

**Perfil Epidemiológico de Mulheres Submetidas ao Estudo Urodinâmico com Diagnóstico de Incontinência Urinária de Esforço em um Centro de Referência do Município de Criciúma no Período de Janeiro a Setembro de 2015**

Epidemiological profile of women under the urodynamic study with diagnostic of effort urinary incontinence in a reference center of Criciúma in the period January to September of 2015

Formatado: Inglês (Estados Unidos)

Aline Fernanda Monteiro<sup>1\*</sup>, Cristiane Lopes Coral<sup>1\*</sup>, Luan Rocha<sup>1</sup>, Cristiane Damiani Tomasi<sup>2</sup>, Kristian Madeira<sup>3</sup>, Beatriz Cristina Milanese<sup>4</sup>

1. Graduandos em Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil.
2. Doutora do Grupo de Pesquisa de Informática Médica e Telemedicina – KIRON, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC. Laboratório de Fisiopatologia Experimental, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil.
3. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Professor de Bioestatística do Departamento de Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Pesquisador do Laboratório de Epidemiologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil.
4. Médica Especialista em Ginecologia e Obstetrícia e Especialista em Endoscopia Ginecológica. Professora do Curso de Graduação em Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil.

\* Estes autores contribuíram igualmente para este estudo

Autor correspondente: Av. Universitária, 1105. Criciúma, SC, Brasil. 88806-000. Telefone: +55 48 34314537, e-mail: bcm@unesc.net

## Resumo

Este estudo teve como objetivo avaliar o perfil epidemiológico de mulheres incontinência urinária de esforço diagnosticadas por meio do estudo urodinâmico, em um centro de referência em Criciúma/SC. Foi realizado um estudo quantitativo, observacional, transversal com coleta de dados primários. Foram incluídas 105 pacientes, as quais responderam um questionário, que abrangiam dados antropométricos, sociodemográficos, história clínica, obstétrica e os sintomas mais comuns. Os dados foram analisados com o auxílio do *software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 21.0. A média de idade das participantes foi de  $56,7 \pm 11,2$  anos. A média de gestações foi de  $3,51 \pm 1,68$  por mulher, de modo que 63 (60,0%) realizaram somente parto normal, 4 (3,8%) apenas parto cesariano, 36 (34,3%) realizaram ambos e 2 (1,9%) não gestaram. A maioria, 78 (74,3%) das pacientes, relatavam perda urinária aos esforços como queixa principal. Aquelas que se queixavam de perda urinária insensível obtiveram maior média ( $4,07 \pm 1,07$ ) de gestações ( $p = 0,019$ ). Vários estudos sugerem que a gestação, independente da via de parto tem forte associação com a ocorrência de sintomas urinários irritativos. Ademais, quanto maior o número de gestações, maior a gravidade da IUE. Este estudo conclui que a frequência de IUE é alta em multíparas, apresentando maior associação com parto vaginal quando comparada a cesariana. Portanto, ressalta-se que gestação parece ser tão relevante, quanto o próprio número de nascimentos por partos vaginais.

**Palavras-chave:** Incontinência urinária. Incontinência urinária de esforço. Diagnóstico urodinâmico. Sintomas.

## Abstract

This study aimed to evaluate the epidemiological profile of women with effort urinary incontinence diagnosed by urodynamic study in a reference center of Criciúma/SC. It was performed a quantitative, observational, cross sectional study with primary data collection. It was included 105 patients, who answered a questionnaire, including anthropometric, sociodemographic data, clinical history, obstetric and the most common symptoms. The data were analyzed using the *IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software* version 21.0. The mean age of the participants was  $56.7 \pm 11.2$  years. The average number of pregnancies were  $3.51 \pm 1.68$  for woman, so that 63 (60.0%) performed normal birth, 4 (3.8%) cesarean delivery, 36 (34.3%) underwent both and 2 (1.9%) did not gave birth. Most of the patients, 78 (73.3%), reported of stress urinary incontinence as the chief complaint. Those who complained of insensitive urine loss obtained higher mean ( $4,07 \pm 1,07$ ) of pregnancies ( $p = 0.019$ ). Several studies suggest that the pregnancy, regardless the mode of the delivery, is strongly associated with the occurrence of irritative urinary symptoms. Furthermore, the greater the number of pregnancies greater the severity of EUI. This study concludes that the frequency of EUI is higher in multiparous, presenting a greater association with vaginal delivery compared to cesarean delivery. Therefore it emphasizes that pregnancy seems to be as relevant as the actual number of births by vaginal delivery.

