



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

PAMELLA PAOLA BEZERRA DE OLIVEIRA

**PREVALÊNCIA E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DA
INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM ATLETAS CORREDORAS**

ARACAJU

2013

PAMELLA PAOLA BEZERRA DE OLIVEIRA

**PREVALÊNCIA E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DA
INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM ATLETAS CORREDORAS**

Monografia apresentada ao colegiado do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Medicina.

Orientadora: Daniela Siqueira Prado

ARACAJU

2013

PAMELLA PAOLA BEZERRA DE OLIVEIRA

**PREVALÊNCIA E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DA
INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM ATLETAS CORREDORAS**

Monografia apresentada ao colegiado do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Medicina.

Aprovado em: / /

Autora: Pamella Paola Bezerra de Oliveira

Orientadora: Daniela Siqueira Prado

Examinador

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por iluminar meu caminho, me dando força e serenidade para cumprir essa missão tão bonita que é cuidar do ser humano.

Aos meus pais, Petrócio e Niza, pelo amor, cuidado e incentivo. Obrigada por acreditarem na minha capacidade e no meu sonho.

Aos meus irmãos, Igor e Priscila, que sempre estiveram ao meu lado, depositando confiança e me apoiando nas minhas decisões.

Ao meu namorado Bruno, pelo incentivo, amor, amizade, companheirismo e compreensão durante todo esse processo.

Aos meus amigos pela torcida e pela compreensão dos meus momentos de ausência.

À minha orientadora Daniela Prado e à amiga Leyla Manoela, pelas horas cedidas, pela paciência e preocupação durante a elaboração da monografia.

A todas as pessoas que me acompanharam e torceram por mim nestes seis anos de curso.

LISTA DE TABELAS

Artigo Científico

Tabela 1. Características epidemiológicas, antecedentes ginecológicos e obstétricos das atletas e das mulheres do grupo controle	55
Tabela 2. Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida das atletas e do grupo controle	56
Tabela 3. Frequência de perda urinária entre as atletas e o grupo controle	57
Tabela 4. Quantidade de urina perdida entre as atletas e o grupo controle	58

SUMÁRIO

I. REVISÃO DA LITERATURA	6
II. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
III. NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO ARTIGO.....	30
IV. ARTIGO CIENTÍFICO	41
V. ANEXOS DA MONOGRAFIA	59

I. REVISÃO DA LITERATURA

Segundo a *International Continence Society*, a incontinência urinária é definida como “queixa de qualquer perda involuntária de urina” (ABRAMS *et al.*, 2003). Ela pode ser avaliada como um sintoma, um sinal ou uma condição. Sintoma é o indicador subjetivo de uma doença, sinal é o que pode ser observado pelo médico e a condição é definida pela presença da observação urodinâmica (estudo através de exames) associada com sintomas característicos da incontinência urinária e sinais e/ou pela evidência não urodinâmica de processo patológico relevante (CAETANO *et al.*, 2007).

Existem três principais tipos de incontinência urinária mais comumente observados na população: incontinência urinária de esforço, que é a perda de urina associada com atividades que aumentem a pressão intra-abdominal, urge-incontinência, perda involuntária de urina associada com um forte desejo de urinar, e incontinência urinária mista, quando ambos os tipos anteriores estão presentes (ABRAMS *et al.*, 2003).

A incontinência urinária de esforço é o tipo mais comum, caracterizando-se pela perda de urina ao tossir, espirrar ou realizar esforço físico (BARROS *et al.*, 2007). Neste tipo de incontinência, ocorre uma alteração do gradiente de pressão entre a bexiga e a uretra devido a uma falha no mecanismo esfinteriano extrínseco ou intrínseco da uretra. Ou seja, resulta de uma hipermobilidade do colo vesical (alterações do mecanismo uretral extrínseco, referente ao posicionamento anatômico do colo vesical e da uretra proximal) e/ou insuficiência esfinteriana intrínseca (fechamento uretral ineficaz) (BARROS *et al.*, 2007).

A urge-incontinência é a perda involuntária de urina associada a repentino e forte desejo de micção (urgência), causada por hiperatividade da bexiga, que, por sua vez, pode ser de origem neurogênica ou não-neurogênica (BARROS *et al.*, 2007). Já a incontinência urinária mista ocorre quando há uma associação dos sintomas tanto da incontinência de esforço quanto da urge-incontinência, em que a paciente desenvolve mudanças anatômicas vesicais e bexiga hiperativa. Dentre os sintomas apresentados, destacam-se: urgência para urinar, noctúria, gotejamento urinário constante, sensação de não esvaziamento da bexiga e jato urinário fraco (BARROS *et al.*, 2007).

A prevalência da incontinência urinária na mulher pode variar entre 12% e 56%, a depender da metodologia utilizada para a realização do estudo, da característica da população (idade, atividade profissional, presença de doenças crônicas, estado menopausal), diagnóstico

utilizado, entre outros (HIGA *et al.*, 2004). É um problema que pode afetar todos os grupos populacionais, de todas as idades e ambos os sexos, entretanto a proporção é maior nas mulheres (3:1) e a incidência aumenta com a idade, com um pico máximo entre os 50 e os 60 anos (GUERRA, 2006).

Em um estudo realizado na população norueguesa, entre mulheres com faixa etária de 20 anos ou mais, a prevalência da incontinência urinária foi de 25%, enquanto que entre as mulheres mais idosas, de 80 a 89 anos, estes índices foram de 46% (HANNESTAD *et al.*, 2000 *apud* HIGA; LOPES; REIS, 2008). Em contrapartida, prevalências menores têm sido observadas entre mulheres japonesas (26%) e em mulheres dinamarquesas com idade entre 40 e 60 anos (16%) (MOLLER *et al.*, 2000; GUARISI *et al.*, 2001). Hunskaar e colaboradores (2004) publicaram dados de prevalência geral de 13 estudos sobre incontinência urinária onde mostraram crescentes índices durante a idade adulta jovem (prevalência de 20 a 30%), amplo pico por volta da quinta década de vida (prevalência de 30 a 40%) e aumento regular e constante em pacientes acima de 60 anos (prevalência de 30 a 50%).

Em estudo realizado com mulheres australianas, com idade entre 35 a 64 anos, 55% tinham incontinência urinária de esforço, 31% incontinência urinária mista e 10% urge-incontinência. No entanto, em mulheres com idade entre 80 e 89 anos, da Islândia, o tipo mais comum de incontinência urinária foi a urge-incontinência (43%), seguido pela incontinência urinária mista (28%) e a de esforço (26%) (HIGA; LOPES, 2008). Em um outro estudo realizado na zona metropolitana de Guadalajara, onde 352 mulheres com idade entre 15 e 85 anos foram entrevistadas, observou-se uma prevalência de incontinência urinária de 27,8% (ESPINOZA *et al.*, 2006). Moller e colaboradores (2000), realizaram estudo com mulheres dinamarquesas de 40 a 60 anos, em que 16% referiu sintomas de incontinência urinária de esforço, tendo aumento dessa prevalência dos 40 aos 55 anos e um declínio após essa idade.

Dados referentes à população brasileira, embora ainda incipientes, apontam prevalência de incontinência urinária em mulheres entre 30 e 43% (FIGUEIREDO *et al.*, 2008). Guarisi *et al.* (2001) em trabalho de prevalência de incontinência urinária com 456 mulheres brasileiras, com idade entre 45 e 60 anos, demonstrou que 35% das entrevistadas declaram apresentar o sintoma “incontinência urinária de esforço”. Este mesmo autor realizou em 1998, estudo com mulheres incontinentes no climatério e com idade entre 35 e 81 anos, mostrando ser mais frequente a incontinência urinária de esforço (30,7%), seguida pela urge-incontinência (14,2%) e incontinência mista (10%).

Entre as pacientes atendidas no setor de Uroginecologia da UNIFESP/EPM, observou-se que os sintomas mistos foram os mais prevalentes, abrangendo 52,6% do total. Em meio às mulheres com sintoma único de perda aos esforços, não se observou hiperatividade do detrusor, da mesma forma que entre aquelas com queixa de urgência/urgeincontinência isolada não foi evidenciada incontinência de esforço na avaliação urodinâmica (FELDNER *et al.*, 2002).

Os índices de prevalência da incontinência urinária feminina sofrem variação de acordo com a metodologia adotada em cada estudo. No entanto, sabe-se que a prevalência costuma ser maior após os 60 anos (VIRTUOSO *et al.*, 2012). Estudos internacionais de Mardon *et al.* (2004) e Huang *et al.* (2007) apontam uma prevalência de 44% e 53%, respectivamente, entre mulheres com 65 anos ou mais. Algumas possíveis causas para uma maior prevalência de distúrbios urinários nas idosas são a diminuição da capacidade da bexiga (que passa de 500 a 600ml para 250 a 300ml), contribuindo para o surgimento de polaciúria associada a noctúria, o baixo nível de estrógeno após a menopausa, doenças crônicas e aumento do índice de massa corpórea (IMC) (HIGA; LOPES; REIS, 2008).

Em mulheres com idade entre 45 e 60 anos, em uma população normal, a prevalência de incontinência urinária tem sido estimada entre 9% e 60% em vários estudos que utilizam questionários (GUARISI *et al.*, 2001). Em jovens, principalmente aquelas que praticam atividade física intensa, como atletas, militares e dançarinas, com idade média entre 19,9 e 31,8 anos, os estudos apontam índices entre 28 e 51% (HIGA; LOPES; TURATO, 2008).

Diversos autores relatam a perda involuntária de urina em mulheres jovens, atletas, e muitas vezes nulíparas. A prevalência da incontinência urinária durante a prática esportiva, em atletas de elite, varia de 0%, em praticantes de golf, até 80%, em trampolinistas (NYGAARD *et al.*, 1994 *apud* ELIASSON *et al.*, 2002 *apud* BO *et al.*, 2004), ou seja, é maior em esportes que envolvem atividades de alto impacto. É observada também em atletas que praticam ginástica, atletismo e alguns jogos com bola (BROSO *et al.*, 1996 *apud* BO *et al.*, 2004).

Almeida e colaboradores, em 2012, avaliaram 32 mulheres praticantes de *jump*, com idade média de 31,58 anos, das quais 37,5% relataram perda de urina, sendo que 9,4% eram incontinentes apenas durante o *jump*; 18,8% eram incontinentes durante o *jump* e em outras situações; e outras 9,4% eram incontinentes em outras ocasiões. Em um outro estudo, realizado com estudantes de Educação Física da Universidade Paulista do município de

Campinas, nulíparas e com idade entre 19 e 26 anos, 20,7% relataram perda de urina, sendo que destas, 75% relataram perda durante as atividades esportivas (SANTOS *et al.*, 2009).

Nygaard *et al.*, em 1994, estudaram 156 atletas nulíparas com idade média de 19,9 anos; 28% relataram perder urina durante sua prática esportiva. A ginástica foi o esporte que mais apresentou perda de urina (67%), seguida do basquete (66%), tênis (50%), hóquei (42%), trilha (29%), natação (10%), vôlei (9%), *softball* (6%) e, por último, golfe (0%). As atividades que mais proporcionaram perda de urina foram aquelas que incluíam saltos, aterrissagens de alto-impacto e corrida. Saltar com as pernas abertas levou à incontinência urinária em 30% das atletas, seguida de saltar com as pernas unidas (28%).

Em um estudo realizado com 291 mulheres atletas com idade média de 22,8, foi constatado que 51,9% tinham experimentado perda de urina durante seus respectivos esportes e em diferentes situações de vida diária. Cento e vinte e cinco mulheres (43%) relataram que perderam urina somente durante a prática esportiva. Destas 125 atletas, 95,2% tinham perdido urina durante o treinamento, enquanto 64 (51,2%), durante a competição (THYSSEN *et al.*, 2002). Em um outro estudo realizado em Campinas, no estado de São Paulo, 244 mulheres, nulíparas, com idade entre 20 e 45 anos e que praticavam atividades físicas de alto impacto, foram comparadas, através da aplicação de questionários, com outras 244 que não praticavam exercícios de alto impacto, demonstrando que 5,7% das mulheres que praticavam exercícios de alto impacto declararam perda de urina durante as atividades físicas enquanto que apenas 0,4% do grupo controle referiu tal queixa (FOZZATTI *et al.*, 2012).

A continência é mantida por um esforço conjunto entre bexiga, uretra, musculatura pélvica e tecido conjuntivo circunjacente. O fechamento efetivo da uretra é produzido por três sistemas diferentes: o esfíncter interno na base da bexiga, os músculos do esfíncter externo da uretra e a coaptação da mucosa produzida pelo plexo vascular da submucosa uretral (SANTIAGU, 2008). A uretra na mulher tem cerca de 3 a 4 cm de comprimento e é formada por camadas de músculos lisos e estriados. O esfíncter externo, formado por musculatura estriada, localiza-se no ponto médio da uretra, sendo responsável pela continência voluntária. Em repouso, a pressão uretral é maior que a pressão vesical, mantendo o mecanismo de continência (NEWMAN, 2003; NORTON; BRUBAKER, 2006).

A bexiga é um órgão muscular liso que tem como função armazenar e eliminar urina. É dividida em corpo e base, onde se localiza uma região de musculatura lisa especializada chamada de trígono vesical. Sob estímulo do sistema nervoso simpático nos receptores beta adrenérgicos, ocorre o relaxamento vesical (GRAY, 2004; SANTIAGU, 2008). Quando a

bexiga relaxa, o músculo detrusor permanece inativo e o órgão se enche de urina. Quando a bexiga atinge sua capacidade máxima de volume urinário, ocorre a contração do detrusor, que promove a diminuição de todos os diâmetros do órgão e o seu esvaziamento completo (NEWMAN, 2003; NORTON; BRUBAKER, 2006).

