UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

JULIANA RIBEIRO

**Prevalência e fatores associados de incontinência
urinária em profissionais de enfermagem de um
hospital universitário**

RIBEIRÃO PRETO

2011

JULIANA RIBEIRO

**Prevalência e fatores associados de incontinência urinária em
profissionais de enfermagem de um hospital universitário.**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa de Pós Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Assistência à saúde da mulher no ciclo vital

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria de Almeida

RIBEIRÃO PRETO

2011

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO POR QUALQUER MEIO DE CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Ribeiro, Juliana

Prevalência e fatores associados de incontinência urinária em profissionais de enfermagem de um hospital universitário. Ribeirão Preto, 2011.

117 p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública
Orientadora: Almeida, Ana Maria de.

1. Incontinência Urinária. 2. Prevalência. 3. Profissionais de Enfermagem. 4. Fatores Associados

FOLHA DE APROVAÇÃO

RIBEIRO, Juliana

Prevalência e fatores associados de incontinência urinária em profissionais de enfermagem de um hospital universitário

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em//

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a minha amada e querida “Vovó”.
A qual dedicou um grande tempo da sua vida, para me educar e amar.
Vó sempre serei grata a você, só não acredito que você se foi ...
A minha dor ainda não passou, mas tenha a certeza que te amo e sempre
amarei.
Senhor ainda que eu andar no vale da morte não temerei, pois sei que tu
estarás comigo(Sal:23)*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela vida, e por estar sempre me iluminando e abençoes serei fiel ti sempre pai amado.

À minha amada orientadora Profa. Dra Ana Maria de Almeida, por acreditar e me dar a oportunidade de crescer como profissional, sempre me apoiando e direcionando para construção desse trabalho. Professora você é uma pessoa muito boa e serás sempre lembrada. Foi com você que compartilhei o meu grande sonho ser mestre.

À minha mãe pela companhia e amor, e suas orações para que eu estivesse sempre confiante sei que nossa luta é grande, mas unidas somos forte tiamo.

Ao meu pai que de longe me ama e é feliz pelo meu sucesso.

Aos meus irmãos que acreditaram e que participaram da construção da minha vida e do meu crescimento espiritual.

A minha família e cunhadas que sempre estiveram presentes, na minha vida, os meus sobrinhos que tanto amo, sou tia e amo esse papel, amo vocês sempre.

À minha grande amiga “Daise Laís”, sincera e verdadeira que nunca me deixou desanimar, obrigada sei que realizei o meu sonho mas você pode compartilhar.

Às minhas amigas de adolescência Renata, Patrícia e Fernandinha, saibam que esta vitória nos separou um pouquinho, mas agradeço pelo carinho e amizade.

À minha querida Zaída Aurora, pelo ensinamento e o seu gesto bondosa de me acolher e me fazer sentir capaz, o meu muito obrigado você é uma guerreira, tenha a certeza você nasceu enfermeira.

Aos amigos que posso sempre contar e pedir ajuda Luciano Lourenção e Gisele Martins.

Ao professores do CCLI que me ensinaram o aperfeiçoamento do Inglês.

Aos meus colegas profissionais: Cássia, Karina, Daniela Comelis, Rose Cordova, Elmaria, Sônia, Murilo, Áurea, Dra Ana Paula e Prof.Dr. Suad do Departamento de Urologia da FMRP.

A todos do Departamento de MISP, em especial a Shirley obrigada por me ajudar sempre você tem um coração imenso, será sempre lembrada com carinho.

Aos professores do EERP/USP que contribuíram para minha formação.

Aos funcionários da pós graduação, “Flávia” do PAE foi muito bom aprendi muito, da Glete a “Lurdes”, aos da portaria obrigada pela atenção e força..

Às professoras Thaís, Juliana Monteiro, Fabiana e Juliana Stefanelo, obrigada.

À Profa. Dra. Cláudia Benedita, pela dedicação e ensino ,com certeza tem o dom de ensinar.

Em especial as funcionárias da equipe de enfermagem do HC dos setores GO, CC, GO e OBST, pela colaboração e participação pois sem vocês esta pesquisa não seria possível ser realizada.

Às amigas que iniciaram juntas comigo o mestrado, nossa passou tão rápido, foi muito bom conhecer vocês.

Ao grupo discente da APG, pela determinação em insistir na nossa busca.

À amiga Hilze, o quanto você me ouviu e viu os meus choros, ansiedade e medo, as suas orações me tornou forte nos dias difíceis, ao grupo e professora da psicofísica, obrigada por me fazerem feliz e segura quando me sentia perdida e triste pela saudade de casa, acredite amo vocês .

Ao pessoal da cantina, que está sempre pronta a atender.

Agradeço a todos em especial, porque foi a primeira vez que fico tão longe de casa, mas tão bem acolhida.

À **CAPES** pelo apoio financeiro a este estudo.

**Aquele que habita no esconderijo do Altíssimo,
à sombra do Todo-Poderoso descansará,**

**Direi do Senhor: Ele é o meu Deus,
o meu refúgio, a minha fortaleza,
e nele confiarei.**

(Salmo, 91)

RESUMO

RIBEIRO, J. **Prevalência de fatores associados à incontinência urinária entre profissionais de enfermagem de um hospital universitário**. 2011. 117f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

A Incontinência Urinária (IU) é um sintoma multifatorial associado ao estilo de vida, sendo uma disfunção anatomopatológica que interfere, principalmente, na saúde da mulher. **Objetivo:** O estudo teve como objetivo analisar a prevalência de incontinência urinária e fatores associados em profissionais de enfermagem que atuam em um Hospital Universitário de Ribeirão Preto-SP. **Materiais e Método:** Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória de corte transversal com abordagem quantitativa, sobre a prevalência e fatores associados à incontinência urinária entre estes profissionais. A população foi composta por 119 profissionais das unidades de Clínica Médica (CM), Clínica Cirúrgica (CC), Ginecologia (GO) e Obstetrícia (OBST), nas categorias de enfermeira, técnica de enfermagem e auxiliar de enfermagem; o período de coleta de dados foi de Junho a Outubro de 2010. Foi solicitada a autorização da Divisão de Enfermagem do HCFMRP-USP e, posteriormente, enviado o projeto para análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da mesma instituição. Este procedimento visa a preservação dos aspectos éticos relacionados à pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a resolução 196/96. **Resultados:** Das 91 mulheres entrevistadas a maioria estava na média de 40 anos e 58 (63,7%) eram de raça branca apresentaram uma prevalência de incontinência urinária de 30,94%. As categorias profissionais que apresentaram sintomas de incontinência urinária foram as técnicas e auxiliares de enfermagem (25,48%), as enfermeiras (5,46%). Entre os tipos de sintomas de perdas de urina mais prevalentes foram perdas pelo menos uma vez ao mês com 34,12%, as perdas por algum motivo 20,24%, perdas antes de chegar ao banheiro 20,24%. Os sintomas IU causaram algumas alterações na vida das mulheres, tais como, alterações nas atividades ocupacionais, falta de concentração, baixa produtividade, estresse e fadiga, o aumento da perda urina devido às atividades executadas, a não realização de algumas atividades no trabalho para evitar as perdas de urina, o manejo para facilitar as trocas de roupa, o uso de absorvente ou ir ao banheiro, as dificuldades para interromper as atividades para ir ao banheiro. Os sintomas de incontinência urinária foram associados a diversas variáveis qualitativas como hipertensão, menopausa, intestino preso, atividade física e categoria profissional. Indicou que hipertensão (0,049) e menopausa (0,022). Estão associados às perdas de urina quando tosse, espirram ou fazem algum esforço. Os sintomas de incontinência urinária foram associados às diversas variáveis quantitativas como idade, IMC, ingestão de café (número de copos), número de gravidez, peso médio do recém-nascido (RN), tabaco e paridade, e indicou que as pessoas que perdem urina pelo menos uma vez no mês são as que apresentaram maiores índices de massa corporal (0,001) e ingeriam mais café diariamente (0,027). Quanto as que perdiam urina quando tossiam, espirravam, levantavam peso ou faziam algum tipo de esforço são as que apresentaram idade (0,036), IMC (0,029), gravidez (0,003) e paridade (0,009). Entre as mulheres que apresentaram perda de urina antes de chegar ao

banheiro e as que não apresentaram tal perda quando comparadas às variáveis, estavam associadas ao IMC (0,029) e ingestão de café (0,001).

Conclusão: Foi observada uma grande prevalência de sintomas de incontinência urinária entre os profissionais de enfermagem; também, os fatores associados podem influenciar tanto no desenvolvimento de IU quanto na piora dos sintomas. A maioria destas mulheres encontra algumas dificuldades para o manejo das perdas de urina devido às suas atividades laborais.

Palavras – Chaves: Incontinência Urinária, Profissionais de Enfermagem, Prevalência, fatores risco.

ABSTRACT

RIBEIRO, J. **Prevalence and factors associated with urinary incontinence among professional nursing a university hospital Ribeirão Preto**. 2001. 117f. Thesis (Master's) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

The Urinary Incontinence (UI), anatomopathological dysfunction, is a multifactorial symptom associated to the lifestyle that interferes, mainly, in the woman's health. **Objective:** This study aimed at analyzing the prevalence of urinary incontinence and factors associated with nursing professionals that work at a University Hospital of Ribeirão Preto-SP. **Materials and Method:** This is a descriptive, exploratory, cross-sectional study with quantitative approach, about the prevalence and associated factors to the urinary incontinence among these professionals. The population comprised 119 professionals from the Medical Clinics (MC), Surgery Clinics (SC), Gynecological Clinics (GC) and Obstetrics (OBST) units. These professional categories were: nurse, nursing technician and nursing auxiliary. Data collection was in the period from June to October 2010. The authorization from the Nursing Division of HCFMRP-USP was requested and, later, the project was sent to its Research Ethics Committee for informed consent to preserve the ethical aspects related to the research involving human beings, according to the resolution 196/96. **Results:** Out of the 91 interviewed women; most of them was the mean age of 40 years, and 58 (65.17%) were white race; they presented a 30.94%-urinary incontinence prevalence. The professional categories that presented symptoms of urinary incontinence were the nursing technicians and auxiliaries (25.48%), the nurses (5.46%). The most prevalent types of symptoms of urine losses were: losses at least once a month (34.12%), losses for some reason (20.24%), losses before arriving to the bathroom (20.24%). The UI symptoms have caused some alterations in the women's life, such as, alterations in the occupational activities, lack of concentration, low productivity, stress and fatigue, the increase of the urine loss due performed activities, the non accomplishment of some activities in the work to avoid the urine losses, the handling to ease cloth changes, the absorbent use or to go to the bathroom, the difficulties to interrupt the activities to go to the bathroom. The symptoms of urinary incontinence were associated to several qualitative variables as hypertension, menopause, intestine constipation, physical activity and professional category. indicated that hypertension (0.049) and menopause (0.022). They are associated to the urine losses when they cough, sneeze or make some effort. The symptoms of urinary incontinence were associated to the several quantitative variables as age, IMC, Coffee intake (number of glasses), number of pregnancy, the newborn's medium weight (NB), tobacco and parity, and it pointed out that the women losing urine at least once in a month were the ones that presented higher indexes of body mass (0.001).

moreover, they drink more coffee daily (0.027). While the ones that lost urine when they coughed, sneezed, lifted weight or made some type of effort are the ones aged (0.036), IMC (0.029), pregnancy (0.003) and parity (0.009). The women with urine loss before arriving to the bathroom were associated with BMI (0.029) and coffee intake (0.001). **Conclusion:** A great prevalence of symptoms of urinary incontinence among the nursing professionals was observed; also, the associated factors can influence either in the UI development or in the worsening of symptoms. Most of these women have found some difficulties to handle the urine losses due to their working activities.

Key words : Urinary incontinence, Nursing Professionals , Prevalence, Risk Factors.

RESUMEN

RIBEIRO, J. Prevalencia y factores asociados a la incontinencia urinaria en enfermería profesional en un hospital universitario Ribeirão Preto. 2011. 117 f. Disertación (Maestría) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

La Incontinencia Urinaria (IU), la disfunción anatómico patológico, es un síntoma multifactorial asociado al estilo de vida que afecta, principalmente, en la salud de la mujer. Objetivo: Este estudio tuvo como objetivo analizar la prevalencia de la incontinencia urinaria y los factores asociados con los profesionales de enfermería que trabajan en un hospital de la Universidad de Ribeirão Preto-SP. Material y Método: Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio, transversal con enfoque cuantitativo, sobre la prevalencia y factores asociados a la incontinencia urinaria entre los profesionales. La población constató de 119 profesionales de las Clínicas Médicas (MC), Cirugía Clínicas (SC), ginecológicas Clínicas (GC) y Obstetricia (OBST) unidades. Estas categorías profesionales fueron: enfermera, técnico de enfermería y auxiliar de enfermería. La recopilación de datos fue en el período de junio a octubre de 2010. La autorización de la División de Enfermería de HCFMRP-USP fue solicitada más tarde, el proyecto fue enviado a su Comité de Ética de la Investigación para el consentimiento informado para preservar los aspectos éticos relacionados con la investigación con seres humanos, de acuerdo con la Resolución 196/96. Resultados: De las 91 mujeres entrevistadas, la mayoría de ellas tenían en media 40 años. Siendo 58 personas (65,17%) fueron raza blanca, siendo que presenta una prevalencia de la incontinencia urinaria 30,94%. Las categorías profesionales que presentaron síntomas de la incontinencia urinaria fueron los técnicos y auxiliares de enfermería (25,48%), los enfermeros (5,46%). Los tipos más frecuentes de los síntomas de las pérdidas de orina fueron: pérdida de por lo menos una vez al mes (34,12%), las pérdidas por alguna razón (20,24%), las pérdidas antes de llegar al baño (20,24%). Los síntomas de IU han provocado algunas alteraciones en la vida de las mujeres, como por ejemplo, alteraciones en las actividades profesionales, la falta de concentración, baja productividad, el estrés y la fatiga, el aumento de la pérdida de orina debido a las actividades, dejan de realizar algunas actividades en el trabajo para evitar las pérdidas de orina, el manejo para facilitar el cambio de ropa, el uso de absorbentes o para ir al baño, las dificultades para interrumpir las actividades de ir al baño. Los síntomas de la incontinencia urinaria se asocia a varias variables cualitativas como la hipertensión, la menopausia, estreñimiento intestinal, la actividad física y la categoría profesional. indica que la hipertensión (0,049) y la menopausia (0,022). Están asociados a las pérdidas de orina al toser, estornudar o hacer algún esfuerzo. Los síntomas de la incontinencia urinaria se asociaron a las variables cuantitativas como la edad, IMC, el consumo de café (cantidad de líquidos ingeridos), número de

embarazo, el peso medio del recién nacido (RN), el tabaco y la cantidad de partos, señaló que las mujeres tenían pérdida de orina al menos una vez en un mes fueron las que presentaron mayores índices de masa corporal (0,001). Por otra parte, consumen más café al día (0.027). Mientras que los que perdieron la orina al toser o estornudar o al levantar peso a hecho algún tipo de esfuerzo con los años (0.036), IMC (0,029), el embarazo (0,003) y la cantidad de partos (0,009). Las mujeres con pérdida de orina antes de llegar al baño se asociaron con el IMC (0,029) y el consumo de café (0.001). Conclusión: Una gran prevalencia de los síntomas de la incontinencia urinaria entre los profesionales de enfermería se observó, también, los factores asociados pueden influir tanto en el desarrollo de IU del usuario o en la precariedad de los síntomas. La mayoría de estas mujeres han encontrado algunas dificultades para manejar las pérdidas de orina debido a sus actividades laborales.

Palabras clave: Incontinencia urinaria, profesionales de enfermería, prevalencia, factores de riesgo.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pelve Feminina.	30
Figuras 2 – Box-plot do IMC relativos à perda de urina pelo menos ao mês	70
Figura 3 - Box-plot da ingestão de café (copos) relativos à perda de urina pelo menos ao mês	70
Figura 4 - Box-plot de gravidez relativos à perda de urina pelo menos ao mês	71
Figura 5 – Box-plot de paridade relativos à perda de urina pelo menos uma vez no mês. Ribeirão Preto-SP, 2010	71
Figura 6 – Box-plot da idade em relação à perda de urina quando tosse, espirra ou faz algum tipo de esforço. Ribeirão Preto-SP, 2010	73
Figura 7 – Box-plot do IMC em relação à perda de urina quando tosse, espirra ou faz algum tipo de esforço. Ribeirão Preto-SP, 2010	73
Figura 8 – Box-plot de gravidez em relação à perda de urina quando tosse, espirra ou faz algum tipo de esforço. Ribeirão Preto – SP, 2010	74
Figura 9 – Box-plot de paridade em relação à perda de urina quando tosse, espirra ou faz algum tipo de esforço. Ribeirão Preto – SP, 2010	74
Figura 10 – Box-plot do IMC em relação à perda de urina antes de chegar ao banheiro	76
Figura 11 – Box-plot da ingestão de café (copos) em relação à perda de urina antes de chegar ao banheiro. Ribeirão Preto - SP, 2010	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição percentual dos grupos I (enfermeiros) e grupo II (Técnicas e Auxiliares de Enf ^a) amostrais em relação ao local de trabalho e horário do trabalho. Ribeirão Preto - SP, 2010	45
Tabela 2 - Estatísticas descritivas da idade, peso e IMC em relação aos grupos amostrais I e II. Ribeirão Preto-SP, 2010	46
Tabela 3 - Distribuição percentual de ambos os grupos amostrais em relação à hipertensão, diabetes, menopausa, ingestão de café e ataque de tosse. Ribeirão Preto-SP, 2010	48
Tabela 4 - Distribuição percentual de ambos os grupos amostrais em relação ao hábito de fumar, intestino preso e mudança de peso. Ribeirão Preto - SP, 2010	50
Tabela 5 – Estatísticas descritivas da ocorrência de gravidez e ocorrência de aborto em ambos os grupos amostrais. Ribeirão Preto - SP, 2010	51
Tabela 6 - Distribuição percentual de ambos os grupos amostrais em relação à ocorrência do primeiro, segundo, terceiro e quarto parto em Hospital. Ribeirão Preto - SP, 2010	52
Tabela 7 - Distribuição percentual de ambos os grupos amostrais em relação ao histórico do parto com episiotomia em hospital. Ribeirão Preto - SP, 2010	53
Tabela 8 - Distribuição percentual de ambos os grupos amostrais em relação ao histórico do parto fórceps e cesáreo. Ribeirão Preto - SP, 2010	54
Tabela 9 - Distribuição percentual de ambos os grupos amostrais em relação ao histórico do parto que utilizou ou não anestesia e o local de aplicação. Ribeirão Preto-SP, 2010	55
Tabela 10 - Estatísticas descritivas do peso do RN (em gramas) do primeiro, segundo e terceiro parto em relação aos grupos amostrais. Ribeirão Preto - SP, 2010	57
Tabela 11 – Distribuição percentual da prática de esportes em relação aos grupos amostrais. Ribeirão Preto - SP, 2010	58
Tabela 12 – Distribuição percentual dos tipos de perdas urina em relação aos grupos amostrais. Ribeirão Preto - SP, 2010	59
Tabela 13 – Distribuição percentual dos problemas ocupacionais relacionados com a perda urina em relação aos grupos amostrais. Ribeirão Preto -SP, 2010	60