**Keywords:** Urinary incontinence. Effort urinary incontinence. Urodynamic diagnosis. Symptoms.

## Introdução

A *International Continence Society* (ICS) define a incontinência urinária (IU) como sendo a queixa de qualquer perda involuntária de urina<sup>(1)</sup>. Pode ser descrita como um sintoma, um sinal ou por meio da avaliação urodinâmica<sup>(2)</sup>, sendo classificada em incontinência urinária de esforço (IUE), incontinência urinária de urgência (IUU) e incontinência urinária mista (IUM)<sup>(1)</sup>. A IUE é definida por perda involuntária de urina quando há aumento da pressão intra-abdominal em atividades como tossir, rir, ou fazer esforço, constituindo a forma mais prevalente na população em geral, e apresentando uma ampla variação conforme a idade e outros fatores de risco, acometendo 25 a 35% das mulheres incontinentes entre 45 a 60 anos<sup>(2)</sup>.

A IUE geralmente é de etiologia multifatorial e seus fatores somados aumentam sua prevalência. O aumento da idade, responsável pelo envelhecimento natural das fibras musculares, pode prejudicar a capacidade dos músculos do assoalho pélvico de contribuírem no processo de continência<sup>(3)</sup>, o elevado índice de massa corpórea (IMC) que acarreta em sobrecarga do assoalho pélvico e pode desencadear uma alteração anátomo-funcional para sustentação dos órgãos e para o controle miccional<sup>(4)</sup>. Além disso, tosse crônica, raça branca, número de gestações, via de parto, menopausa, distopias, constipação intestinal, tabagismo, exercícios físicos intensos e uso de alguns medicamentos são fatores de risco comuns encontrados em mulheres incontinentes<sup>(5,6)</sup>.

Os sinais e sintomas são utilizados para orientar o diagnóstico e caracterizar o tipo de IU. Dentre os mais prevalentes estão a perda de urina aos esforços, urge-incontinência, frequência, polaciúria, noctúria, sensação de esvaziamento incompleto e enurese noturna<sup>(7)</sup>. Outra ferramenta usada para orientar o diagnóstico e auxiliar na escolha do tratamento e considerada, por alguns autores o padrão-ouro, é a avaliação urodinâmica (AUD), que permite avaliar a estabilidade do detrusor, perda urinária durante o esforço (manobra de valsalva), além de analisar o fluxo/pressão e a presença de obstrução infravesical<sup>(8,9)</sup>.

Este estudo tem como objetivo avaliar as características de mulheres com diagnóstico de IUE por meio da avaliação urodinâmica (AUD) realizada em um centro de referência de Criciúma/SC.

## **Métodos**

Foi realizado um estudo observacional transversal. A amostra foi de conveniência incluindo todas as pacientes, maiores de 18 anos, no período de janeiro a setembro de 2015, que foram encaminhadas para o centro de referência por queixas de incontinência urinária, submetidas à AUD e diagnosticadas com IUE, num total de 105 pacientes. Foram excluídas aquelas que não responderam adequadamente ao questionário e aquelas sem diagnóstico de IUE. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob número de parecer 1.032.717/2015.

Foi aplicado um questionário, incluindo variáveis de interesse ao desfecho, como a presença de sintomas urinários, história ginecológica e obstétrica, medidas antropométricas, idade, raça, nível de escolaridade, cirurgias prévias, menopausa, tabagismo e ritmo intestinal.

