



PUC GOIÁS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E SAÚDE

CURSO DE FISIOTERAPIA

ELISMAIA SILVA DE SOUZA

**INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES SEDENTÁRIAS E PRATICANTES
DE EXERCÍCIO FÍSICO**

**GOIÂNIA
2022**

ELISMAIA SILVA DE SOUZA

**INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES SEDENTÁRIAS E PRATICANTES
DE EXERCÍCIO FÍSICO**

Pesquisa elaborada para fins de avaliação
na disciplina de Trabalho de Conclusão de
Curso II, do curso de Fisioterapia, da
Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Orientadora: Prof^ª Dra. Patrícia Leite
Álvares Silva

GOIÂNIA
2022

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA

AVALIAÇÃO ESCRITA

Título do trabalho: Incontinência Urinária em mulheres sedentárias e praticantes de exercício físico.

Acadêmico(a): Elismaia Silva de Souza

Orientador(a): Prof^ª. Dra. Patrícia Leite Álvares Silva.

Data:...../...../.....

AVALIAÇÃO ESCRITA (0 – 10)		
Item		
1.	Título do trabalho – Deve expressar de forma clara o conteúdo do trabalho.	
2.	Introdução – Considerações sobre a importância do tema, justificativa, conceituação, a partir de informações da literatura devidamente referenciadas.	
3.	Objetivos – Descrição do que se pretendeu realizar com o trabalho, devendo haver metodologia, resultados e conclusão para cada objetivo proposto	
4.	Metodologia* – Descrição detalhada dos materiais, métodos e técnicas utilizados na pesquisa, bem como da casuística e aspectos éticos, quando necessário	
5.	Resultados – Descrição do que se obteve como resultado da aplicação da metodologia, pode estar junto com a discussão.	
6.	Discussão** – Interpretação e análise dos dados encontrados, comparando-os com a literatura científica.	
7.	Conclusão – síntese do trabalho, devendo responder a cada objetivo proposto. Pode apresentar sugestões, mas nunca aspectos que não foram estudados.	
8.	Referência bibliográfica – Deve ser apresentada de acordo com as normas do curso.	
9.	Apresentação do trabalho escrito – formatação segundo normas apresentadas no Manual de Normas do TCC	
10.	Redação do trabalho – Deve ser clara e obedecer as normas da língua portuguesa	
Total		
Média (Total/ 10)		

Assinatura do examinador: _____

Critérios para trabalhos de revisão:

*Metodologia: descrever o método utilizado para realizar a revisão bibliográfica: sistemática adotada na seleção dos artigos, palavras chaves e base de dados utilizadas, intervalo temporal abrangido, definição de eixos estruturantes norteadores da revisão.

**Discussão: a discussão do que foi encontrado na literatura é o próprio desenvolvimento do trabalho, o qual pode ser organizado por capítulo.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA

FICHA DE AVALIAÇÃO DA APRESENTAÇÃO ORAL

ITENS PARA AVALIAÇÃO	VALOR	NOTA
Quanto aos Recursos		
1. Estética	1,5	
2. Legibilidade	1,0	
3. Estrutura e Sequência do Trabalho	1,5	
Quanto ao Apresentador:		
4. Capacidade de Exposição	1,5	
5. Clareza e objetividade na comunicação	1,0	
6. Postura na Apresentação	1,0	
7. Domínio do assunto	1,5	
8. Utilização do tempo	1,0	
Total		

Avaliador: _____

Data: ____/____/____

SUMÁRIO

1	Introdução.....	7
2	Métodos.....	11
3	Resultados.....	13
4	Discussão.....	18
5	Conclusão.....	21
6	Referências	21

INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES SEDENTÁRIAS E PRATICANTES DE EXERCÍCIO FÍSICO.

Urinary Incontinence in sedentary women and practitioners of physical exercise

Elismaia Silva de Souza¹, Patrícia Leite Álvares Silva²

¹Discente do Curso de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás,
Goiânia, Goiás, Brasil;

²Doutora e Mestre em Ciências da Saúde, Docente do Curso de Fisioterapia da
Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil

Título Resumido: Incontinência urinária em mulheres praticantes de exercício físico e sedentárias.

Autora principal: Elismaia Silva de Souza.

Endereço: Rua Notre Dame, Quadra 72, Lote 23, Village Garavelo 2, Aparecida de Goiânia- Goiás, CEP 74968-468.

E-mail: elismaia_silva@outlook.com

INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES SEDENTÁRIAS E PRATICANTES DE EXERCÍCIO FÍSICO.

