta população, corroborando com os resultados de Nygaard et al. que analisou a prevalência de incontinência urinária em mulheres brasileiras com indicação de cirurgia bariátrica, encontrando prevalência de 53,4%²⁰. Assim como o encontrado no estudo de coorte observacional multicêntrico realizado por Subak et al. com objetivo de avaliar os efeitos da cirurgia bariátrica nas disfunções do assoalho pélvico¹³. O estudo envolveu 10 hospitais dos EUA em 6 centros clínicos geograficamente diversos. 1987 indivíduos concluíram todas as etapas, dos quais 1565 (78,8%) eram mulheres, constatando prevalência de incontinência urinária de 49,3% na população feminina estudada no momento pré-operatório.

Chen et al. realizaram estudo para analisar a prevalência de IU em mulheres incluindo somente aquelas com obesidade mórbida (IMC > 40Kg/m²). Encontraram uma prevalência de IU ainda maior, com 71% das participantes apresentando este agravo²¹. Este estudo ainda evidenciou que mulheres obesas apresentavam incontinência urinária mais grave que as não obesas e ainda sugere que mulheres obesas têm chances 4 vezes maiores de desenvolver IU.

Embora a maioria dos estudos sugira que a obesidade seja um fator de risco estabelecido para causar incontinência urinária de esforço, a razão para esta associação não é tão clara²². Em 2008, Hunskaar propôs que o aumento do peso corporal leva à maior pressão intra-abdominal, gerando enfraquecimento das estruturas do assoalho pélvico pelo estresse crônico, além de gerar maior pressão intravesical e aumento da mobilidade uretral⁹. Somente mais tarde a atenção voltou-se também para os sintomas de urgência e frequência, e recentemente, descobriu-se que a obesidade é fator de risco independente para bexiga hiperativa (BH) em mulheres, podendo associar-se a incontinência urinária de urgência. Além dos fatores mecânicos que aumentam a resposta aferente da bexiga, acredita-se ainda que estes sintomas possam estar relacionados também a inflamação crônica na bexiga de mulheres obesas indicado pelo aumento de quimiocinas urinárias²³.

Quando há associação de sintomatologia da IUE e da IUU, os sintomas podem ser apresentados como incontinência urinária mista, sugerindo a associação de mecanismos fisiopatológicos.

No presente estudo foi maior a prevalência de incontinência urinária mista em mulheres obesas (79,6%), e quando observados por tipo de obesidade grau I (16,7%), grau II (31,5%) e Grau III (31,5%) não houve diferença significativa entre estes três grupos. Outros estudos também encontraram prevalência maior de IUM em mulheres obesas como encontrado no estudo de Nygaard et al. com 52,5% e no estudo Anglim et al., que contou com 366 mulheres obesas, encontrando porcentagem maior de incontinência mista em sua amostra com 44%, seguido de 34% de incontinência de esforço e 21%, bexiga hiperativa^{20, 24}.

A incontinência urinária está associada também à diabetes mellitus. Foi sugerido que a razão mais provável para o risco aumentado é o dano microvascular em mulheres diabéticas levando ao comprometimento do mecanismo do esfíncter uretral e "sensibilidade" da bexiga com maior risco de desenvolver IUE e BH, respectivamente¹⁰. No presente estudo ao comparar o grupo de mulheres obesas com incontinência urinária com o grupo sem incontinência, pode-se observar que o diabetes teve associação significativa para o grupo com incontinência. Esse resultado vai ao encontro de estudos como o de Lawrence et al. que ao examinar associações entre obesidade, diabetes e distúrbios do assoalho pélvico como incontinência urinária de esforço e bexiga hiperativa em mulheres residentes na comunidade, constatou que mulheres com diabetes demonstraram significativamente mais probabilidade de ter disfunções do assoalho pélvico do que mulheres sem diabetes. Mulheres com diabetes tinham 90% mais probabilidade de ter IUE ou BH¹⁰.