O estudo urodinâmico foi realizado pelo mesmo profissional consistindo de avaliação urodinâmica das pacientes com queixas urinárias, o qual se procede a urofluxometria, cistometria, perfil de pressão uretral e estudo de pressão das perdas. Para a realização do mesmo foi utilizado o aparelho *Dynograph Recorder R-611*.

A análise estatística foi realizada com software IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 21.0 onde foram efetuados os testes estatísticos, com nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%. As variáveis quantitativas foram expressas por meio de média e desvio padrão. As variáveis qualitativas foram expressas por meio de frequências e porcentagens. A distribuição das variáveis quantitativas quanto à normalidade foi investigada por meio da aplicação dos testes de Shapiro-Wilk e Kolmogorov-Smirnov. A homogeneidade das variâncias foi avaliada por meio do teste de Levene.

A comparação entre idade e a queixa principal foi realizada por meio da aplicação do teste de *t* de *Student* para amostras independentes. A comparação da média de gestações e a queixa principal foi realizada por meio do teste *U* de *Mann-Whitney*. Já na investigação de associação entre a queixa principal e as variáveis tipo de parto e IMC foi realizado através do teste do qui-quadrado de Pearson.

## Resultados

Um total de 105 mulheres respondeu o questionário. Na amostra analisada, a idade média das participantes foi de  $56,7 \pm 11,2$  anos. A maioria das mulheres, 88 (83,8%) eram brancas, mais da metade, 74 (70,5%) eram casadas, e a maior parte 49 (46,7%) possuíam ensino fundamental incompleto (Tabela 1).

A média de gestações foi de  $3,51 \pm 1,68$  por mulher, sendo que 63 (60,0%) delas realizaram apenas parto normal, 4 (3,8%) somente parto cesariano, 36 (34,3%) realizaram ambos e 2 (1,9%) não gestaram. O uso de fórceps foi relatado por 21 (20%) das pacientes. A maioria, 88 (83,8%), das participantes referiram não ter havido intercorrências obstétricas durante o parto, 8 (7,6%) relataram desproporção pélvica, 8 (7,6%) descreveram hemorragia pós-parto e 1 (1,0%) teve ambas intercorrências. A média de peso do maior recém-nascido foi de  $3695,28 \pm 585,57$ g. Dentre as participantes, 73 (69,52%) estavam na menopausa e a média de idade do início da mesma foi de  $48,84 \pm 5,43$  anos. Neste estudo, 71 (67,6%) das mulheres responderam que haviam feito algum tipo de cirurgia abdominal ou pélvica. Analisando o IMC, 26 (24,8%) apresentavam-se no peso normal, 60 (57,1%) sobrepeso, 16 (15,2%) obesidade grau 1 e apenas 3 (2,9%) obesidade grau 2. Tabagismo ativo foi relatado por 27 (25,7%) das mulheres (Tabela 2).

Referente à queixa principal, 78 (74,3%) das mulheres analisadas queixavam-se de perda urinária aos esforços, enquanto 27 (25,7%) relataram perda urinária insensível. Com relação aos sintomas mais comuns, 63 (60,0%) referiram urgência, 96 (91,4%) perda de urina aos esforços, 71 (67,6%) sensação de esvaziamento incompleto e 24 (22,9%) disúria (Tabela 3).