Urinary Incontinence in sedentary women and practitioners of physical exercise

RESUMO

Introdução: A Incontinência Urinária (IU) é definida de acordo com a Sociedade Internacional de Continência (ICS), como qualquer perda involuntária de urina. Mulheres praticantes de exercício físico de alto impacto e com perda da função esfinteriana por fatores ligados a idade avançada, multiparidade e hipoestrogenismo, são os principais fatores de risco desencadeantes de IU (NYGAARD, 1997). **Objetivo:** Identificar e evidenciar a presença de perda urinária em mulheres praticantes de exercício físico e sedentárias para a associação da presença dos sintomas urinários entre mulheres sedentárias e mulheres praticantes de exercício físico. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa dos dados, a pesquisa foi realizada através de uma busca ativa em Goiânia e região metropolitana de Goiânia e amostragem foi por conveniência em grupos de mulheres praticantes de exercícios físicos e sedentárias, ambas da cidade de Goiânia-Goiás. A busca das possíveis participantes foi de forma ativa através do contato direto, via eletrônica, redes sociais e aplicativos multiplataforma de mensagens instantâneas (whatsapp) com um questionário sociodemográfico elaborado pelas pesquisadoras composto por informações sobre os aspectos pessoais, sociais e referentes a prática ou não de exercício físico das participantes. **Resultados:** Neste estudo participaram 64 mulheres que foram divididas em dois grupos. Quanto à caracterização do perfil clínico das investigadas não foram observadas diferenças significativas quanto ao número de gestações, tipo de parto e episiotomia. **Conclusão:** Não houve diferença estatisticamente significativa quanto ao tipo de perda. Embora não tenha havido diferença estatística em relação à ocorrência perda urinária, o grupo de sedentárias apresentou maior índice de perda urinária.

Palavras-chave: Incontinência urinária; sedentárias; exercício físico; perda urinária em mulheres.

ABSTRACT

Introduction: Urinary Incontinence (UI) is defined according to the International Continence Society (ICS) as any involuntary loss of urine. Women who practice high-impact physical exercise and loss of sphincter function due to factors related to advanced age, multiparity and hypoestrogenism are the main risk factors that trigger UI (NYGAARD, 1997). **Objective:** To identify and evidence the presence of urinary loss in women practicing physical and sedentary exercise for the association of the presence of urinary symptoms among sedentary women and women practicing physical exercise. **Methods:** This is a descriptive cross-sectional study, with a quantitative approach to the data, the research was carried out through an active search in Goiânia and metropolitan region of Goiânia and sampling was for convenience in groups of women practicing physical and sedentary exercises, both from the city of Goiânia-Goiás. The search for possible participants was actively through direct contact, via electronic, social networks and multiplatform instant messaging applications (whatsapp) with a sociodemographic questionnaire elaborated by the researchers composed of information about the personal, social and physical aspects of the participants. **Results:** In this study, 64 women participated who were divided into two groups. Regarding the characterization of the clinical profile of the investigated, no significant differences were observed regarding the number of pregnancies, type of delivery and episiotomy. **Conclusion:** There was no statistically significant difference regarding the type of loss. Although there was no statistical difference in relation to the occurrence of urinary loss, the sedentary group presented a higher rate of urinary loss.

Keywords: Urinary incontinence; sedentary ones; physical exercise; urinary loss in women.

1. INTRODUÇÃO

A Incontinência Urinária (IU) é definida de acordo a Sociedade Internacional de Continência (ICS), como qualquer perda involuntária de urina. Pode ser classificada como: Incontinência Urinária de Esforço (IUE) é a perda involuntária de urina ao tossir, espirrar ou levantar algum peso, que resulte no aumento da pressão intravesical; Incontinência Urinária de Urgência (IUU) que é a necessidade súbita, intensa e imperiosa de urinar, onde há a perda involuntária da urina, pois não tem tempo suficiente para chegar ao banheiro; Incontinência Urinária Mista (IUM) que são características simultâneas de IUE e IUU; Incontinência Urinária Paradoxal (IUP) onde o paciente possui vontade de urinar, mas apenas consegue eliminar gotas de urina; e a Incontinência Urinária Contínua (IUC) que é a perda urinária constante (BARACHO *et al.*, 2018; GIRÃO *et al.*, 1997; KOBASHI *et al.*, 2012).

As principais causas mais comumente são resultantes de alterações vesicais primárias ou secundárias e distúrbios uretrais. Dentre as alterações vesicais são a hiperatividade da musculatura detrusora caracterizada por contrações involuntárias onde há a expulsão da urina armazenada; a hiperatividade do detrusor que é subdividido na fásica e terminal, onde na fásica a amplitude das contrações crescem de acordo com o volume vesical, na hiperatividade terminal, há uma única e involuntária contração do detrusor, que não pode ser suprimida; redução da complacência vesical que está relacionada com lesões neurológicas motoras baixas. Dentre os distúrbios uretrais é a IUE que é uma insuficiência esfinteriana; diminuição do nível de estrogênio que reduz a vascularização periuretral levando a atrofia da musculatura local; fraqueza anatômica, idade avançada, cirurgias pélvicas prévias e obesidade (BARACHO *et al.*, 2018; KOBASHI *et al.*, 2012; WOOD *et al.*, 2014).