Tabela 14 – Estatísticas descritivas do tempo gasto para ir e voltar ao banheiro durante ao trabalho em relação aos grupos amostrais. Ribeirão Preto - SP, 2010	65
Tabela 15 – Associação da perda de urina (pelo menos uma vez ao mês) em relação às variáveis qualitativas escolhidas no estudo. Ribeirão Preto-SP, 2010	67
Tabela 16 – Associação da perda de urina quando tosse, espirra, faz força ou carrega peso em relação às variáveis qualitativas escolhidas no estudo. Ribeirão Preto-SP, 2010	67
Tabela 17 – Associação da perda de urina antes de chegar ao banheiro em relação às variáveis qualitativas escolhidas no estudo. Ribeirão Preto-SP, 2010	68
Tabela 18 – Estatísticas descritivas das variáveis quantitativas em relação à perda de urina pelo menos uma vez no mês. Ribeirão Preto-SP, 2010	69
Tabela 19 – Estatísticas descritivas das variáveis quantitativas em relação à perda de urina quando tosse, espirra, faz esforço ou carrega peso. Ribeirão Preto-SP, 2010	72
Tabela 20 – Estatísticas descritivas das variáveis quantitativas em relação à perda de urina antes de chegar ao banheiro. Ribeirão Preto-SP, 2010	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CC	Clínica Cirúrgica
CM	Clínica Médica
CSI	Consenso Internacional de Continência
DM	Diabetes Mellitus
GO	Ginecologia
ICS	Internacional Continence Society
IMC	Índice de Massa Corpórea
IU	Incontinência Urinária
IUE	Incontinência Urinária de esforço
MAP	Musculatura do Assoalho Pélvico
OBST	Obstetrícia
QV	Qualidade de Vida
RN	Recém Nascido
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	20
1.1 Justificativa e relevância do estudo	21
1.2 Revisões da Literatura	23
1.3 Mecanismos da continência urinária	28
1.4 Anatomia do Assoalho Pélvico (MAP)	29
1.5 Epidemiologia da Incontinência Urinária de Esforço (IUE) e os Fatores de Risco.....	32
2.OBJETIVO	35
2.1 Objetivo Geral:	36
2.2 Objetivos Específicos:.....	36
3. Procedimentos metodológicos	37
3.1 Tipo de estudo.....	38
3.2 População do estudo.....	38
3.5 Procedimentos para a coleta de dados.....	39
3.7 Definição das Variáveis	40
3.7.1 Perfil da amostra	40
3.7.2 Variáveis do estudo	40
3.8 Aspectos éticos.....	42
3.9 Procedimentos de análise dos dados.....	42
4.RESULTADOS	44
4.1 Caracterização do grupo estudado	45
4.2 Antecedentes pessoais.....	48
4.3 Antecedentes Ginecológicos e Obstétricos.....	51
4.4 Sintomas de Incontinência Urinária	59
4.5 Problemas Ocupacionais relacionados às perdas de urina	60
5. DISCUSSÃO	77

5.1 Caracterização da população	79
6. CONCLUSÃO	92
REFERENCIAS.....	94
APÊNDICE	107
ANEXOS	109

1. INTRODUÇÃO

1 Introdução

1.1 Justificativa e relevância do estudo

O interesse pela saúde da mulher surgiu na minha vida profissional desde quando comecei a atuar, pois, durante os atendimentos, ouvia muitas pacientes se lastimarem que, dependendo da situação, sofriam perdas urinárias.

Foram tantas as queixas que despertou em mim a necessidade de aprimorar os meus conhecimentos sobre as disfunções pélvicas que desencadeavam problemas de Incontinência Urinária (IU).

Em vista disso, fiz um curso de reabilitação uroginecológica e, após concluí-lo, comecei a atender mulheres com queixas e diagnóstico de IU.

Ao ser submetida à avaliação do assoalho pélvico, a maioria das mulheres relatava que apresentava perda urinária quando estava em movimento ou ao ato de espirrar, tossir, rir, ao pegar peso, andar depressa ou ao se virar rápido. Com o passar do tempo, percebi que essas queixas estavam associadas com a biomecânica dos movimentos dinâmicos e estáticos das atividades ocupacionais, o que vem confirmar a afirmação de Higa (2004) de que o profissional que exerce atividades ocupacionais estressantes pode, com maior frequência, desenvolver a IU.

Em 2007, quando desenvolvia, em um ambulatório de urologia de um hospital de grande porte, uma pesquisa sobre morbidade referida por mulheres com IU, verifiquei que muitas profissionais de enfermagem também apresentavam as mesmas queixas e sintomas de IU e, procuravam o referido ambulatório, alegando que a perda urinária ocorria, principalmente, durante o processo de trabalho.

Alguns pesquisadores relatam que os profissionais de enfermagem desenvolvem inúmeras atividades durante o seu processo de trabalho, como andar, carregar peso, dupla jornada de trabalho entre outras, o que acaba gerando falta de tempo para higiene pessoal, ir ao banheiro, ingestão de líquido, descansar, lazer, sono e repouso (HIGA; LOPES; REIS, 2008). Em

pesquisa realizada com 291 mulheres, profissionais de enfermagem, 25% relataram sintomas de incontinência urinária. (HIGA; LOPES, 2007a).

A *International Continence Society* (ICS) definiu, a partir de 2002, a IU como qualquer perda de urina (ABRASM et al., 2003) e a população feminina compõe o grupo que está mais exposto a este problema (SELENE, 2006).

Sabendo que, entre os profissionais de enfermagem, o sexo feminino é predominante, é importante identificar a prevalência e os fatores associados à IU, uma vez que essa condição prejudica não apenas o cotidiano de vida das mesmas, mas ainda as afastam do seu meio de convívio social e familiar, com impacto negativo na sua qualidade de vida.

Com base na experiência clínica e em resultados de vários estudos que apontam a IU como um problema na vida das mulheres, este estudo visa a identificar a prevalência e os fatores associados à IU entre as profissionais de enfermagem. Os resultados podem oferecer subsídios para a elaboração de estratégias que visem a promover melhora na qualidade de vida dessas profissionais que se dedicando a cuidar de pessoas, descuidam-se de si mesmas.

Estudos dessa natureza se justificam pelo fato de que essas profissionais apresentam prevalência elevada de IU, mas também por que Feldner et al. (2002) afirmam que a incontinência urinária interfere na saúde mental e física, pois muitas mulheres com esse problema, devido aos fortes odores, sentem-se constrangidas e, para se preservarem, afastam-se das pessoas, gerando um distanciamento do meio social, na busca de se preservar.

Os resultados desses estudos apontaram para mudanças que devem ocorrer no desenvolvimento das atividades ocupacionais que causam estresse e promovem risco para a saúde física e mental, além de indicar que é indispensável ter medidas de prevenção, visando à reeducação do assoalho pélvico e à conscientização das necessidades fisiológicas corporais.

1.2 Revisões da Literatura

A IU é um sintoma multifatorial associado ao estilo de vida, sendo uma disfunção anatomopatológica que interfere, principalmente, na saúde da mulher. Estima-se que 18% da população mundial feminina acima dos 30 anos já vivenciou um episódio de IU, provocando um impacto que leva ao isolamento social (GROSSE; SENGLER, 2002).

Segundo Ballester et al. (2005) e Selene (2006), a IU é uma condição que propicia prejuízos psicossociais e econômicos em mulheres do mundo inteiro, o que compromete a saúde física e mental, além de afetar a vida sexual, social, doméstica e ocupacional da mulher, causando danos na qualidade de vida.

Segundo o Consenso Internacional de Continência (CSI), a incontinência urinária é uma perda involuntária de urina que altera a vida de toda mulher que sofre deste sintoma (ABRAMS et al., 2003). O tipo mais comum de IU é a de esforço (IUE) que ocorre devido aos mínimos esforços físicos, podendo se agravar com o avanço da idade (HIGA; LOPES, 2007a), provocando de forma impactante um agravo na saúde da mulher, principalmente naquelas que realizam atividades laborais que exigem esforços físicos com mudanças posturais contínuas (BARROS et al., 2007; LOPES; HIGA, 2005). A IUE é a mais frequente entre as mulheres, totalizando cerca de 16% dos casos confirmados e ocorre um aumento com o avanço da idade, a qual estaria entre os 40 aos 55 ocorrendo após um declínio dos sintomas de IU (GOMES et al., 2009). Segundo o CSI, incontinência urinária de esforço ocorre quando a pressão intravesical excede a pressão uretral máxima na ausência de contração do músculo detrusor.

Para Skarpa e Herrmann (2005) cerca de 50% das mulheres que apresentam incontinência urinária se excluem do meio social na perspectiva de se autoprotger dos incômodos provocados pelas perdas urinárias diárias. Sentem-se vulneráveis por sofrer desse problema silenciosamente e, muitas vezes, apresentam alterações emocionais e no sono e repouso (HIGA; LOPES, 2007b; CARRIÈRE, 1999).

A IU é uma condição que prevalece entre pessoas mais idosas, mas alguns estudos vêm mostrando que é um problema de saúde que afeta a vida da mulher em qualquer época. Provoca múltiplos efeitos nas atividades de vida diária, no social e na própria percepção de saúde (DEDICAÇÃO et al., 2008) e envolve aspectos tanto físico e como mental durante todo o processo e essas disfunções causam uma mudança no estilo de vida (HIGA; LOPES, 2007b; DEDICAÇÃO et al., 2008). Os tipos de restrições impostas no estilo de vida pela incontinência urinária incluem restringir a ingestão de líquidos e de atividades físicas, evitar lugares sem acesso a banheiros públicos, sendo que as relações sociais também podem ser afetadas (SHING-KAI; CARDOZO, 2007). Existem outros fatores de risco para o aparecimento de IU tal como gravidez, a via parto, exercício físicos de impacto e a idade, todos estes podem alterar a estabilidade das estruturas pélvicas e a sua força muscular (BARBOSA et al., 2005). A menopausa é outro fator que pode influenciar no aparecimento de IU devido à falta do estrogênio, condição que eleva a prevalência de IU (BATISTA et al., 2010).

Estudo realizado no Brasil mostra que a prevalência de queixa de IU ocorre mais frequentemente, após os 41 anos de idade (GUARISI et al., 2001). Magaña et al. (2007) descrevem que a prevalência da incontinência urinária aumenta com a idade, e entre os jovens varia de 20-30% e aumenta na idade adulta 30-40% e na população mais idosa existe um aumento constante 30-50%. Um estudo sobre incontinência urinária, em quatro países europeus, dentre eles França, Espanha, Alemanha e Reino Unido, com 29.500 mulheres, mostrou que 35% referiram perda de urina nos últimos 30 dias, sendo a incontinência urinária de esforço a mais prevalente, em torno de 37% maior que os outros tipos existentes (HUNSKAAR et al., 2004). A pesquisa sobre a disfunção urinária entre 199.626 mulheres chinesas de Hong Kong relatou que 21% tinham incontinência urinária de esforço, 15% apresentavam urgência urinária e incontinência, e 19% tiveram aumento da frequência urinária (WONG et al., 2006).

Nos Estados Unidos, 13 milhões de adultos são incontinentes e, destes, 11 milhões são mulheres, totalizando um gasto anual no país com o manejo da incontinência urinária de 16 bilhões de dólares (SANTOS et al., 2009). Silva e

Lopes (2009) em seu estudo sobre incontinência urinária revelaram que as razões para as mulheres não buscarem tratamento para IU incluem o fato de elas acharem a perda urinária uma condição normal ou porque elas não dão importância ao problema, e esta falta de conhecimento pode elevar a prevalência da IU.

Embora as taxas de prevalência da IU variem de acordo com a definição e características dos estudos e população-alvo, é estimado que 8-58% da população feminina adulta geral apresentam sintomas de incontinência (DEDICAÇÃO et al., 2008). Estudo aponta que, no Brasil, apenas 10% das mulheres que fazem consulta com ginecologista queixam-se de perda urinária (GUARISI et al., 2001). Estudos epidemiológicos apresentam uma prevalência média de IU de 27,6% em mulheres e 10,5% em homens (SILVA; LOPES, 2009). Porém outros estudos epidemiológicos referem que a IU é uma condição dinâmica e não estática, porque as taxas de incidências são associadas com as taxas de remissão em que o indivíduo acometido vive um estado de progressão e regressão da incontinência (MINASSIAN; DRUTZ; AL-BADR, 2003).

Muitos estudos destacam a IU como sendo, significativamente, maior no sexo feminino, estando associada à idade, às condições anatômicas e alterações hormonais em consequências de ciclo gravídico-puerperal. Pode ser desencadeada pelo enfraquecimento dos músculos do períneo e também por uma disfunção da pelve (ALBRESCHT, 2006, SKARPA; HERRMANN, 2005). Outros fatores podem, também, estar relacionados com a ocorrência de sintomas da IU como: a raça, idade avançada, obesidade, menopausa, cirurgias ginecológicas, constipação intestinal, doenças crônicas, fatores hereditários, uso de drogas, consumo de cafeína, tabagismo, sedentarismo e atividades ocupacionais em posturas estáticas e dinâmicas, além da prática de exercícios físicos de impacto. A perda urinária pode ocorrer em situações como: realização de esforço físico, rir, tossir, subir escadas, caminhar, durante o ato sexual, espirros, situações essas que se encontram presentes no dia a dia (AUKEE, et al., 2004; CANNON et al., 2002; KEANE; O'SULLIVAN, 2000). Segundo Lopes e Praça (2010) a incontinência urinária, também, pode ser causada por anormalidades da bexiga, doenças neurológicas, alterações da

força da musculatura pélvica, caracterizando um sintoma transitório ou permanente incluindo desde o gotejamento até perda grande de urina. A causa mais provável da IU é a fraqueza da musculatura do assoalho pélvico podendo estar relacionada com as mudanças da posição horizontal para vertical.

O músculo do esfíncter anal externo que sustenta a uretra, durante as sobrecargas, como tossir, espirrar ou fazer alguns esforços físicos fica, constantemente, ativo (HIGA; LOPES 2007a). O mesmo ocorre quando se desempenham as atividades ocupacionais, em que o esfíncter anal externo é muito utilizado, pois muitas pessoas não fazem pausas para ir ao banheiro sobrecarregando todo o mecanismo de continência. Estudiosos da temática afirmam que um dos fatores mais comuns relacionados à IU é o esforço ou estresse que ocasiona perda de urina involuntária em ações em que a pessoa realiza um esforço físico (HIGA; LOPES; REIS, 2008; RETT, 2007).

A mulher sofre, no decorrer dos anos, alterações posturais que podem desestruturar sua bacia pélvica, causadas por fatores como gravidez, parto, obesidade, alterações nas curvas fisiológicas da coluna vertebral, atividades esportivas, atividades profissionais, efeito da ação da força da gravidade, dentre outros (FOZZATI et al., 2008).

Estudos realizados com mulheres entre 45 e 60 anos mostram que os tipos mais comuns de IU são aqueles provocados por estresse. Os fatores de risco mais encontrados e associados com o aparecimento de IU seriam: parto, etnia, diabetes, infecção urinária e menopausa (FIGUEIREDO et al., 2008).

Estudo que investigou 194 mulheres que trabalhavam em uma universidade apontou que as histórias obstétricas e, mais especificamente, a paridade está associada à IU, sendo o tipo mais encontrado a incontinência urinária de esforço (IUE) com cerca de 55% (DELLÚ; ZÁCARO; SCHMITT, 2008). Depende do tipo de fator de risco para o agravamento e o aparecimento de IU a ser desenvolvida (MARINHO et al., 2006). Um estudo realizado com 50 mulheres na faixa etária acima de 40 anos as quais praticavam atividades físicas identificou que os fatores de risco para o desenvolvimento da IU incluem: idade avançada, raça branca, obesidade, partos vaginais, deficiência estrogênica, condições associadas a aumento da pressão abdominal, tabagismo, doenças do colágeno, neuropatias e histerectomia prévia, e o tipo

mais predominante foi a IU em um total de 85,71% (FELICÍSSIMO, 2007). Em um estudo realizado sobre IU com 291 mulheres que trabalhavam em um hospital, 27,5% referiram ter IU e que, durante o processo do trabalho realizado com esforços físicos, aumentavam as perdas que diminuía sua concentração, provocando estresse (HIGA; LOPES, 2007a).

A evolução da sintomatologia da incontinência urinária (IU) pode levar ao isolamento social, à perda do desejo sexual e a outros problemas psicossociais, permitindo que estes tenham uma percepção negativa do estado de saúde (SANTOS et al., 2006). Um estudo de revisão sobre IU avaliou o impacto epidemiológico da incontinência urinária, esclarecendo que o impacto físico e o isolamento social estão associados à condição de ser incontinente e que a mulher sofre por se calar, estigmatizando o seu social (SHING-KAI; CARDOZO, 2007).

A IU é muitas vezes esquecida pelos profissionais de saúde e também evidenciada como uma epidemia oculta (HIGA; LOPES; REIS, 2008). Ainda, segundo Higa (2004), a prevalência de IU por esforço é mais comum em mulheres jovens, evidenciando um impacto na sua qualidade de vida, visto que é, justamente, nessa fase que começa a sua inserção no mercado de trabalho. Um estudo realizado com um grupo de profissionais de enfermagem apontou que os mesmos exercem atividades ocupacionais que exigem intenso esforço físico, acarretando má postura e podendo promover alterações da estabilidade da pelve. Fozzatti et al. (2008) afirmam que essas alterações podem desestruturar a bacia pélvica que ajuda no equilíbrio do corpo e na estabilidade uretral para se manter continente. Portanto o corpo busca, então, um novo equilíbrio, causando muitas vezes danos nas funções orgânicas. Existe ligação entre a pelve e a cavidade abdominal, sendo que as variações de pressão na cavidade abdominal são transmitidas para as estruturas pélvicas. Para proteção dessas estruturas, existe o diafragma pélvico, bem como ligações de tecido conjuntivo e ligamentoso, cuja finalidade é manter as vísceras intra-abdominais acima da porção fechada do assoalho pélvico (FOZZATI et al., 2008).

Acresce-se a isso o fato de a profissão de enfermagem realizar tarefas estressantes que exigem muito esforço do trabalhador, provocando um estado

de estresse contínuo, o que ocasiona cansaço físico e mental, desencadeando, com frequência, doenças e proporcionando baixa qualidade de vida (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), Qualidade de Vida (QV) é “a percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (ABREU et al., 2007). Qualidade de Vida reflete a *posição da pessoa na vida, no contexto da cultura onde vive, seu sistema de valores*, objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Assim, a qualidade de vida é um tema subjetivo e multidimensional, pois agrega diversos valores aos componentes essenciais da condição humana, como estados físicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais (AUGE et al., 2006; CAMPOLINA; CICONELLI; FERRAZ, 2006). Portanto entende-se que o funcionamento físico e o emocional repercutem diretamente sobre a qualidade de vida (CAMPOLINA; CICONELLI; FERRAZ, 2006), e Higa e Lopes (2007a), em estudo com profissionais de enfermagem, relatam que a prevalência de incontinência urinária entre esta classe interfere no manejo das atividades laborais, afetando também o físico e o emocional. As atividades laborais realizadas pelos profissionais de enfermagem exigem esforços físicos e, na maioria das vezes, são desgastantes, também promovendo o estresse (HIGA; LOPES, 2007a; MONTANHOLI; TAVARES; OLIVEIRA, 2006). As atividades laborais que os profissionais de enfermagem exercem os colocam constantemente em exposição aos fatores estressantes os quais podem gerar distúrbios musculoesqueléticos (MAGNAGO; LISBOA; GRIEP, 2009).