Conforme a tabela 4, ao investigar a correlação entre o número de gestações e a queixa principal, observou-se correlação positiva significativa ( $p = 0,019$ ) entre a média de gestações ( $4,07 \pm 1,77$ ) e aquelas mulheres que se queixavam de perda urinária insensível. Ao analisar a associação entre o IMC e a queixa principal, evidencia-se que entre as 78 mulheres que se queixaram de perda urinária aos esforços, 17 (21,1%) apresentavam IMC normal, 48 (61,5%) estavam com sobrepeso, 12 (15,4%) com obesidade grau I e 1 (1,3%) obesidade grau II. Em relação às 27 mulheres que se queixaram de perda urinária insensível, 9 (33,3%) apresentaram IMC normal, 12 (44,4%) sobrepeso, 4 (14,8%) obesidade grau I e 2 (7,4%) obesidade grau II. Demonstrando assim que mulheres com sobrepeso reclamavam com maior frequência perder urina aos esforços de forma mais expressiva que a queixa de perda urinária insensível, apesar de estatisticamente não significativo ( $p = 0,192$ ).

## **Discussão**

A IUE representa um enorme problema de saúde pública, atingindo milhões de pessoas no mundo, sendo as mulheres as mais acometidas, devido à grande quantidade de fatores de risco que apresentam<sup>(6)</sup>.

No presente estudo, verificou-se que mulheres diagnosticadas com IUE, apresentaram uma idade média de  $56,71 \pm 11,21$  anos, superior às citadas em dados da literatura. No estudo publicado no *Jornal de Epidemiologia Clínica* a média de idade foi de 53,2 anos<sup>(10)</sup>, já a pesquisa da *Revista de Obstetria e Ginecologia do México* a média foi de  $41,5 \pm 12,7$  anos<sup>(11)</sup>. Quando a queixa principal relatada pela paciente era perda de urina aos esforços a média de idade ficava em  $55,29 \pm 8,80$  anos, e quando mencionada perda de urina insensível a média de idade era de  $60,81 \pm 15,8$  anos, corroborando o que citam autores<sup>(3)</sup> que a idade além de fator de risco isolado, contribui para graus mais avançados de IUE. Não se exclui a presença de sintomas urinários em mulheres jovens, embora pareça ser mais grave o quadro clínico e de pior prognóstico com o avanço da idade<sup>(12)</sup>. Os dados desta pesquisa confirmam o que a maioria dos estudos<sup>(10,11,12)</sup> comprovam quanto a idade e sua participação como fator importante na IUE.

A gravidez é um período de transformações anatômicas e fisiológicas, e entre as alterações orgânicas, enfatizam-se as ocorridas no trato genito-urinário<sup>(13)</sup>. A gravidez é fator de risco estabelecido para a IUE entre mulheres jovens e de meia-idade<sup>(12)</sup>. Durante a gestação, ocorre influência multifatorial sobre a anatomia do sistema urinário e da fisiologia miccional, determinando o surgimento ou não da incontinência, associados aos efeitos hormonais crescentes e a maior ou menor atuação dos músculos do assoalho pélvico, influenciando no mecanismo de continência<sup>(14)</sup>. A prevalência de incontinência urinária é alta entre mulheres e atinge preferencialmente aquelas com antecedente de algum tipo de parto, ainda que este tenha sido cesáreo<sup>(15)</sup>. Em um estudo realizado, observou-se que o parto vaginal foi associado à diminuição da força e resistência muscular do assoalho pélvico, quando comparado à cesariana eletiva, bem como cesariana de emergência, sendo o parto vaginal considerado um fator de risco para o desenvolvimento de IUE<sup>(16)</sup>. Desta forma, equiparando-se a vários estudos<sup>(12,14,15)</sup>, verifica-se que a gestação, independente da via de parto, apresenta forte associação com a ocorrência de sintomas urinários irritativos, com uma média na pesquisa de 3,51±1,68 gestações por mulher. Ademais quanto maior o número de gestações, maior a gravidade da IUE, referida associação por muitos autores<sup>(15,17)</sup> e averiguada nesta pesquisa.