A fisiopatologia da IUE pode estar relacionada com a redução da pressão uretral, impedindo a saída da urina em atividades que aumentem a pressão intravesical; a IUU é causada por distúrbios neurológicos sensitivos ou

hiperatividade motora do músculo detrusor; a IUM por mecanismos fisiopatológicos da IUE e IUE; a IUP é quando a bexiga não consegue se esvaziar por problemas neurológicos ou obstrutivos infravesicais, quando a bexiga está cheia, ela transborda involuntariamente; e a IUC é gerada por lesões ao sistema esfíncteriano, podendo haver ressecções pélvicas ou traumas genitais, a pressão uretral torna-se incapaz de impedir o fluxo urinário (OLIVEIRA *et al.*, 2007; BARACHO *et al.*, 2018).

Os sintomas da IU podem ser considerados multifatoriais, podendo ser provocado por inúmeros fatores, como: sexo, idade avançada, raça branca, obesidade, partos vaginais, deficiência estrogênica, condições associadas a aumento da pressão abdominal, tabagismo, doenças do colágeno, neuropatias e histerectomia prévia. Sendo uma condição que afeta a população a nível mundial, principalmente a mulher (DANFORTH *et al.*, 2006; GUARISI *et al.*, 2001).

As mulheres com IU, tem uma negatividade na qualidade de vida, causando um desconforto social ou higiênico (ABRAMS *et al.*, 2003). Sendo marcadas pelo sentimento da vulnerabilidade, promovendo uma significativa morbidade entre elas, pois interferem nos aspectos de ordem emocional, social, físico, ocupacional e sexual (DRUTZ *et al.*, 2003; HIGA *et al.*, 2006). Contudo, as mulheres optam por auto exclusão, devido a sentimentos de vergonha em expressar sobre a IU com profissionais de saúde ou com seus familiares, tomando conhecimento do seu problema a partir do momento em que já está idosa (FELIX *et al.*, 2005).

O exercício físico traz benefícios à saúde inclusive algumas atividades físicas de moderada intensidade já foram demonstradas como fator protetivo para o desenvolvimento da IU porém, o exercício físico intenso pode ser um dos principais fatores de risco para o surgimento do problema (ABRAMS *et al.*, 2010; NYGAARD; SHAW, 2016)

Um fator de risco para desencadear a IU em atletas é a atividade física de alto impacto, sendo percebida a partir da realização de atividade física que predispõem a perda de urina, mesmo em mulheres que não possuem fatores de

risco como paridade e idade, sendo comum em jovens nulíparas que praticam esportes (NYGAARD *et al.*, 1997).

A amenorréia associada a exercício intenso, distúrbios alimentares, ou a combinação de ambas contribui para a IU em atletas. Fraqueza genética do tecido conectivo da região do períneo, localizada na parte inferior do assoalho pélvico; redução do número de fibras musculares, principalmente fibras de contração rápida ou a falta de treinamento e controle dessa musculatura. Mudanças na composição celular do tecido, quantidade e duração do esforço sobre o assoalho pélvico são outras possibilidades (NYGAARD *et al.*, 1997).

O objetivo deste estudo foi identificar a presença de perda urinária em mulheres ativas e sedentárias e associar a presença dos sintomas urinários entre mulheres sedentárias e mulheres praticantes de exercícios físicos.

2. MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa dos dados. O estudo transversal descritivo teve como objetivo observar, descrever, explorar e interpretar aspectos de fatos e fenômenos, buscando delimitar frequência, características e relação/associação entre variáveis. A pesquisa foi realizada através de uma busca ativa em Goiânia e região metropolitana de Goiânia.

A amostragem foi por conveniência em grupos de mulheres praticantes de exercício físico e mulheres sedentárias, ambas na cidade de Goiânia-Goiás. Foram incluídas na pesquisa todas as mulheres, acima de dezoito anos, praticantes de exercício físico e sedentárias. Foram considerados como critérios de exclusão mulheres com informações do questionário incompleto.

Foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados: um questionário sociodemográfico elaborado pelas pesquisadoras composto por informações sobre os aspectos pessoais, sociais e referentes a prática ou não de exercício físico das participantes: idade, cor, estado civil, número de gestações, tipo de parto, episiotomia, ocupação profissional, peso, altura, conhecimento e reforço sobre o assoalho pélvico e se praticam ou não algum exercício físico e o tipo de exercício e a frequência.

O outro instrumento foi o questionário “*International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form*” (ICIQ-SF) que foi desenvolvido por Avery *et al* (2001) e validado no Brasil por Tamanini *et al* (2004). É um questionário simples, breve e auto administrável, escolhido para ser traduzido e adaptado para nossa cultura por avaliar rapidamente o impacto da IU na qualidade de vida e qualificar a perda de urina de pacientes de ambos os sexos (ICIQ-SF), formado por quatro questões que qualifica a perda urinária, através da escala que busca medir o quanto a perda de urina interfere na vida diária, variando de 0 (não interfere) a 10 (interfere muito). O escore é dado pela somatória das questões 3,4 e 5, variando de 0 a 21, e quanto maior o escore maior a severidade da perda de urina e o impacto na qualidade de vida.