Localizado na junção uretrovesical, o esfíncter interno é formado por um anel de músculo liso involuntário do trígono da bexiga e por duas alças de músculos lisos derivados do músculo detrusor (GRAY, 2004). O controle do esfíncter interno assim como do detrusor é involuntário. Quando a bexiga atinge sua capacidade máxima de volume, ocorre o relaxamento do esfíncter interno permitindo a passagem de urina (NEWMAN, 2003; NORTON; BRUBAKER, 2006). Já o esfíncter externo é de controle voluntário e compreende três pequenos músculos esqueléticos que envolvem a uretra em seu ponto médio. O mais proximal e o maior desses músculos é o músculo esfínctérico uretral (esfíncter da uretra). Os músculos compressores da uretra e o uretrovaginal formam a porção distal do esfíncter uretral externo (GRAY, 2004).

Além dos esfíncteres interno e externo, também contribuem para a manutenção da continência o plexo arteriovenoso submucoso da uretra, que localiza-se entre a camada de musculatura lisa da uretra e seu revestimento epitelial. Quando esses vasos se enchem de sangue, ocorre uma melhora da coaptação das paredes da uretra, aumentando assim a pressão uretral de repouso, fenômeno que impede a perda urinária involuntária (GRAY, 2004).

A fâscia endopélvica é uma estrutura anatômica de suma importância para a manutenção das relações normais entre as estruturas do trato urinário baixo. A área específica da fâscia endopélvica, importante para a sustentação da junção uretrovesical, é a fâscia pubocervical ou o tecido paravaginal. A fâscia pubocervical forma a plataforma horizontal que sustenta a bexiga e a uretra (GRAY, 2004).

O assoalho pélvico é formado por músculos, especialmente o levantador do ânus, e tecido conjuntivo que se estende do cóccix ao púbis. Estes elementos funcionam como uma estrutura flexível que suporta os órgãos do trato urinário inferior assim como o útero e o reto. Os músculos do assoalho pélvico são do tipo estriado e compostos por dois tipos de fibras, o tipo 1 (contração lenta) e o tipo 2 (contração rápida). As fibras do tipo 1 servem para manter o tônus muscular, como suporte para os órgãos e mantêm a pressão de fechamento uretral (exercida pelo esfíncter uretral externo). As fibras do tipo 2, que geram contrações mais rápidas e fortes, ajudam a compensar aumentos súbitos de pressão intra-abdominal (NEWMAN, 2003).

Com o relaxamento da musculatura do assoalho pélvico, ocorre hipermobilidade do colo vesical e da uretra proximal, desse modo, o aumento da pressão intra-abdominal não é devidamente transmitido à uretra e colo vesical, desencadeando a incontinência urinária de esforço (NEWMAN, 2003; NORTON; BRUBAKER, 2006). Ou seja, estando a junção uretrovesical abaixo da borda inferior da sínfise púbica, a pressão intra-abdominal se transmite apenas à bexiga, e não à uretra posterior, ocasionando, assim, aumento da pressão vesical sem concomitante incremento da pressão uretral. Tal fato gera perda de urina (GIRÃO *et al.*, 2002).

A lesão do mecanismo esfínteriano próprio da uretra é outro fator que também pode contribuir para a gênese da incontinência urinária de esforço, uma vez que a pressão intra-uretral constantemente baixa, favorece que a perda urinária se dê aos mínimos esforços (FELDNER *et al.*, 2006). Esta incontinência urinária de esforço esfínteriana, pode decorrer de cirurgias prévias, trauma, mielodisplasias e hipoestrogenismo, dentre outras causas (GIRÃO *et al.*, 2002). Neste tipo de incontinência de esforço, entretanto, observa-se uma maior gravidade dos sintomas e pior resposta ao tratamento, quando comparada à incontinência gerada por hipermobilidade do colo vesical (FELDNER *et al.*, 2006).

A incontinência urinária de urgência é mais frequentemente causada pela hiperatividade do detrusor. O mau funcionamento deste músculo, que se contrai involuntariamente durante o enchimento vesical, ocasiona a perda de urina através da uretra. Essa hiperatividade do detrusor pode ter causas neurológicas ou ser idiopática (NEWMAN, 2003; SANTIAGU, 2008). A hiperatividade do detrusor pode originar-se do epitélio vesical ou do próprio músculo do detrusor. A teoria miogênica sugere que a idade está relacionada a mudanças na delicada musculatura, tornando-a hiperexcitável. A teoria neurogênica sugere que a hiperatividade do detrusor pode ser decorrente de desnervação a nível cortical ou espinhal (SANTIAGU, 2008).

Diversos fatores estão associados à incontinência urinária na mulher. A idade é considerada o principal fator de risco, afetando principalmente as mais idosas, em geral a partir do climatério/menopausa (HIGA; LOPES; REIS, 2008). Na população geral, a prevalência da incontinência urinária cresce com o aumento da idade (NEWMAN, 2003).

A obesidade tanto contribui para o desenvolvimento quanto agrava uma incontinência urinária pré-existente. Acredita-se que a alta pressão intra-abdominal provocada pelo excesso de peso na região da cintura-quadril e, conseqüentemente, o aumento da pressão

intravesical, alteram o mecanismo de continência, predispondo a paciente à perda urinária (HIGA; LOPES; REIS, 2008).

É comum o surgimento da incontinência urinária durante a gravidez e a prevalência se eleva com o aumento da paridade (HIGA; LOPES; REIS, 2008). Acredita-se ser causada por uma combinação de fatores hormonais e mecânicos. Porém, a maioria das mulheres deixa de ter a queixa de perda urinária logo após o parto (GUARISI *et al.*, 2001). O parto vaginal e o cesáreo estão associados ao aumento dos casos de incontinência urinária quando comparados a mulheres nulíparas. O parto vaginal isoladamente não é o causador da incontinência e sim, quando associado às lesões e traumas do assoalho pélvico (PEYRAT *et al.*, 2002; NEWMAN, 2003; NORTON; BRUBAKER, 2006; HIGA; LOPES; REIS, 2008).

O peso do recém-nascido influencia o aumento da prevalência da incontinência urinária, tanto durante a gravidez quanto no trabalho de parto. Existe o risco de lesão do assoalho pélvico durante o trabalho de parto e há também o aumento da pressão intra-abdominal que leva ao aumento da pressão intra-vesical (HIGA; LOPES; REIS, 2008).

A menopausa representa importante fator de risco para a ocorrência de incontinência urinária. As mudanças hormonais que ocorrem neste período afetam a estática pélvica. O hipoestrogenismo na pós-menopausa predispõe a mulher à perda de urina e contribui para sintomas como polaciúria, urgência e disúria (HIGA; LOPES; REIS, 2008).

Doenças crônicas como a diabetes e doenças neurológicas também são fatores de risco para a perda involuntária de urina. Dentre os mecanismos envolvidos na associação entre o diabetes e a ocorrência da incontinência urinária, podemos citar o aumento da vulnerabilidade do assoalho pélvico devido a uma mudança do tecido biológico e da inervação do músculo pélvico, as lesões nas inervações neuropáticas autônomas da bexiga e o aumento da frequência urinária causada pelo excesso de volume urinário decorrente da hiperglicemia. As condições neurológicas que levam à perda urinária geralmente o fazem por gerar contrações não inibidas do detrusor (HIGA; LOPES; REIS, 2008).

Outro fator predisponente à incontinência urinária é o tabagismo. As fumantes, em geral, apresentam uma tosse mais vigorosa e frequente do que as não fumantes, o que aumenta significativamente a pressão vesical e exerce um efeito negativo sobre o mecanismo esfinteriano da uretra. Além disso, as mulheres que fumam apresentam menopausa cerca de um a um ano e meio mais cedo do que as não fumantes, devido à deficiência de estrógeno gerada por alguns componentes do tabaco, como o monóxido de carbono e a nicotina (HIGA; LOPES; REIS, 2008).

Com relação à raça, a literatura internacional aponta que as mulheres brancas têm maior prevalência de incontinência urinária do que as negras. Acredita-se que as mulheres negras possuam fatores protetores como determinantes genéticos, alterações na anatomia do assoalho pélvico ou na resistência da uretra (BROWN *et al.*, 1999 *apud* HIGA; LOPES; REIS, 2008). Entretanto, entre as brasileiras não há evidências de que haja diferença no risco de incontinência urinária em relação à raça, visto que as distinções raciais com base na cor da pele declarada ou observada não são precisas, dificultando o estabelecimento desta diferença (GUARISI *et al.*, 2001).

A constipação intestinal crônica também tem sido apontada como um fator que aumenta o risco de perda urinária involuntária em mulheres, uma vez que a força realizada durante a evacuação pode lesar a musculatura pélvica e, através da distensão, traumatizar e causar isquemia muscular (MOLLER *et al.*, 2000 *apud* HIGA; LOPES; REIS, 2008).

Segundo Arya *et al.* (2000), a ingestão da cafeína em alta concentração pode causar instabilidade do músculo detrusor e, conseqüentemente, perda involuntária de urina. O mesmo verificou, em estudo, que a hiperatividade vesical apresentou associação estatisticamente significativa com o consumo de cafeína, idade e tabagismo. A cafeína exerce efeito excitante sobre a musculatura lisa do detrusor, o que predispõe à perda urinária por hiperatividade vesical.

O uso de determinados medicamentos, como simpaticomiméticos e parasimpaticolíticos também pode contribuir para uma incontinência urinária transitória. Essas drogas atuam no trato urinário inferior e podem alterar a função vesical piorando ou contribuindo para aumento da frequência da perda urinária (HIGA; LOPES; REIS, 2008).

Nas mulheres jovens e nulíparas, os fatores que contribuem para a ocorrência da incontinência urinária ainda não foram completamente elucidados (CAETANO *et al.*, 2007). A associação de atividades de alto impacto com alterações do tecido conjuntivo frouxo (sejam elas intrínsecas ou extrínsecas), poderia ser uma explicação. Acredita-se que atividades de alto impacto geram uma força de transmissão do choque que é transferida para o assoalho pélvico, contribuindo para a incontinência urinária (CAETANO *et al.*, 2007).

Hay *et al.* (2001) constataram que a força de impacto no assoalho pélvico durante exercícios como correr é 3 a 4 vezes o peso corporal, 5 a 12 vezes ao pular, 9 vezes o peso corporal na queda após um salto em altura, 16 vezes após um pulo mais alto, e 9 vezes no salto com vara. Há autores que acreditam que qualquer esforço que leve a um aumento da pressão intra-abdominal (como por exemplo, a constipação intestinal crônica, trabalho árduo,

tosse e exercício físico) também pode predispor à incontinência urinária (BO, 2004). Essas alterações em conjunto contribuem para um comprometimento dos mecanismos de sustentação, suspensão e contenção do assoalho pélvico, que sofre sobrecarga intensa e repetida, promovendo seu enfraquecimento.

Outras hipóteses para explicar a incontinência urinária nas atletas, incluem a amenorréia hipotalâmica (consequente ao exercício físico intenso), distúrbios alimentares (como a anorexia nervosa e a bulimia) ou a combinação de ambos, que por desencadarem baixos níveis de estrogênios também contribuiriam para a ocorrência da perda de urina nas atletas (ARAÚJO *et al.*, 2008). A auto-indução do vômito em mulheres com distúrbios alimentares pode estar relacionada à presença de incontinência urinária nas mesmas, uma vez que esta atitude submete o assoalho pélvico a significativas pressões repetitivas que podem ocasionar impactos negativos para essa região. Sendo assim, a prática de esportes de alto impacto por atletas com desordem alimentar prévia e sem as devidas orientações pode exacerbar ainda mais a incontinência urinária (CAETANO *et al.*, 2007).

Araújo *et al.*, (2008) estudaram a ocorrência de incontinência urinária em 37 atletas corredoras de longa distância, associando-a a presença ou não de distúrbios alimentares. Foram utilizados no estudo os questionários International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF) e o Eating Attitudes Test (EAT-26), além da realização do teste do absorvente de uma hora. Observou-se que 23 atletas (62,2%) apresentavam queixa de incontinência urinária, sendo que 65,2% perdiam urina durante a competição e 60,9% perdiam durante o treino. Comparando as atletas incontinentes com as continentas, foi encontrada diferença estatisticamente significativa no valor do teste do absorvente ($p=0,02$) e no resultado do questionário EAT-26 ($p=0,03$), ou seja, verificou-se que a incontinência urinária em atletas corredoras de longa distância teve correlação com distúrbios alimentares.

A avaliação da IU pode ser feita de forma objetiva e subjetiva (ABREU *et al.*, 2007). As medidas objetivas consistem na avaliação da quantidade e frequência da perda de urina por diários miccionais, teste do absorvente ou parâmetros urodinâmicos. A aplicação de questionários representam importante instrumento na avaliação subjetiva da incontinência urinária, uma vez que o impacto sobre os fatores individuais e as alterações nas atividades diárias podem ser avaliados (FELDNER *et al.*, 2006). Através desses questionários, aspectos importantes da vida cotidiana do indivíduo são analisados, como o estado das relações pessoais e de trabalho, desenvolvimento de atividades físicas, ocupacionais e de lazer (FIGUEIREDO *et al.*, 2008).

Os questionários podem ser genéricos e específicos. Os genéricos fornecem dados sobre saúde geral e avaliam aspectos no campo físico, psicológico e social de cada indivíduo, podendo ser utilizados em diferentes populações, independente da enfermidade, tratamento proposto ou faixa etária (FELDNER *et al.*, 2006). The Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey (SF-36) é um questionário genérico, traduzido para o português, constituído por 36 itens que contemplam os componentes físico e mental. Entretanto, não abrange aspectos importantes a serem avaliados na mulher incontinente, como a função sexual e o sono (FELDNER *et al.*, 2006).