1.3 Mecanismos da continência urinária

A continência urinária se mantém devido à estabilidade da bexiga juntamente com a pressão intrauretral maior que a pressão vesical. A bexiga, a uretra e os esfíncteres, os músculos envolventes, a inervação autonômica e somática e os neurotransmissores são peças fundamentais, cuja interação e o equilíbrio harmonioso resultam no estabelecimento da continência urinária

(CHIARAPA; CACHO; ALVES, 2007). A dinâmica vesicoesfincteriana compreende três fases: Fase de Enchimento, Fase de Armazenagem e Micção (BASTOS, 1998). Para que a fase de enchimento/armazenagem se processe, é preciso que determinados mecanismos o permitam; esses mecanismos têm de evitar que a urina saia involuntariamente para o exterior, isto é, que contenham a urina na bexiga. São os chamados Mecanismos de Continência.

Para que o mecanismo de continência seja permanente, o esfíncter externo e os músculos elevadores do ânus servem como suporte, sendo que o mesmo se mantém em permanente estado de contração, e os músculos podem contrair-se ainda mais, para impedir a perda de urina em condições de estresse (CHIARAPA; CACHO; ALVES, 2007).

1.4 Anatomia do Assoalho Pélvico (MAP)

O assoalho pélvico (MAP) consiste nos tecidos que atravessam a abertura da pelve óssea e proporcionam a sustentação das vísceras pélvicas e abdominais (CARRIÉRE, 1999), fornece suporte para os órgãos pélvicos mantendo funcional toda a sua estrutura anatômica e fisiológica, e assim evita alterações como distopias, mantem a integridade pélvica, portanto mantem-se, também, continente. Quando não ocorre esta estabilidade do MAP, podem aparecer as incontinências urinárias (LOPES; PRAÇA, 2010; MATHEUS et al., 2006). O MAP é constituído por músculos e inervações que mantêm a instabilidade e a integridade das funções pélvicas e o músculo que mais se destaca é o esfíncter anal pelo grau de resistência e força que pode exercer durante as atividades realizadas (MATHEUS et al., 2006).

O músculo levantador do ânus é responsável pelo reflexo de contração, quando ocorre o aumento da pressão intra-abdominal (RODRIGUES, 2001), portanto a função realizada por este músculo mantém a integridade da pelve assim contribue para manutenção da continência urinária (LOPES; PRAÇA, 2010). As estruturas ósseas da pelve, interligadas por fibras musculares lisas dos ligamentos, juntamente com a musculatura do assoalho pélvico fazem a

sustentação e a suspensão dos órgãos pélvicos como a bexiga e a uretra, fechando a pelve e apoiando as vísceras em posição vertical (MATHEUS et al., 2006; RODRIGUES, 2001).

O assoalho pélvico ou períneo é um conjunto de músculos, ligamentos e fáscias que fecha a pelve e é perfurado por três orifícios: a uretra, a vagina e o ânus. O seu grande papel é o de sustentar as vísceras pélvicas e abdominais, tem participação ativa na função de urinar e fecal, e também no ato sexual e no momento da passagem do feto no parto vaginal. Para todos esses desempenhos o assoalho pélvico tem que estar forte e elástico (LUKACZ et al., 2006; SCARPA et al., 2006). Mas vale lembrar que o parto vaginal não é um fator desencadeante de incontinência urinária (OLIVEIRA et al., 2007). Esta musculatura quando apresenta-se fraca pode favorecer ao aparecimento do sintoma de IU. Outros fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de sintomas de IU são a constipação intestinal crônica, má postura, ganho de peso excessivo e hábitos urinários inadequados como segurar a vontade de urinar por muito tempo (OLIVEIRA et al., 2007).

Figura 1 - Pelve Feminina
Fonte: Netter, 2009.

Estudo realizado com mulheres sobre a relação de incontinência urinária e prática de atividade física mostra que estas atividades com grandes impactos podem alterar a força do assoalho pélvico, diminuindo a força de contração (CAETANO et al., 2007).

Segundo Fozzati et al. (2008), a bacia bem posicionada propicia o equilíbrio dos órgãos pélvicos dentro da cavidade abdominal, o que favorece suas funções. Os músculos do assoalho pélvico se diferenciam dos outros músculos esqueléticos pela sua constante atividade eletrofisiológica (exceto na micção e na defecação). Toda estabilidade depende da integridade de suas origens e inserções. As contrações constantes permitem promover um suporte primário aos órgãos pélvicos que associados ao arco reflexo espinhal têm capacidade de aumentar as suas atividades tônicas para responder às mudanças de pressão intra-abdominal como ocorre em situações como tosse, riso, espirro e outros. As alterações dos tecidos da pelve como: pele, músculos, tecido conjuntivo e ligamentos decorrentes da gravidez e do parto, de cirurgias pélvicas e do processo natural do envelhecimento devem ser detectados, pois podem comprometer o desempenho do MAP (ETIENNE; WAITMAN, 2006).

As estruturas do assoalho pélvico funcionam como uma unidade, portanto é importante na relação anatomofuncional entre as estruturas pélvicas para garantir a manutenção da função (BARBOSA et al., 2005). Os músculos do assoalho pélvico desenvolvem inúmeras funções benéficas para a saúde da mulher. Entre as mais importantes funções está a manutenção da posição anatômica dos órgãos pélvicos, um bom desempenho sexual e quando bem fortalecidos, a prevenção de patologias de origem pélvicas. Estes músculos estão sujeitos a sofrer atrofia, ou seja, enfraquecimento. Muitas mulheres apresentam prolapsos genitais que consistem na descida de órgãos pélvicos, como, por exemplo, a bexiga, em consequência do enfraquecimento dessa musculatura. Assim a função de sustentação já não existe, dificultando o bem-estar físico e psicológico da mulher. O desempenho sexual poderá ser comprometido com o enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico, pois não mais existirá a sensação de pressão intravaginal, o que dificultará o ato sexual tanto para a mulher quanto para seu parceiro (ETIENNE; WAITMAN, 2006).

1.5 Epidemiologia da Incontinência Urinária de Esforço (IUE) e os Fatores de Risco.

A incontinência urinária de esforço (IUE) é a queixa de perda involuntária de urina durante esforço ou exercício físico ou ao espirrar e tossir que pode ocorrer por alterações anatômicas como hipermobilidade do colo vesical e a deficiência do mecanismo esfinteriano (ABRAMS et al., 2003). A IUE acomete as mulheres principalmente na fase reprodutiva e, vai se agravando com avanço da idade.

Os fatores de risco para o desenvolvimento da IUE incluem a gravidez, o parto, a menopausa, a obesidade e as cirurgias ginecológicas, como a histerectomia, destacando-se a gravidez e o parto como os principais responsáveis por essa afecção. Durante a gravidez, o assoalho pélvico sofre uma sobrecarga e sua força muscular diminui devido às alterações hormonais e biomecânicas normais. No momento do parto, o assoalho pélvico e outras estruturas como vagina, bexiga e uretra sofrem estiramentos, alongamentos, compressões e dilatações para passagem do feto (BARBOSA et al., 2005).

Segundo Barbosa et al. (2005) as lesões ocorridas durante o parto vaginal podem traumatizar a musculatura do assoalho pélvico. Estudos epidemiológicos mostram que o parto cesáreo não protege o assoalho pélvico ou seja não é uma via de parto de proteção. A IUE é também o tipo de incontinência mais persistente no puerpério. Ela é considerada de etiologia multifatorial e deve ser diagnosticada precocemente (LIMA; CARVALHO; MARTINS, 2007).

A via de parto determina vários graus de lesão muscular e nervosa podendo resultar em incontinência urinária e também fecal, além de que esses fatores podem propiciar a prolapso dos órgãos pélvicos ao longo da vida da mulher (SCARPA et al., 2008). Outro fator que pode estar associado ao desenvolvimento de incontinência urinária é a paridade, apesar de alguns estudos não encontrarem aumento significativo do sintoma de IU com aumento de paridade (HIGA; LOPES; REIS, 2008). Em estudo em que se avaliou o risco de IUE doze anos após o parto, observou-se que a prevalência de IUE após primeira gestação e parto é significativamente maior em mulheres com IUE

quando comparado com o período logo após o parto (VIKTRUP; RORTVET; LOSE, 2006).

O uso de anestesia no parto, como a peridural que tem sido bastante utilizada, pode prolongar a segunda fase do parto, aumentando o risco de lesão na musculatura do assoalho pélvico. Entretanto pesquisa sobre IU que associa os sintomas urinários no pós parto com o tipo de parto considera a anestesia como fator de proteção devido o relaxamento da musculatura prevenindo o assoalho pélvico de sofrer lesões (HIGA; LOPES; REIS, 2008; SCARPA et al., 2008). Segundo Lopes e Praça (2010) a anestesia peridural proporciona alívio da dor, mas também prolonga o período de expulsão o qual pode favorecer a necessidade de intervenção com instrumentos, e 90,1% das mulheres estudadas que utilizaram anestesia referiram IU.

Os fatores hereditários são importantes para o aparecimento de IU, e a prevalência é maior entre as raças negra, branca e hispânica. Em relação ao tipo de IU observa-se que entre as negras o tipo mais comum refere-se à hiperatividade vesical, enquanto as de esforço aparecem mais nas mulheres brancas, asiáticas e as hispânicas. Segundo os autores, esta diferença entre as mulheres de raça negra e branca pode estar relacionada com a anatomia e estrutura muscular das diferentes raças (HIGA; LOPES; REIS, 2008). Segundo Caetano, Tavares e Lopes (2007) as incontinências urinárias de esforço atingem com mais frequência mulheres jovens com idade entre os 25 e 49 anos.

As condições crônicas como Diabetes Melitus (DM) e as doenças neurológicas são fatores de risco para desenvolvimento IU, as quais promovem alterações nos tecidos nervo pélvico e lesões nas inervações neuropáticas autônomas da bexiga além de levar ao aumento da frequência urinária causado pelo aumento do volume urinário decorrente de episódios de hiperglicemia (YENAL et al., 2009).

Outro fator associado é a obesidade, que contribui para o aparecimento de sintoma de IU, e a prevalência depende do aumento de peso. Estes fatores aumentam a pressão intra-abdominal conseqüentemente aumentando a pressão intravesical que provoca alteração no mecanismo de continência. O tabagismo causa danos graves na bexiga como na uretra alterando o

mecanismo esfinteriano da uretra propiciando a IU, episódios de tosse frequentes aumentam a pressão intravesical, e a nicotina leva a deficiência de estrógeno, portanto nos fumante há a possibilidade de antecipar a menopausa (HIGA; LOPES; REIS, 2008). O consumo de cafeína pode também colaborar para o aparecimento de IU, pois a cafeína tem uma ação diurética sobre o sistema renal que contribui para aumento do volume urinário e o uso excessivo de cafeína pode causar instabilidade na musculatura detrusora, provoca a hiperatividade vesical devido ao efeito da excitabilidade que causa na musculatura lisa do detrusor.

2.OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral:

Identificar a prevalência de incontinência urinária e analisar os fatores associados em profissionais de enfermagem que atuam em Hospital Universitário de Ribeirão Preto-SP.

2.2 Objetivos Específicos:

- Caracterizar o perfil sócio demográfico de todos os profissionais de enfermagem do sexo feminino.
- Descrever os sintomas e as queixas de perda involuntária de urina em profissional de enfermagem e o tipo predominante de IU.
- Descrever os fatores associados à perda involuntária de urina durante o processo de trabalho.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de estudo

O estudo realizado é do tipo descritivo e exploratório de corte transversal com abordagem quantitativa. O estudo transversal, no contexto metodológico da epidemiologia, pretende dar uma ideia de seccionamento, um corte no fluxo histórico da doença, evidenciando as suas características e correlações naquele momento, no qual a associação entre variáveis é observada em um mesmo momento histórico. Os estudos seccionais ou de corte transversal revelam a situação de um indivíduo em relação à determinada exposição, e o efeito é medido em único ponto no tempo ou no decorrer de um curto intervalo de tempo. Esses estudos, quando efetuados em populações bem definidas, permitem a obtenção de medidas de prevalência por isso são, também, conhecidos por estudos de prevalência (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002).

3.2 População do estudo

A população foi composta por profissionais de enfermagem do sexo feminino, incluindo enfermeiras, auxiliares e técnicas de enfermagem que trabalhavam nos setores de: Clínica Cirúrgica (CC), Clínica Médica (CM), Ginecologia (GINECO) e Obstetrícia (OBST) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

Foi solicitada, junto ao Setor de Recursos Humanos da instituição, a relação dos profissionais alocados em cada clínica e foram excluídos os profissionais do sexo masculino, totalizando 192 profissionais de enfermagem assim distribuídas: 39 enfermeiras, 14 técnicas de enfermagem e 139 auxiliares de enfermagem, de acordo com as escalas mensais de trabalho, no mês de março de 2010.

A amostra foi constituída por 119 profissionais de enfermagem que estavam em atividades nos setores previamente selecionados, no período em

que foi realizada a coleta de dados e aceitaram participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídas, ainda, as profissionais de enfermagem que realizaram cirurgias para reparo da Incontinência Urinária, previamente à coleta de dados e aquelas que se encontravam em licença médica ou em férias.

Após os esclarecimentos da pesquisa os instrumentos de coleta de dados foram entregues para 119 profissionais de enfermagem. Destes foram devolvidos 91, assim distribuídos: 19 enfermeiras, 08 técnicas de enfermagem e 64 auxiliares de enfermagem.

3.5 Procedimentos para a coleta de dados

A coleta de dados ocorreu de junho a outubro de 2010 e foi realizada pela própria pesquisadora. Após a explicação acerca dos objetivos dessa investigação e os procedimentos para a coleta de dados, foram entregues os dois instrumentos do estudo para todas aquelas que aceitaram participar do estudo após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O primeiro instrumento (**Anexo1**) incluía os dados sociodemográficos e os fatores associados à incontinência urinária os quais identificavam os sintomas de IU; o segundo instrumento (**Anexo2**) tratava-se das questões acerca dos prejuízos causados pela IU nas atividades ocupacionais, as estratégias utilizadas para o manejo da IU e as facilidades e dificuldades encontradas durante a jornada de trabalho para o controle de IU. As profissionais foram orientadas previamente que só deveriam responder ao segundo instrumento, caso identificassem algum sintoma de IU no primeiro instrumento.

Os questionários foram enumerados e identificados com sigla conforme os setores (GO,OBST,CC,CM) em que cada profissional trabalhava, também foi deixado em cada setor nos seus respectivos andares uma pasta identificada para colocação dos questionários já respondidos. A pesquisadora passava a cada dois dias para pegar os instrumentos respondidos e distribuir novos questionários para aquelas que ainda não tinham recebido e, nesse momento,

as mesmas eram orientadas sobre o preenchimento e onde deveriam deixar os instrumentos, depois de respondidos. Mesmo com as explicações e insistência da pesquisadora percebia-se grande dificuldade delas em devolver os questionários no tempo predefinido, havendo necessidade de comparecer nos setores envolvidos no estudo, muitas vezes, para assegurar que os questionários fossem respondidos.

3.7 Definição das Variáveis

3.7.1 Perfil da amostra

Além das variáveis sociodemográficas foram considerados os locais de trabalho, relacionado com a especialidade do setor sendo: Setor de Internação da Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Gineco-obstetrícia.

3.7.2 Variáveis do estudo

Foram consideradas, de acordo com a categoria profissional e poderiam estar associados ao sintoma de incontinência urinária:

Categoria profissional: enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem

Idade: expresso em anos completos

Cor/Etnia: De acordo com autodenominação e classificação pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Índice de massa corpórea (IMC): relação entre peso em quilogramas e a estatura.

Alterações no peso: alteração no peso durante últimos anos: perda ou ganho de peso.

Hipertensão: Relato de hipertensão arterial referida: sim, não ou não sabe.

Uso de diuréticos: relato de tratamento com diurético.

Diabetes Melitus: relato de ter diabetes: não, sim ou não sei.

Doença neurológica: relato de doenças neurológicas: sim, não ou não sei.

Menopausa: relato de ter entrado na menopausa: sim, não ou não sei.

Consumo de café: relato de ingestão de café diariamente e a quantidade de café ingerido em número de copos referidos.

Tabagismo: relato de hábitos de uso de tabaco e a quantidade de cigarros consumidos por dia.

Tosse crônica: relato de ataques de tosse frequente: sim ou não.

Constipação intestinal: relato de constipação intestinal por fezes duras, secas ou esforços para evacuar.

Gestações: números de vezes que engravidou

Aborto: números de vezes em que abortou

Paridade: números de vezes que pariu

Local do parto: onde ocorreu o parto: se foi em casa ou no Hospital.

Tipo de parto: relato que tipo de parto teve: parto normal, fórceps ou cesáreo.

Lesões perineais: relato de parto com/sem episiotomia ou rotura perineal.

Tipo anestesia: tipo de anestesia usada no parto referido.

Peso do recém-nascido (RN): peso do recém-nascido em quilograma ao nascer.

Idade materna: relato da idade por anos completos no parto referido.

Atividade física: relato de prática de exercício físico, o tipo e frequência semanal.

Incontinência Urinária: relato de queixas de perdas involuntárias de urinárias

Tipo de Incontinência Urinária: refere-se aos sintomas de perda urinária, questão 19 refere aos sintomas de incontinência urinária por esforço, questão 20 relativo aos sintomas de incontinência urinária por urgência, questão 21 refere aos sintomas de incontinência urinária mista e questão 22 outros tipos de incontinência urinária.

Tempo de IU: o tempo de perda de urina em anos e meses.

Restrições e alterações ocasionadas pela IU: restrições e alterações nas atividades laborais relatadas pelas profissionais devido à perda involuntária de urina.

Atividade ocupacional: atividades ocupacionais que aumentam a frequência de perda de urina.

3.8 Aspectos éticos

O projeto foi autorizado pela Divisão de enfermagem do HCFMRP-USP posteriormente, foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP) da Universidade de São Paulo - processo HCRP nº3308/2010 **(Anexo 3)**. Este procedimento visa à preservação dos aspectos éticos relacionados à pesquisa envolvendo seres humanos segundo a resolução 196/96.

3.9 Procedimentos de análise dos dados

Os dados obtidos por meio dos instrumentos de coleta de dados foram armazenados duplamente pela autora em dois bancos de dados utilizando o aplicativo da Microsoft Office Excell 2007. Ao término da coleta de dados procedeu-se a validação do banco de dados e a importação para o Statistical

Package for the Social Sciences (SPSS). Todos os dados armazenados, organizados, categorizados e codificados foram analisados com o auxílio do programa estatístico SPSS for Windows versão 17.0.

Para análise descritiva, os dados foram processados e apresentados por meio de frequências absolutas e relativas. Para verificar a associação entre as variáveis foi feito teste qui - quadrado (X^2) ou o teste exato de Fischer e para a análise comparativa utilizou-se o teste paramétrico t-Student e não-paramétrico Mann-Whitney.

Todos os testes empregados foram aplicados com nível de significância de 5%. Os dados foram apresentados em forma de tabelas, gráficos e figuras com detalhamento em termos percentuais de cada variável.

4.RESULTADOS

4. RESULTADOS

Dos 119 instrumentos distribuídos às profissionais de enfermagem que aceitaram participar do estudo, 91 (76,47%) foram devolvidos. Assim participaram do estudo 19 (20,87%) enfermeiras, oito (08,79 %) técnicas de enfermagem e 64 (70,32%) auxiliares de enfermagem.