O presente estudo também encontrou associação significativa com hipertensão arterial sistêmica. Embora ainda não haja estudos que confirmem a associação acredita-se que a síndrome metabólica coexistente predispõe a incontinência urinária de urgência. O impacto resultante na perfusão vascular e na inervação neural podem ser a causa dos sintomas de BH e incontinência²⁵.

Para Subak, Richter e Hunskaar ainda há lacunas sobre estes fatores de risco e mais pesquisas, entre as quais, as epidemiológicas, são necessárias para se determinar a independência e sinergia de fatores de risco para IU incluindo IMC, diabetes e fatores de risco cardiovascular¹⁹.

Além disso, Higa, Lopes e dos Reis afirmam que esta associação com a IU pode ser explicada pelo uso de diuréticos, fator que contribui para que mulheres hipertensas apresentem perda urinária. Há hipótese de que a carga excessiva na bexiga, após o tratamento com diuréticos, possibilita causar não somente a incontinência urinária de urgência como também a incontinência urinária de esforço.

Em nosso estudo, embora não tenhamos estratificado os tipos de medicamentos, tivemos associação positiva com medicamentos de uso contínuo¹⁴.

A IU pode ocorrer em qualquer fase do ciclo vital feminino, no entanto Nygaard et al. constatou em seu estudo que a prevalência de IU aumentou 34% das mulheres que entraram na menopausa. A menopausa foi identificada como fator de risco independente relacionados à IU²⁰.

Como os tecidos envolvidos no mecanismo de continência urinária feminina são sensíveis ao estrogênio, a deficiência de estrogênio após a menopausa pode ser um fator etiológico no desenvolvimento ou progressão da IU. Além disso, esse efeito não pareceu ser atenuado pela conversão periférica do estrogênio, o que é particularmente comum em indivíduos com obesidade²⁰.

Sabe-se que quanto maior o número de gestações, maior é o risco de desenvolver IU, isso devido às mudanças biológicas que ocorrem a cada gravidez que leva ao relaxamento do tecido conjuntivo, além das lesões nas estruturas do assoalho pélvico que podem ocorrer no momento do parto²⁶.

Neste estudo, mulheres com IU tiveram uma paridade significativamente maior. Da mesma forma que estudo de Park e Baek que ao examinar o impacto de diferentes tipos de obesidade (geral e abdominal) na incontinência urinária, com 4648 mulheres com mais de 19 anos de idade na Coreia, verificou em sua amostra que mulheres com IU também tiveram uma paridade significativamente maior do que mulheres sem IU²⁷.

Outra variável que apresentou associação com a IU foi a presença de episiotomia. Atualmente vários estudos demonstram que a realização deste procedimento rotineiramente não é protetiva para o assoalho pélvico, como demonstrado por revisão sistemática realizada por Carolli e Mignini em que corrobora que a evidência atual não apoia o argumento de fazer episiotomia de rotina para evitar o trauma perineal grave²⁸.

Segundo Newman e Cardozo, a cafeína agrava a urgência e a frequência através da diurese, diminuição do limiar de sensação durante a fase de enchimento e aumento da taxa de fluxo e volume anulado. Corroborando com os achados desse estudo, observou-se associação significativa do consumo frequente de alimentos como café, chá, refrigerante e chocolate ao grupo com incontinência urinária²⁹. Embora ainda com pouco evidência sobre essa temática as recomendações da ICS são que diminuir a ingestão de cafeína melhora a continência.

A obesidade e a IU estão relacionadas a pior qualidade de vida em mulheres. Bilgic et al. corroboram que mulheres obesas com IU apresentaram piores escores de qualidade de vida em relação a mulheres com IU não obesas³⁰.

A literatura dispõe de diversos instrumentos específicos e validados que avaliam a qualidade de vida em indivíduos incontinentes como o Questionário Internacional de Consulta sobre Incontinência - ICIQ-SF¹⁵, Questionário de Qualidade de Vida em Incontinência Urinária - KHQ¹⁶.