Já os questionários específicos, refletem melhor o impacto de certos aspectos clínicos e cirúrgicos, sendo úteis na avaliação da resposta ao tratamento (SYMONDS, 2003). O King's Health Questionnaire (KHQ) é um exemplo de questionário específico confiável para aplicação em mulheres incontinentes. É formado por oito quesitos (percepção geral de saúde, impacto da incontinência urinária, limitações de atividades diárias, limitações físicas, limitações sociais, relacionamento pessoal, emoções e sono/disposição), cujos valores variam de 0 a 100 quanto maior a pontuação, pior é a qualidade de vida referente àquele critério (FELDNER *et al.*, 2006). Já o "International Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Form (ICIQ-SF)", traduzido e validado para o português (TAMANINI *et al.*, 2004), trata-se de um questionário simples, breve e autoadministrável, que avalia o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida e a qualificação da perda urinária das pacientes analisadas. O questionário é composto por perguntas que avaliam frequência, gravidade, impacto da incontinência urinária, além de um grupo de oito itens relativos a causas ou situações de incontinência urinária vivenciadas pelos respondentes (ALMEIDA *et al.*, 2012). O escore do ICIQ-SF é obtido através da soma das questões 3, 4 e 5, cujo valor classificará a perda urinária em leve (escore entre 1-5), moderada (escore entre 6-12), grave (escore entre 13-18) ou muito grave (escore entre 19-21) (KLOVNING *et al.*, 2009).

O diagnóstico da IU é essencialmente clínico, baseado em uma história bem colhida, podendo ser confirmado por meio de exames subsidiários (NORTON; BRUBAKER, 2006; BOTELHO; SILVA; CRUZ, 2007).

A anamnese deve explorar aspectos como o início dos sintomas, duração, gravidade, condições associadas e descrição do impacto na qualidade de vida da mulher (FELDNER *et al.*, 2006). É de suma importância descartar outras patologias que possam ter levado ao surgimento da incontinência urinária, como, por exemplo, a presença de infecção

urinária, cálculos, tumores, neuropatias, restrições da mobilidade e uso de medicamentos (BOTELHO; SILVA; CRUZ, 2007).

Queixas como diminuição da força muscular, dificuldade na marcha, parestesia de membros inferiores e dificuldade para esvaziar a bexiga devem ser valorizados, visto que doenças neurológicas como esclerose múltipla e doença de Parkinson podem manifestar-se pela primeira vez como queixas urinárias. Histórico de traumas e cirurgias raquimedulares também são importantes na avaliação clínica da incontinência urinária (FELDNER *et al.*, 2006).

O exame físico deve fazer parte da rotina de investigação ginecológica da mulher incontinente. Aspectos como a análise do esfíncter retal, sensibilidade do períneo e reflexos sacrais, além de eventuais distopias genitais devem ser pesquisados durante o exame (FELDNER *et al.*, 2006). Quando se há a suspeita de bexiga hiperativa, o exame deve ser feito com a paciente em posição ginecológica, preferencialmente com a bexiga cheia. Deve-se solicitar que a mesma tussa e/ou realize manobra de Valsalva. Quando há hiperatividade vesical, se houver perda, esta é assíncrona ao esforço (FELDNER *et al.*, 2006).

Carey e colaboradores (1997) avaliaram 863 pacientes quanto à acurácia do sinal clínico de perda ao esforço em comparação com o estudo urodinâmico. Observou-se que em apenas 54,2% das 574 mulheres com diagnóstico final de incontinência de esforço, o sinal clínico estava presente. Concluiu-se que o sinal clínico tem valor preditivo positivo de 91% e valor preditivo negativo de 50%. Em contrapartida, outro estudo demonstrou que o sinal clínico tem valor preditivo positivo de 68,2% e valor preditivo negativo de 88,6% (WEIDNER *et al.*, 2001). Conclui-se, portanto, que não existe um consenso na literatura sobre a utilização do sinal clínico da perda urinária como único instrumento para o diagnóstico da incontinência urinária.

A medida objetiva mais utilizada em estudos clínicos de incontinência urinária avalia a quantidade e frequência da perda de urina por meio de diários miccionais, teste do absorvente (*padtest*) ou parâmetros urodinâmicos (FELDNER *et al.*, 2006).

O teste do absorvente é particularmente útil na documentação e quantificação da perda urinária, além de ser auxiliar na controle do tratamento. É especialmente recomendado nos casos cuja perda não foi observada ao exame clínico nem no estudo urodinâmico. Consiste na colocação de absorvente, com seu peso previamente aferido, junto ao meato uretral externo por determinado período de tempo, durante o qual a paciente executa atividades diárias

normais ou exercícios que as simulem. Após isso, o absorvente é retirado e novamente pesado. Diferenças maiores que 2 g caracterizam a perda urinária (FELDNER *et al.*, 2006).

O diário miccional é outra ferramenta importante, que além de auxiliar no diagnóstico e estimar a gravidade dos sintomas, nos permite avaliar as terapêuticas utilizadas. Durante o preenchimento do diário, a paciente deve ser orientada a anotar a frequência miccional (diurna e noturna), volume líquido ingerido, volume urinado, número de episódios de perda urinária, enurese noturna, urgência miccional ou perda durante relação sexual, bem como a quantidade de absorventes utilizados diariamente. A duração do diário miccional pode ser de 3, 5, 7 ou 14 dias, de acordo com a maioria dos autores (FELDNER *et al.*, 2006). É recomendável para todas as mulheres com incontinência urinária, particularmente para as com suspeita de bexiga hiperativa (MCKERTICH, 2008).

O estudo urodinâmico é o exame padrão ouro para a avaliação da função vesical. Ele analisa as relações entre as pressões abdominal, vesical e uretral nas fases de armazenamento e enchimento vesical, reproduzindo as queixas da paciente. Compõe-se de quatro fases: fluxometria, cistometria, estudo fluxo-pressão e perfil pressórico uretral (ARRUDA *et al.*, 2006; MCKERTICH, 2008). O objetivo da avaliação urodinâmica é identificar as causas específicas dos sintomas das pacientes, seja o problema incontinência urinária, disfunção miccional ou sintomas irritativos do trato urinário, além de fornecer dados para orientar o correto tratamento, seja ele cirúrgico ou não (FELDNER *et al.*, 2006).

Durante a fluxometria, que é a primeira etapa do exame, a paciente urina em uma cadeira de fluxo sob a qual se encontra um fluxômetro. Este envia sinais eletrônicos ao computador durante a micção, desenhando um gráfico (curva de fluxo). A fluxometria analisa dados como o volume miccional, o tempo de fluxo, tempo total de micção, fluxo urinário, fluxo máximo, fluxo médio, tempo para fluxo máximo, padrão da curva (ABRAMS *et al.*, 2003; ARRUDA *et al.*, 2006).

A segunda e mais importante fase do exame é a cistometria. Ela pode ser realizada com a paciente em posição ortostática, em litotomia ou sentada, sendo a melhor posição a ortostática (GIRÃO *et al.*, 2002; ARRUDA *et al.*, 2006). Durante esta etapa é utilizado um cateter de dupla via ou dois cateteres vesicais, um para a infusão de líquidos e outro para medir a pressão vesical, que representa a pressão do detrusor acrescida da pressão abdominal exercida sobre a bexiga. A medida da pressão abdominal é feita simultaneamente por meio de um cateter é introduzido no reto com balão cheio de líquido (ARRUDA *et al.*, 2006). Na cistometria é feita a medida do resíduo pós-miccional, cujo valor normal deve ser menor que

100ml ou inferior a 10% do volume urinado na fluxometria (GIRÃO *et al.*, 2002; ARRUDA *et al.*, 2006). A sensibilidade vesical é avaliada como normal, aumentada, reduzida, ausente, inespecífica, com dor vesical ou com urgência miccional (GIRÃO *et al.*, 2002; ARRUDA *et al.*, 2006). Durante a cistometria, a paciente deve referir o primeiro desejo miccional e o forte desejo miccional. Avalia-se ainda a capacidade cistométrica e a capacidade cistométrica máxima. A redução das capacidades vesicais pode estar associada a infecções, bexiga hiperativa e cistite intersticial crônica e seu aumento pode ser encontrado na neuropatia sensorial, lesão do neurônio motor inferior, obstrução à saída de urina, bexiga flácida e inibição social (GIRÃO *et al.*, 2002; ARRUDA *et al.*, 2006).

O estudo urodinâmico permite a diferenciação entre hipermobilidade e defeito esfinteriano através da observação das pressões de perda (FELDNER *et al.*, 2006; ARRUDA *et al.*, 2006). Com 200 a 250 ml infundidos, determina-se a pressão de perda ou “*abdominal leak point pressure*”, definida como a menor pressão vesical, na qual se observa a perda de urina, durante aumentos da pressão abdominal, na ausência de contração do detrusor. Valores abaixo de 60 cmH₂O falam a favor de incontinência urinária por defeito esfinteriano. Pressões de perda superiores a 90 cmH₂O, em geral, não se relacionam com defeito esfinteriano (FELDNER *et al.*, 2006; ARRUDA *et al.*, 2006). O detrusor estável mantém-se com pressão baixa durante o enchimento vesical, mesmo após manobras provocativas. A hiperatividade vesical, por sua vez, é uma observação urodinâmica que se caracteriza por contrações do detrusor de aparecimento espontâneo ou provocado (GIRÃO *et al.*, 2002; ARRUDA *et al.*, 2006).

No estudo fluxo/pressão é feito o registro simultâneo da pressão vesical e do fluxo urinário durante a micção, determinando o mecanismo miccional da mulher. Este pode ser de sete diferentes maneiras que combinam contração ou não do detrusor, presença ou não de esforço abdominal e relaxamento ou não do assoalho pélvico. São avaliados a pressão pré-miccional, pressão de abertura, tempo de abertura, pressão máxima, pressão no fluxo máximo, pressão de fechamento, pressão mínima durante a micção e tempo de hesitação (GIRÃO *et al.*, 2002; ARRUDA *et al.*, 2006). O estudo fluxo/pressão é utilizado no diagnóstico diferencial entre hipocontratilidade detrusora (pressões baixas com fluxos baixos) e obstrução à saída de urina (pressões elevadas com fluxo baixo) (GIRÃO *et al.*, 2002; ARRUDA *et al.*, 2006).

O perfil pressórico uretral demonstra parâmetros como a pressão máxima de fechamento uretral, comprimento funcional da uretra e pressão de transmissão abdominal à

uretra (FELDNER *et al.*, 2006). A pressão uretral pode ser medida em repouso ou durante o esforço, com a bexiga cheia ou vazia e durante a micção (GIRÃO *et al.*, 2002; ARRUDA *et al.*, 2006). Alguns autores preferem utilizar cateter eletrônico do tipo *microtip* para avaliação do perfil pressórico uretral, por este ser mais sensível que os cateteres de fluxo, embora seu uso seja limitado pelos custos e pelos artefatos (FELDNER *et al.*, 2006)

A avaliação urodinâmica deve ser realizada especialmente quando o tratamento cirúrgico é uma opção. É útil para confirmação do diagnóstico, orientação terapêutica e seguimento das pacientes. Apenas quando a terapia não cirúrgica é contemplada (comportamental, farmacológica ou fisioterapia), o exame urodinâmico pode ser dispensável (FELDNER *et al.*, 2006).

O tratamento da incontinência urinária vai depender do tipo e das causas da mesma. Deve-se inicialmente afastar causas reversíveis (como infecção urinária, uso de determinado fármaco ou obstipação), cujo tratamento solucionará o problema da perda urinária (BOTELHO; SILVA; CRUZ, 2007). Algumas medidas comportamentais e dietéticas devem ser encorajadas, tais como perder peso, suspender do tabagismo, evitar alimentos picantes, os cítricos, o café, o chá e os chocolates. Com relação à ingesta hídrica, deve-se beber cerca de 1,5L de água por dia contando com a ingestão de líquidos e de alimentos sólidos (BOTELHO; SILVA; CRUZ, 2007).

Com relação à incontinência urinária de esforço, embora possam ser tentadas técnicas mais conservadoras, o tratamento é basicamente cirúrgico (BOTELHO; SILVA; CRUZ, 2007).

Dentre as terapêuticas conservadoras, podemos citar a fisioterapia dos músculos pélvicos descrita por Kegel, que consiste na contração voluntária dos músculos do esfíncter urinário e anal, durante cerca de 5 a 10 segundos, cerca de 10 a 15 vezes por dia, durante pelo menos 6 meses. Por serem simples e baratos, os exercícios de Kegel devem ser sempre recomendados como tratamento inicial das incontinências ligeiras e como medida preventiva após o parto vaginal ou cirurgias sobre a região pélvica (BOTELHO; SILVA; CRUZ, 2007). Estes podem ser associados a cones vaginais ou a *biofeedback*, mecanismo que ajuda as doentes a identificarem os músculos do diafragma pélvico para saberem quando estão a contrair os músculos corretos e monitorizarem as suas contrações (BOTELHO; SILVA; CRUZ, 2007). Os cones vaginais representam uma forma simples e prática de fortalecer a musculatura do assoalho pélvico. Os cones são dispositivos com a mesma forma e volume, e pesos variados (GIRÃO *et al.*, 2002; NORTON; BRUBAKER, 2006). Identifica-se qual o

cone mais pesado que a paciente consiga reter na vagina durante um minuto, com ou sem contração voluntária dos músculos do assoalho pélvico (GIRÃO *et al.*, 2002).

Também se pode utilizar a eletro-estimulação com estímulo muscular diretamente por correntes elétricas, geralmente indicado nos casos em que as doentes não conseguem contrair voluntariamente os músculos em causa (BOTELHO; SILVA; CRUZ, 2007). O estímulo elétrico aumenta a pressão uretral, aumenta o fluxo sanguíneo para os músculos da uretra e do assoalho pélvico, restabelece as conexões neuromusculares e melhora a função da fibra muscular, hipertrofiando-a (GIRÃO *et al.*, 2002).