4.1 Caracterização do grupo estudado

Na Tabela 1, são apresentados os dados sobre o local de trabalho e horário de trabalho, mostrando em percentuais dos profissionais de enfermagem agrupados. No grupo I foram alocadas as enfermeiras e no grupo II os técnicas e auxiliares de enfermagem.

Tabela 1 - Distribuição do local e horário do trabalho. Ribeirão Preto-SP, 2010.

Local de trabalho	Enfermeiras	Técnicas ou e Auxiliares	Total	P
	nº (%)	nº (%)	nº (%)	
Obstetrícia	7 (36,8)	24 (33,3)	31 (34,1)	0,922
Ginecologia	4 (21,1)	12 (16,7)	16 (17,6)	
Centro Cirúrgico	4 (21,1)	20 (27,8)	24 (26,4)	
Clínica Médica	4 (21,1)	16 (22,2)	20 (22,0)	
Total	19 (100)	72 (100)	91 (100)	
Horário de trabalho				
Manhã	8 (47,1)	22 (31,4)	30 (34,5)	0,474
Tarde	3 (17,6)	15 (21,4)	18 (20,7)	
Noite	6 (35,3)	33 (47,1)	39 (44,8)	
Total	17 (100)	70 (100)	87 (100)	

A partir dos dados da Tabela 1 é possível verificar a ausência de associação estatisticamente significativa entre grupos e local de trabalho, ($\chi^2 = 0,146$; $p = 0,922$). Analisando os grupos separadamente, verifica-se que sete

(36,8%) enfermeiras e das 24 (33,3%) técnicas e auxiliares trabalham no setor de obstetrícia. Os dados relativos ao horário de trabalho mostram que não há associação estatisticamente significativa dos grupos e horário de trabalho ($\chi^2 = 1,492$; $p = 0,474$). Para essa análise não foi possível coletar respostas referentes a quatro profissionais, totalizando 87 profissionais com respostas válidas. Avaliando os grupos de forma independente, verificou-se que entre os enfermeiros, oito (47,1%) trabalhavam mais frequentemente no período da manhã enquanto os técnicas e auxiliares 33 (47,1%) no período noturno.

Na Tabela 2, estão apresentados as mostras estatísticas descritivas das variáveis idade, peso e IMC dos dois grupos amostrais.

Tabela 2 - Estatísticas descritivas da idade, peso e IMC em relação aos grupos amostrais I e II. Ribeirão Preto-SP, 2010.

Variáveis	Enfermeiras				Técnicas ou auxiliares de enfermagem				P
	nº = 19				nº = 72				
Idade	$\bar{x} \pm sd$ 37,42±7,20	Md 37,00	Mín 27,00	Máx 50,00	$\bar{x} \pm sd$ 39,99±9,23	Md 40,00	Mín 22,00	Máx 60,00	0,205
Peso	65,24±14,25	61,65	49,00	105,00	74,50±18,61	70,45	46,00	140,00	0,025
IMC	24,67±4,22	24,08	17,78	34,28	28,52±6,78	27,31	15,91	58,27	0,004

A partir dos dados da Tabela 2 é possível verificar que o grupo II apresentou distribuição mais dispersa (CV = 23,1%) em relação à idade quando comparado ao grupo I (CV = 19,2%). Ambas as distribuições apresentam simetria, evidenciada pela proximidade dos valores de média e mediana.

Além disso, foi possível verificar a ausência de diferença estatisticamente significativa em relação à variável idade quando os grupos são comparados, pelo t-Student o valor da estatística resultante; $p = 0,205$.

Observa que o peso do grupo de técnicas e auxiliares apresentou, em média, peso superior ao grupo de enfermeiras. Essa diferença, do ponto de vista estatístico, foi significativa, pelo t-Student; $p = 0,025$).

Em ambas as distribuições foram encontrados valores discrepantes (*outliers*), sendo dois para o grupo de enfermeiras - 92,0kg e 105,kg - e um para o grupo de técnicas e auxiliares - 140kg. Esses valores foram responsáveis pela elevação do desvio padrão das distribuições, aumentando a dispersão dos dados.

Os intervalos de confiança também foram calculados a fim de reiterar a diferença significativa encontrada com a aplicação do teste t para amostras independentes. O intervalo de confiança - IC (95%) - do peso para as enfermeiras foi de (58,37; 72,11) e para as técnicas e auxiliares foi de (70,05; 78,93). Verifica-se a proximidade do valor máximo do grupo de enfermeiras em relação ao valor mínimo do grupo de técnicas e auxiliares, reiterando a diferença estatística significativa encontrada. Essa leve sobreposição não é suficiente para descartar a hipótese de ausência de diferenças entre os grupos amostrais em relação ao peso.

É possível observa-se a existência de diferença estatisticamente significativa entre os profissionais avaliados quando se compara seus respectivos valores médios de IMC, pelo t-Student com valor da estatística resultante; $p = 0,004$). Observa-se que os valores de IMC entre as técnicas e auxiliares é superior ao grupo de enfermeiras, com diferença significativa estatisticamente demonstrada.

Entre os grupos, a raça predominante foi a de cor branca do total de 58 mulheres, sendo que 16 enfermeiras (84,2%) e 42 (58,3%) técnicas e auxiliares de enfermagem referiram ser de cor branca. A pele negra dentre os grupos foi referida por 13 mulheres, sendo elas duas (10,5%) enfermeiras e 11 (15,3%) técnicas e auxiliares de enfermagem. Das 18 de outras raças uma (5,3%) era enfermeira e 17 (23,6%) eram técnicas e auxiliares de enfermagem, não havendo associação entre os grupos ($\chi^2 = 0,128$; $p = 0,117$).

4.2 Antecedentes pessoais

Na tabela 3, seguem as variáveis referentes à descrição quantitativa dos antecedentes pessoais dos profissionais avaliados no estudo. Tais variáveis são: hipertensão, diabetes e existência de doenças neurológicas; menopausa, ingestão de café; hábito de fumar; frequência de ataques de tosse e problemas vinculados a constipação intestinal.

Tabela 3 - Distribuição percentual de ambos os grupos amostrais em relação à hipertensão, diabetes, menopausa, ingestão de café e ataque de tosse. Ribeirão Preto - SP, 2010

Variáveis	Enfermeiras		Técnicas ou Auxiliares		P
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
	nº (%)		nº (%)		
Hipertensão	0 (0,0)	19 (100)	13 (18,8)	56 (81,2)	0,040
Diabetes	0 (0,0)	8 (100)	8 (11,6)	61 (88,4)	0,130
Menopausa	1 (5,6)	17(94,4)	14 (21,9)	50 (78,1)	0,114
Ingestão de café	13 (68,4)	6 (31,6)	52 (76,5)	16 (23,5)	0,475
Ataque de tosse	1 (5,3)	18 (94,7)	4 (6,0)	63 (94,0)	0,907
p < 0.05					

Com os valores apresentados na tabela 3, é possível observar associação estatisticamente significativa dos grupos com a hipertensão ($\chi^2 = 0,062$; p = 0,040). Analisando os grupos de profissionais de forma independente, verificou-se nenhuma enfermeira apresentou hipertensão, o que não ocorreu para técnicas e auxiliares com 18,8% apresentando hipertensão arterial.

Os profissionais que apresentaram hipertensão também foram questionados acerca de tratamentos com diuréticos. Como não houve casos de

enfermeiras hipertensas e somente quatro (30,8%) das 13 auxiliares e técnicas utilizavam diuréticos para tratamento de hipertensão arterial, essa análise associativa não foi possível de ser realizada pela falta de representatividade amostral.

Em relação a ocorrência de diabetes mellitus, nenhuma enfermeira referiu e somente oito (11,6%) auxiliares e técnicas apresentaram esse tipo de enfermidade. Não foi verificada associação estatisticamente significativa entre categoria profissional e este agravo ($\chi^2 = 0,197$; $p = 0,130$).

Quanto à variável menopausa, verificou-se que do grupo I, uma enfermeira (5,6%) e do grupo II, 14 (21,9%) técnicas e auxiliares de enfermagem referiram estar na menopausa. Em relação aos grupos de profissionais é possível observar a ausência de associação estatisticamente significativa dos grupos de profissionais de enfermagem e ocorrência de menopausa ($\chi^2 = 0,171$; $p = 0,114$).

Observa-se que a ingestão de café entre os grupos foi de 13 (68,4%) enfermeiras enquanto entre as técnicas e auxiliares de enfermagem foi de 52 (76,5%), não mostrando associação estatisticamente significativa entre os grupos amostrais em relação à ingestão diária de café ($\chi^2 = 0,861$; $p = 0,475$).

Quanto à quantidade ingerida de café diária, verificou-se que, em média, os dois grupos ingerem diariamente a mesma quantidade de copos descartáveis de café. O grupo das enfermeiras consumia em média $4,38 \pm 2,90$, e o das técnicas e auxiliares ingeriam em média $4,33 \pm 3,14$. Ambas as distribuições não apresentaram valores discrepantes (*outliers*), apresentando certa simetria.

Do grupo das enfermeiras, uma (5,3%) apresentou ataque de tosse e do grupo das técnicas e auxiliares quatro (6,0%) apresentaram ataques de tosse. Não houve associação estatisticamente significativa entre categoria profissional e ocorrência de ataques de tosse ($\chi^2 = 1,000$; $p = 0,907$).

Verifica-se pelos dados percentuais da Tabela 3 que não há associação estatisticamente significativa entre os grupos de profissionais avaliados e a existência de doenças neurológicas ($\chi^2 = 1,000$; $p = 0,587$). Nenhuma das

enfermeiras apresentou doença neurológica e oito (11,6%) auxiliares e técnicas apresentaram doença neurológica.

Tabela 4 - Distribuição percentual de ambos os grupos amostrais em relação ao hábito de fumar, intestino preso e mudança de peso. Ribeirão Preto - SP, 2010

Variáveis	Enfermeiras	Técnicas e Auxiliares	Total	Valor P
Hábito de fumar				
Sim	0 (0,00%)	8 (100%)	8 (9,30%)	0,135
Não, mas já fumei	6 (35,29%)	11 (64,71%)	17 (19,77%)	
Não, nunca fumei	13 (21,31%)	48 (78,69%)	61 (70,93%)	
Total	19 (22,09%)	67 (77,91%)	86 (100%)	
Intestino preso				
Sim	4 (20,00%)	16 (80,00%)	20 (22,47%)	0,463
Não, mas já tive	6 (31,58%)	13 (68,42%)	19 (21,35%)	
Não	9 (18,00%)	41 (82,00%)	50 (56,18%)	
Total	19 (21,35%)	70 (78,65%)	89 (100%)	
Mudança de peso				
Engordei	15 (25,00%)	45 (75,00%)	60 (73,17%)	0,239
Emagreci	0 (0,00%)	9 (100%)	9 (10,98%)	
Não mudei de peso	3 (23,08%)	10 (76,92%)	13 (15,85%)	
Total	18 (21,95%)	64 (78,05%)	82 (100%)	

O hábito de fumar observado na tabela 4 mostra que do grupo das técnicas e auxiliares de enfermagem, oito (100%) referiram ter fumado. Ao ser analisado estatisticamente os grupos mostrou ausência de associação entre os grupos amostrais do estudo; $p = 0,135$. Dentre os grupos amostrais, 13 (68,42%) enfermeiras e 48 (71,64%) auxiliares e técnicas nunca fumaram. O consumo de cigarros não foi analisado porque a maioria das profissionais que participaram do estudo não fumava no período da coleta de dados.

Quanta ocorrência de problemas com intestino preso não houve diferença significativa entre os grupos estudados, visto que o valor p encontrado foi superior ao nível de significância adotado. De uma forma independente, verificou-se que nove enfermeiras (47,37%) e 41 auxiliares e técnicas (58,57%) não apresentaram problemas vinculados a intestino preso.

Outro dado a ser considerado foi a mudança de peso e não houve associação estatística entre os grupos amostrais e a mudança de peso, visto que o valor p encontrado foi de $P= 0,239$. Analisando os grupos amostrais de forma independente, verificou-se que, a maioria das profissionais estudadas obteve aumento de peso, sendo 15 (83,33%) enfermeiras e 45 (70,31%) técnicas e auxiliares.

4.3 Antecedentes Ginecológicos e Obstétricos

Na tabela 5 seguem as variáveis referentes à análise estatística dos antecedentes obstétricos dos profissionais avaliados no estudo. Tais variáveis são: ocorrência de gravidez com a respectiva paridade; ocorrência de aborto com respectivo número de vezes; caracterização geral dos partos.

Tabela 5 – Estatísticas descritivas da ocorrência de gravidez e ocorrência de aborto em ambos os grupos amostrais. Ribeirão Preto - SP, 2010

Variáveis	Enfermeiras					Técnicas e auxiliares de enfermagem					Valor P
	$\bar{x} \pm s$	Md	Mín	Máx	N	$\bar{x} \pm s$	Md	Mín	Máx	N	
Gravidez	1,42±1,67	1,00	0,00	6,00	19	1,94±1,35	2,00	0,00	7,00	66	0,228
Aborto	0,88±1,35	0,00	0,00	3,00	8	0,50±0,92	0,00	0,00	5,00	44	0,722

Valor P referente ao teste de Mann-Whitney.

A partir dos dados da Tabela 5 pressupõe-se a inexistência de diferença estatisticamente significativa entre os grupos amostrais no que se refere à gravidez. Nota-se que o número médio de gestação é superior para o grupo das técnicas e auxiliares, porém, tal diferença não é significativa em relação ao grupo das enfermeiras ($p=0,228$).

Relativo à paridade das profissionais de enfermagem observa-se que 85 tiveram entre 1-7 gravidez, sendo que do grupo I, 26,32% das enfermeiras tiveram uma gravidez, enquanto que entre as técnicas e auxiliares 28 (42,2%) tiveram duas gravidezes.

De acordo com os resultados da tabela 5 é possível observar ausência de diferença estatisticamente significativa entre os grupos amostrais quando a variável ocorrência de aborto foi analisada, $p=0,722$. Analisando os grupos amostrais isoladamente, verificou-se que o grupo de enfermeiras apresentou maior média de abortos em relação ao grupo de técnicas e auxiliares.

A tabela 6 mostra a ocorrência dos partos hospitalares das profissionais de enfermagem envolvidas no estudo. Quando questionadas sobre a parturição ocorrida no domicílio apenas uma enfermeira afirmou que seu primeiro filho nasceu em casa.

Tabela 6 - Distribuição percentual de ambos os grupos amostrais em relação à ocorrência do primeiro, segundo, terceiro e quarto parto em Hospital. Ribeirão Preto - SP, 2010

Parto em hospital		Enfermeiras	Técnicas e Auxiliares	Total	Valor P
Primeiro parto	Sim	10 (83,33%)	45 (81,82%)	55 (82,09%)	0,901
	Não	2 (16,67%)	10 (18,18%)	12 (17,91%)	
	Total	12 (17,91%)	55 (82,09%)	67 (100%)	
Segundo parto	Sim	5 (41,67%)	39 (70,91%)	44 (65,67%)	0,053
	Não	7 (58,33%)	16 (29,09%)	23 (34,33%)	
	Total	12 (17,91%)	55 (82,09%)	67 (100%)	
terceiro parto	Sim	1 (8,33%)	9 (16,36%)	10 (14,93%)	0,479
	Não	11 (91,67%)	46 (83,64%)	57 (85,07%)	
	Total	12 (17,91%)	55 (82,09%)	67 (100%)	
quarto parto	Sim	0 (0,00%)	1 (1,82%)	1 (1,49%)	0,638
	Não	12 (100%)	54 (98,18%)	66 (98,51%)	
	Total	12 (17,91%)	55 (82,09%)	67 (100%)	

É possível verificar na tabela 6 que em todos os casos não houve associação dos partos em hospital em relação aos grupos amostrais avaliados, visto que todos os valores P encontrados foram superiores ao nível de significância adotada. Para os partos de número cinco, seis, sete e oito não houve representação amostral.

Tabela 7 - Distribuição percentual de ambos os grupos amostrais em relação ao histórico do parto com episiotomia em hospital. Ribeirão Preto - SP, 2010.

Histórico do parto		Enfermeiras	Técnicas e Auxiliares	Total	Valor P
1º parto com episio	Sim	4 (33,33%)	20 (36,36%)	24 (35,82%)	0,843
	Não	8 (66,67%)	35 (63,64%)	43 (64,18%)	
	Total	12 (17,91%)	55 (82,09%)	67 (100%)	
2º parto com episio	Sim	1 (8,33%)	11 (20,00%)	12 (17,91%)	0,340
	Não	11 (91,67%)	44 (80,00%)	55 (82,09%)	
	Total	12 (17,91%)	55 (82,09%)	67 (100%)	
3º parto com episio	Sim	1 (8,33%)	3 (5,45%)	4 (5,97%)	0,703
	Não	11 (91,67%)	52 (94,55%)	63 (94,03%)	
	Total	12 (17,91%)	55 (82,09%)	67 (100%)	
4º parto com episio	Sim	0 (0,00%)	1 (1,82%)	1 (1,49%)	0,703
	Não	12 (100%)	54 (98,18%)	66 (98,51%)	
	Total	12 (17,91%)	55 (82,09%)	67 (100%)	
1º parto sem episio	Sim	0 (0,00%)	4 (7,27%)	4 (5,97%)	0,335
	Não	12 (100%)	51 (92,73%)	63 (94,03%)	
	Total	12 (17,91%)	55 (82,09%)	67 (100%)	
2º parto sem episio	Sim	1 (8,33%)	1 (1,82%)	2 (2,99%)	0,230
	Não	11 (91,67%)	54 (98,18%)	65 (97,01%)	
	Total	12 (17,91%)	55 (82,09%)	67 (100%)	
3º parto sem episio	Sim	0 (0,00%)	1 (1,82%)	1 (1,49%)	0,230
	Não	12 (100%)	54 (98,18%)	66 (98,51%)	
	Total	12 (17,91%)	55 (82,09%)	67 (100%)	

A tabela 7 mostra a distribuição percentual dos casos de partos normais com episiotomia em relação aos grupos amostrais avaliados no estudo referente ao primeiro, segundo, terceiro e quarto partos, respectivamente. Em todos os casos verificou-se a ausência de associação entre os grupos amostrais e a ocorrência de partos com episiotomia, visto que todos os valores P retornados foram superiores a 0,05. Em relação às 67 mulheres que referiram ter tido parto quatro (33,33%) delas eram enfermeiras e tiveram o primeiro parto com episiotomia e do grupo das técnicas e auxiliares de enfermagem 20 (36,36%) referiram ter tido no primeiro parto com episiotomia; $p=0,843$.

Na Tabela 7 também pode ser observado a distribuição percentual dos casos de partos normais sem episiotomia em relação aos grupos amostrais avaliados no estudo referente ao primeiro, segundo e terceiro partos, respectivamente. Não houve associação entre a ocorrência dos partos normais sem episiotomia e os grupos amostrais avaliados no estudo. Para os demais partos não houve representatividade amostral.

Quanto ao parto com ou sem rotura perineal, a maioria das profissionais de enfermagem referiu partos sem rotura enquanto, uma do grupo de técnicas e auxiliares de enfermagem referiu ter tido um parto com rotura perineal. Pode-se verificar a ausência de associação entre os grupos amostrais e a ocorrência de parto normal sem rotura, visto que os valores p foram superiores ao nível de significância adotado.