Nesta pesquisa, ao comparar os grupos diferenciando os graus de obesidade com valores obtidos por meio do ICIQ-SF não demonstrou diferença significativa, entretanto os escores dos três grupos indicaram impacto moderado a grave com escore variando de 12,9 (1-20) a 14,4(1-20). Boyle et al. que também fizeram uso do referido instrumento e encontrou média de 9,3 (DP = 4,4), correspondendo a gravidade de perda moderada, repercutindo na pior qualidade de vida desta população³¹. Assim como em estudo de Nygaard et al. a pontuação média no ICIQ-SF foi de 9,36 ± 4,9. A gravidade dos sintomas foi considerada moderada em 53,3% (63) das participantes com incontinência urinária²⁰. A maioria acreditava ter vazado pequenas quantidades de urina: 79 (70,5%), resultado que também encontramos no presente estudo, mas que ainda assim há impacto negativo na qualidade de vida.

Na avaliação mais específica da qualidade de vida de mulheres incontinentes, realizada pelo questionário KHQ, não houve diferença para os grupos com diferentes graus de obesidade, ou seja, qualquer mulher com IU independentemente do grau de obesidade, teve impacto na qualidade de vida, principalmente nos domínios: percepção geral da saúde, impacto da incontinência e medidas de gravidade, este último domínio relacionado ao uso de protetor higiênico, controle da quantidade de líquido ingerido, troca de roupa íntima no caso de perda urinária, preocupação com cheiro de urina e vergonha relacionada. Castro et al. ao analisar os efeitos da cirurgia bariátrica no assoalho pélvico em mulheres obesas também encontrou os maiores escores relacionados a estes três domínios avaliadas no momento pré-operatório. Ao avaliarem as mesmas participantes no momento pós-operatório com perda de peso e melhora dos sintomas urinários, estes escores também tinham melhorado significativamente, indicando a interferência negativa na qualidade de vida destas mulheres anteriores à cirurgia³².

CONCLUSÃO

O presente estudo encontrou alta prevalência de incontinência urinária em mulheres obesas e impacto negativo na qualidade de vida. Fatores de risco também foram encontrados, como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, climatério, paridade, realização prévia de episiotomia no parto e consumo de alimentos considerados irritativos vesicais, sugerindo ser condição multifatorial na mulher portadora de obesidade. Além disso, a maior prevalência encontrada no estudo foi da incontinência urinária do tipo mista, o que destaca que a associação de fatores que podem levar a esta disfunção.

A obesidade, entendida como uma epidemia global, continua a crescer, aumentando os riscos de disfunções do assoalho pélvico principalmente em mulheres. A compreensão desta condição e os fatores de risco associados devem contribuir para auxiliar os profissionais de saúde a identificar mulheres com maior risco e atuar mediante estratégias preventivas e de promoção, visando diminuir a sua prevalência, assim como a direcionar políticas públicas com vista aos agravos mais prevalentes, como encontrado no presente estudo, e contribuir com medidas de prevenção primária e secundária direcionadas.