Com relação ao tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço, a escolha da técnica deverá levar em consideração os índices de recidiva, a viabilidade em cada caso, bem como a experiência e segurança do cirurgião para cada procedimento (GIRÃO *et al.*, 2002).

Introduzida na década de 90, a técnica de colocação de fitas sintéticas ou slings pubo-vaginais em posição retropúbica ou transobturadora vem se destacando devido à sua eficácia quer a curto quer a longo prazo, facilidade de execução, menor invasividade e menor tempo de internamento. Seu objetivo é a estabilização da uretra média com uma fita sem tensão, que perante um aumento da pressão intra-abdominal provocado por um esforço (pela tosse por exemplo) contraria a hiper mobilidade do colo vesical, impedindo assim a perda de urina (BOTELHO; SILVA; CRUZ, 2007).

Já a técnica de Burch, que consiste na fixação da fâscia paravaginal ao ligamento de Cooper), permite corrigir a hiper mobilidade do colo vesical e melhorar o desempenho dos mecanismos uretrais intrínsecos de continência. Seus índices de cura variam de 70% a 100%. Esta técnica deve ser evitada nos casos de incontinência urinária de esforço causada por defeito esfinteriano e nas pacientes com sobrepeso devido ao risco potencial de angulação do ureter (GIRÃO *et al.*, 2002).

O tratamento da incontinência de urgência é fundamentalmente farmacológico (BOTELHO; SILVA; CRUZ, 2007). Utilizam-se medicamentos anticolinérgicos ou anti-muscarínicos para suprimir as contrações vesicais mediadas por acetilcolina (NORTON; BRUBAKER, 2006; BOTELHO; SILVA; CRUZ, 2007). Entretanto, em função dos seus efeitos colaterais, como boca seca e alterações gastro-intestinais, esses medicamentos apresentam eficácia limitada, estando todos contra-indicados no glaucoma de ângulo fechado. As medicações mais utilizadas são a Oxibutinina, Tolterodina, Propiverina, Cloreto de Tróspio e Darifenacin (BOTELHO; SILVA; CRUZ, 2007).

Nos casos de incontinência urinária de urgência refratária ao tratamento clínico o uso de toxina botulínica no músculo detrusor vem sendo utilizado como medida alternativa, com o intuito de aumentar a capacidade vesical, tendo apresentado bons resultados, que, no entanto, são transitórios (BOTELHO; SILVA; CRUZ, 2007).

No caso de incontinência urinária mista, é fundamental a caracterização dos dois componentes (esforço e urgência) e deve ser tratado numa primeira fase o componente que mais incomoda a doente (BOTELHO; SILVA; CRUZ, 2007).

A incontinência urinária afeta negativamente a qualidade de vida de quem convive com este problema. Independente do tipo, ela trará ampla repercussão social na vida da pessoa incontinente, atrapalhando, por exemplo, seu desempenho no trabalho, na vida doméstica, nas relações afetivas e sexuais. A pessoa incontinente pode adquirir sentimentos de ansiedade, vergonha e constrangimento, o que pode levá-la ao isolamento social, estresse, depressão e baixa auto-estima (FELDNER *et al.*, 2006). Pacientes com incontinência urinária acabam desenvolvendo modificações comportamentais com o intuito de se adaptarem à perda de urina, reduzindo o impacto decorrente dos sintomas. Entre esses mecanismos estão as dietas restritivas de líquido, o aumento da frequência urinária, a descoberta da localização de banheiros, o uso de absorventes, limitação das atividades físicas, podendo, inclusive, levar a restrições das atividades sociais, do convívio familiar, disfunção sexual e redução do desempenho profissional (HIGA; LOPES; TURATO, 2008). Além disso, a incontinência urinária pode gerar dermatites de contato e levar os idosos ao confinamento domiciliar (BOTELHO; SILVA; CRUZ, 2007).

Entretanto a percepção individual do problema varia entre as mulheres; por exemplo, algumas consideram a incontinência urinária uma consequência natural do processo de envelhecimento e passam a usar absorventes higiênicos para minimizar o impacto dessa condição no seu cotidiano, enquanto outras buscam tratamento especializado (FIGUEIREDO *et al.*, 2008).

Em estudo realizado com uma amostra de 164 mulheres incontinentes, com o intuito de identificar as restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher, observou-se que 64% delas referiram uma ou mais restrições; 40,9% citaram alterações nas atividades sexuais, 33,5% nas atividades sociais, 18,9% nas domésticas e 15,2% nas ocupacionais. A incontinência urinária mista e a de urgência foram as que mais afetavam a vida das mulheres (LOPES; HIGA, 2006). Considerando pessoas com 60 anos ou mais, de acordo com avaliação da qualidade de vida medida pelo *Incontinence Impact Questionnaire*

(IIQ), o fator emocional mostrou-se o mais afetado. Aproximadamente um terço dos entrevistados referiu nervosismo, vergonha ou frustração por causa de sua perda urinária. O domínio social e o medo do odor tiveram escore de alto impacto, visto que a perda urinária restringe o contato com colegas no ambiente de trabalho e proximidade física com as pessoas em geral (TEUNISSEN *et al.*, 2006).

Em estudo realizado com mulheres profissionais de enfermagem que apresentavam perda involuntária de urina durante a jornada de trabalho, as mesmas relataram sentimentos como estresse, vergonha, irritação, constrangimento, incômodo e falta de concentração, fatores responsáveis por um impacto negativo no seu desempenho profissional. Entre essas mulheres, a incontinência urinária foi responsável por restrições na atividade ocupacional (18%), sexual (12%) e social (1%) (HIGA; LOPES, 2007). Com relação à perda involuntária de urina associada à atividade sexual, 324 mulheres sexualmente ativas foram avaliadas, das quais 24% relataram incontinência urinária durante o intercursos sexual, sendo que dois terços delas referiram perda urinária durante a penetração e um terço durante o orgasmo (NEWMAN, 2003).

Entre as idosas, observa-se que o medo do odor exerce grande impacto na restrição social, limitando essas pacientes a frequentarem lugares onde não há toailete e a realizarem viagens mais longas, por exemplo (HIGA; LOPES; TURATO, 2008). Já as mais jovens, referem grande constrangimento quando a perda de urina acontece em público, principalmente em eventos sociais com amigos e familiares e durante a prática de esportes. Além disso, para as jovens, a incontinência urinária apontaria 'uma velhice prematura', havendo perda da auto-estima, medo de sofrer rejeição diante da incontinência na atividade sexual, culpa por não sentir desejo e prazer e por perder urina durante o orgasmo (HIGA; LOPES; TURATO, 2008).

O impacto da IU varia de acordo com o tipo de incontinência (ABREU *et al.*, 2007). Segundo Coyne e colaboradores (2003), a pior qualidade de vida é observada nas mulheres portadoras de incontinência urinária mista, especialmente devido ao componente da urgência miccional. Além disso, a qualidade de vida dessas pacientes depende da intensidade com que ocorre a perda de urina, ou seja, quanto maior o volume urinário perdido, maior será o impacto negativo (HIGA; LOPES, 2006). Estudos sobre relatos de mulheres orientais e ocidentais que vivenciam a IU, demonstraram que as diferenças culturais não alteram os significados da perda urinária, uma vez que identificaram semelhança com as narrativas dessas mulheres. Para ambos os grupos, o corpo foi experimentado como sendo descontrolado

e a insegurança, desespero e impotência foram experimentados quando não podiam controlar os acidentes e, em algumas situações, levava a sentimentos de desamparo e angústia (HIGA; LOPES; TURATO, 2008).

Além dos problemas físicos, a incontinência urinária afeta a auto-estima das mulheres, assim como suas atividades sociais e suas habilidades em manter um estilo de vida independente (SILVA; LOPES, 2009). Apesar da perda de urina interferir de forma negativa na qualidade de vida das mulheres, gerando grande impacto social, econômico e psicológico, a incontinência urinária feminina continua a ser sub-diagnosticada e sub-tratada (BOTELHO; SILVA; CRUZ, 2007).

As mulheres, comumente, não dão o devido valor ao sintoma quando o incômodo causado pela incontinência é pequeno, têm vergonha em relatar seu problema a um profissional, omitem o fato no convívio familiar e geralmente sofrem em silêncio (HIGA; LOPES, 2007). Haja vista que se está diante de um problema delicado, muitas vezes ocultado pela desvalorização dos sintomas, pelo desconhecimento ou constrangimento, o fato sugere ser problema 'escondido' e subestimado tanto pelo portador como pelos demais profissionais da saúde. O conhecimento sobre o impacto da incontinência urinária na população, seus tipos e causas são aspectos fundamentais a considerar na avaliação do problema e, conseqüentemente, para o diagnóstico e condutas adequadas (HIGA; LOPES; TURATO, 2008).

Dentre as razões para a não procura por tratamento, podemos citar: o fato da incontinência urinária ser encarada como um integrante normal do processo de envelhecimento, a baixa expectativa nos benefícios do tratamento e falta de conhecimento de onde buscá-lo, vergonha, hesitação ou medo de consultar os profissionais de saúde, custos elevados das consultas entre outros (SILVA; LOPES, 2009).

Em estudo realizado com profissionais de enfermagem de um hospital de ensino da cidade de Campinas (SP), observou-se que entre as 291 profissionais (77%) que responderam a um questionário, 27,5% relataram incontinência urinária, destas, 79% não tinham procurado tratamento médico. Os principais motivos para não tratarem a IU foram a pequena quantidade de urina perdida (28,8%) e a crença de que a IU é um problema comum para as mulheres (22%). Conclui-se que o fato de serem profissionais de saúde parece não ter influenciado suas atitudes (HIGA; LOPES, 2007).

Por outro lado, a postura de alguns profissionais da saúde pode causar inibição e impedir que a mulher expresse suas queixas durante a consulta, sendo assim toma-se

necessário compreender as identidades culturais e religiosas da população atendida. As atitudes e práticas desses profissionais podem se tornar verdadeiras barreiras para que as pessoas busquem conselho ou ajuda. Se os profissionais perguntassem rotineiramente sobre os sintomas urinários provavelmente as mulheres verbalizariam e procurariam mais ajuda (HIGA; LOPES; TURATO, 2008).

A participação em atividades físicas e em esportes para mulheres com incontinência urinária parece ser constrangedora e desconfortável, uma vez que essa prática pode levar a inesperados e involuntários episódios de perda de urina no decorrer dela (CAETANO *et al.*, 2007). Embora não seja condição perigosa ou de risco, que cause morbidade ou mortalidade, ela pode levar a inatividade, principalmente pelo constrangimento higiênico e social, reduzindo o desempenho atlético, aumentando a ansiedade e o sofrimento relacionado à possível perda urinária (BO, 2004; FELDNER, 2006 *apud* BARROS *et al.*, 2007). Em atletas de elite, a incontinência urinária de esforço afeta a concentração e o desempenho atlético, principalmente nos esportes com roupa mínima e apertada tal como o da ginástica (BARROS *et al.*, 2007).

Diante do problema da incontinência urinária, as atletas acabam desenvolvendo algumas estratégias para prevenir a perda de urina, como o uso de absorventes e restrição hídrica prolongada. Outras, entretanto, acabam abandonando por completo a prática de atividades físicas (CAETANO *et al.*, 2007).

As pesquisas já realizadas são suficientes para evidenciar que a prática de atividades físicas de alto impacto pode levar ao desenvolvimento da incontinência urinária na mulher (CAETANO *et al.*, 2007). Sendo assim, os profissionais de saúde e de educação física têm um papel importante junto a estas atletas na prevenção, no diagnóstico, e na orientação do manejo adequado, evitando que condutas inadequadas sejam tomadas por essas mulheres.

Tendo isto em vista e diante da ausência de trabalhos abordando tal aspecto em nosso meio, avaliou-se a prevalência e a gravidade da incontinência urinária em atletas corredoras do município de Aracaju, comparando-as com uma população de mulheres sedentárias ou que pratiquem atividade de baixo impacto.

II. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMS, P. *et al.* The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the international continence society. **Neurourol Urodyn**, v.21, p.167-78, 2003.

ALMEIDA, P.P.; MACHADO, L.R.G. A prevalência de incontinência urinária em mulheres praticantes de jump. **Fisioter Mov.**, Curitiba, v.25, p.55-65, 2012.

ARAÚJO, M.P. *et al.* Relação entre a incontinência urinária entre mulheres atletas corredoras de longa distância e distúrbio alimentar. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v.54, n.2, p. 146-9, 2008.

ARRUDA RM, PRADO DS, SARTORI MGF, GIRÃO MJBC. Exames Subsidiários em uroginecologia. GIRÃO MJBC, SARTORI MGF, TAKANO CC, ARRUDA RM, LIMA GR, BARACAT EC, RIBEIRO RM. **Uroginecologia e Cirurgia vaginal** São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.uroginecologia.com.br/index/>>

ARYA, L.A.; MYERS, D.L.; JACKSON, N.D. Dietary caffeine intake and the risk detrusor instability: a case-control study. **Obstet Gynecol**, v.96, n.1, p.85-8, 2000.

BARROS, J.D.; LUCENA, A.C.T.; ANSELMO, C.W.S.F. Incontinência urinária de esforço em atletas do sexo feminino: uma revisão da literatura. **An Fac Med Univ Fed**, Pernambuco, v.52, n.2, p.173-80, 2007.

BO K. Urinary incontinence, pelvic floor dysfunction, exercise and sport. **Sports Med.**, v.34, p.451-64, 2004.

BOTELHO, F.; SILVA, C.; CRUZ, F. Incontinência Urinária Feminina. **Acta Urológica**, v.24, n.1, p.79-82, 2007.

BROSO, R.; SUBRIZI, R. Gynecologic problems in female athletes. **Minerva Ginecol**, v.48, n.3, p.99-106, 1996

CAETANO, A.S.; TAVARES, M.C.G.C.F.; LOPES, M.H.B.M. Urinary incontinnce and physical activity practice. **Rev Bras Med Esporte**, v.13, n.4, p. 270-4, 2007.