Tabela 8 - Distribuição percentual de ambos os grupos amostrais em relação histórico do parto fórceps e cesáreo. Ribeirão Preto - SP, 2010

Histórico do parto		Enfermeiras	Técnicas e Auxiliares	Total	Valor P
1º parto fórceps	Sim	1 (8,33%)	2 (3,64%)	3 (4,48%)	0,476
	Não	11 (91,67%)	53 (96,36%)	64 (95,52%)	
	Total	12 (17,91%)	55 (82,09%)	67 (100%)	
2º parto fórceps	Sim	0 (0,00%)	2 (3,64%)	2 (2,99%)	0,502
	Não	12 (100%)	53 (96,36%)	65 (97,01%)	
	Total	12 (17,91%)	55 (82,09%)	67 (100%)	
1º parto cesariana	Sim	4 (33,33%)	26 (47,27%)	30 (44,78%)	0,379
	Não	8 (66,67%)	29 (52,73%)	37 (55,22%)	
	Total	12 (17,91%)	55 (82,09%)	67 (100%)	
2º parto cesariana	Sim	0 (0,00%)	1 (1,82%)	1 (1,49%)	0,703
	Não	12 (100%)	54 (98,18%)	66 (98,51%)	
	Total	12 (17,91%)	55 (82,09%)	67 (100%)	
3º parto cesariana	Sim	1 (8,33%)	7 (12,73%)	8 (11,94%)	0,671
	Não	11 (91,67%)	48 (87,27%)	59 (88,06%)	
	Total	12 (17,91%)	55 (82,09%)	67 (100%)	

Na tabela 8, observou-se que o parto fórceps ocorreu apenas no primeiro e segundo partos. Uma única enfermeira referiu o parto com o auxílio

do fórceps no primeiro parto. Em relação a esta variável, também não se observou associação entre a ocorrência de parto fórceps e os grupos amostrais avaliados no estudo, no primeiro e segundo partos; $p=0,476$ e $0,502$ respectivamente.

A ocorrência de cesarianas foi verificada nos partos de número um, dois e três. Para os demais não houve representatividade amostral para aplicar o teste de associação. Das 30 mulheres que referiram ter tido o primeiro parto cesariano, quatro (33,33%) eram enfermeiras e 26 (47,27%) eram técnicas e auxiliares de enfermagem. Em todos os partos cesariana não foi possível verificar associação entre os grupos amostrais avaliados no estudo; $p>0,05$.

Tabela 9 - Distribuição percentual de ambos os grupos amostrais em relação ao histórico do parto que utilizou ou não anestesia e o local de aplicação. Ribeirão Preto - SP, 2010

Local anestésico/parto		Enfermeiras	Técnicas e Auxiliares	Total	Valor P
Anestesia local no 1º parto	Sim	1 (8,33%)	6 (10,91%)	7 (10,45%)	0,792
	Não	11 (91,67%)	49 (89,09%)	60 (89,55%)	
	Total	12 (17,91%)	55 (82,09%)	67 (100%)	
Anestesia local no 2º parto	Sim	1 (8,33%)	3 (5,45%)	4 (5,97%)	0,703
	Não	11 (91,67%)	52 (94,55%)	63 (94,03%)	
	Total	12 (17,91%)	55 (82,09%)	67 (100%)	
Anestesia local no 3º parto	Sim	1 (8,33%)	2 (3,64%)	3 (4,48%)	0,476
	Não	11 (91,67%)	53 (96,36%)	64 (95,52%)	
	Total	12 (17,91%)	55 (82,09%)	67 (100%)	
Anestesia na coluna no 1º parto	Sim	7 (58,33%)	25 (45,45%)	32 (47,76%)	0,418
	Não	5 (41,67%)	30 (54,55%)	35 (52,24%)	
	Total	12 (17,91%)	55 (82,09%)	67 (100%)	
Anestesia na coluna no 2º parto	Sim	4 (33,33%)	29 (52,73%)	33 (49,25%)	0,223
	Não	8 (66,67%)	26 (47,27%)	34 (50,75%)	
	Total	12 (17,91%)	55 (82,09%)	67 (100%)	
Anestesia na coluna no 3º parto	Sim	0 (0,00%)	6 (10,91%)	6 (8,96%)	0,418
	Não	12 (100%)	49 (89,09%)	61 (91,04%)	
	Total	12 (17,91%)	55 (82,09%)	67 (100%)	
Sem Anestesia no 1º parto	Sim	0 (0,00%)	6 (10,91%)	6 (8,96%)	0,230
	Não	12 (100%)	49 (89,09%)	61 (91,04%)	
	Total	12 (17,91%)	55 (82,09%)	67 (100%)	
Sem Anestesia no 2º parto	Sim	0 (0,00%)	4 (7,27%)	4 (5,97%)	0,335
	Não	12 (100%)	51 (92,73%)	63 (94,03%)	
	Total	12 (17,91%)	55 (82,09%)	67 (100%)	
Sem Anestesia no 3º parto	Sim	0 (0,00%)	1 (1,82%)	1 (1,49%)	0,638
	Não	12 (100%)	54 (98,18%)	66 (98,51%)	
	Total	12 (17,91%)	55 (82,09%)	67 (100%)	

Na tabela 9, a ocorrência de anestesia local foi possível de ser atestada somente no primeiro, segundo e terceiro partos. Para os demais não houve representatividade amostral para aplicar o teste de associação.

Quanto o local de anestesia não apresentou associação entre a ocorrência de anestesia local e os grupos amostrais avaliados no estudo, visto que os valores $p > 0,05$.

A ocorrência de anestesia por bloqueio na coluna observou-se somente no primeiro, segundo e terceiro partos. Para os demais não houve representatividade amostral para aplicar o teste de associação. Pelos resultados da tabela acima não foi possível verificar nenhum tipo de associação entre os grupos amostrais e a ocorrência de anestesia na coluna. Os valores P encontrados foram superiores ao nível de significância adotada para o teste. Sobre a ocorrência de anestesia para essa variável foi possível verificar somente uma profissional (8,33%) do grupo das enfermeiras que apresentou dúvidas acerca da ocorrência de anestesia no primeiro parto. Para os demais partos não houve representatividade amostral.

Relativo a não aplicação de anestesia no parto, mostrada na tabela 9 mostra a distribuição percentual dos casos nos quais não houve aplicação de anestesia nos profissionais avaliados para o primeiro, segundo e terceiro partos, respectivamente, não foi possível atestar associação entre os grupos amostrais e a não ocorrência de anestesia, visto que os valores $p > 0,05$. Para os demais partos, as mulheres estudadas referiram não ter sido necessário o uso de anestesia nos partos subsequentes.

Tabela 10 - Estatísticas descritivas em relação ao peso do RN (em gramas) do primeiro, segundo e terceiro parto em relação aos grupos amostrais. Ribeirão Preto - SP, 2010

Peso do bebê/ parto	Enfermeiras					Técnicas e auxiliares de enfermagem					Valor P
	$\bar{x} \pm s$	Md	Mín	Máx	N	$\bar{x} \pm s$	Md	Mín	Máx	N	
Peso no 1º parto	2971,36±727,66	3085	1300	4040	11	3011,19±848,71	3135	500	5700	47	0,913
Peso no 2º parto	2962,00±600,76	3180	1900	3320	5	3238,75±437,80	3215	2100	4180	40	-
Peso no 3º parto	-	-	-	-	1	2744,00±956,46	3015	400	3950	10	-

Valor P referente ao teste de Mann-Whitney a 0,05.

A tabela 10 mostra os dados sobre o peso do recém nascido (em gramas) foi questionado e avaliado no primeiro, segundo e terceiro partos. No terceiro parto uma enfermeira relatou o peso do recém nascido de 3300g. Por haver somente uma profissional no grupo das enfermeiras, não foi possível aplicar o teste de comparação. Não houve representatividade amostral para os outros partos.

De acordo com os resultados das tabelas acima é possível pressupor a ausência de diferenças estatisticamente significativas em relação ao peso do bebê quando os grupos de profissionais são comparados de acordo com os respectivos partos. Os valores P encontrados foram superiores a 5%.

A idade das profissionais de enfermagem em cada parto também foi uma das variáveis questionadas, sendo avaliada no primeiro, segundo e terceiro partos. A média de idade no primeiro parto para as enfermeiras foi 26 anos e para as técnicas e auxiliares de enfermagem foi de 23 anos. No segundo parto a média entre as enfermeiras foi de 27,80 anos e para as técnicas e auxiliares de enfermagem foi de 27,87 anos. Não houve representatividade amostral para os outros partos.

De acordo com os resultados é possível pressupor a ausência de diferenças estatisticamente significativas em relação à idade no parto quando os grupos de profissionais são comparados de acordo com os respectivos partos. Os valores P encontrados foram superiores a 5%.

Tabela 11 – Distribuição percentual da prática de esportes em relação aos grupos amostrais. Ribeirão Preto-SP, 2010

Características	Enfermeiras		técnicas e Auxiliares de Enf ^a		Total	
	n	%	n	%	n	%
Prática de exercício						
Sim	5	26,32	21	31,82	26	30,59
Não	14	73,68	45	68,18	59	69,41
Tipo de esportes						
Academia	4	80,00	2	9,52	6	23,08
Bicicleta	0	0,00	1	4,76	1	3,85
Caminhada	1	20,00	15	71,43	16	61,54
Dança do ventre	0	0,00	1	4,76	1	3,85
Hidroginástica	0	0,00	1	4,76	1	3,85
Voley	0	0,00	1	4,76	1	3,85
Frequência da prática de esporte por dias da semana						
1	0	0,00	1	4,76	1	3,85
2	1	20,00	4	19,05	5	19,23
3	1	20,00	6	28,57	7	26,92
4	2	40,00	4	14,05	6	23,08
5	1	20,00	5	23,81	6	23,08
7	1	0,00	1	20,00	1	3,85
Total	26	100	108	100	137	100

Valor de P = (0,646) para prática de exercício no grupo II.

A prática de esportes também foi uma das variáveis questionadas para os dois grupos de profissionais da saúde avaliados no estudo. A Tabela 11 mostra a distribuição percentual dos profissionais que praticam e não praticam esportes.

De acordo com os dados da Tabela 11 não há associação dos grupos em relação à prática de esportes, visto que o valor $p=0,646$ foi superior ao nível de significância adotado para o teste. Mesmo assim, observou-se que de 85 profissionais avaliados, 26 (30,59%) praticavam algum tipo de esporte, e 21 (80,77%) pertenciam ao grupo de técnicas e auxiliares.

Às profissionais que declararam praticar algum tipo de esporte foi solicitado mencionar qual tipo de esporte praticam. Os dados da Tabela 10 mostram que a maioria das profissionais pratica caminhada, seguida de exercícios praticados em academias. Observa-se ainda o fato de técnicas e auxiliares praticarem mais esportes que o grupo das enfermeiras.

Quanto a frequência da prática de esportes (dias da semana) a tabela 11 mostra a distribuição percentual da frequência, ou seja, da quantidade de dias

na semana em que há prática de esportes. A partir dos resultados percentuais da é possível verificar que a maioria dos profissionais pratica esportes três vezes por semana e em todos os casos o grupo das técnicas e auxiliares pratica esportes mais frequentemente que as profissionais do grupo das enfermeiras.

4.4 Sintomas de Incontinência Urinária

Para esse módulo foram questionadas quatro variáveis que objetivaram caracterizar a incontinência urinária nos profissionais avaliados nos estudo.

Tabela 12 – Distribuição percentual dos tipos de perdas de urina em relação aos grupos amostrais. Ribeirão Preto - SP, 2010

Perda de urina		Enfermeiras	Técnicas e Auxiliares	Total	Valor P
Pelo menos 1vez ao mês	Sim	3 (15,79%)	26 (39,39%)	29 (34,12%)	0,056
	Não	16 (84,21%)	40 (60,61%)	56 (65,88%)	
	Total	19 (22,35%)	66 (77,65%)	85 (100%)	
Por algum motivo	Sim	2 (10,53%)	15 (23,08%)	17 (20,24%)	0,231
	Não	17 (89,47%)	50 (76,92%)	67 (79,76%)	
	Total	19 (22,62%)	65 (77,38%)	84 (100%)	
Antes de chegar ao banheiro	Sim	4 (10,53%)	18 (23,08%)	22 (20,24%)	0,517
	Não	15 (89,47%)	45 (76,92%)	60 (79,76%)	
	Total	19 (22,62%)	63 (77,38%)	82 (100%)	
De outras formas	Sim	2 (10,53%)	6 (10,00%)	8 (10,13%)	0,947
	Não	17 (89,47%)	54 (90,00%)	71 (89,87%)	
	Total	19 (22,62%)	60 (75,95%)	79 (100%)	

Na tabela 12 verifica-se que dentre as 29 profissionais de enfermagem que referiram perda de urina ao menos uma vez ao mês, três (15,79%) eram enfermeiras e 26 (39,39%) técnicas e auxiliares de enfermagem e não apresentou associação entre os grupos amostrais; $p = 0,056$. Quanto ao questionamento de perda de urina por algum motivo 17 mulheres referiram, sendo duas (10,53%) enfermeiras e 15 (23,08%) técnicas e auxiliares de

enfermagem, sem associação significativa entre os grupos; $p=0,231$. Em relação à ocorrência de perda urinária antes de chegar ao banheiro, 22 mulheres referiram tal queixa, sendo quatro (10,53%) enfermeiras e 18(23,08%) técnicas e auxiliares de enfermagem; $p= 0,517$. Quanto a outras formas de perda de urina oito mulheres apresentaram, sendo duas (10,53%) enfermeiras e seis (10,00%) técnicas e auxiliares de enfermagem; $p=0,947$.

4.5 Problemas Ocupacionais relacionados às perdas de urina

Esse questionário está vinculado à abordagem dos problemas ocupacionais enfrentados pelos profissionais da saúde estudados. As análises estatísticas referentes a esse questionário abordam somente os profissionais que apresentavam sintomas de incontinência urinária.

Em relação ao tempo de perda urinária, quatro enfermeiras o apontaram enquanto 21 técnicas e auxiliares de enfermagem o referiram.

Observou-se que as enfermeiras apresentaram um tempo médio de perda urinária de $39 \pm 31,5$ enquanto o tempo médio das técnicas e auxiliares foi de $52,95 \pm 64,4$.

Tabela 13 – Distribuição percentual dos problemas ocupacionais relacionados com a perda de urina em relação aos grupos amostrais. Ribeirão Preto - SP, 2010

Quantidade de urina perdida	Enfermeiras	Técnicas e Auxiliares	Total
Pequena	3 (60,00%)	20 (76,92%)	23 (74,19%)
Média	2 (40,00%)	6 (23,08%)	8 (25,81%)
Total	5 (16,13%)	26 (83,87%)	31 (100%)
Procura atendimento Médico			
Sim	2 (60,00%)	7 (26,92%)	9 (29,03%)
Não	3 (40,00%)	19 (73,08%)	22 (70,97%)
Total	5 (16,13%)	26 (83,87%)	31 (100%)
Alterações no trabalho			
Sim	1 (20,00%)	1 (3,85%)	2 (6,45%)
Não	4 (80,00%)	25 (96,15%)	29 (93,55%)
Total	5 (16,13%)	26 (83,87%)	31 (100%)
Falta de concentração			
Sim	2 (40,00%)	4 (14,29%)	6 (18,18%)
Não	3 (60,00%)	24 (85,71%)	27 (81,82%)

Total	5 (15,15%)	28 (84,85%)	33 (100%)
Baixa produtividade			
Sim	2 (40,00%)	5 (17,86%)	7 (21,21%)
Não	3 (60,00%)	23 (82,14%)	26 (78,79%)
Total	5 (15,15%)	28 (84,85%)	33 (100%)
Estresse			
Sim	4 (80,00%)	13 (48,15%)	17 (53,13%)
Não	1 (20,00%)	14 (51,85%)	15 (46,88%)
Total	5 (15,63%)	27 (84,38%)	32 (100%)
Fadiga			
Sim	4 (80,00%)	5 (20,00%)	9 (30,00%)
Não	1 (20,00%)	20 (80,00%)	21 (70,00%)
Total	5 (15,63%)	25 (83,33%)	30 (100%)
Aumento da perda de urina			
Sim	1 (25,00%)	7 (25,00%)	8 (25,00%)
Não	3 (75,00%)	21 (75,00%)	24 (75,00%)
Total	4 (12,50%)	28 (87,50%)	32 (100%)
Não realização de atividades			
Sim	0 (0,00%)	1 (3,57%)	1 (3,03%)
Não	5 (100%)	27 (96,43%)	32 (96,97%)
Total	5 (15,15%)	28 (84,85%)	33 (100%)
Diminuir incontinência			
Sim	1 (25,00%)	5 (19,23%)	6 (20,00%)
Não	3 (75,00%)	21 (80,77%)	24 (80,00%)
Total	4 (13,33%)	26 (86,67%)	30 (100%)
Problemas nas atividades realizadas para reduzir a incontinência urinária			
Sim	1 (20,00%)	3 (11,11%)	4 (12,50%)
Não	4 (80,00%)	24 (88,89%)	28 (87,50%)
Total	5 (15,63%)	27 (84,38%)	32 (100%)
Facilidade em trocar roupa, absorvente higiênico ou ir ao banheiro			
Sim	2 (40,00%)	13 (50,00%)	15 (48,39%)
Não	1 (20,00%)	6 (23,08%)	7 (22,58%)
Não preciso	2 (40,00%)	7 (26,92%)	9 (29,03%)
Redução de atividades que aumentavam a perda de urina			
Sim	0 (0,00%)	4 (15,38%)	4 (13,33%)
Não	1 (25,00%)	10 (38,46%)	11 (36,67%)
Não preciso	3 (75,00%)	12 (46,15%)	15 (50,00%)
Total	4 (13,33%)	26 (86,67%)	30 (100%)
Jornada :Interrupção do trabalho para ir ao banheiro			
6 horas	4 (80,00%)	12 (44,44%)	16 (50,00%)
8 horas	0 (0,00%)	1 (3,70%)	1 (3,13%)
12 horas	1 (20,00%)	14 (51,85%)	15 (46,88%)
Total	5 (15,63%)	27 (84,38%)	32 (100%)
Localização do banheiro mais próximo (12 metros de referência)			
Sim	1 (20,00%)	7 (26,92%)	8 (25,81%)
Não	4 (80,00%)	19 (73,08%)	23 (74,19%)
Total	5 (16,13%)	26 (83,87%)	31 (100%)
Interrupção do trabalho para ir ao banheiro			
Sim	2 (40,00%)	4 (17,39%)	6 (21,43%)
Não	3 (60,00%)	19 (82,61%)	22 (78,57%)
Total	5 (17,86%)	23 (82,14%)	28 (100%)

A partir dos dados da Tabela 13 é possível verificar que 23 (74,19%) profissionais que declararam perder pequena quantidade de urina e oito (25,81%) média quantidade.

Das 31 profissionais avaliadas em relação à procura de auxílio médico, nove (29,03%) referiram procurar auxílio, enquanto que 22 (70,97%) declararam não ter procurado auxílio médico.

Somente duas (6,45%) profissionais alteraram sua rotina de trabalho em decorrência dos sintomas da incontinência urinária, sendo que uma delas pertence ao grupo das enfermeiras e a outra ao grupo das técnicas e auxiliares.