O estudo foi realizado conforme as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde), sendo que a coleta de dados ocorreu apenas após ser cadastrado na Plataforma Brasil e estar devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC Goiás (CEP-PUC Goiás), parecer número do 5.087.095

As participantes foram convidadas e comunicadas via virtual a integrar este estudo, sendo asseguradas sobre a privacidade durante a coleta de dados e execução dos procedimentos supracitados. Os resultados da pesquisa foram divulgados garantindo o anonimato das participantes. Cabe destacar que os resultados deste estudo foram comparados a outras pesquisas com metodologias semelhantes.

A caracterização do perfil demográfico, clínico e perda urinária foi realizada por meio de frequência absoluta, frequência relativa para as variáveis categóricas; média e desvio padrão para as variáveis contínuas. A normalidade dos dados foi verificada por meio do teste de *Shapiro-Wilk*. A associação da prática de exercício físico com o perfil das pacientes foi realizada aplicando-se os testes do Qui-quadrado de *Pearson* e teste *t* de *Student*. Os dados foram analisados com o auxílio do programa *Statistical Package for Social Science*, versão 26,0 (IBM Corporation, Armonk, USA). O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

3. RESULTADOS

Neste estudo participaram 64 mulheres que foram divididas em dois grupos: Grupo MS (Mulheres que não praticam exercício físico/sedentárias) composto por 27 participantes e o Grupo MA (Mulheres que praticam exercício físico) composto por 37 participantes.

A média de idade (anos) entre os grupos foi homogênea, no grupo de sedentárias (MS) foi de 31,89 anos, e no grupo MA de 31,97 anos. O peso (quilogramas) do Grupo MS foi de 56,74 kg e no grupo MA, 54,57 kg. A altura (metros) do Grupo 1 foi de 1,64m e no grupo 2 de 1,62m, média de 1,63 cm. Em relação aos valores do Índice de Massa Corporal (IMC), no grupo MS, 21,16%; no grupo MA, 20,80%; considerado peso normal segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), com valor significativo ($p=0,73$).

Em relação a raça 33% se autodeclararam pardas, 30% são solteiras e 19% profissionais liberais (TABELA 1).

Tabela 1. Caracterização e associação da prática de exercício físico com o perfil demográfico.

	Prática Exercício Físico		Total n = 64	p
	Não 27 (42,2)	Sim 37 (57,8)		
<i>Média ± DP</i>				
Idade (anos)	31,89 ± 12,61	31,97 ± 10,61	31,94 ± 11,40	0,97*
Peso	56,74 ± 13,13	54,57 ± 10,99	55,48 ± 11,89	0,45*
Altura	1,64 ± 0,05	1,62 ± 0,07	1,63 ± 0,06	0,14*
IMC	21,16 ± 5,24	20,80 ± 3,57	20,95 ± 4,32	0,73*
<i>n (%)</i>				
Cor				
Amarela	2 (7,4)	0 (0,0)	2 (3,1)	
Branca	8 (29,6)	10 (27,0)	18 (28,1)	
Parda	14 (51,9)	19 (51,4)	33 (51,6)	0,28**
Preta	3 (11,1)	8 (21,6)	11 (17,2)	
Estado Civil				
Casada	9 (33,3)	11 (29,7)	20 (31,3)	
Divorciada	3 (11,1)	4 (10,8)	7 (10,9)	0,35**
Solteira	10 (37,0)	20 (54,1)	30 (46,9)	

União Estável	2 (7,4)	0 (0,0)	2 (3,1)	
Viúva	3 (11,1)	2 (5,4)	5 (7,8)	
Ocupação profissional				
Assistente/Auxiliar	6 (22,2)	5 (13,5)	11 (17,2)	
Do lar	1 (3,7)	1 (2,7)	2 (3,1)	
Estudante	5 (18,5)	12 (32,4)	17 (26,6)	
Professora	2 (7,4)	3 (8,1)	5 (7,8)	0,89**
Profissional liberal	9 (33,3)	10 (27,0)	19 (29,7)	
Serviço administrativo	3 (11,1)	5 (13,5)	8 (12,5)	
Técnico de enfermagem	1 (3,7)	1 (2,7)	2 (3,1)	

**Qui-quadrado; *Teste *t* de Student; n = frequência absoluta; % = frequência relativa; DP = desvio padrão

Caracterizando o perfil clínico gineco-obstétrico das mulheres participantes, 59,4% (38) são nulíparas. Dentre as mulheres que tem filhos o tipo de parto mais realizado foi a cesariana em 28,1% (18). A episiotomia foi um procedimento realizado em 93,8% das mulheres que tiveram parto vaginal. Quando questionadas sobre o conhecimento do assoalho pélvico 45,3% (29) nunca ouviram falar de assoalho pélvico. E, comparando mulheres sedentárias com ativas o conhecimento sobre assoalho pélvico foi estatisticamente significativo entre o grupo praticante de exercício ($p=0,04$), 54,7% (35) já ouviram falar do assoalho pélvico; 93,8% (60) não realiza reforço do assoalho pélvico e 6,3% (4) realiza reforço do assoalho pélvico (TABELA 2).