REFERÊNCIAS

1. De Azevedo F R, Brito B C. Influência das variáveis nutricionais e da obesidade sobre a saúde e o metabolismo. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 58, n. 6, p. 714-723, 2012
2. World Health Organization. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: WHO; 2011.
3. Brasil. Ministério da Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
4. World Health Organization. *Obesity and overweight*. Geneva: WHO; 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>>. Acesso em: 20 de agosto de 2020.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019*. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011.
7. Duncan B B. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Pública* 2012;46(Supl):126-34 A
8. Dumoulin C. et al. Conservative management for female urinary incontinence and pelvic organ prolapse review 2013: Summary of the 5th international consultation on incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, v. 35, n. 1, p. 15-20, 2016.
9. Hunskar S. A systematic review of overweight and obesity as risk factors and targets for clinical intervention for urinary incontinence in women. *Neurourol Urodyn* 2008;27(08):749–757. Doi:10.1002/nau.20635
10. Lawrence JM, Lukacz ES, Liu IL, Nager CW, Luber KM. Pelvic floor disorders, diabetes, and obesity in women: findings from the Kaiser Permanente Continence Associate
11. International Continence Society (ICS). 2016. Terminology/Signs/Urinary Incontinence. Disponível em: <<https://www.ics.org>>. Acesso em 20 de agosto de 2020.
12. Aston B L. et al. Do women seeking treatment for pelvic floor dysfunction have higher than average BMI'S? In: Oral Presentations – 36th Annual IUGA Meeting, Lisbon, Portugal, 28 June – 2 July 2011. *Int Urogynecol J*. 2011;22(Suppl 1):S1-195 p. 130
13. Subak L L. et al. Urinary Incontinence Before and After Bariatric Surgery. *Jama Intern. Medicine*, v. 175, n. 8, p. 1.378- 1.387, 2015.
14. Higa R. LOPES M H. DOS REIS M J. Risk factors for urinary incontinence in women. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 42, n. 1, p. 187-92, 2008.
15. Tamanini J T N et al. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF). *Rev. Saúde Pública*, vol.38 no.3 São Paulo, Jun 2004.
16. Tamanini J T N. et al. Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. *Rev. Saúde Pública* v.37 n.2 São Paulo abr. 2003.

17. Callaway C W. Circumferences. Anthropometric Standardization Reference Manual. Illinois (USA): Human Kinetics Books; 1988.
18. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000. p. 256. WHO Obesity Technical Report Series, n. 284.
19. Subak LL, Richter HE, Hunskaar S. Obesity and urinary incontinence: epidemiology and clinical research update. *J Urol* 2009; 182(6, Suppl)S2–S7 Doi:10.1016/j.juro.2009.08.071.
20. Nygaard C C. et al. Urinary Incontinence and Quality of Life in Female Patients with Obesity. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2018;40:534–539
21. Chen C C G. et al. Obesity is associated with increased prevalence and severity of pelvic floor disorders in women considering bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases* 5 (2009) 411–415
22. Osborn D J. et al. Obesity and Female Stress Urinary Incontinence. *UROLOGY* 82: 759e763, 2013. Published by Elsevier Inc.
23. Tyagi P et al. Urine cytokines suggest an inflammatory response in the overactive bladder: a pilot study. *Int Urol Nephrol*. 2009. doi:10.1007/s11255-009-9647-5
24. Anglim B et al. The long-term effects of bariatric surgery on female urinary incontinence. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 231 (2018) 15–18
25. Richter H E. et al. The Impact of Obesity on Urinary Incontinence Symptoms, Severity, Urodynamic Characteristics and Quality of Life. *THE JOURNAL OF UROLOGY*. Vol. 183, 622-628, February 2010 DOI:10.1016/j.juro.2009.09.083
26. Juliato C R T. et al. Factors associated with urinary incontinence in middle-aged women: a population-based household survey. *Int Urogynecol J* 2016 DOI 10.1007/s00192-016-3139-9
27. Park S. Baek K A. Association of General Obesity and Abdominal Obesity with the Prevalence of Urinary Incontinence in Women: Cross-sectional Secondary Data Analysis. *Iran J Public Health*, Vol. 47, No.6, Jun 2018, pp.830-837
28. Carroli G. Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. Author manuscript; available in PMC 2014 September 25.
29. Newman D K. Cardozo L. Sievert K-D. Preventing urinary incontinence in women. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2013, n 5 v 25:388–394 DOI:10.1097/GCO.0b013e328364a35d
30. Bilgic D. et al. Quality of life and sexual function in obese women with pelvic floor dysfunction, *Women & Health*. 2018 DOI: 10.1080/03630242.2018.1492497
31. Boyle R et al. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and fecal incontinence in antenatal and postnatal women: a short version Cochrane review. *Neurourol Urodyn* 2013; April 24. doi: 10.1002/nau.22402.
32. Castro L A. et al. Effects of bariatric surgery on pelvic floor function. *ABCD Arq Bras Cir Dig* 2012;25(4):263-268