Verifica-se que seis (18,18%) profissionais disseram ter tido falta de concentração no trabalho por conta dos sintomas de incontinência urinária. A diminuição da produtividade no trabalho decorrente dos sintomas de incontinência urinária foi verificada entre as profissionais no estudo, sendo que sete (21,21%) profissionais tiveram baixa produtividade no trabalho. Relativo à variável sobre o estresse, 17 profissionais (53,13%), ou seja, a maioria deles declarou ter estresse no trabalho devido aos sintomas de incontinência urinária.

Observa-se que nove (30,00%) profissionais referiram fadiga no trabalho devido aos sintomas de incontinência urinária. Além das alterações mencionadas acima, outras alterações foram referidas pelas profissionais. Das alterações referidas, uma profissional mencionou irritabilidade; outra, aumento na pressão arterial e outra dificuldade de “segurar” a urina. Todas as três profissionais que declararam sentir outras alterações que prejudicavam o trabalho por conta dos sintomas de incontinência urinária pertenciam ao grupo de técnicas e auxiliares.

Na tabela 13 observa-se que oito (25,00%) profissionais de enfermagem disseram tido aumento da frequência de perda de urina por conta de alguma atividade realizada no trabalho. Quanto a carregar peso ou fazer esforço das sete profissionais que responderam essa questão, somente uma (14,29%) enfermeira e quatro (57,14%) técnicas e auxiliares declararam aumento da frequência de perda de urina por conta de atividades vinculadas a peso ou esforço demasiado. Andar rápido ou correr também foi avaliado e das sete profissionais que responderam tal questão, somente quatro (57,14%) declararam aumento da frequência de perda de urina devido a atividades como andar rápido ou correr. Todas essas quatro profissionais eram técnicas e auxiliares de enfermagem.

As atividades ocupacionais como empurrar maca / incubadora foi respondida por cinco profissionais de enfermagem e entre elas duas (40,00%) técnicas e auxiliares referiram ter tido aumento da perda de urina no desempenho desta atividade. Empurrar cadeira de rodas foi respondida por cinco profissionais e somente uma (20,00%) técnica ou auxiliar declarou aumento da frequência de perda de urina.

Quando solicitado às profissionais se alguma outra atividade desenvolvida interferia na perda urinária somente uma (12,50%) técnica ou auxiliar declarou aumento da frequência de perda de urina ao agachar.

A Tabela 13 mostra que uma profissional (3,03%) do grupo de técnicas e auxiliares declarou não realizar atividade que exigem esforços por conta da perda de urina decorrente dos sintomas de incontinência urinária.

Foi arguido se as profissionais de enfermagem buscavam alguma estratégia para reduzir a perda urinária. Verificou-se que uma (16,67%) enfermeira e cinco (83,33%) técnicas e auxiliares declararam realizar alguma atividade para diminuir os sintomas de incontinência urinária. Entre as estratégias observa-se que duas (33,33%) profissionais do grupo das técnicas e auxiliares evitavam tomar água e outros líquidos com o objetivo de diminuir os problemas vinculados à incontinência urinária. Outra estratégia utilizada foi a utilização de forro ou absorvente higiênico, sendo que somente uma (16,67%) enfermeira e duas (33,33%) técnicas e auxiliares declararam tal prática.

Entre outras estratégias utilizadas pelas profissionais de enfermagem para o manejo das perdas de urina incluiu-se a redução de ingestão de café, e das cinco profissionais que responderam essa questão, somente uma (20,00%) do grupo das técnicas e auxiliares declarou ingerir quantidades reduzidas de café. Quanto à quantidade de xícaras de café ingeridas antes e depois dos sintomas somente nove profissionais do grupo das técnicas e auxiliares de enfermagem responderam essa questão. A ingestão de café desses profissionais era, em média antes do aparecimento dos sintomas de incontinência urinária, 8,11 xícaras de café com desvio padrão de 5,39 xícaras. A quantidade mínima de consumo de café foi de duas e o máximo 20 de xícaras de café.

Em relação à redução das atividades profissionais visando diminuir a perda urinária involuntária, observou-se que quatro (12,50%) profissionais declararam ter problemas vinculados às atividades realizadas para reduzir os sintomas da incontinência urinária, sendo uma (25,00%) deles do grupo de enfermeiras e três (75,00%) do grupo das técnicas e auxiliares.

Como consequência das estratégias utilizadas para o manejo da IU pode ocorrer agravos à saúde, incluindo a infecção de urinária, portanto elas foram questionadas quanto a essa afecção e somente quatro profissionais declararam sua ocorrência. Dessas, uma (25,00%) pertence ao grupo das enfermeiras e três (75,00%) ao grupo das técnicas e auxiliares. Em relação a alterações da integridade da pele e mucosas, principalmente decorrente do uso de absorventes higiênicos, somente duas referiram irritação na pele, sendo uma enfermeira e uma no grupo das técnicas e auxiliares.

Entre as facilidades no trabalho para controlar a perda de urina, das 36 profissionais que responderam a questão, somente uma profissional do grupo de técnicas e auxiliares respondeu que utiliza mais frequentemente, o banheiro para evitar a perda de urina decorrente dos sintomas de incontinência urinária.

Das 31 mulheres que referiram medidas para o manejo da IU, 15 (48,39%) delas responderam que tem facilidade em trocar roupa, absorvente higiênico ou ir ao banheiro quando necessitam. Dentre essas, a maioria é do grupo de técnicas e auxiliares. Das profissionais que não apresentam tais facilidades, uma (14,28%) é enfermeira e seis (85,71%) do grupo das técnicas e auxiliares.

Quanto à necessidade de interromper o trabalho para o uso do banheiro observou-se que 16 (50,00%) profissionais com jornada de 6 horas o fazem, sendo quatro (25,00%) enfermeiras e 12 (75,00%) técnicas ou auxiliares. Na jornada de 8 horas, somente uma (3,13%) técnica ou auxiliar interrompe o trabalho para ir ao banheiro e, na jornada de 12 horas, 15 (46,88%) profissionais interrompem sua jornada de trabalho, sendo uma (6,67%) enfermeira e 14 (93,33%) técnicas e auxiliares.

Na Tabela 14 mostra as estatísticas descritivas referentes ao tempo gasto (em minutos) para ir e voltar do banheiro durante o trabalho para ambos os grupos de profissionais avaliados.

Tabela 14 - Estatísticas descritivas do tempo gasto para ir e voltar ao banheiro durante o trabalho em relação aos grupos amostrais. Ribeirão Preto - SP, 2010

Profissionais	n	$\bar{x} \pm s$	Md	Mín	Máx
Enfermeiros	5	81,20±156,25	10,00	1,00	360,00
Técnicos e auxiliares	23	80,26±149,23	10,00	1,00	480,00

Em média as profissionais de enfermagem gastavam cerca de 10 minutos para ir e voltar do banheiro durante o trabalho. Verifica-se que as médias das distribuições estão sendo influenciadas, de forma considerável, pelos valores discrepantes superiores existentes na distribuição, sendo que tal fato é possível de ser observado na diferença existente entre os valores de média e mediana. Analisando as medianas de ambas as distribuições, observa-se que ambos os grupos amostrais demoram cerca de 10 minutos para ir e voltar do banheiro durante o trabalho. A maioria dos setores o banheiro eram localizados 12 metros de distância do local de trabalho dos profissionais. Das 31 profissionais que responderam essa questão, oito declararam que o banheiro mais próximo fica a mais de 12 metros de distância do local de trabalho, sendo uma (12,50%) enfermeira e sete (87,50%) técnicas e auxiliares.

Buscou-se identificar se havia restrições da chefia em relação ao uso do banheiro durante o trabalho. Duas (7,41%) delas declararam esta restrição sendo uma delas do grupo das enfermeiras e outra do grupo das técnicas e auxiliares. Restrições dos colegas foram citadas por uma (3,85%) profissional do grupo das técnicas e auxiliares. Alguns profissionais de enfermagem apontaram ainda que têm dificuldades para interromper atividades laborais, que exigem tempo mais prolongado, ou em situações de urgência e tal fato foi relatado por seis (21,43%) deles, sendo duas (33,33%) enfermeiras e quatro (66,67%) técnicas e auxiliares enfermagem.

Situações em que o trabalho que estavam desenvolvendo não podia ser interrompido foram referidas por quatro (14,29%) enfermeiras e 13 (46,43%) técnicas e auxiliares.

4.6. Teste de associação entre os grupos

Buscou-se identificar entre as variáveis qualitativas e quantitativas estudadas aquelas que poderiam ter associação com os sintomas de incontinência urinária. Os resultados a seguir mostram a existência ou não de associação referente às variáveis qualitativas e quantitativas escolhidas dos questionários empregados como instrumentos de coleta.

Para a análise qualitativa, utilizou-se o teste qui-quadrado e para a análise quantitativa utilizou-se o teste paramétrico t- Student e não-paramétrico Mann-Whitney. Todos os testes empregados foram aplicados com nível de significância de 5%.

4.6.1 Associação das variáveis qualitativas

Os sintomas de incontinência urinária foram associados às variáveis qualitativas como hipertensão, menopausa, intestino preso, atividade física e categoria profissional. Essas variáveis foram associadas às questões do instrumento de coleta que tratavam de verificar a presença ou ausência dos sintomas de incontinência urinária. As Tabelas a seguir mostram as distribuições percentuais de cada um dessas variáveis mencionadas acima de acordo com cada uma das questões que envolvem os sintomas de IU.

Tabela 15 – Associação da perda de urina (pelo menos uma vez ao mês) em relação às variáveis qualitativas escolhidas no estudo. Ribeirão Preto-SP, 2010

Variáveis		Perdeu urina (pelo menos uma vez ao mês)		Valor P
		Sim	Não	
Hipertensão	Sim	7 (58,3%)	5 (41,7%)	0,061
	Não	22 (30,6%)	50 (69,4%)	
Menopausa	Sim	6 (46,2%)	7 (53,8%)	0,338
	Não	11 (17,2%)	53 (82,8%)	
Intestino preso	Sim	6 (30,0%)	14 (70,0%)	0,208
	Não	9 (50,0%)	9 (50,0%)	
Atividade física	Sim	8 (32,0%)	17 (68,0%)	0,751
	Não	21 (35,6%)	38 (64,4%)	
Categoria profissional	Enf	3 (15,8%)	16 (84,2%)	0,056
	Tec+Aux	26 (39,4%)	40 (60,6%)	

Em relação a perda involuntária de urina, pelo menos uma vez ao mês, não se observou associação com as variáveis hipertensão arterial, constipação intestinal, atividade física, menopausa e categoria profissional; $p > 0,05$.

A Tabela 16 mostra a associação entre a ocorrência de perda de urinária involuntária em episódios de tosse, espirros ou esforços em relação às variáveis qualitativas analisadas.

Tabela 16 – Associação da perda de urina quando tosse, espirra, faz força ou carrega peso em relação às variáveis qualitativas escolhidas no estudo. Ribeirão Preto –SP, 2010

Variáveis		Perdeu urina quando tossiu, espirrou ou fez esforço		Valor P
		Sim	Não	
Hipertensão	Sim	5 (41,7%)	7 (58,3%)	0,049
	Não	12 (16,9%)	59 (83,1%)	
Menopausa	Sim	6 (46,2%)	7 (53,8%)	0,022
	Não	11 (17,2%)	53 (82,8%)	
Intestino preso	Sim	3 (15,8%)	16 (84,2%)	0,214
	Não	6 (33,3%)	12 (66,7%)	
Atividade física	Sim	4 (15,4%)	22 (84,6%)	0,437
	Não	13 (22,8%)	44 (77,2%)	
Categoria profissional	Enf	2 (10,5%)	17 (89,5%)	0,231
	Tec+Aux	15 (23,1%)	50 (76,9%)	

De acordo com os resultados da Tabela 16 é possível verificar associação entre perda urinária nos episódios de tosse, espirros e esforços nas profissionais que apresentavam hipertensão arterial e menopausa. Entretanto, não se observou associação entre as outras variáveis bem como por categoria profissional.

A Tabela 17 mostra a associação da perda de urina antes de chegar ao banheiro, em relação às variáveis qualitativas analisadas.

Tabela 17– Associação da perda de urina antes de chegar ao banheiro em relação às variáveis qualitativas escolhidas no estudo. Ribeirão Preto-SP, 2010

Variáveis		Perdeu urina antes de chegar ao banheiro		Valor P
		Sim	Não	
Hipertensão	Sim	6 (50,0%)	6 (50,0%)	0,054
	Não	16 (23,2%)	53 (76,8%)	
Menopausa	Sim	5 (38,5%)	8 (61,5%)	0,231
	Não	14 (22,6%)	48 (77,4%)	
Intestino preso	Sim	5 (27,8%)	13 (72,2%)	0,632
	Não	6 (35,3%)	11 (64,7%)	
Atividade física	Sim	8 (33,3%)	16 (66,7%)	0,418
	Não	14 (24,6%)	43 (75,4%)	
Categoria profissional	Enf	4 (21,1%)	15 (78,9%)	0,517
	Tec+Aux	18 (28,6%)	45 (71,4%)	

De acordo com os resultados da Tabela 16 não há associação entre as variáveis qualitativas em análise e a perda de urina antes de chegar ao banheiro; $p > 0,05$.

4.6.2 Associação das variáveis quantitativas

Para verificar a existência de associação entre os sintomas de incontinência urinária e as variáveis quantitativas, utilizaram-se testes estatísticos paramétricos e não-paramétricos. Foi verificada a normalidade dos dados e a homogeneidade das variâncias, permitindo ou não o uso do teste paramétrico.

As variáveis quantitativas avaliadas foram: idade, IMC, ingestão de café (nº de copos), número de gravidez, peso médio do recém-nascido (RN), tabaco e paridade. Para todas as análises, utilizou-se nível de significância de 0,05.

A Tabela 18 mostra as estatísticas descritivas das variáveis quantitativas levantadas no estudo de acordo com a perda de urina (pelo menos uma vez no mês).

A Tabela 18 mostra as estatísticas descritivas das variáveis quantitativas levantadas no estudo de acordo com a perda de urina (pelo menos uma vez no mês).

Tabela 18 – Estatísticas descritivas das variáveis quantitativas em relação à perda de urina pelo menos uma vez no mês. Ribeirão Preto-SP, 2010

Variáveis	Perda de urina pelo menos uma vez no mês						Valor P
	n	Sim $\bar{x} \pm s$	Md	N	Não $\bar{x} \pm s$	Md	
Idade	29	40,69±9,03	40,00	56	38,68±8,95	40,00	0,330
IMC	26	32,09±7,91	31,29	54	25,62±4,65	25,84	<0,001
Café	23	5,48±3,40	5,00	39	3,59±2,56	4,00	0,027
Peso médio RN	24	3122,50±843,52	-	34	2911,03±760,83	-	0,323
Tabaco	5	2,20±0,44	2,00	2	2,50±0,70	2,50	0,786
Gravidez	29	2,45±1,66	2,00	52	1,48±1,24	2,00	0,004
Paridade	25	1,80±1,00	2,00	36	1,00±1,09	1,00	0,013

Valor P referente ao teste de Mann-Whitney.

De acordo com os dados da Tabela 18 é possível verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a perda involuntária de urina, pelo menos uma vez no mês, e as variáveis IMC ($P<0,001$), ingestão de café ($P=0,027$), gravidez ($P=0,004$) e paridade ($P=0,013$).

De acordo com as estatísticas analisadas, verificou-se que as profissionais de enfermagem cuja perda involuntária de urina ocorre pelo menos uma vez no mês são as que apresentaram maiores índices de massa corporal e ingerem mais café diariamente. Além disso, apresentaram número médio de gravidez e paridade maior do que as profissionais que não perderam urina pelo menos uma vez no mês.

As Figuras 2, 3, 4 e 5 mostram a distribuição dos dados em relação à perda de urina de acordo com as variáveis IMC, ingestão de café, gravidez e paridade.

Figura 2 – Box-plot do IMC relativos à perda de urina pelo menos uma vez no mês

Apesar de existir valores discrepantes (outliers) em ambas as distribuições verifica-se que as pessoas que apresentaram perda de urina são as que obtiveram maiores valores de IMC como pode ser visualizado no gráfico da Figura 2.

Figura 3 – Box-plot da ingestão de café (copos) relativos à perda de urina pelo menos uma vez no mês

O mesmo fato é observado na ingestão de café, ou seja, as pessoas que ingerem maior quantidade de copos de café apresentaram perda de urina pelo menos uma vez no mês.

Figura 4 – Box-plot de gravidez relativos à perda de urina pelo menos uma vez no mês

Figura 5 – Box-plot de paridade relativos à perda de urina pelo menos uma vez no mês. Ribeirão Preto-SP,2010.

A Tabela 19 mostra as estatísticas descritivas das variáveis quantitativas levantadas no estudo de acordo com a perda de urina quando tosse, espirra, faz esforço ou carrega peso.

Tabela 19 – Estatísticas descritivas das variáveis quantitativas em relação à perda de urina quando tosse, espirra, faz esforço ou carrega peso. Ribeirão Preto - SP, 2010

Variáveis	Perda de urina quando tosse, espirra ou faz esforço						Valor P
	Sim			Não			
	n	$\bar{x} \pm s$	Md	n	$\bar{x} \pm s$	Md	
Idade	17	43,41±8,74	40	67	38,30±8,86	40	0,036
IMC	14	30,16±4,91	29,91	65	27,23±6,88	26,53	0,029
Café	15	5,53±3,50	4,00	45	3,93±2,79	4,00	0,077
Peso médio RN	15	3028,94±1001,81	-	42	2982,48±733,74	-	0,850
Tabaco	5	2,20±0,44	2,00	2	2,50±0,70	2,50	0,571
Gravidez	17	2,71±1,53	2,00	63	1,56±1,35	2,00	0,003
Paridade	15	1,93±1,03	2,00	46	1,13±1,08	1,00	0,009

Valor P referente ao teste de Mann-Whitney.

Os dados da Tabela 19 mostram que existem diferenças estatisticamente significativas entre a ocorrência de perda involuntária de urina em episódios de tosse, espirros ou esforços e as variáveis idade ($P=0,036$), IMC ($P=0,029$), gravidez ($P=0,003$) e paridade ($P=0,009$).

De acordo com os resultados é possível verificar que as profissionais em que a perda involuntária de urina ocorre em episódios de tosse, espirros e esforço físico foram as que apresentaram maior idade média, maiores índices de massa corporal, maior número de gravidez e paridade. As Figuras 6, 7, 8 e 9 mostram o comportamento da idade, do IMC, da gravidez e paridade quando comparados entre os grupos de profissionais que perderam e não perderam urina, respectivamente.

Figura 6 – Box-plot da idade em relação à perda de urina quando tosse, espirra ou faz algum tipo de esforço. Ribeirão Preto-SP, 2010

Figura 7 – Box-plot do IMC em relação à perda de urina quando tosse, espirra ou faz algum tipo de esforço. Ribeirão Preto-SP, 2010

Figura 8 – Box-plot de gravidez em relação à perda de urina quando tosse, espirra ou faz algum tipo de esforço. Ribeirão Preto – SP, 2010.

Figura 9 – Box-plot de paridade em relação à perda de urina quando tosse, espirra ou faz algum tipo de esforço. Ribeirão Preto – SP, 2010

A Tabela 20 evidencia as estatísticas descritivas das variáveis quantitativas levantadas no estudo de acordo com a perda de urina antes de chegar ao banheiro.