Tabela 2. Caracterização e associação da prática de exercício físico com o perfil clínico e de perda urinária.

n (%)	Prática Exercício Físico		Total n = 64	<i>p</i>
	Não 27 (42,2)	Sim 37 (57,8)		
Número de gestações				
Múltipara	9 (33,3)	8 (21,6)	17 (26,6)	
Nulípara	13 (48,1)	25 (67,6)	38 (59,4)	0,29**
Primípara	5 (18,5)	4 (10,8)	9 (14,1)	
Tipo de parto				
Ambos (cesárea e normal)	3 (11,1)	1 (2,7)	4 (6,3)	
Cesárea	9 (33,3)	9 (24,3)	18 (28,1)	0,34**
Normal ou natural	2 (7,4)	2 (5,4)	4 (6,3)	
Nunca tive filhos	13 (48,1)	25 (67,6)	37 (59,4)	

Realizou episiotomia				
Não	26 (96,3)	34 (91,9)	60 (93,8)	0,47**
Sim	1 (3,7)	3 (8,1)	4 (6,3)	
Já ouviu falar de assoalho pélvico				
Não	16 (59,3)	13 (35,1)	29 (45,3)	0,04**
Sim	11 (40,7)	24 (64,9)	35 (54,7)	
Realiza reforço do assoalho pélvico				
Não	25 (92,6)	35 (94,6)	60 (93,8)	0,75**
Sim	2 (7,4)	2 (5,4)	4 (6,3)	

**Qui-quadrado; n = frequência absoluta; % = frequência relativa

Quando perguntadas sobre o quanto a perda de urina interfere na vida da participante, ambos os grupos referem uma interferência pequena, porém ligeiramente maior no grupo MS com média de 2,15 (dp± 2,30). Em relação a frequência de perda de urina das participantes 64,1% (41) nunca perdeu urina, 17,2% (11) perde uma vez por semana ou menos e 15,6% (10) perde diversas vezes ao dia e 3,1% (2) perde duas ou três vezes por semana.

Em relação a quantidade de urina que pensa que perde, 60,9% (39) nenhuma quantidade, 1,6% (1) uma grande quantidade, 9,4% (6) uma moderada quantidade, 28,1% (18) uma pequena quantidade. Em relação se a participante perde urina ou não, 68,8% (44) não perde urina, 31,3% (20) perde urina. Quando a paciente perde urina, 55% (11) antes de chegar ao banheiro, 5% (1) quando está fazendo atividade física, 45% (9) quando tosse ou espirra e 20% (4) quando termina de urinar e está se vestindo e 15% (3) sem razão óbvia, essas duas últimas, somente em quem não pratica exercício. (TABELA 3).

Tabela 3. Caracterização e associação da prática de exercício físico com o perfil de perda urinária.

	Prática Exercício Físico		Total	p
	Não 27 (42,2)	Sim 37 (57,8)		
<i>Média ± DP</i>				
Quanto a perda de urina interfere	2,15 ± 2,30	1,43 ± 1,46	1,73 ± 1,88	0,13*

<i>n (%)</i>				
Com que frequência você perde urina				
Diversas vezes ao dia	5 (18,5)	5 (13,5)	10 (15,6)	
Duas ou três vezes por semana	1 (3,7)	1 (2,7)	2 (3,1)	0,67**
Nunca	15 (55,6)	26 (70,3)	41 (64,1)	
Uma vez por semana ou menos	6 (22,2)	5 (13,5)	11 (17,2)	
Quantidade de urina pensa que perde				
Nenhuma	15 (55,6)	24 (64,9)	39 (60,9)	
Uma grande quantidade	1 (3,7)	0 (0,0)	1 (1,6)	0,52**
Uma moderada quantidade	2 (7,4)	4 (10,8)	6 (9,4)	
Uma pequena quantidade	9 (33,3)	9 (24,3)	18 (28,1)	
Perde urina				
Não	17 (63,0)	27 (73,0)	44 (68,8)	0,39**
Sim	10 (37,0)	10 (27,0)	20 (31,3)	
Quando perde urina				
Antes de chegar ao banheiro	5 (50,0)	6 (60,0)	11 (55,0)	0,65**
Quando estou fazendo atividades físicas	0 (0,0)	1 (10,0)	1 (5,0)	0,30**
Quando terminei de urinar e estou me vestindo	4 (40,0)	0 (0,0)	4 (20,0)	0,02**
Quando tusso ou espirro	5 (50,0)	4 (40,0)	9 (45,0)	0,65**
Sem razão óbvia	3 (30,0)	0 (0,0)	3 (15,0)	0,03**

**Qui-quadrado; *Teste *t* de Student; n = frequência absoluta; % = frequência relativa; DP = desvio padrão

Quanto à caracterização do tempo de exercício e tipo de exercício físico que pratica, 43,2% (16) das mulheres ativas, praticam em menos de 6 meses. Em relação ao tipo de exercício físico, 51,4% (19) das participantes praticam exercícios em academia. Ao nível de exercício físico, 51,4% (19) realiza por 30 minutos, exercícios vigorosos, 3 vezes por semana (TABELA 4).