CAREY, M.P.; DWYER, P.L.; GLENNING, P.P. The sign of stress incontinence – should we believe what we see? **Aust N Z J Obstet Gynaecol**, v.37, n.4, p.436-9, 1997.

COYNE, K.S. *et al.* The impact on healthrelated quality of life of stress, urge and mixed urinary incontinence. **BJU Int**, v.92, n. 7, p.731-5, 2003.

ELIASSON, K.; LARSSON, T.; MATTSON, E. Prevalence of stress incontinence in nuliparous elite trampolinists. **Scand J Med Sci Sports**, v.12, p.106-10, 2002.

ESPINOZA, C.J.M. *et al.* Prevalencia de incontinencia urinaria y anal en mujeres de la zona metropolitana de Guadalajara. **Ginecología e Obstetricia de México**, v.74, n. 6, junho, 2006.

FELDNER, P.C.Jr. *et al.* Valor da queixa clínica e exame físico no diagnóstico da incontinência urinária. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.24, n.2, p.87-91, 2002.

FELDNER, P.C.Jr. *et al.* Diagnóstico clínico e subsidiário da incontinência urinária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.28, n. 1, p.54-62, 2006.

FIGUEIREDO, E.M. *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de Serviço de Fisioterapia Uroginecológica da rede pública. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Carlos, v.12, n.2, p.136-42, mar./abr., 2008.

FOZZATTI C. *et al.*, Prevalence study of stress urinary incontinence in women who perform high-impact exercises. **Int Urogynecol J**, v.23, n.12, p.1687-1691, 2012.

GIRÃO, M.J.B.C. *et al.* **Cirurgia Vaginal e Uroginecologia**. 1ª Ed. São Paulo: Artes médicas, p.105-141, 2002.

GRAY, M. Stress Urinary Incontinence in women. **Clinical Practice**. v.16, n.5, may. 2004.

GUARISI, T. *et al.* Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.5, p.428-435, 2001.

GUERRA, M.C. La incontinencia urinaria em La mujer deportista de elite. **Rev Iberoam Fisioter Kinesol**, v.9, n.2, p.78-89, 2006.

HANNESTAD, Y.S. *et al.* A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. Epidemiology of incontinence in the County of Nord-Trondelag. **J Clin Epidemiol**, v.53, n.11, p. 1150-7, 2000.

HAY-SMITH, E. *et al.* Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. **The Cochrane Collaborations Oxford: Update Software**, 2001.

HIGA, R. Incontinência urinária: problema ocupacional entre profissionais de enfermagem. [dissertação] Campinas (SP): **Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp**; 2004.

HIGA, R.; LOPES, M.H.B.M. Porque profissionais de enfermagem com incontinência urinária não buscam tratamento. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.60, n.5, p.503-6, set-out, 2007.

HIGA, R.; LOPES, M.H.B.M.; REIS, M.J. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.42, n.1, p.187-192, 2008.

HIGA, R.; LOPES, M.H.B.M.; TURATO, E.R. Psychocultural meanings of urinary incontinence in women: a review. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.16, n.4, p.779-86, jul.-ago. 2008.

HUNSKAAR, S. *et al.* The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. **BJU Int.**, v.93, n.3, p.324-30, 2004.

KLOVNING, A. *et al.* Comparison of two questionnaires for assessing the severity of urinary incontinence: The ICIQ-UI SF versus the incontinence severity index. **Neurourol Urodyn.**, v.28, n.5, p.411-5, 2009.

LOPES, M.H.B.M.; HIGA, R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. **Rev Esc Enferm USP**, v.40, n.1, p. 34-41, 2006.

MCKERTICH, K. Urinary incontinence. Procedural and surgical treatments for women. **Australian Family Physician**, v.37, n.3, Mar. 2008.

MOLLER, L.A.; LOSE, G.; JORGENSEN, T. Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years of age. **Obstet Gynecol**, v.96, n.3, p.446-51, 2000.

NEWMAN, D.K. Stress Urinary Incontinence in Women. **AJN**. v.103, n.8, Aug. 2003.

NORTON, P.; BURBAKER, L. Urinary incontinence in women. **The Lancet**. v.57, n.11, Jan. 2006.

NYGAARD, I.; THOMPSON, F.L.; SVENGALIS, S.L. Urinary incontinence in elite nulliparous athletes. **Obstet Gynecol**, v.84, p.183-7, 1994.

PEYRAT, L. *et al.* Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle-age women. **BJU International** v.89, p.61-66, 2002.

SANTIAGU, S.K. Urinary incontinence Pathophysiology and management outline. **Australian Family Physician**, v.37, n.3, Mar. 2008.

SANTOS, E.S. *et al.* Incontinência urinária entre estudantes de Educação Física. **Rev Esc Enferm USP**, v.43, n.2, p.307-12, 2009.

SILVA, L.; LOPES, M.H.B.M. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. **Rev Esc Enferm USP**, v.43, n. 1, p. 72-8, 2009.

SIMEONOVA, Z.; MILSON, I.; KULLENDORFF, A.M. The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women from urban Swedish population. **Act Obstet Gynecol Scand.**, v.78, p.546-51, 1999.

SYMONDS, T. A review of condition-specific instruments to assess the impact of urinary incontinence on health related quality of life. **Eur Urol**, v.43, n.3, p.219-25, 2003.

TAMANINI, J.T.N. *et al.* Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form” (ICIQ-SF). **Rev Saúde Pública**, v.38, p.438-44, 2004.

TEUNISSEN, D. *et al.* It can always happen: the impact of urinary incontinence on elderly men and women. **Scand J Prim Health Care**, v.24, n.3, p.166-73, 2006.

THYSSEN, H.H. *et al.* Urinary incontinence in elite female athletes and dancers. **Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct**, v.13, n.1, p.15-7, 2002.

VIRTUOSO, J.F.; MAZO, G.Z.; MENEZES, E.C. Prevalência, tipologia e sintomas de gravidade da incontinência urinária em mulheres idosas segundo à prática de atividade física. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 25, n. 3, p. 571-582, jul./set. 2012

WEIDNER, A.C. *et al.* Which women with stress incontinence require urodynamic evaluation? **Am J Obstet Gynecol** v.184, n.2, p.20-7, 2001.

III. NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO ARTIGO

Instruções aos autores para a Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

A Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Rev Bras Ginecol Obstet. ISSN 0100 7203), publicação mensal de divulgação científica da Federação das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), é dirigida a obstetras, ginecologistas e profissionais de áreas afins, com o propósito de publicar contribuições originais sobre temas relevantes no campo da Ginecologia, Obstetrícia e áreas correlatas. É aberta a contribuições nacionais e internacionais.

O material enviado para análise não pode ter sido submetido simultaneamente à publicação em outras revistas nem publicado anteriormente. Na seleção dos manuscritos para publicação, são avaliadas originalidade, relevância do tema e qualidade da metodologia utilizada, além da adequação às normas editoriais adotadas pela revista. O material referente a artigos recusados não é devolvido.

Todos os manuscritos submetidos à revista são analisados por pareceristas anônimos e o sigilo é garantido durante todo o processo de revisão. Cópias dos pareceres dos revisores são enviadas aos autores. Os manuscritos aceitos e os aceitos condicionalmente são enviados para os autores para que sejam efetuadas as modificações e para que os mesmos tomem conhecimento das alterações a serem introduzidas, a fim de que o trabalho seja aceito para publicação. Os autores devem devolver o texto com as modificações solicitadas assim que possível, devendo justificar, na carta de encaminhamento, se for o caso, o motivo do não atendimento às sugestões. Não havendo retorno do trabalho após três meses, presume-se que os autores não têm mais interesse na publicação. Caso haja retorno após esse prazo, será considerada nova submissão, e o trabalho deve ser submetido à nova análise.

Os conceitos e declarações contidos nos trabalhos são de responsabilidade dos autores. O manuscrito enviado para publicação deve ser redigido em português.

A revista publica contribuições nas seguintes categorias:

1. Artigos Originais, trabalhos completos prospectivos, experimentais ou retrospectivos. Manuscritos contendo resultados de pesquisa clínica ou experimental original têm prioridade para publicação;

2. Notas Prévias de trabalhos em fase final de coleta de dados, mas cujos resultados são originais e relevantes para justificar sua publicação;

3. Relatos de Casos, de grande interesse e bem documentados, do ponto de vista clínico e laboratorial. O texto deve ser baseado em revisão bibliográfica atualizada. O número de referências pode ser igual ao dos trabalhos completos;

4. Técnicas e Equipamentos, que são apresentações de inovações em diagnóstico, técnicas cirúrgicas e tratamentos, desde que não sejam, clara ou veladamente, propaganda de drogas ou outros produtos;

5. Artigos de Revisão e Atualização, incluindo avaliação crítica e sistematizada da literatura. A seleção dos temas é baseada em planejamento estabelecido pela editoria e editores associados. Os autores convidados devem ter publicações em periódicos sobre o tema escolhido. O número de autores das revisões pode variar entre um e quatro, dependendo do tipo de texto e da metodologia empregada. Devem ser descritos os métodos e procedimentos adotados para a realização do trabalho, podendo ser empregadas técnicas para se obterem atualizações, metanálises ou revisões sistemáticas. O texto deve ser baseado em revisão atualizada da literatura. Tratando-se de tema ainda sob investigação, a revisão deve discutir todas as tendências e linhas de investigação em curso. Apresentar, além do texto da revisão, resumo, abstract e conclusões. Ver a seção "Preparo do manuscrito" para informações quanto ao texto, página de rosto, resumo e abstract. Contribuições espontâneas podem ser aceitas. Nesse caso, devem ser enviados inicialmente um resumo ou esboço do texto, a lista de autores e respectivas publicações sobre o tema. Se houver interesse da revista, são convidados para redigir e enviar o texto definitivo. No caso de contribuições espontâneas, aplicam-se as normas citadas para os autores convidados;

6. Comentários Editoriais, sob solicitação do editor;

7. Resumos de Teses apresentadas e aprovadas nos últimos 12 meses, contados da data de envio do resumo. Devem conter, aproximadamente, 250 palavras e seguir as normas da revista quanto à estruturação, à forma e ao conteúdo. Incluir título em português e inglês e, no mínimo, três palavras ou expressões-chave. O resumo deve ser enviado em disquete, CD ou DVD com uma cópia impressa. Em arquivo separado, informar: nome completo do autor e do orientador; membros da banca; data de apresentação e a identificação do serviço ou departamento onde a tese foi desenvolvida e apresentada.

8. Cartas dos leitores para o editor, versando sobre matéria editorial ou não, mas com apresentação de informações relevantes ao leitor. As cartas podem ser resumidas pela editoria, mas com manutenção dos pontos principais. No caso de críticas a trabalhos publicados, a carta é enviada aos autores para que sua resposta possa ser publicada simultaneamente

Informações gerais

1. A revista não aceita material editorial com objetivos comerciais.
2. Conflito de interesses: devem ser mencionadas as situações que podem influenciar de forma inadequada o desenvolvimento ou as conclusões do trabalho. Entre essas situações, menciona-se a participação societária nas empresas produtoras das drogas ou equipamentos citados ou utilizados no trabalho, assim como em concorrentes da mesma. São também consideradas fontes de conflito os auxílios recebidos, as relações de subordinação no trabalho, consultorias etc.
3. No texto, devem ser mencionadas a submissão e a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizado o trabalho.
4. Artigo que trate de pesquisa clínica com seres humanos deve incluir a declaração de que os participantes assinaram o termo de consentimento livre e informado.
5. A partir de agosto de 2007, os periódicos indexados nas bases de dados Lilacs e SciELO passaram a exigir que os ensaios controlados aleatórios (randomized controlled trials) e ensaios clínicos (clinical trials) submetidos à publicação tivessem o registro em uma base de dados de ensaios clínicos. Essa decisão foi decorrente da orientação da Plataforma Internacional para Registros de Ensaio Clínicos (ICTRP) da Organização Mundial da Saúde (OMS), do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). As instruções para o registro estão disponíveis no endereço eletrônico do ICMJE (http://www.icmje.org/clin_trialup.htm) e o registro pode ser feito na base de dados de ensaios clínicos da National Library of Medicine disponível em <http://clinicaltrials.gov/ct/gui>.
6. O número de autores de cada manuscrito é limitado a sete. Trabalhos de autoria coletiva (institucionais) devem ter os responsáveis especificados. Trabalhos e estudos multicêntricos podem ter número de autores compatível com o número de centros (cada situação é avaliada pela editoria e pelos revisores). Os investigadores responsáveis pelos protocolos aplicados devem ser especificados no fim do artigo. O conceito de coautoria é baseado na contribuição substancial de cada um, seja para a concepção e planejamento do trabalho, análise e interpretação dos dados, ou para a redação ou revisão crítica do texto. A inclusão de nomes cuja contribuição não se enquadre nos critérios citados não é justificável. Todos os autores devem aprovar a versão final a ser publicada.
7. Os autores são informados, por carta, do recebimento dos trabalhos e do número de protocolo na revista. Os trabalhos que estão de acordo com as Instruções aos Autores e se

enquadram na política editorial da revista, são enviados para análise de revisores indicados pelo editor.

8. Os originais em desacordo com essas instruções são devolvidos aos autores para as adaptações necessárias antes da avaliação pelo Conselho Editorial.

9. Junto com os originais, deve ser enviada carta de encaminhamento assinada por todos os autores. Podem ser enviadas cartas separadas. Na carta, deve ficar explícita a concordância com as normas editoriais, com o processo de revisão e com a transferência de copyright para a revista. O material publicado passa a ser propriedade da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e da Febrasgo, só podendo ser reproduzido, total ou parcialmente, com a anuência dessas entidades.