Tabela 20 – Estatísticas descritivas das variáveis quantitativas em relação à perda de urina antes de chegar ao banheiro. Ribeirão Preto-SP, 2010

Variáveis	Perda de urina antes de chegar ao banheiro						Valor P
	Sim			Não			
	n	$\bar{x} \pm s$	Md	n	$\bar{x} \pm s$	Md	
Idade	22	42,09±8,74	40,00	60	38,03±8,86	37,50	0,069
IMC	14	30,16±4,91	29,36	65	27,23±6,88	25,77	0,002
Café	19	6,63±3,62	8,00	40	3,33±2,00	3,00	0,001
Peso médio RN	15	3200,88±936,28	-	42	2905,35±744,94	-	0,213
Tabaco	3	-	-	4	2,50±0,57	2,50	-
Gravidez	22	2,27±1,75	2,00	57	1,61±1,32	2,00	0,074
Paridade	18	1,61±0,97	2,00	43	1,21±1,16	1,00	0,155

Valor P referente ao teste de Mann-Whitney.

De acordo com os dados da Tabela 20 é possível verificar as diferenças estatisticamente significativas entre as profissionais que apresentaram perda de urina antes de chegar ao banheiro e as variáveis IMC (P=0,029) e ingestão de café (P=0,001). De acordo com os dados observados, verificou-se que a perda de urina pode estar vinculada ao maior IMC médio ou à maior ingestão diária de café.

As Figuras 10 e 11 mostram o comportamento dos dados das variáveis IMC e ingestão de café em relação à perda de urina antes de chegar ao banheiro.

Figura 10 – Box - plot do IMC em relação à perda de urina antes de chegar ao banheiro.

Figura 11 – Box-plot da ingestão de café (copos) em relação à perda de urina antes de chegar ao banheiro. Ribeirão Preto-SP, 2010

5. DISCUSSÃO

5 Discussão

Neste estudo, realizado com profissionais de enfermagem do sexo feminino, que trabalham em um Hospital Universitário de Ribeirão Preto, verificamos a prevalência e os fatores associados à incontinência urinária. Após análises de vários trabalhos científicos sobre incontinência urinária percebemos que ainda há uma grande necessidade de pesquisa a respeito, por se tratar de um sintoma que acomete a vida da mulher em várias fases segundo Lopes e Praça (2010). A IU tem sido negligenciada pela própria mulher que sofre com este sintoma (DELLÚ; ZÁCARO; SCHMITT, 2008) e se esconde da sociedade marginalizando o seu convívio social e familiar (SELENE, 2006). A mulher experimenta os prejuízos causados pelo efeito das perdas de urina, principalmente no que toca a sua feminilidade, sexualidade e qualidade de vida, com isto acaba limitando suas atividades profissionais e sociais, mudando seu comportamento social e estilo de vida incluindo mudanças nas vestimentas para evitar a percepção das outras pessoas sobre as perdas. O importante é citar que a incontinência urinária tem tratamento é necessário buscar ajudar precocemente (SELENE, 2006; CASTRO, 2005; MARTINS et al., 2010). No entanto ainda hoje, a mulher tem muito medo e esconde seu sofrimento diante da situação (PINTO, 2003).

Com a evolução tecnológica, a mulher vem ganhando mais espaço no mercado de trabalho, e sabe-se que entre os profissionais de enfermagem, a maioria é do sexo feminino (FERNANDES; MEDEIROS; RIBEIRO, 2008), e como este é o que é mais acometido pelo sintoma de incontinência urinária. Este fato gera preocupações, pois estas profissionais realizam várias atividades ocupacionais, levando-o ao estresse contínuo no ambiente de trabalho, podendo provocar aumento dos sintomas urinários em razão dos esforços físicos (HIGA, 2006). O presente estudo é fruto da preocupação evidenciada em outros estudos sobre a mesma temática, em que foram avaliados os profissionais de enfermagem e identificado que os grupos de auxiliares de enfermagem apresentam mais sintomas de incontinência urinária. E, apesar dos altos índices de prevalência do problema, relatados em muitas

pesquisas, os profissionais de saúde não se preocupam com a situação das perdas involuntárias de urina (SILVA; SANTOS, 2005).

Os fatores associados envolvidos na manifestação de incontinência urinária nos profissionais de enfermagem devem ser mais conhecidos, de forma que se possa melhorar o manejo e tratamento dos sintomas, incluindo medidas preventivas como mudanças no estilo de vida e alimentares.

Há uma grande necessidade de os programas de saúde pública incluírem medidas preventivas para incontinência urinária nos programas de saúde da mulher, para que estas possam encarar estes sintomas como uma situação que deve ser tratada previamente antes do seu agravamento.

Observou-se neste estudo que os profissionais de enfermagem ao serem questionados sobre o assunto, demonstravam pouca preocupação ou interesse pelas questões de perda involuntária de urina.

Entre os profissionais estudados verificou-se que 37,36 % referiram sintomas de IU, constatando-se uma prevalência de sintomas de incontinência urinária que merece destaque entre os profissionais de enfermagem. Em estudo realizado com 271 profissionais de enfermagem, sobre a situação de perdas involuntária de urina obteve-se um resultado 27,5% de sintomas de perda de urina (HIGA; LOPES, 2005).

5.1 Caracterização da população

As profissionais do estudo foram divididas em grupo I, formado por 19 enfermeiras e grupo II por 72 técnicas e auxiliares de enfermagem, sendo que a média de idade para o grupo I foi de 37,42 e para o grupo II de 39,99 anos, mostrando o valor de P (0,205). Associação entre a idade e a IU foi significativa sendo a idade das profissionais 43,41 anos, com o valor de $P = 0,036$, visto que nesta idade a mulher já entrou no período climatério, quando ocorrem mudanças hormonais, a deficiência de hormônio pode provocar o aparecimento de IU, e o tipo mais comum neste período é a incontinência de esforço (BUCHSBAUM et al., 2002; OLIVEIRA et al., 2010). Estudo feito com 63

mulheres com IU, 81% delas tinham idade entre 40-59, com relação aos sintomas de IU, 97% referiram perdas devido ao esforço ao tossir, espirrar ou carregar peso (FIGUEIREDO et al., 2008). Estudo sobre prevalência de IU demonstra que, com o aumento da idade, a mulher fica mais propícia aos sintomas de IU (SANTOS; SANTOS, 2010). Segundo Guarisi (2001), no seu estudo não encontrou associação entre idade e sintomas de incontinência urinária.

Os sintomas associados à IU podem repercutir negativamente não só na saúde física, mas nos aspectos psico-sociais, no entanto o impacto destes sintomas varia e está intimamente ligado a percepção individual de que cada um tem frente à severidade, tipo e quantidade de perda de urina (FULTZ e cols., 2003; GROSSER,SEGLER; 2002).

Estudo realizado sobre IU mostra que existe uma prevalência de incontinência urinária nesta faixa etária (DHERER et al., 2009) devido à diminuição dos níveis de hormônio que ocorre quando está se aproximando do climatério (SHAMLIYAN et al., 2008) e também devido aos esforços físicos realizados no desempenho das atividades laborais, pelos exercícios em excesso, doenças, por paridades, obesidade, uso de tabaco, álcool (BO; BORGEM, 2001; HIGA; LOPES, 2007a).

Em pesquisa realizada com 271 profissionais de enfermagem sobre a mesma temática, 29,6% eram do setor de obstetrícia confirmando os dados presentes (HIGA, 2004). Nestes setores são desenvolvidas atividades laborais que necessitam de esforços físicos e mentais iguais, e os profissionais de enfermagem as desempenham com a mesma exigência de grau de esforços físicos necessários para aquelas atividades ocupacionais (GERRER; BIANCH, 2008; LUVISOTTO et al., 2010). Segundo Fernandes, Medeiros e Ribeiro (2008), o ambiente hospitalar é um grande gerador de estresse, os quais os profissionais de enfermagem estão expostos todos os dias, podendo provocar cansaço físico e mental.

Em relação ao horário de trabalho, a maioria dos profissionais do grupo I trabalhava no período da manhã (26,67), já os do grupo II a maioria trabalhavam no turno da noite (84,62%) e em pesquisa feita com profissionais de enfermagem observou-se que os que trabalham em turnos noturnos estão

mais sujeitos ao estresse mental e físico, e a desenvolverem doenças ocupacionais (ROCHA; MARTINO, 2010). E, muitos destes profissionais trabalham em mais de um emprego, em estado contínuo de estresse, ficando vulneráveis a contrair doenças. (PAFARO; MARTINO, 2004; ROCHA; MARTINO, 2010).

Outros estudos realizados com mulheres com incontinência urinária também tinham maiores porcentagens de mulheres de cor branca ficando evidente a concordância dos resultados do presente estudo. No estudo de Borges et al. (2009) para avaliar a qualidade vida de mulheres com IU, das 50 mulheres estudadas, 74% eram de cor branca; em pesquisa realizada com seis mulheres sobre o significado de ter IU, ser incontinente, cinco delas eram brancas (BORBA; LELIS; BRETAS, 2008). Estudo com nulíparas de cor negra e branca mostrou diferenças funcionais no tecido morfológico do esfíncter uretral e no suporte uretral, mostrando diferenças anatômicas e fisiológicas entre raças, as mulheres de cor negra apresentavam 29% de capacidade de sustentação do esfíncter uretral, mantendo funcional a integridade da força de contração da musculatura do assoalho pélvico em relação as mulheres de cor branca (HOWARD et al., 2000).

No estudo de GRODSTEIN e cols. (2003), com mulheres brancas entre 50 e 75 anos de idade e múltiparas os autores obtiveram maior prevalência de incontinência urinária quando comparadas a mulheres negras com as mesmas características. Segundo Higa (2004), em seu estudo com mulheres com IU, as profissionais de enfermagem de cor branca, também apresentaram maior prevalência deste agravo.

Relativo ao peso entre os grupos I e II, o grupo que apresentou maiores índices de sobrepeso foi o grupo II, composto por técnicas e auxiliares de enfermagem, mostrando uma diferença significativa. O peso é um fator de risco que contribui para o desenvolvimento de IUE podendo estar associado a outros fatores como a idade, a raça, o estresse, a deficiência hormonal, a paridade, traumas pélvicos e fraqueza da musculatura do assoalho pélvico (HIGA; LOPES, 2005; MOURÃO et al., 2008; SELENE, 2006; HIGA; LOPES, 2007a; LOPES; PRAÇA, 2010). A obesidade pode ocasionar vários problemas para a

saúde, podendo levar ao desenvolvimento da IU, além de outras doenças como diabetes mellitus e hipertensão arterial que também são fatores associados ao desenvolvimento de IU. Outros fatores associados são o aumento da pressão intra-abdominal e alteração da musculatura pélvica que mantém a integridade do funcionamento do mecanismo de continência (MENEZES et al., 2010).

O IMC em relação aos profissionais de enfermagem apresentou uma diferença significativa entre as enfermeiras, técnicas e auxiliares. O IMC dos profissionais de enfermagem mostrou ser uma variável associada à IU, com valor de P igual a 0,002, o aumento do índice de massa corpórea pode influenciar no aparecimento de sintomas de perdas urinárias (MARTINS et al., 2010). No estudo feito com 271 profissionais de enfermagem, também o IMC teve associação com as perdas urinárias (HIGA; LOPES, 2005). A obesidade ocorrida pelo aumento do IMC pode elevar a pressão intrapélvica, ocorrendo, assim, as perdas urinárias (ALLING MOLLER et al., 2000).

O elevado índice de massa corpórea (IMC), também é apontado como fator associado ao desenvolvimento dos sintomas de IU principalmente a incontinência de esforço. Segundo Subak et al. (2005), a sobrecarga no assoalho pélvico pode desencadear alteração anatômica e/ou alterar a sua função de sustentação dos órgãos pélvicos e de controle miccional. As características genéticas podem alterar a proporção entre fibras musculares tipo I e II e/ou de tecido conjuntivo colaborando para o aumento dos sintomas de incontinência urinária (FIGUEIREDO et al., 2008; LOPES; PRAÇA, 2010).

A maioria das mulheres que participaram da pesquisa em ambos os grupos referiram aumento de peso, sendo 15 (83,33%) referentes aos participantes do grupo I e 45 (70,31) do grupo II. Um estudo com 229 mulheres mostrou uma prevalência de sintomas IU no climatério na ordem de 40% apontando a obesidade como fator preponderante para tal ocorrência (GUARISI et al., 2001), tornando evidente que o peso é de real importância para disfunções miccionárias e que ainda existem poucas pesquisas que evidenciam esta queixa (HIGA, 2004). O excesso de peso pode levar ao enfraquecimento da musculatura do assoalho pélvico, além de aumentar o índice de massa corpórea (IMC), o que poderia refletir na presença de

sintomas de IU e no seu agravamento. Quando estes já estão presentes na vida da mulher, o essencial seria a perda de peso para melhora dos sintomas (MARTINS et al., 2010).

Outro fator importante para a ocorrência da perda involuntária de urina encontrado no presente estudo é a presença de hipertensão arterial. A hipertensão arterial foi uma variável que estava associada à IU, podendo estar relacionado com o uso de diurético, já que algumas pesquisas mostram que mulheres hipertensas tendem a ter IU (ALLING MOLLER et al., 2000; HIGA; LOPES; REIS, 2008). Estudo realizado com profissionais de enfermagem também encontrou associação de hipertensão com IU, caracterizando o uso de diurético como fator de predisposição (HIGA; LOPES, 2005). As mulheres do nosso estudo majoritariamente não faziam uso de medicamentos anti-hipertensivos, ainda há necessidade de pesquisas que trabalhe com esta temática relacionando a hipertensão e a IU. Em estudo realizado com mulheres com idade entre 40-60 anos, 97% das que tinham sintomas IUE apresentaram associação de uso do diurético com a IU (ALLING MOLLER et al., 2000).

Os anti-hipertensivos com ação antagonista podem provocar o relaxamento do esfíncter uretral (por relaxamento das suas fibras musculares lisas) e também a diminuição das resistências ao fluxo urinário, pois sua ação facilita o esvaziamento da bexiga em doentes com retenção urinária e incontinência por sobrecarga (PORTO et al., 2003).

Além da hipertensão arterial, o diabetes mellitus também está associado ao risco aumentado para IU, provocando disfunção da musculatura do assoalho pélvico (BARBOSA et al., 2006; SANTOS; SANTOS, 2010). As pessoas que sofrem com Diabetes Mellitus (DM) estão mais propícias à obesidade e a uma série de problemas neuropáticos advindos desta patologia, entre estas co-morbidades encontra-se a IU. A DM causa alteração na musculatura detrusora da bexiga, na funcionabilidade dos componentes neuronais e inervações da pelve, sendo mais prevalente nas mulheres diabéticas a incontinência urinária de esforço e incontinência urinária mista (YENAL et al., 2009). A doença neurológica também é um fator de risco importante que está associado ao aparecimento de IU, que deve ser investigado, quando se torna presente.

O grupo das técnicas e auxiliares, com maior frequência encontravam-se no período de pós menopausa, fato explicado pela idade média maior quando comparado ao grupo das enfermeiras. Quando comparado observou-se que a menopausa estava associada com o sintoma de IU, avaliado que também essas mulheres estavam com idade no período climatério, pois justamente nesta fase que ocorre deficiência de hormônio como estrogênio. A diminuição dos níveis estrogênicos endógenos pode contribuir para a severidade das perdas involuntária de urina. Independentemente da queda hormonal avançada, a incontinência representa uma situação que gera um grande impacto na qualidade de vida (HUNSKAAR et al., 2004). A prevalência de IU no período pré e pós-menopausa varia entre 46% a 64% na vida da mulher (PERSSON; HANSSEN; RYDHSTROEM, 200).

As mulheres que estão no período da menopausa têm mais prevalência de IU, devido à deficiência ou ausência do hormônio estrogênio (SHAMLIYAN et al., 2008). A o fato também que a maioria das mulheres que estão na menopausa, não fala a respeito das alterações vaginais e urinárias decorrentes do período. Entretanto, a falta de estrogênio provoca mudanças atroficas na mucosa da uretra e fraqueza da musculatura pélvica sendo a causa provável para incontinência urinária. A terapia hormonal traz benefícios para diminuição dos sintomas de IU, mas não protege totalmente contra a IU, no entanto, há indícios de que pode diminuir a exacerbação dos sintomas (MENEZES et al., 2010).

Os fatores associados à perda de urina pelo menos uma vez no mês e antes de chegar ao banheiro entre as mulheres tiveram como principais variáveis IMC, ingestão de café, gravidez e paridade. Observando que as mulheres que apresentaram maiores índices de massa corporal e ingerem mais café diariamente.

A ingestão de cafeína estava associada à IU ($P=0,027$), quando era referido as perdas de urina pelo menos uma vez no mês entre as mulheres, e também nas perdas antes de chegar ao banheiro (0,001). A cafeína pode causar urgência urinária, sendo o aumento da frequência urinária, muitas vezes a redução do consumo de cafeína possa melhorar os sintomas (ARYA et al., 2000; HIGA; LOPES; REIS, 2008). Um estudo sobre consumo de cafeína,

mostrou que, a cafeína pode causar instabilidade da musculatura detrusora ocorrendo urgência urinária (ARYA et al., 2000). O nosso estudo também evidenciou a presença de urgência urinária devido à ingestão de cafeína.

A cafeína tem uma ação diurética e pode agir na função renal aumentando o volume urinário. Ingerida em excesso, a cafeína pode causar instabilidade da musculatura detrusora e em consequência a perda involuntária de urina (HIGA et al., 2008). Em pesquisa sobre fatores associados à incontinência urinária feminina foram avaliadas 291 mulheres e destas 30,9% referiram tomar café diariamente (HIGA; LOPES, 2007a). Pesquisa sobre uso diário de produtos com cafeína constatou aumento da frequência urinária, e a diminuição de seu consumo ajudou a melhorar os sintomas (ARYA et al., 2000).

O tabagismo entre os profissionais de enfermagem é outro fator que pode favorecer a ocorrência de IU, entretanto este hábito foi pouco frequente, principalmente, entre as enfermeiras. A nicotina, componente químico encontrado no cigarro, pode causar deficiência de estrógeno nos fumantes e consequentemente o processo da menopausa natural mais cedo, e pode ser um fator de risco para a IU. Como o tabaco pode provocar ataques de tosse, aumenta significativamente a pressão vesical ocorrendo perda involuntária de urina (HIGA et al., 2008; BUCHSBAUM et al., 2002).

O enfraquecimento da musculatura pélvica provocada pelo uso de tabaco facilita o aparecimento de distopias e IUE, pois a diminuição da força de contração devido à fraqueza nos momentos em que ocorre o aumento da pressão intra-abdominal pode acarretar perda involuntária de urina. Além disso, pode interferir no tônus da uretra, mecanismo que a mantém íntegra, sem alteração de pressões, constituindo um dos componentes que auxiliam no mecanismo de continência urinária, deixando as mulheres tabagistas mais predispostas a disfunções uroginecológicas (MUSSUIA et al., 2010).

Quanto aos episódios de tosse, não houve associação significativa entre os grupos, entretanto alguns pesquisadores afirmam o uso de tabaco pode provocar ataques de tosse crônica (MUSSUIA et al., 2010). Apesar da ocorrência de tosse ser de pouco frequente no presente estudo, as mulheres

que apresentam ataques ou tosse crônica podem ter perdas involuntárias de urina (ARYA et al., 2000; HIGA et al., 2008).