O peso do recém-nascido é fator de risco para IUE, tanto durante a gravidez quanto no parto vaginal, pois leva ao aumento da pressão intra-abdominal e, conseqüentemente, ao aumento da pressão intravesical<sup>(18)</sup>. Além disso, existe o risco para lesão do assoalho pélvico durante o parto vaginal<sup>(19)</sup>. Entretanto, um estudo<sup>(20)</sup> sueco, não encontrou associação significativa entre o parto de crianças com peso maior que 4000g e a presença de sintomas irritativos ou de lesões no assoalho pélvico após o parto vaginal, fator considerado como risco para IUE<sup>(20)</sup>. Neste estudo, a média de peso do maior RN foi de 3695,28g ±585,57g, verificando um peso menor que o descrito nas literaturas.

Há predomínio da raça branca em mulheres com IUE quando comparadas às negras, provavelmente por existir determinadas diferenças na anatomia, resistência uretral e estruturas de suporte do assoalho pélvico que protegem as mulheres negras da incontinência urinária.



Porém, as distinções raciais com base na cor da pele não são precisas, devido a traços de herança negra em nossa população, dificultando o estabelecimento dessa característica<sup>(21)</sup>. O presente estudo, expôs superioridade da raça branca quando comparada à negra e parda.

O excesso de peso leva ao aumento da pressão abdominal durante as atividades diárias, o que tende a elevar a pressão vesical, causar maior mobilidade da uretra e colo vesical e, conseqüentemente, levar a IUE<sup>(22)</sup>. Assim, é bastante provável a hipótese, de que pacientes com sobrepeso e obesidade isolados, tenham maior associação tanto com a presença quanto a severidade da incontinência. Algumas fontes na literatura<sup>(22,23,24)</sup>, apontam uma relação direta entre o grau de obesidade e a severidade da IUE. Nesta pesquisa, observou-se um maior número absoluto de mulheres com sobrepeso, correspondendo a uma porcentagem de 57,1%. Contudo, não se pode afirmar que o aumento do IMC possui relação diretamente proporcional com a gravidade da IUE, já que existiram mulheres com IMC normal que exibiram severidade no grau da incontinência, sendo mais significativa que pacientes com obesidade avançada<sup>(23)</sup>.

Há uma associação significativa entre menopausa e IUE como demonstram alguns estudos<sup>(18,21)</sup>. As mudanças hormonais acarretam em alterações na estática pélvica e deficiência esfínteriana intrínseca que contribui para sintomas urinários de frequência, urgência e disúria<sup>(21)</sup>. A pesquisa revelou predomínio de mulheres na menopausa, confirmando aquilo que citam autores<sup>(18,21)</sup>.

Há expressiva associação entre a IUE e cirurgias ginecológicas conforme provam alguns estudos<sup>(21,22)</sup>. A histerectomia é o procedimento mais envolvido como fator precipitante, já que excisão ou o prolapso do útero comprometem as funções do assoalho pélvico, uma vez que este órgão suporta parte do assoalho, e sua remoção pode causar danos às estruturas que sustentam a bexiga e a uretra e devido a danos à inervação pélvica<sup>(22)</sup>. Conforme mostra a literatura, esta pesquisa demonstrou que a maioria das mulheres realizaram algum tipo de cirurgia pélvica e/ou abdominal.

Avaliando os sintomas relatados pelas mulheres, houve uma maior frequência de perda de urina aos esforços (74,3%) quando comparada a perda de urina insensível (25,7%), além disso, quanto maior a paridade maior a associação com a perda de urina insensível, demonstrando que gestação, além de ser fator de risco, propicia a graus mais severos de IUE<sup>(12)</sup>. Quanto aos demais sintomas, houve concordância da prevalência mencionada na maioria das literaturas<sup>(15,17)</sup>.

A pesquisa conclui que a IUE possui maior frequência em mulheres acima de 50 anos, brancas, que realizaram algum tipo de cirurgia pélvica ou abdominal e que estavam na menopausa. Além disso, a frequência de IUE é alta em multíparas, apresentando maior associação com parto vaginal quando comparada a cesariana. Porém, é importante esclarecer que gestação parece ser tão relevante, quanto o próprio número de nascimentos por partos vaginais no surgimento da IUE.