10. Para manuscritos originais, não ultrapassar 25 páginas de texto digitado. Limitar o número de tabelas e figuras ao necessário para apresentação dos resultados que são discutidos (como norma geral, limitar a cinco). Para manuscritos do tipo Relato de Caso e Equipamentos e Técnicas, não ultrapassar 15 páginas, reduzindo também o número de figuras e/ou tabelas. As Notas Prévias devem ser textos curtos, com até 800 palavras, cinco referências bibliográficas e duas ilustrações (ver “Preparo do manuscrito”, “Resultados”).

11. Enviar disquete, CD ou DVD devidamente identificado com o arquivo contendo texto, tabelas, gráficos e as legendas de outras figuras (fotos). Encaminhar também três cópias impressas do manuscrito. O trabalho pode ser enviado para a revista pelo sistema de submissão on-line no portal SciELO. O endereço eletrônico para correspondência com a revista é: rbgo@fmrp.usp.br.

Preparo dos manuscritos

As normas que seguem foram baseadas no formato proposto pelo ICMJE e publicado no artigo Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, atualizado em Outubro de 2008 e disponível no endereço eletrônico <http://www.icmje.org/>.

Apresentação do texto

1. Os trabalhos devem ser digitados em espaço dois em todas as seções, da página de rosto às referências bibliográficas, tabelas e legendas. Cada página deve conter aproximadamente 25 linhas em uma coluna. Usar preferencialmente o processador de texto

Microsoft Word[®] e a fonte Times New Roman 12. Não dar destaque a trechos do texto: não sublinhar ou usar negrito. Numerar todas as páginas iniciando pela página de rosto.

2. Não usar maiúsculas nos nomes próprios (a não ser a primeira letra) no texto ou nas referências bibliográficas. Não utilizar pontos nas siglas (DPP em vez de D.P.P.). Quando usar siglas ou abreviaturas, descrevê-las por extenso na primeira vez que forem mencionadas no texto.

3. Para impressão, utilizar folhas de papel branco, deixando espaço mínimo de 2,5 cm em cada margem. Iniciar cada seção em uma nova página: página de rosto; resumo e palavras ou expressões-chave; abstract e keywords; texto; agradecimentos; referências; tabelas individuais e legendas das figuras não digitadas.

Página de rosto

Apresentar o título do trabalho em português e em inglês; nomes completos dos autores sem abreviaturas; nome da instituição onde o trabalho foi desenvolvido, titulação, afiliação institucional dos autores, informações sobre auxílios recebidos sob forma de financiamento, equipamentos ou fornecimento de drogas. Indicar o nome, endereço, telefone, fax e e-mail do autor para o qual a correspondência deve ser enviada. Dar preferência para o endereço da instituição onde o trabalho foi desenvolvido. O autor tem de indicar quais informações pessoais não devem ser publicadas.

Resumo

O resumo do trabalho deve aparecer na segunda página. Para trabalhos completos, redigir um resumo estruturado, que deve ser dividido em seções identificadas: objetivo, métodos, resultados e conclusões. Deve ter aproximadamente 300 palavras. O resumo deve conter as informações relevantes, permitindo que o leitor tenha uma ideia geral do trabalho. Deve incluir descrição resumida de todos os métodos empregados e da análise estatística efetuada. Expor os resultados numéricos mais relevantes, não apenas indicação de significância estatística. As conclusões devem ser baseadas nos resultados do trabalho e não da literatura. Evitar o uso de abreviações e símbolos. Não citar referências bibliográficas no resumo. Abaixo do resumo, indicar o número de registro e/ou identificação para os ensaios controlados aleatórios e ensaios clínicos.

Na mesma página do resumo, citar pelo menos cinco palavras ou expressões-chave que serão empregadas para compor o índice anual da revista. Devem ser baseadas no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) publicado pela Bireme, que é uma tradução do Medical Subject Headings (MeSH) da National Library of Medicine e está disponível no endereço eletrônico <http://decs.bvs.br>.

Em outra página, deve ser impresso o abstract como versão fiel do texto do resumo estruturado (purpose, methods, results, conclusions). Deve ser também acompanhado da versão para o inglês das palavras ou expressões-chave (keywords). O resumo e o abstract dos Relatos de Casos e Artigos de Revisão e de Atualização não devem ser estruturados e são limitados a 150 palavras. Para Notas Prévias, não há necessidade do resumo.

Introdução

Repetir, na primeira página da introdução, o título completo em português e inglês. Nessa seção, mostre a situação atual dos conhecimentos sobre o tópico em estudo, divergências e lacunas que possam eventualmente justificar o desenvolvimento do trabalho, mas sem revisão extensa da literatura. Para Relatos de Casos, apresentar um resumo dos casos já publicados, epidemiologia da condição relatada e uma justificativa para a apresentação como caso isolado. Expor claramente os objetivos do trabalho.

Métodos

Iniciar essa seção indicando o planejamento do trabalho: se prospectivo ou retrospectivo; ensaio clínico ou experimental; se a distribuição dos casos foi aleatória ou não etc. Descrever os critérios para seleção das pacientes ou grupo experimental, inclusive dos controles. Identificar os equipamentos e reagentes empregados. Se a metodologia aplicada já tiver sido empregada, indicar as referências, além da descrição resumida do método. Descrever também os métodos estatísticos empregados e as comparações para as quais cada teste foi empregado.

Os trabalhos que apresentam como objetivo a avaliação da eficácia ou tolerabilidade de tratamento ou droga devem, necessariamente, incluir grupo controle adequado. Para informações adicionais sobre o desenho de trabalhos desse tipo, consultar ICH Harmonized Tripartite Guideline – Choice of Control Group and Related Issues in Clinical Trials

(http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/e10_e.html). Ver também item 4 das “Informações gerais”.

Resultados

Apresentar os resultados em sequência lógica, com texto, tabelas e figuras. Expor os resultados relevantes para o objetivo do trabalho e que são discutidos. Não repetir no texto dessa seção todos os dados das tabelas e figuras, mas descrever e enfatizar os mais importantes, sem interpretação dos mesmos (ver também tabelas). Nos Relatos de Casos, as seções “métodos” e “resultados” são substituídas pela descrição do caso, mantendo-se as demais.

Discussão

Devem ser realçadas as informações novas e originais obtidas na investigação. Não repetir dados e informações já mencionadas nas seções “introdução” e “resultados”. Evitar citação de tabelas e figuras. Ressaltar a adequação dos métodos empregados na investigação. Comparar e relacionar as suas observações com as de outros autores, comentando e explicando as diferenças. Explicar as implicações dos achados, suas limitações e fazer as recomendações decorrentes. Para Relatos de Casos, basear a discussão em ampla e atualizada revisão da literatura. Recomenda-se tabular informações sobre os casos já publicados para comparação.

Agradecimentos

Dirigidos a pessoas que tenham colaborado intelectualmente, mas cuja contribuição não justifica coautoria, ou para aquelas que tenham dado apoio material.

Referências

Todos os autores e trabalhos citados no texto devem constar dessa seção e vice-versa. Numerar as referências bibliográficas por ordem de entrada no trabalho e usar esses números para as citações no texto. Evitar número excessivo de referências, selecionando as mais relevantes para cada afirmação e dando preferência para os trabalhos mais recentes. Não empregar citações de difícil acesso, como resumos de trabalhos apresentados em congressos

ou publicações de circulação restrita. Não empregar referências do tipo “observações não publicadas” e “comunicação pessoal”. Para textos escritos originalmente em português, a referência também deve ser feita em português. Artigos aceitos para publicação podem ser citados acompanhados da expressão: “aceito e aguardando publicação”, ou “in press”, indicando-se o periódico, volume e ano. Trabalhos aceitos por periódicos que estejam disponíveis on-line, mas sem indicação de fascículos e páginas, devem ser citados como “ahead of print”.

No caso de citações de outras publicações dos autores (autocitação), incluir entre as referências bibliográficas apenas trabalhos originais (não citar capítulos ou revisões), impressos em periódicos regulares e relacionados ao tema.

O número de referências bibliográficas deve ser aproximadamente 30. Para Notas Prévias, no máximo dez. Os autores são responsáveis pela exatidão dos dados constantes das referências bibliográficas.

Para todas as referências, citar os autores até o sexto. Se houver mais de seis autores, citar os seis primeiros, seguidos da expressão et al., conforme os seguintes modelos:

Formato impresso

• Artigos em revistas

- Moran CA, Suster S, Silva EG. Low-grade serous carcinoma of the ovary metastatic to the anterior mediastinum simulating multilocularthymic cysts: a clinicopathologic and immunohistochemical study of 3 cases. *Am J Surg Pathol.* 2005;29(4):496-9.

- Parpinelli MA, Faúndes A, Cecatti JG, Surita FG, Pereira BG, Passini Junior R, et al. Subnotificação da mortalidade materna em Campinas: 1992 a 1994. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2000;22(1):27-32.

- Miyatake T, Ueda Y, Yoshino K, Shroyer KR, Kanao H, Sun H, et al. Clonality analysis and human papillomavirus infection in squamous metaplasia and atypical immature metaplasia of uterine cervix: is atypical immature metaplasia a precursor to cervical intraepithelial neoplasia 3? *Int J Gynecol Pathol.* 2007;26(2):180-7.

• Livro

- Baggish MS, Karram MM. Atlas of pelvic anatomy and gynecologic surgery. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 2006.

• Capítulos de livro

- Daher S, Mattar R, Sass N. Doença hipertensiva específica da gravidez: aspectos imunológicos. In: Sass N, Camano L, Moron AF, editores. Hipertensão arterial e nefropatias na gravidez. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 45-56.

Formato eletrônico

Apenas para informações estatísticas oficiais e citação de referências de periódicos não impressos. Para estatísticas oficiais, indicar a entidade responsável, o endereço eletrônico, o nome do arquivo ou entrada. Incluir o número de telas, data e hora do acesso. Termos como “serial”, “periódico”, “homepage” e “monography”, por exemplo, não são mais utilizados. Todos os documentos devem ser indicados apenas como [Internet]. Para documentos eletrônicos com o identificador DOI (Digital Object Identifier), mencionar no final da referência, além das informações que seguem:

- Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. Informações de Saúde. Estatísticas vitais. Mortalidade e nascidos vivos: nascidos vivos desde 1994. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. [citado 2007 Fev7]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>

- Monografia na internet ou livro eletrônico

- Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <<http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>>

Tabelas

Imprimir tabelas em páginas separadas, com espaço duplo e fonte Arial 8. A numeração deve ser sequencial, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Todas as tabelas devem ter título e todas as colunas da tabela devem ser identificadas com um cabeçalho. A legenda deve conter informações que permitam ao leitor entender o conteúdo das tabelas e figuras, mesmo sem a leitura do texto do trabalho. As linhas horizontais devem ser simples e limitadas a duas no topo e uma no final da tabela. Não empregar linhas verticais. Não usar funções de criação de tabelas, comandos de justificação, tabulações decimais ou centralizadas. Utilizar comandos de tabulação (tab) e não o espaçador para separar as colunas e, para nova linha, a tecla enter. No rodapé da tabela, deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados.

Figuras (gráficos fotografias e ilustrações)

As figuras devem ser impressas em folhas separadas e numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto. Todas as figuras devem ter qualidade gráfica adequada (usar somente fundo branco) e apresentar título e legenda, digitados em fonte Arial 8. No disquete, CD ou DVD devem ser enviadas em arquivo eletrônico separado do texto (a imagem aplicada no processador de texto não significa que o original está copiado). Para evitar problemas que comprometam o padrão da revista, o processo de digitalização de imagens (scan) deve obedecer aos seguintes parâmetros: para gráficos ou esquemas usar 800 dpi/bitmap para traço; para ilustrações e fotos (preto e branco) usar 300 dpi/RGB ou grayscale. Em todos os casos, os arquivos devem ter extensão .tif e/ou .jpg. No caso de não ser possível a entrega do arquivo eletrônico das figuras, os originais devem ser enviados em impressão a laser (gráficos e esquemas) ou papel fotográfico (preto e branco) para que possam ser devidamente digitalizadas. Também são aceitos arquivos com extensão .xls (Excel), .cdr (CorelDraw[®]), .eps, .wmf para ilustrações em curva (gráficos, desenhos, esquemas). São aceitas, no máximo, cinco figuras. Se as figuras já tiverem sido publicadas, devem vir acompanhadas de autorização por escrito do autor/editor e constando a fonte na legenda da ilustração.

Legendas

Imprimir as legendas usando espaço duplo, acompanhando as respectivas figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e tabelas. Cada legenda deve ser numerada em algarismos arábicos, correspondendo a cada figura e tabela, e na ordem que foram citadas no trabalho.

Abreviaturas e siglas

Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. Nas legendas das tabelas e figuras, devem ser acompanhadas de seu nome por extenso. As abreviaturas e siglas não devem ser usadas no título dos artigos e nem no resumo.

Envio dos manuscritos

Os documentos devem ser enviados para:

Jurandyr Moreira de Andrade

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia – Editoria Avenida Bandeirantes, 3.900, 8º andar – Campus Universitário CEP 14049-900 – Ribeirão Preto/SP Fone: (16) 3602-2803/Fax: (16) 3633-0946 E-mail: rbgo@fmrp.usp.br

A submissão pode ser efetuada por meio do sistema de “Submissão on-line” da SciELO. Para correspondência, pode ser empregado o e-mail rbgo@fmrp.usp.br.

Itens para a conferência do manuscrito

Antes de enviar o manuscrito, conferir se as Instruções aos Autores foram seguidas e verificar o atendimento dos itens listados abaixo. Os itens 1 e 7 não são necessários para trabalhos enviados via “Submissão on-line” no site SciELO.