Tabela 4. Caracterização do tempo de exercício e Tipo de exercício físico que pratica.

Tempo de exercício	<i>n (%)</i>
---------------------------	--------------

Entre 1 ano e 2 anos	2 (5,4)
Entre 7 meses e 1 ano	9 (24,3)
Mais de 2 anos	10 (27,0)
Menos de 6 meses	16 (43,2)
Tipo de exercício físico que pratica	
Ciclismo	3 (8,1)
Corrida	10 (27,0)
Esportes coletivos	5 (13,5)
Exercícios em academia	19 (51,4)
Nível de exercício físico	
30min; moderada 4x/semana	18 (48,6)
30min; vigorosa 3x/semana	19 (51,4)

n = frequência absoluta; % = frequência relativa

4. DISCUSSÃO

Este estudo buscou comparar dois grupos compostos por mulheres que são sedentárias e praticantes de exercícios físicos. As causas e sintomas de perda urinária em mulheres sedentárias e que praticam exercício físico vem se tornando um objeto de estudo frequente, uma vez que pode ser observado o aumento dessa população em relação à prática de algum exercício, seja por motivos estéticos e/ou de saúde e ao sedentarismo.

Levando em consideração a análise dos dados, não houve correlação significativa entre IU com as variáveis: idade, peso, altura, cor, estado civil, ocupação profissional, número de gestações, tipo de parto, se realizou episiotomia, se já ouviu falar de assoalho pélvico ou não e se realiza reforço do assoalho pélvico, tanto entre os diferentes grupos (Grupo MA e MS), quanto na amostra total de participantes do presente estudo. No entanto, é importante considerar estas variáveis como contribuintes e preditoras para desenvolvimento da IU. Dessa forma, foi considerada a amostra total das participantes para discussão dos resultados.

A frequência de perda urinária nas participantes dos dois grupos foi pequena, 37% no grupo sedentário (GS) e 27% no grupo ativo (GA), dado não

significante estatisticamente, apesar de mulheres que não praticam exercício terem uma porcentagem maior de perda.

Em estudo feito por Hunskar *et al.* (2013) relatou que 25 a 45% das mulheres sedentárias em todo mundo, apresentam perda de urina, aumentando sua prevalência com a idade, sendo a predominante a IU em idosas. Em seu estudo realizado na Noruega, relata que das 27.936 mulheres com idade acima de 20 anos, 25% apresentavam IU, sendo a prevalência entre 26,9% a 30,1% enquanto nas idosas a prevalência foi de 31,9% a 38,7% (HUNSKAR *et al.*, 2013). Segundo Guitara *et al.* (2009), 26,6% das mulheres entre 65 a 74 anos apresentam IU, e 41,8% naquelas de 75 anos ou mais.

E, comparando as mulheres ativas, o estudo de Araujo *et al.*, (2015), avaliou um grupo de 49 atletas, destas 76% das mulheres ativas, apresentavam perda involuntária de urina. A prática esportiva profissional constitui um risco adicional ao desenvolvimento de IU, principalmente relacionados a atividades de alto impacto. Exercícios de intensidade moderada devem ser incentivados a fim de promover a continência urinária e, segundo Kikuchi *et al.* (2007), encontra-se uma prevalência menor de IU entre idosos com alto nível de atividade física, quando comparado com idosos com baixo nível, indicando que o exercício físico pode prevenir a ocorrência de perdas urinárias. Uma hipótese sugerida pelos autores Ree, Nygaard e Bø (2004), o aumento da pressão abdominal durante o exercício físico promove uma contração reflexa dos músculos do assoalho pélvico, tornando-os capaz de contrair durante o aumento da pressão intra-abdominal.

Quanto ao tempo de exercício físico no grupo de MA, 43,2% praticam a menos de 6 meses, já em relação ao tipo de exercício físico, 51,2% realizam exercícios de academia. Ao nível de exercício físico praticados por elas, 51,4% realizam por 30 minutos, de forma vigorosa, 3 vezes por semana. Sabe-se que a atividade física de alto impacto é um fator de risco para IU em atletas, sendo percebida a partir da realização de atividade física, que predispõem a perda de urina, mesmo em atletas nulíparas, percebendo-se que está relacionado com absorção da força do impacto que algumas atividades provocam. Longos saltos, possibilitam o contato dos pés com o solo e podem gerar força máxima que

aumenta 16 vezes o peso do corpo, afetando então, o mecanismo de sustentação, suspensão e contenção da musculatura pélvica, que sofre sobrecarga intensa e repetida, promovendo enfraquecimento e alterando a quantidade de força transferida para o assoalho pélvico (NYGAARD *et al.*, 1997).