O estudo apresentou como limitação a baixa quantidade de mulheres encaminhadas ao centro de referência para realização da AUD.

## Referências

1. Abrams P, Cardoso L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the international continence society. *Urology*. 2003;61(1):37-49.
2. Ramos, José Geraldo Lopes et al. Avaliação da incontinência urinária feminina. In: FREITAS, Fernando et al., Rotinas em Ginecologia. 6ed. Porto Alegre: Artemed, 2011.
3. Danforth KN, Townsend MK, Lifford K, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *Am J Obstet and Gynecol*. 2006; 194 (2): 339-345.
4. Subak LL, Whitcomb E, Shen H, Saxton J, Vittinghoff E, Brown JS. Weight loss: a novel and effective treatment for urinary incontinence. *J Urol*. 2005;174 (1): 190-95.
5. Panayi DC, Khullar, V. Urogynaecological problems in pregnancy and postpartum sequelae. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, United Kingdom*. 2009; 21 (1): 971-00.
6. Gomes GV, Silva GD. Incontinência urinária de esforço em mulheres pertencentes ao programa de saúde da família de dourados (MS). *Rev. Assoc. Méd. Bras*. 2010; 56 (6): 649-54.
7. Guarisi T, Pinto-Neto AM, Pedro AO, Faundes A. Fatores associados à prevalência de sintomas urinários em mulheres climatéricas. *Rev Bras Ginecol Obst*. 1997; 19: 589-96.
8. Gomes CM, Falci J, Renato TR, Flávio E. Avaliação Urodinâmica em Uroginecologia. In: Montellato N, Baracat F, Arap S. *Uroginecologia*. São Paulo: Roca, 2000. p.65-101.
9. Van Der Vaart CH, De Leeuw JRJ, Roovers JP, Heintz APM. The effect of urinary incontinence and overactive bladder symptoms on quality of life in young women. *BJU Int*. 2002; 90:544-9.
10. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *J Clin Epidemiol* 2000;55 (11):1150-57.
11. Magaña MV, López HHB, Poceros GR, Ortega GO, Ruz ESN, Castrillo CS. Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Estudio en población abierta. *Ginecol Obstet Mex*. 2007; 75 (6):347-56.
12. Hunskaar S, Burgio K, Diokno A, Herzog R, Hjalmas K, Lapitan MC. Epidemiology and natural history of urinary incontinence in women. *Urology*. 2003; 62 (4 Suppl 1):16-23.
13. Peeker I, Peeker R. Early diagnosis and treatment of genuine stress urinary incontinence in women after pregnancy: midwives as detectives. *J Midwifery Womens Health*. 2003; 48(1):60-6.
14. Borges JBR, Guarisi, T, Camargo ACM, Gollop TR, Machado RB, Borges PCG. Incontinência urinária após parto vaginal ou cesáreo. *Einstein*. 2010; 8 (2):192-96.
15. Sscarpa KP, Herrmann V, Palma PCR, Ricetto CLZ, Morais S. Sintomas do trato urinário inferior três anos após o parto: estudo prospectivo. *Rev Bras de Ginecol e Obst*. 2008; 30 (7): 355-59.
16. Botelho S, Ricetto C, Herrmann V, Pereira LC, Amorim C, Palma P. Impact of delivery mode on electromyographic activity of pelvic floor: comparative prospective study. *Neurourol Urodynam*. 2010; 29 (7):1258-51.
17. Thomason AD, Miller JM, Delancey JO. Urinary incontinence symptoms during and after pregnancy in continent and incontinent primiparas. *Int Urogynecol J*. 2007; 18 (2):147-51.
18. Persson J, Hanssen PW, Rydhstroem H. Obstetric risk factors for stress urinary incontinence: a populationbased study. *Obstet Gynecol*. 2000; 96(3):440-5.
19. Moalli PA, Ivy SJ, Meyn LA, Zyczynski HM. Risk factor associated with pelvic floor disorders in women undergoing surgical repair. *Obstet Gynecol*. 2003; 101(5): 869-74.
20. Krue S, Jensen H, Agger AO, Rasmussen KL. The influence of infant birth weight on post partum stress incontinence in obese women. *Arch Gynecol Obstet*. 1997; 259(3): 143-45.
21. Brown JS, Grady D, Ouslander JG, Herzog AR, Varner RE, Posner SF. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in postmenopausal women. *Hert &*

- Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS) Research Group. *Obstet Gynecol* 1999;94:66-70.
22. Moller LA, Lose G, Jorgensen T. Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years of age. *Obstet Gynecol*. 2000; 96(3):446-51
  23. Minassian VA, Stewart WF, Wood GC. Urinary incontinence in women: variation in prevalence estimates and risk factors. *Obstet Gynecol*. 2008; 111(2 Pt 1):324-31.
  24. Richter HE, Burgio KL, Brubaker L, Moalli PA, Markland AD, Mallet V, et al. Factors associated with incontinence frequency in a surgical cohort of stress incontinent women. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193(6):2088-93
  25. Mcfarlin BL. Elective cesarean birth: issues and ethics of an informed decision. *J Midwifery Womens Health*. 2004; 49(5):421-9.

**Tabela 1.** Perfil Clínico e Obstétrico de Mulheres com IUE.

Variáveis	n(%) n=105
Número total de gestações*	3,51 ±1,68
Tipo de parto	
Parto Normal	63 (60,0)
Cesariana	4 (3,8)
Ambos	36 (34,3)
Uso de fórceps	
Sim	21 (20,0)
Não	84 (80,0)
Cirurgia prévia	
Sim	71 (67,6)
Não	34 (32,4)
Constipação	
Sim	43 (41,0)
Não	62 (59,0)
IMC	
Normal	26 (24,8)
Sobrepeso	60 (57,1)
Obesidade grau I	16 (15,2)
Obesidade grau II	3 (2,9)
Peso do Recém Nascido*	
Menopausa	
Sim	
Não	(69, 52)
Idade da menopausa*	(30,48)
	48,84 ± 5,43

\*Média ±desvio padrão

DCP=desproporção céfalo-pélvica, RN= recém-nascido

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

**Tabela 2.** Frequência dos principais sintomas urinários relatados.

Variáveis	n (%) n=105
Queixa principal	
Perda de urina aos esforços	78 (74,3)
Perda de urina insensível	27 (25,7)
Urgência	
Sim	63 (60,0)
Não	42 (40,0)
Perda de urina aos esforços	
Sim	96 (91,4)
Não	9 (8,6)
Sensação de esvaziamento incompleto	
Sim	71 (67,6)
Não	34 (32,4)
Disúria	
Sim	24 (22,9)
Não	81 (77,1)

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

**Tabela 4.** Análise da idade, número de gestações, tipo de parto e IMC correlacionados com a queixa principal.

Variáveis	Perda Urinária: n(%)		Valor-p
	Ao esforço n = 78	Insensível n = 27	
Idade (anos) *	55,29 ± 8,80	60,81 ± 15,81	0,094
Nº de gestações*	3,32 ± 1,61	4,07 ± 1,77	0,019
Tipo de parto			
Nenhum	1 (1,3)	1 (3,7)	0,691
Parto normal	49 (62,8)	14 (51,9)	
Cesariana	3 (3,8)	1 (3,7)	
PN + Cesariana	25 (32,1)	11 (40,7)	
IMC			
Normal	17(21,1)	9 (33,3)	0,192
Sobrepeso	48 (61,5)	12 (44,4)	
Obesidade grau I	12 (15,4)	4 (14,8)	
Obesidade grau II	1 (1,3)	2 (7,4)	

\*Média ±desvio padrão

IMC: índice de massa corporal

PN: parto normal

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.