1. Carta de encaminhamento assinada por todos os autores;
2. Citação da aprovação do projeto do trabalho por Comissão de Ética em Pesquisa (na seção “métodos”) e termo de consentimento livre e informado;
3. Conflito de interesses: se, quando aplicável, foi mencionado, sem omissão de informações relevantes;
4. Página de rosto com todas as informações solicitadas;
5. Resumo e abstract estruturados e compatíveis com o texto do trabalho;
6. Cinco ou mais palavras-chave relacionadas ao texto e respectivas keywords;
7. Mídia (disquete, CD ou DVD) contendo arquivo com o texto integral, tabelas e gráficos, corretamente identificado;
8. Verificar se todas as tabelas e figuras estão corretamente citadas no texto e numeradas, e se as legendas permitem o entendimento das mesmas;
9. Fotos devidamente identificadas e anexadas à correspondência;
10. Referências bibliográficas: numeradas na ordem de aparecimento e corretamente digitadas. Verificar se todos os trabalhos citados estão na lista de referências e se todos os listados estão citados no texto.

IV. ARTIGO ORIGINAL

Prevalência e impacto na qualidade de vida da incontinência urinária em atletas
corredoras

Prevalence and impact on quality of life of urinary incontinence in female runners

Pamella Paola Bezerra de Oliveira¹

Daniela Siqueira Prado²

¹Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe – Brasil

²Professora Assistente do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe –
Brasil

Correspondência:

Daniela Siqueira Prado

Av. Franklin de Campos Sobral, 1580, apto 1502, Bloco B. Bairro Grageru. Aracaju-SE CEP:
49027.000

Telefone para contato: (79) 9931-3830

E-mail: danisprado77@gmail.com

Instituição: Universidade Federal de Sergipe

Conflito de interesses: Nada a declarar

Fonte financiadora: Não houve

Prevalência e impacto na qualidade de vida da incontinência urinária em atletas corredoras

Resumo

OBJETIVO: Estimar a prevalência e o impacto na qualidade de vida da incontinência urinária em atletas corredoras e em um grupo controle. **MÉTODOS:** Estudo transversal analítico, com 60 mulheres nulíparas, primíparas e na pré-menopausa, sendo 30 atletas corredoras e 30 mulheres sedentárias ou que praticam atividades de baixo impacto. Foram excluídas mulheres tabagistas, portadoras de doenças crônicas ou com antecedente de cirurgia uroginecológica. Aplicou-se o questionário *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form* (ICIQ-SF), traduzido e validado para o português. A análise estatística foi realizada pelo pacote SPSS – Statistical Package for Social Sciences (versão 17.0). O teste de hipóteses relativas às variáveis categóricas foi realizado mediante o teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2) e a comparação entre os grupos mediante teste t de Student pra amostras independentes. A diferença estatística foi considerada significativa quando $p < 0,05$. **RESULTADOS:** Foi verificada uma prevalência de incontinência urinária de 36,7% em atletas e de 20% no grupo controle ($p=0,15$). Dentre as incontinentes, a maioria das atletas (73%) e do grupo controle (80%) referiram não haver impacto na qualidade de vida. **CONCLUSÃO:** A prevalência de incontinência urinária e o pequeno impacto na qualidade de vida foram similares entre atletas e grupo controle.

PALAVRAS CHAVE: Incontinência urinária. Esportes. Prevalência. Saúde da mulher. Qualidade de vida.

Prevalence and impact on quality of life of urinary incontinence in female runners

Abstract

OBJECTIVE: To estimate the prevalence and impact on quality of life of urinary incontinence in female runners and a control group. **METHODS:** Analytical cross sectional study with 60 nulliparous, primiparous and premenopausal women, with 30 athletes and 30 sedentary women or who practice low-impact activities. The study excluded smokers, those with chronic diseases or previous surgery urogynecological. We used the questionnaire International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF), translated and validated in Portuguese. Statistical analysis was performed using SPSS - Statistical Package for Social Sciences (version 17.0). The test hypotheses concerning categorical variables was performed using the chi-square test (χ^2) and compared between groups by Student's t test for independent samples. The statistical difference was considered significant when $p < 0.05$. **RESULTS:** We observed a prevalence of urinary incontinence of 36.7% in athletes and at 20% in the control group ($p = .15$). Among the incontinent, most athletes (73%) and control group (80%) reported no impact on quality of life. **CONCLUSION:** The prevalence of urinary incontinence and little impact on quality of life were similar between athletes and control group.

KEYWORDS: Urinary Incontinence . Sports. Prevalence. Women's Health. Quality of Life.

Prevalência e impacto na qualidade de vida da incontinência urinária em atletas
corredoras

Prevalence and impact on quality of life of urinary incontinence in female runners

Introdução

Segundo a *International Continence Society*, a incontinência urinária é definida como “queixa de qualquer perda involuntária de urina”¹. Existem três principais tipos de incontinência urinária mais comumente observados na população: incontinência urinária de esforço, que é a perda de urina associada com atividades que aumentem a pressão intra-abdominal, urge-incontinência, perda involuntária de urina associada com um forte desejo de urinar, e incontinência urinária mista, quando ambos os tipos anteriores estão presentes¹.

A prevalência da incontinência urinária na mulher pode variar entre 12% e 56%, a depender da metodologia utilizada para a realização do estudo, da característica da população (idade, atividade profissional, presença de doenças crônicas, estado menopausal), diagnóstico utilizado, entre outros². Em mulheres com idade superior a 60 anos, com domicílio no município de São Paulo, a prevalência de IU registrada por meio de entrevistas foi de 26,2%³.

Dentre os fatores de risco independentes para a ocorrência da incontinência urinária destacam-se idade, parto normal, parto fórcepe e peso do maior recém-nascido⁴.

Sabe-se que a prática de exercícios físicos regular excessiva e sem contração perineal durante a atividade física, pode predispor os sinais e sintomas de incontinência urinária de esforço⁵. Entre jovens nulíparas que praticam atividade física intensa como atletas, dançarinas e militares, com idade média entre 19,9 e 31,8 anos os estudos apontam índices de 28 a 51% de incontinência urinária². Em estudo realizado com mulheres estudantes de educação física, 35,5% referiram incontinência urinária, sendo que o atletismo foi a atividade física mais

associada⁶. Entre praticantes de atividades físicas em academias, foi verificada uma incidência de sintomas de perda urinária ao esforço em 36% das mulheres, sendo que 94,44% delas referiram perda durante o exercício⁵.

Para as mulheres portadoras de incontinência urinária, a participação em atividades físicas e esportes torna-se uma tarefa constrangedora e desconfortável, uma vez que o escape involuntário de urina pode ocorrer em meio à realização de tais práticas. Vista erroneamente como uma doença senil, em mulheres jovens a incontinência urinária é ainda mais estigmatizada, pouco difundida e esclarecida, sendo que essas mulheres comumente não se sentem a vontade para recorrer aos profissionais de saúde e relatar a situação⁷. Em atletas de elite, a incontinência urinária de esforço afeta a concentração e o desempenho atlético, principalmente nos esportes com roupa mínima e apertada tal como o da ginástica⁸.

Diante do problema da incontinência urinária, as atletas acabam desenvolvendo algumas estratégias para prevenir a perda de urina, como o uso de absorventes e restrição hídrica prolongada. Outras, entretanto, acabam abandonando por completo a prática de atividades físicas⁹.

Tendo em vista o impacto negativo que a incontinência urinária pode ter na vida da atleta e diante da ausência de trabalhos abordando tal aspecto em nosso meio, tivemos como objetivo avaliar a prevalência e o impacto na qualidade de vida da incontinência urinária em atletas corredoras do município de Aracaju, comparando-as com uma população de mulheres sedentárias ou que pratiquem atividade de baixo impacto.

Métodos

Realizou-se estudo observacional, transversal e analítico com grupos de corrida da cidade de Aracaju, no estado de Sergipe, no período de Abril de 2012 a Dezembro de 2012,

após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética para Pesquisa em Seres Humanos da UFS (CAAE: 01709312.3.0000.0058).

Foram critérios de inclusão ser do sexo feminino, nulíparas ou primíparas, pré-menopausadas e que concordassem em participar do estudo. Avaliou-se 60 mulheres, sendo 30 atletas corredoras, que treinam regularmente, no mínimo uma hora por treino, pelo menos quatro vezes por semana e que participam de competições regularmente e outras 30 mulheres sedentárias ou que praticam atividades de baixo impacto (grupo controle). Foram critérios de exclusão tabagismo, ser portadora de doenças crônicas e antecedente de cirurgia uroginecológica. Todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após serem informadas sobre o objetivo da pesquisa.

Avaliou-se idade, estado civil e antecedentes ginecológicos e obstétricos. A seguir, foi aplicado o questionário “International Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Form (ICIQ-SF)”¹⁰, traduzido e validado para o português¹¹. Trata-se de um questionário simples, breve e autoadministrável, escolhido por avaliar o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida e a qualificação da perda urinária das pacientes analisadas.

O questionário é composto por perguntas que avaliam frequência, gravidade, impacto da IU, além de um grupo de oito itens relativos a causas ou situações que desencadeiam incontinência urinária vivenciadas pelos respondentes⁷. O score do ICIQ-SF é obtido através da soma das questões 3, 4 e 5, cujo valor classificará a perda urinária em leve (score entre 1-5), moderada (score entre 6-12), grave (score entre 13-18) ou muito grave (score entre 19-21)¹².

A análise estatística foi realizada pelo pacote SPSS – Statistical Package for Social Sciences (versão 17.0). As variáveis numéricas foram descritas como média e desvio padrão. Quanto às variáveis categóricas utilizou-se para sumarizá-las frequências simples e relativas e intervalo de confiança para 95% quando pertinente. Para associação entre variáveis

categóricas, utilizou-se o teste de Qui-Quadrado (χ^2) ou Exato de Fisher, quando necessário. A comparação entre dois grupos com variáveis quantitativas que apresentaram distribuição normal e variância semelhante foi realizada pelo teste “t de Student”; nos demais, utilizou-se o teste de Mann-Whitney. A diferença estatística foi considerada significativa quando $p < 0,05$.

Resultados

Foram avaliadas 60 mulheres, sendo 30 atletas e 30 do grupo controle, com média de idade de 33,4 (DP \pm 10,2). Os grupos foram homogêneos no tocante ao estado civil (a maioria eram solteiras), paridade e tipo de parto. Com relação ao ciclo menstrual, 90% das atletas e 60% das mulheres do grupo controle referiram ciclos regulares ($p=0,01$) (Tabela 1).

A incontinência urinária foi referida por 36,7% das atletas e por 20% das mulheres do grupo controle ($p=0,15$).

Com relação ao impacto na qualidade de vida, mais da metade das atletas (63%) e das mulheres do grupo controle (80%) não referiram impacto algum ($p=0,349$) (Tabela 2). A média do escore do questionário ICIQ-SF foi de 1,80 (DP \pm 2,88) no grupo de estudo contra 1,33 (DP \pm 3,07) no grupo controle, não havendo diferença estatística significativa entre os grupos ($p=0,245$).

Quanto à frequência de perda urinária entre as atletas incontinentes e o grupo controle, a maioria (73% e 66,6%, respectivamente) referiu perda uma vez por semana ou menos ($p=0,52$) (Tabela 3).

No tocante à quantidade de urina perdida entre as incontinentes, 91% das atletas e 50% do grupo controle queixaram-se da perda de pequena quantidade de urina ($p=0,128$) (Tabela 4).

Verificamos que 46% das atletas incontinentes queixaram-se de perder urina principalmente quando realizavam esforços físicos, caracterizando incontinência urinária de esforço, 36% queixaram-se de urge-incontinência e 18% queixaram-se de incontinência mista. Entre as mulheres incontinentes do grupo controle, 50% queixaram-se de urge-incontinência, o mesmo percentual referiu incontinência urinária mista e nenhuma das entrevistadas queixou-se de incontinência urinária de esforço pura. Não houve diferença estatística significativa entre os grupos no tocante ao tipo de perda urinária ($p=0,115$).

Quando solicitamos às entrevistadas que quantificassem a interferência da incontinência urinária na vida diária, em uma escala de 0 (não interfere) a 10 (interfere muito), a média encontrada entre as atletas foi de 0,5 ($\pm 1,19$) contra 0,4 ($\pm 1,10$) no grupo controle, não havendo diferença estatisticamente significante entre os grupos neste quesito ($p=0,726$).

Discussão

A prevalência de incontinência urinária entre atletas de nosso estudo foi de 36,7%, similar à observada em outros estudos^{5,6}, um dos quais realizado com mulheres graduandas do curso de Educação Física, com idade entre 17 e 41 anos, no qual foi observada uma prevalência de incontinência urinária de 35,5%, sendo o atletismo a atividade mais associada com a perda de urina⁶. No entanto, tal prevalência é inferior à observada em estudo nacional que demonstrou que 62,2% das atletas apresentavam sintomas de incontinência urinária¹³.

O tipo de incontinência urinária mais frequente entre as atletas incontinentes foi a perda aos esforços (46%), o que também está de acordo com encontrado na literatura, que aponta a incontinência urinária de esforço como o subtipo mais comum na população feminina em geral, perfazendo 50% do total¹⁴.

Alguns autores citam a elevação da pressão intra-abdominal como causa da incontinência urinária em mulheres praticantes de atividades físicas de alto impacto (como a ginástica e o trampolim acrobático) ou em esportes com mudança abrupta de movimento (como no basquete)^{15,16}. As condições que desencadeiam as disfunções do assoalho pélvico em tal população ainda não estão completamente elucidadas, alterações extrínsecas ou genéticas do tecido conjuntivo são consideradas como possíveis causas¹⁷. Atividades como *jump* e atletismo, por exemplo, podem gerar um aumento exagerado da pressão intra-abdominal, forçando os órgãos da região pélvica, empurrando-os para baixo e sobrecarregando a musculatura responsável de forma a diminuir a eficiência dos esfíncteres¹⁸. Outra explicação seria uma possível fraqueza de caráter genético, responsável pelo enfraquecimento das fibras musculares da região pélvica¹⁹.