O principal fator de risco em mulheres sedentárias é a perda da função esfinteriana que está ligada com questões da idade avançada, multiparidade, cirurgias prévias e hipoestrogenismo (PERES *et al.*, 2014). O fator idade, causa principalmente na mulher, distúrbios urinários devido a alterações, como diminuição de fibras colágenas, diminuição na capacidade de armazenamento da bexiga e baixos níveis de estrógenos na pós-menopausa. Outro fator agravante contribuinte para o enfraquecimento da musculatura pélvica é a história obstétrica e ginecológica, onde o acréscimo do peso corpóreo materno e o peso do feto, ocasionam no aumento da pressão sobre a musculatura do assoalho pélvico, como também, múltiplos partos, partos vaginais e a episiotomia (SILVA *et al.*, 2011; MARCELINO *et al.*, 2009).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Índice de Massa Corporal (IMC) é classificado em < 18,4 Kg/m² (baixo peso), 18,5 a 24,9 Kg/m² (adequado), 25,0 a 29,9 Kg/m² (sobrepeso) e > 30,0 Kg/m² (obesidade). No grupo de MA, a maioria (57,8%) o IMC foi menor que 20, já no grupo de MS a porcentagem para o IMC (<21) foi de 42,2%. Portanto, nesta pesquisa, houve associação positiva entre o IMC e a IU (p=0,73) demonstrando que mulheres com IMC de 20,95 (± 4,32) não relata perda urinária. O excesso de peso é um fator modificável que, através da prática de exercícios físicos, dietas e cirurgias como a bariátrica, existem evidências de que a perda de peso pode melhorar a IU em mulheres obesas (TALAMÁS *et al.*, 2016; AUWAD *et al.*, 2008),

Em relação no quanto a perda de urina interfere na qualidade de vida das participantes, em uma escala de zero a dez, sendo 0 nenhuma interferência e 10 muita interferência, o grupo de MS foi (2), já no grupo de MA (1). Em um estudo realizado por Abrams *et al.* (2013) relatou que mulheres com IU, tem uma negatividade na qualidade de vida, causando um desconforto social ou higiênico, sendo marcadas pelo sentimento de vulnerabilidade, interferindo nos aspectos de ordem emocional, social, físico, ocupacional e sexual (DRUTZ *et al.*, 2003),

consequentemente, optando por autoexclusão devido a sentimentos de vergonha em expressar sobre a IU com profissionais da saúde ou com seus familiares, tomando conta do conhecimento do seu problema a partir do momento em que já está idosa (FELIX *et al.*, 2005).

O número de gestações assim como o tipo de parto e a realização de episiotomia também não apresentaram relação direta com a IU nas mulheres participantes deste estudo. Em relação ao tipo de parto das participantes, 33,3% do grupo de MS e 24,3% do grupo de MA, optaram pela cesárea. Em relação ao parto natural, 7,4% no grupo das MS e 5,4% no grupo das MA. Em relação se as participantes realizaram ou não episiotomia 93,8% das mulheres não realizaram e apenas 6,3% das mulheres que tiveram partos normais realizou episiotomia.

Portanto, segundo Danforth et al (2007), os sintomas da IU são considerados multifatoriais, provocados por inúmeros fatores como partos vaginais, sexo, idade avançada, raça branca, obesidade, que podem estar correlacionados ao aumento da pressão abdominal. Lopes et al (2010), afirma que a cesariana é um fator protetivo para desordens do assoalho pélvico, pesquisas apontam que a gestação, o parto independente e o trabalho de parto provocam mudanças no trato geniturinário das mulheres e propiciam aumento dos sintomas de IU, porque após o trabalho de parto há enfraquecimento da musculatura do assoalho pélvico.

5. CONCLUSÃO

Este estudo comparou dois grupos de mulheres, as praticantes de exercício físico e as sedentárias, a fim de verificar qual dentre elas apresentam maior índice de participantes que relatam algum tipo de perda urinária.

Apesar da perda de urina estar presente, muitas das mulheres estudadas relataram baixa interferência deste evento na qualidade de vida. A IU se faz presente de forma leve nas participantes, apresentando em cerca de 31,3% das mulheres, sendo os principais fatores de risco atividades de alto impacto em praticantes de exercício físico e em sedentárias a perda da função esfíncteriana.