Entretanto, a corrida de longa distância não apresenta grande impacto ao assoalho pélvico. Assim, talvez a causa da IU nestas atletas esteja relacionada com a fadiga muscular e não com o aumento da pressão abdominal. Sabe-se que nesta modalidade esportiva ocorre um catabolismo muscular generalizado, principalmente quando a atleta faz treinos longos, em terrenos acidentados, repetidas vezes, sem dar espaço para a recuperação. Para elucidar a real causa da IU em corredoras de longa distância, seria necessário realizar estudos aferindo a força do assoalho pélvico nestas atletas ou estudos experimentais para avaliar o efeito do exercício nas estruturas envolvidas na manutenção da continência urinária¹³.

Dentre todas as atletas entrevistadas, 33,3% referiu uma pequena quantidade de urina perdida em cada episódio, sendo que 73% delas relatam uma frequência de perda de uma vez por semana ou menos. Dado semelhante ao encontrado em estudo com mulheres praticantes de atividades físicas em academias, que demonstrou que 26% delas queixavam-se da perda de pequena quantidade de urina, pelo menos uma vez por semana⁵.

Em nosso estudo, encontramos uma média do escore do questionário ICIQ-SF de 1,80 ($\pm 2,88$), entre as atletas, contra 1,33 ($\pm 3,07$), entre as mulheres do grupo controle ($p=0,245$). Esse dado confronta com o obtido em estudo que demonstrou haver diferença estatisticamente significativa ($p=0,006$), ao comparar os escores obtidos entre um grupo de mulheres que praticavam atividades de alto impacto (1,68($\pm 3,46$)) com mulheres que não o faziam (1,02 ($\pm 2,69$))²⁰. Apesar da prevalência de perda ter sido quase o dobro no grupo de atletas, a diferença não foi significativa. Essa discordância pode ser explicada pelo número pequeno de participantes do nosso estudo.

Com relação ao impacto na qualidade de vida, 63% das atletas referia que a incontinência urinária não representava nenhum impacto. Dado similar ao encontrado em estudo brasileiro que avaliou a prevalência da incontinência urinária em mulheres praticantes de *jump*, utilizando também o questionário ICIQ-SF, que demonstrou que 62,5% das entrevistadas referiram nenhum impacto da incontinência urinária em suas vidas⁷.

O presente trabalho encontrou uma prevalência de incontinência urinária em atletas e impacto na qualidade de vida semelhante a outros estudos encontrados na literatura nacional e internacional^{5,6,7}. No entanto, há algumas limitações: a natureza transversal que impede a inferência de causalidade e a pequena amostra. Foram abordadas todas as mulheres participantes dos quatro grupos de corrida organizados na cidade, mas poucas cumpriam os critérios de inclusão, principalmente no tocante à paridade; muitas tinham dois ou mais filhos e, sabendo que a paridade é também fator de risco para incontinência urinária²¹, optamos por não incluí-las. Talvez uma maior amostra pudesse ter demonstrado diferença significativa quando comparado ao grupo controle. Outra limitação do trabalho é a utilização de um questionário geral para avaliar o impacto da incontinência urinária na vida diária. Reconhecemos a necessidade de um estudo mais apurado, com aplicação de um questionário

específico para a qualidade de vida propriamente dita, que considere implicações nos diversos aspectos da vida diária das mulheres incontinentes.

Uma vez que a prática de esportes de alto desempenho vem crescendo cada vez mais entre as mulheres fisicamente ativas, fica justificada a preocupação e o incentivo para realizarem-se mais pesquisas sobre o tema. Assim, devem ser encorajados novos estudos com uma população maior e mais abrangente para agregarem-se mais dados sobre o assunto, de forma a traçar melhor o perfil da problemática e desenvolver estratégias de prevenção e tratamento.

Agradecimentos

Primeiramente a Deus, meu melhor amigo, por iluminar meu caminho, me dando força, garra e serenidade para alcançar meus objetivos.

Aos meus pais, pelo amor, apoio, pela educação e investimento que fizeram com que eu pudesse atingir essa conquista. Aos meus irmãos, que sempre estiveram ao meu lado, depositando confiança e me apoiando nas minhas decisões.

Ao meu namorado Bruno, pelo incentivo, amor, amizade, companheirismo e compreensão durante todo esse processo.

Agradeço à minha orientadora Dra. Daniela Siqueira Prado, pelas horas cedidas, por tudo que me foi ensinado, pela calma, capacidade e compreensão.

Por fim, aos pacientes, sem os quais nada disso seria possível.

Referências

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Roster P, Ulmsten U, *et al.* The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the international continence society. *Neurourol Urodyn.* 2003; 21:78-167.
2. Higa R, Lopes MHBM, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 2008; 42:187-192.
3. Tamanini JT, Lebrão ML, Duarte YA, Santos JL, Laurenti R. Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brazil: SABE Study (Health, Wellbeing and Aging). *Cad Saude Public.* 2009;25:62-1756.
4. Oliveira E, Zuliani LMM, Ishicava J, Silva SV, Albuquerque SSR, Souza AMB, *et al.* Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina. *Rev Assoc Med Bras.* 2010; 56(6): 90-688.
5. Andrade NVS, Manso VMC, Antunes MB. Incontinência urinária de esforço em mulheres praticantes de atividades físicas. *Ensaio e Ciência: C. Biológicas, Agrárias e da Saúde.* 2011; 15: 41-53.
6. Pensin LA, Pereira GW, Fransozi JD, Pensin LP, Bello SL, Brum SPB. Prevalência de incontinência urinária em mulheres do curso de educação física da Universidade do Sul de Santa Catarina, campus Tubarão. *Arq. Catarin. Med.* 2012; 41(4): 42-46
7. Almeida PP, Machado LRG. A prevalência de incontinência urinária em mulheres praticantes de jump. *Fisioter Mov.* 2012; 25:55-65.

8. Barros JD, Lucena ACT, Anselmo CWSF. Incontinência urinária de esforço em atletas do sexo feminino: uma revisão da literatura. *An Fac Med Univ Fed Pernamb.* 2007;52(2):80-173.
9. Caetano AS, Tavares MCGCF, Lopes MHBM. Urinary incontinnce and physical activity practice. *Rev Bras Med Esporte.* 2007; 13(4): 4-270.
10. Avery K, Donovan J, Abrams P. Validation of a new questionnaire for incontinence: the International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ). Abstract nº 86 of the International Continence Society 31st annual meeting. Seoul, Korea. *Neurourol Urodyn.* 2001; 20:510–511.
11. Tamanini JTN, Dambros M, D'Ancona CAL, Palma PCR, Netto JrNR. Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form” (ICIQ-SF). *Rev Saúde Pública.* 2004;38:44-438.
12. Klovning A, Avery K, Sandvik H, Hunskaar S. Comparison of two questionnaires for assessing the severity of urinary incontinence: The ICIQ-UI SF versus the incontinence severity index. *Neurourol Urodyn.* 2009; 28(5):5-411.
13. Araújo MP, Oliveira E, Zucchi EVM, Trevisani VFM, Girão MJBC, Sartori MGF. Relação entre a incontinência urinária entre mulheres atletas corredoras de longa distância e distúrbio alimentar. *Rev Assoc Med Bras, São Paulo.* 2008; 54(2): 9-146.
14. Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A. Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int J Gynecol Obst.* 2003; 82: 327-338.
15. Nygaard IE, Thompson FL, Svengalis SL, Albright JP. Urinary incontinence in elite nulliparous athletes. *Obstet Gynecol.* 1994; 84:7-183.
16. Bo K. Urinary incontinence, pelvic floor dysfunction, exercise and sport. *Sports Med.* 2004;34:64-451.

17. Almeida MBA, Barra AA, Figueiredo EM, Velloso FSB, Silva AL, Monteiro MVC, *et al.* Disfunções de assoalho pélvico em atletas. *Femina*. 2011; 39(8) : 395-402.
18. Thyssen HH, Clevin L, Olesen S, Lose G. Urinary incontinence in elite female athletes and dancers. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2002; 13(1): 7-15.
19. Bo K, Borgen JS. Prevalence of stress and urge urinary incontinence in elite athletes and controls. *Med Sci Sports Exerc*. 2001; 33(11):802-1797.
20. Fozzatti C, Ricetto C, Herrmann V, Brancalion MF, Raimondi M, Nascif CH, *et al.* Prevalence study of stress urinary incontinence in women who perform high-impact exercises. *Int Urogynecol J*. 2012; 23 (12):1687-1691.
21. Dellú MC, Zácara PMD, Schmitt ACB. Prevalência de sintomas urinários e fatores obstétricos associados em mulheres adultas. *Rev Bras Fisioter*. 2008; 12(6).

Tabelas

Tabela 1 – Características epidemiológicas, antecedentes ginecológicos e obstétricos das atletas e do grupo controle

Características	Atletas (n=30)	Grupo Controle (n=30)	p
Idade (média em anos)	32,47 DP±10,35	34,3 DP±10,22	0,493 *
	N %	N %	
Estado civil			
Solteira	19 63	15 50	0,21 **
Casada ou convive com parceiro	8 27	14 47	
Separada ou divorciada	3 10	1 3	
Viúva	0 0	0 0	
Ciclo menstrual			
Regular	27 90	18 60	0,01 **
Irregular	1 3	10 33	
Não menstrua	2 7	2 7	
Gestações			
Sem filhos	20 67	16 53	0,43 **
Um filho	10 33	14 47	
Tipo de parto			
Normal	5 17	7 23	0,574 **
Cesárea	5 17	7 23	

*T-Student

**Qui-quadrado

Tabela 2 – Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida das atletas e do grupo controle

Impacto	Atletas	Grupo Controle	p *
	N %	N %	
Nenhum impacto	19 63	24 80	0,349
Impacto leve	8 27	3 10	
Impacto moderado	3 10	3 10	
Impacto grave	0 0	0 0	
Impacto muito grave	0 0	0 0	

*Qui-quadrado

Tabela 3 – Frequência de perda urinária entre as mulheres incontinentes atletas e do grupo controle

Frequência	Atletas	Grupo Controle	p *
	N %	N %	
Uma vez por semana ou menos	8 73	4 66,6	0,52
Duas ou três vezes por semana	2 18	1 16,6	
Uma vez ao dia	1 9	1 16,6	
Diversas vezes ao dia	0 0	0 0	
O tempo todo	0 0	0 0	

*Qui-quadrado

Tabela 4 – Quantidade de urina perdida entre as mulheres incontinentes atletas e do grupo controle

Quantidade	Atletas	Grupo Controle	p *
	N %	N %	
Uma pequena quantidade	10 91	3 50	0,128
Uma moderada quantidade	1 9	2 33	
Uma grande quantidade	0 0	1 17	

*Qui-quadrado

V. ANEXOS DA MONOGRAFIA

ANEXO I

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar da pesquisa **“PREVALÊNCIA E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM ATLETAS CORREDORAS”**, que tem como objetivo avaliar a prevalência e o impacto na qualidade de vida da incontinência urinária em atletas corredoras do município de Aracaju, comparando-as com as encontradas em grupo de mulheres sedentárias ou que pratiquem atividades de baixo impacto. A participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, inclusive diante de constrangimento. Sua recusa não lhe trará nenhum prejuízo. Asseguramos que sua identificação e os dados obtidos através dessa pesquisa serão mantidos em sigilo (segredo).

Eu, _____, RG nº _____, concordo em participar da pesquisa intitulada **“PREVALÊNCIA E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM ATLETAS CORREDORAS”**. Declaro que tomei conhecimento das informações contidas nesse documento e que fui devidamente informado sobre os procedimentos da pesquisa. O pesquisador também explicou que possuo o direito de retirar os meus dados da pesquisa a qualquer momento que desejar, sem que isso me cause qualquer prejuízo.

Pamella Paola Bezerra de Oliveira (acadêmica de medicina / UFS /
pamella_paula@yahoo.com.br / 9121-9866)

Daniela Siqueira Prado (Prof.^a assistente do departamento de medicina / UFS /
danisprado@ig.com.br / 9931-3830)

Sujeito da pesquisa

ANEXO II

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Identificação e antecedentes ginecológicos e obstétricos:

1. IDADE: _____ anos
2. ESTADO CIVIL: () Solteira () Casada ou convive com parceiro () Separada/divorciada () Viúva
3. CORRE, EM MÉDIA, QUANTOS QUILOMETROS POR TREINO? _____ Km
4. TIPO DE CICLO MENSTRUAL: () Regular () Irregular
5. STATUS MENOPAUSAL: () Pré-menopausa () Pós-menopausa
6. NÚMERO DE GESTAÇÕES: _____ NÚMERO DE ABORTOS: _____
7. NÚMERO DE PARTOS NORMAIS: _____ NÚMERO DE PARTOS CESÁRIOS: _____

ICIQ -SF

Nome do Paciente: _____ Data de Hoje: ____/____/____
--

Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

1. Data de Nascimento: ____/____/____ (Dia / Mês / Ano)

2. Sexo: Feminino () Masculino ()

3. Com que frequência você perde urina? (assinale uma resposta)

Nunca () 0

Uma vez por semana ou menos () 1

Duas ou três vezes por semana () 2

Uma vez ao dia () 3

Diversas vezes ao dia () 4

O tempo todo () 5

4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde

(assinale uma resposta)

Nenhuma () 0

Uma pequena quantidade () 2

Uma moderada quantidade () 4

Uma grande quantidade () 6

5. Em geral quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule

um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não interfere

Interfere muito

ICIQ Escore: soma dos resultados 3 + 4 + 5 = _____

6. Quando você perde urina?

(Por favor assinale todas as alternativas que se aplicam a você)

Nunca ()

Perco antes de chegar ao banheiro ()

Perco quando tusso ou espiro ()

Perco quando estou dormindo ()

Perco quando estou fazendo atividades físicas ()

Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo ()

Perco sem razão óbvia ()

Perco o tempo todo ()