Embora não haja uma diferença estatística em relação à ocorrência perda urinária, o grupo de sedentárias apresentou maior índice de perda urinária. Recomenda-se a realização de novos estudos com amostras maiores para estimar com precisão a associação do exercício físico e do sedentarismo com a IU independentemente de outras variáveis que podem predispor a perda urinária, já que mulheres que não apresentam fatores de riscos prévios relataram perder urina.

6. REFERÊNCIAS

1. ABRAMS P et al. Fourth international consultation on incontinence recommendations of the international scientific committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. Vol. 29, *Neurourology and Urodynamics*. 2010. p. 213–40.
2. ALMEIDA, P; MACHADO, L; GOMES, L. “A prevalência de incontinência urinária em mulheres praticantes de jump”. *Fisioter. Mov.* Vol 25, n.1, p 55-65. Curitiba Jan./Mar. 2012. ISSN 1980-5918. DOI:10.1590/S0103-51502012000100006
3. AUWAD, W. et al. Moderate weight loss in obese women with urinary incontinence: a prospective longitudinal study. *International Urogynecology Journal*, v. 19, n. 1, p. 1251-1259, 2008.
4. BARACHO, E et al. “*Fisioterapia aplicada à obstetrícia: aspectos de ginecologia e neonatologia*”. 3 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.
5. BENÍCIO, C; LUZ, M; LOPEZ, M; CARVALHO, N. “*Incontinência Urinária: Prevalência e Fatores de risco em mulheres em uma unidade básica de saúde*”. *Estima*, v.14 n,4, p.161-168,2016.
6. BØ K. Urinary incontinence, pelvic floor dysfunction, exercise and sport. *Sports Med.* 2004;34(7):451-64
7. CAETANO, A; TAVARES, M. “Incontinência urinária e a prática de atividade física”. *Ver Bras Med Esporte* – Vol. 13, N.4 – Jul./Ago. 2007.
8. CÂNDIDO, F; MATNEI, T; GALVÃO, L; SANTOS, V; SANTOS, M; SARRIS. “*Incontinência Urinária em mulheres: Breve revisão de fisiopatologia, avaliação e tratamento*”. *Visão Acadêmica*, Curitiba, v. 18 n.3, Jul. -Set./2017 – ISSN 1518-8361.

9. CARNEIRO, J. “Prevalência e fatores associados à incontinência urinária em idosos não institucionalizados”. Cad. Saúde Colet., 2017, Rio de Janeiro, 25 (3):268-277.
10. CARVALHO, M; ANDRADE, F. “O impacto da incontinência urinária e seus fatores associados a idosos”. Ver. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2014; 17(4):721-730.
11. GOMES, A; VERÍSSIMO, J. “Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres”. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v.27, n.2, p.181-192, maio-ago. 2013.
12. Kikuchi A, Niu k, Ikeda Y, Hozawa H, Nakagawa H, Guo H, et al. Association between between physical activity and urinary incontinence in a Community-based elderly population aged 70 years and over. Eur Urol. 2007;52(3):868-74.
13. KOBASHI, C et al. “Evaluation of patients with urinary incontinence and pelvic prolapse”. Campbell-Walsh Urology. New York, 11 edição., 2012, p. 1896-1908.
14. LOPES, D; PRAÇA, N. “Incontinência Urinária autorreferida no pós-parto: características clínicas”. Ver Esc Enferm USP 2012, 46(3):559-64
www.ee.usp.br/reeusp/.
15. MARCELINO, Tania C.; LANUEZ, Fernanda V.; Abordagem Fisioterapêutica na Massagem Perineal no Pré - parto; ConScientiae Saúde, 2009; 8(2):339-344.
16. MARINHO, A; LEAL, B. “Incontinência urinária feminina e fatores de risco”. Fisioterapia Brasil- Volume 7- Número 4- julho/agosto de 2016.
17. MONTEIRO, M; FONSECA, A. “Valor do estudo urodinâmico no tratamento da incontinência urinária”. FEMININA Maio/Junho 2012 / vol 40 n.3.
18. Nygaard IE, Shaw JM. Physical activity and the pelvic floor. Vol. 214, American Journal of Obstetrics and Gy- necology. 2016. p. 164–71.
19. PATRIZZI, L. “Incontinência Urinária em mulheres jovens praticantes de exercício físico”. R. Bras. Ci. e Mov. 2014; 22(3): 102-110.
20. SILVA, Carolina R. da, Cinesioterapia Do Assoalho Pélvico Feminino – Abordagem Fisioterapêutica Na Incontinência Urinaria E Nas Disfunções Sexuais Femininas; editora Phorte, São Paulo, 2011
21. TALAMÁS, H. R. et al. Comprehensive evaluation of the effect of bariatric surgery on pelvic floor disorders. Surgery for ObesityandRelatedDiseases, v. 12, n. 1, p. 138-143, 2016.
22. TORREALBA, F; OLIVEIRA, L. “Incontinência urinária na população feminina e idosos”. Ensaios e Ciência Biológicas, Agrárias e da Saúde. Vol.14, N.1, Ano 2010.