A ocorrência de constipação intestinal foi baixa em ambos os grupos estudados. A constipação intestinal pode influenciar no desenvolvimento de IU, pelo esforço feito para conseguir evacuar, este esforço sobrecarrega os músculos do assoalho pélvico ocasionando o seu enfraquecimento (GUARISI et al., 2001; HIGA, 2004; SANTOS; SANTOS, 2010). A musculatura innervada pelo pudendo sofre uma tensão como se fosse um espasmo no momento da evacuação. Durante o esforço físico, o músculo elevador do ânus se mantém contraído para atrair a uretra proximal para cima no interior da caixa abdominal, assim quando ocorre aumento da pressão intra-abdominal, a uretra se mantém íntegra, portanto quando o assoalho pélvico está enfraquecido, esta dinâmica não ocorre, podendo ocorrer perda de urina. O esforço para evacuar também provoca aumento da pressão intra-abdominal necessitando da integridade da musculatura pélvica (GROSSE; SENGLER, 2002; SOUZA et al., 2009). Múltiplos fatores estão associados ao enfraquecimento da musculatura pélvica e quando esta perde a sua integridade provoca danos à função de sustentação e suspensão dos órgãos pélvicos os quais mantêm o mecanismo de continência funcional (SOUZA et al., 2009).

Os antecedentes obstétricos mostraram que, em ambos os grupos, a maioria das profissionais de enfermagem estudadas tinha engravidado pelo menos uma vez. Durante a gravidez ocorrem alterações fisiológicas no corpo da mulher que diminuem a tonicidade da vulva e da vagina, deixando-as distendidas e edematosas, o assoalho pélvico fica hipotônico e a musculatura abdominal estirada. O fator responsável pela perda de urina é a alteração de hormônio que atua diretamente no mecanismo de continência, a progesterona causa dilatação precoce do ureter e hipotonia da musculatura lisa da uretra.

Os efeitos causados pelo hormônio permanecem no pós-parto, portanto se a mulher tem sintomas de IU antes da gravidez pode se agravar após a gestação. Outro fator importante é a mudança anatômica que ocorre com a bexiga, que se eleva com o crescimento do feto, influenciando na função da válvula intravesical do ureter, que evita o refluxo de urina e ocasiona também retificação na junção uretravesical posterior podendo ocorrer perda de urina (CHIRAPA; CACHO; ALVES, 2007; DIOS-DIZ et al., 2003; LOPES; PRAÇA,

2010; SCARPA et al., 2008). A mudança de peso que ocorre durante o período gestacional, pode ser encarada como um fator de risco para aparecimento de IU, após a gestação muitas mulheres não conseguem perder o peso aumentado durante a gravidez (FIGUEIREDO et al., 2008; SCARPA et al., 2008).

A paridade estava associada à IU ($P= 0,013^*$), quando era referido as perdas de urina pelo menos uma vez no mês entre as mulheres, estas também tiveram maior número em média de gravidez e paridade comparadas às que não tiveram perdas. Segundo Higa, Lopes e Reis (2008) em estudo sobre fatores de risco, a paridade é uns dos fatores que mais está associado à perda de urina, pela IU inicia-se na gravidez, além do aumento da frequência devido ao número de paridade. Segundo Mc LENANN e cols. (2000) relatam que a prevalência da incontinência urinária aumenta com a paridade e é maior na raça branca.

A questão de o parto estar associado ao risco de aparecimento de IU, devido aos traumas pélvicos, o manejo inadequado do trabalho de parto, os graus de lesões musculares, neuromusculares e do tecido conjuntivo do assoalho pélvico. Podem então promover IU, principalmente, as de esforço além dos prolapso dos órgãos pélvicos. Um estudo com 71 mulheres com referiram IU no pós-parto, mostrou que a maioria tiveram parto hospitalar e eram primíparas, e destas (63,4%) apresentaram IU relacionada ao parto e entre os motivos relacionados encontra-se a falta de orientação para preparo do períneo para parto, fórceps, episiotomia, a força realizada durante o trabalho de parto e peso do recém nascido (LOPES; PRAÇA, 2010).

Estudo sobre a prevalência e agravo da IU após a gestação mostra que a persistência de IU depois da primeira gravidez é mais comum (DIOS-DIZ et al., 2003). No estudo de Albrescht (2006), das 244 puerperas estudadas, 98 (40,2%) eram primigestas e 77,8% referiram sintomas de perda involuntária de urina durante a gestação. Guarisi et al. (2001), demonstraram em estudo de corte transversal, realizado com 456 mulheres, na faixa etária de 45 a 60 anos, que entre os fatores possivelmente relacionados com os sintomas de IU estariam a paridade, idade, IMC, menopausa, cor e tabagismo. Os fatores de antecedentes obstétricos, como número de vezes de gravidez estavam associados à IU quando referiam perdas de urina. Segundo alguns estudos, a

ocorrência de IU na gestação ou no pós-parto pode persistir, e a que aparecer entre 4 e 12 meses pós-parto é caracterizada como IU gestacional, tornando-se fator de risco para persistência no pós-parto. No estudo de Guarisi et al. (2001) sobre 127 mulheres que tiveram 3 ou mais número de vezes de gravidez, 37,6% referiram perdas de urinas sempre ou às vezes, estes dados mostram uma relação com o nosso estudo.

A episiotomia é considerada um fator de risco associado ao desenvolvimento de sintoma de IU no pós-parto. O procedimento é utilizado para amenizar os danos ocorridos no momento do parto, principalmente em primíparas. É um método clínico, com uma incisão feita na região perineal para ampliar o trajeto do canal do parto e prevenir lacerações na expulsão do feto (LOPES; PRAÇA, 2010; OLIVEIRA et al., 2007; SCARPA et al., 2008).

História de parto normal com roturas foi relatada somente por uma do grupo das técnicas e auxiliares de enfermagem, e o parto fórceps foi possível de ser verificado somente no primeiro e segundo partos. As lesões perineais podem favorecer o aparecimento de incontinência urinária (FELICISSIMO et al., 2007; OLIVEIRA et al., 2010) e, apesar de que no presente estudo as profissionais de enfermagem que tiveram partos com roturas e fórceps foram poucas, este pode ser um fator de risco.

Os partos cesárea atingiu cerca de 40% entre as profissionais estudadas e segundo Lopes e Praça (2010), a cesariana não é uma medida preventiva para a IU no pós-parto, outras pesquisas feitas com mulheres que tiveram parto cesáreo mostram a diminuição da incidência de incontinência urinária de esforço, entretanto para as IU por urgência ou agravamento dos sintomas, o modo de nascimento não interfere (MARTINS et al., 2010; PRESS et al., 2004).

Em relação ao peso dos recém nascidos, observa-se que o este no grupo I foi inferior aos do grupo II, principalmente no segundo parto. O peso do recém-nascido pode ser um fator de risco para lesões perineais, principalmente quando este é muito pesado (ALBRESCHT, 2006). Neste estudo, o peso do RN variou, mas os maiores valores de peso ocorreu entre as técnicas e auxiliares de enfermagem, entretanto não houve associação com a ocorrência de sintomas de IU, fato concordante com pesquisa realizada com profissionais de enfermagem, por Higa (2004), que também não encontrou associação entre peso do recém nascido e sintoma de IU.

A prática de esporte é realizada por 30,59 das profissionais, majoritariamente as do grupo II e o esporte mais praticado foi a caminhada. Os profissionais de enfermagem em geral praticam esporte, em média, três vezes por semana, sendo a maior prevalência entre as mulheres do grupo II com o valor de $P = 0,646$. A prática de atividades físicas é referida por algumas pesquisas como um fator de impacto para o desenvolvimento de IU, principalmente as incontinências urinárias de esforço (CAETANO et al., 2009). Caetano et al. (2008) esclarecem que a atividade física pode evidenciar o sintoma de IU, mesmo naquelas situações em que não existem fatores de risco como a idade, peso e paridade. Os impactos dos exercícios podem provocar alterações no assoalho pélvico ocorrendo mudanças no mecanismo de continência (NYGAARD, 1997).

O tipo mais comum de IU entre as mulheres é a incontinência urinária de esforço, as de urge-incontinência, as decorrentes de deficiências hormonais e outras. Os fatores associados e a prevalência estão relacionados com o tipo de perfil da população estudada (OLIVEIRA et al., 2010). Estudos mostram que mais de 200 milhões de pessoas no mundo apresentam algum tipo de incontinência urinária, e que cada quatro mulher entre 30 e 59 anos já vivenciou algum episódio de IU (CAETANO et al., 2009).

O presente estudo mostrou uma relação entre as perdas de urina e a atividade profissional, pois atividades laborais do cotidiano da enfermagem predispueram a perda involuntária de urina e algumas profissionais tiveram sua atividade laboral prejudicada. Os problemas ocupacionais relativos às perdas de urina foram respondidos somente pelas mulheres que tinham perdas de urina, e observamos no nosso estudo que dentre as mulheres que tinham referido os sintomas de IU, em média, as enfermeiras perdiam há mais tempo em relação às técnicas e as auxiliares de enfermagem. A quantidade perdida de urina também foi avaliada e a maioria perdia pequena quantidade, sendo a maior prevalência entre o grupo II (76,92%). A procura por atendimento médico por parte das profissionais também foi maior entre as mulheres do grupo II (26,92).

Das alterações ocorridas no trabalho pelas perdas de urina, 6 (18,18%) das profissionais disseram que tinham falta de concentração, 7 (21,21%) delas percebiam a baixa produtividade das suas atividades. O estresse também foi

relatado por 17 mulheres, sabe-se que o ambiente de trabalho é uma grande fonte de estresse, afetando, principalmente profissionais que trabalham em jornadas noturnas (FERNANDES; MEDEIROS; RIBEIRO, 2008). A fadiga ocorrida devido às atividades laborais foi referida por 30% dos profissionais.

Alem disto, existe o fato de trabalhar em situações adversas impostas pela profissão que impõe grande demanda de atividades variadas - em turnos diferentes - pode afetar o desempenho físico, gerar distúrbios mentais, neurológicos, psiquiátricos. Por outro lado, o trabalho de enfermagem é extremamente desgastante, não só pelos aspectos apontados, mas também devido às exigências relativas a prática de horários rígidos e ao trabalho por turnos (ARAÚJO et al., 2003).

A maioria das profissionais também citou o aumento das perdas de urina devido ao trabalho, mas somente 20% delas conseguiram deixar de realizar as atividades no trabalho para diminuição das IU.

O manejo dos sintomas de perdas urinárias foi citado pelos profissionais pesquisados e entre as estratégias mais utilizadas para o manejo das IU, a utilização de forros ou absorventes higiênicos foi a mais citada e, muitas delas tinham que interromper as atividades durante a jornada de trabalho para ir ao banheiro, demorando, em média, dez minutos para ir e voltar do banheiro.

Em estudo feito com 164 mulheres com queixas de IU, 64% referiram sofrer um ou mais tipos de restrições, e as mais citadas foram as alterações nas atividades sexuais, domésticas, sociais e ocupacionais. A estratégia utilizada para o manejo da IU, também, foi o uso de forro ou absorvente (LOPES; HIGA, 2006).

As alterações devido às atividades laborais que exigiam esforço físico, foram também relatadas pelas profissionais de enfermagem, como empurrar maca/incubadora, carregar peso ou fazer esforço demais, andar rápido ou empurrar cadeira de rodas e aumento da frequência de perda de urina por conta de agachar, e a maioria dessas queixas foi relatado no grupo II. Pesquisa com mulheres incontinentes também aponta o comprometimento no desempenho ocupacional, porque por várias vezes, os profissionais têm que parar para ir ao banheiro ou evitar carregar peso (LOPES; HIGA, 2006).

Outro estudo com profissionais de enfermagem também evidenciou que das 27,5% mulheres que apresentaram IU e cerca de 30% relataram alguma restrição no trabalho devido ao manejo com as perdas involuntárias. As profissionais apontam que, na maioria das vezes se sentiam molhadas e cheirando urina e tinham que interromper as atividades do trabalho, frequentemente, para irem ao banheiro, além de falta de atenção devido aos incômodos com o odor de urina. Foi observado que as atividades que exigem maior esforço físico como empurrar cadeiras de rodas, macas, incubadoras e carregar peso; mudar camas de posição utilizando a manivela, andar rápido, subir e descer escadas aumentam a perda involuntária de urina (HIGA; LOPES, 2007b).

Associação entre as variáveis demonstrou que existem fatores associados à IU, e que também há uma prevalência de IU entre os profissionais de enfermagem, portanto há necessidade de mais pesquisas que esclareçam os sintomas. Observamos também a necessidade da prática pelos profissionais de saúde de exercícios pélvicos preventivos, para o fortalecimento das musculaturas do assoalho pélvico

Exames como o de Urodinâmica poderia evidenciar os tipos de incontinência urinária que esta mulher realmente desenvolve. No entanto ainda são poucas as pesquisas realizadas com esta população, e também faltam medidas preventivas como os exercícios pélvicos, de caráter preventivo e mediadores do agravamento dos sintomas, já que esta mulher caminha em direção ao envelhecimento.

6. CONCLUSÃO

6. Conclusão

As descobertas obtidas pelo presente estudo mostraram uma maior prevalência dos sintomas de perdas urinárias entre a categoria profissional das técnicas e auxiliares de enfermagem em relação às enfermeiras.

A maioria das profissionais que participaram do estudo era de cor branca, com idade média de 40 anos.

Entre os tipos de sintomas urinários, o mais prevalente foi o de perdas involuntárias, pelo menos uma vez ao mês, com 34,12%; perdas por algum motivo, com 20,24%; perdas antes de chegar ao banheiro, com 20,24%; perdas de outras formas, com 10,13%.

Mediante análise multivariada foi possível mostrar que as variáveis: idade, menopausa, alteração no peso, IMC, hipertensão arterial, ingestão de cafeína, paridade e número de gravidez tiveram associadas à IU.

Os sintomas de incontinência urinária causaram alterações na vida das mulheres, com destaque para as implicações nas atividades ocupacionais como: falta de concentração, baixa produtividade, estresse e fadiga, aumento da perda de urina devido às atividades executadas, não realização de algumas atividades no trabalho para evitar as perdas de urina. Observa-se ainda que as profissionais estudadas que referiram perda involuntária de urina aderiram a estratégias para seu manejo, entre elas a troca de roupa ou ir ao banheiro com mais frequência, o uso de absorvente e apontaram a distância do banheiro como uma das dificuldades para interromper as atividades para seu uso.

Concluimos que a prevalência de incontinência urinária entre os profissionais de enfermagem precisa ser considerada como preocupante, sabendo-se que a mulher incontinente sofre várias mudanças; que para o seu cotidiano esses sintomas são agravantes e, por não se preocuparem em buscar ajuda retardam a melhora dos sintomas de perdas. Os fatores associados estão presentes na vida da mulher incontinente, necessitando a adoção de medidas preventivas por parte dos programas de saúde pública.

REFERENCIAS

REFERÊNCIAS

ABRAMS, P.; CARDOSO, L.; FALL, M.; GRIFFITHS, D.; ROSIER, P.; ULMSTEN, U. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization of terminology sub-committee of the International Continence Society. **Urology**, v. 61, p. 3-49, 2003.

ABREU, N.S.; BARACHO, E.S.; TIRADO, M.G.A.; DIAS, R.C. Qualidade de vida na perspectiva de idosas com incontinência urinária. **Revista Brasileira Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n. 6, p. 429-436, 2007.

ALBRESCHT, M.J. **Estudo exploratório sobre a ocorrência de perda involuntária de urina entre puérpera de uma Maternidade filantrópica de um Município Paulista**. 2006. 124 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

CASTRO, R.C.O.S. **Perfil epidemiológico e qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária SUS-dependentes, na região de Jaú**. 2005. 67 f. Dissertação (mestrado) – Universidade estadual de Campinas, Campinas, 2005.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M.Z. **Introdução à epidemiologia**. 3. ed. São Paulo: Medsi, 2002.

ALLING, M. L.; GUNNAR, L.; JØRGENSEN, T. Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years of age. **Obstetrics & Gynecology**, Hagerstown, v. 96, n. 3, p. 446-451, 2000.

ARAÚJO, TM.; AQUINO, E.; MENEZES, G.; SANTOS, C.O.; AGUIAR, L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem, **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n. 4, p. 424-33. 2003.

ARYA, L.A.; MYERS, D.L.; JACKSON, N.D. Dietary Caffeine Intake and the Risk for detrusor Instability: A Case-Control Study. **Obstetrics Gynecology**, Hagerstown, v. 9, n.6, p. 85-89, 2000.

AUGE, A.P.; ZUCCHI, C.M.; COSTA, F.M.P.; NUNES, K.; CUNHA, L.P.; SILVA, P.V.F. Comparações entre os índices de qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária submetidas ou não ao tratamento cirúrgico. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetricia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 352-357, 2006.

AUKEE, P.; USENIUS, J.P.; KIRKINEN, P. An evaluation of pelvic floor anatomy and function by MRI. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**. Amsterdam, v. 112, n. 1, p. 84-88, 2004.

BALLESTER, A.; MÍNGUEZ, M, B.; HERREROS, B.; HERNÁNDEZ, V. V.; SANCHIZ, V.; BENAGES, A. Prevalence of silent fecal and urinary incontinence in women from the town of Teruel. **Revista Española de Enfermedades Digestivas** ,Madrid, v. 97. n. 2, p. 78-86, 2005.

BARBOSA, A.M.P.; CARVALHO, L.R.; MARTINS, A.M.V.C.; CALDERON, I.M.P.; RUDGE, M.V.C. Efeito da via de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 677-682, 2005.

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. **Anais Faculdade Medicina Universidade Federal Pernambuco**, Recife, v.52, n. 2, p. 173-180, 2007.

BASTOS, A.C. Patologia mamária. In: _____. **Ginecologia**. 10. ed. São Paulo: Atheneu, 1998. p. 314-332.

BATISTA, R.L.A.; SOUZA, F.O.; DIAS, L.A.R.; SILVA, A.C.J.S.R.; FREITAS, M.M.S.; SÁ, M.F.S.; FERREIRA, C.H.J. Revisão sistemática das influências do hipoestrogenismo e do treinamento sobre a incontinência urinária. **Revista Femina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 135-140, mar. 2010.

BORBA, A.M.C.; LELIS, M.A.S.; BRETAS, A.C.P. Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. **Texto Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 527-535, 2008.

BO, K.; BORGES, J.S. Prevalence of stress and urge urinary incontinence in elite athletes and controls. **Medicine and science in Sport and exercise** Copenhagen, v.33, n.11,p.1797-1802,2001.

BUCHSBAUM, N.G.M.; CHIN, M.; GLANTZ, C.; GUZICK, D. Prevalence of Urinary Incontinence and Associated Risk Factors in a Cohort of **Obstetricians and Gynecologists**, Hagerstown,v. 100, n. 2, AUGUST, p. 226-229, 2002.

CAETANO, A.S.; TAVARES, M.C.G.C.F.; LOPES, M.H.B.M.; POLONI, R.L. Influencia da atividade física na qualidade de vida e auto-imagem de mulheres incontinentes. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 93-97, mar./abr. 2009.

CAETANO, A.S.; TAVARES, M.C.G.C.F.; LOPES, M.H.B.M. Incontinência urinária e a prática de atividades físicas. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 270-274, 2007.

CAMPOLINA, A.; CICONELLI, R.; FERRAZ, M. Qualidade de vida e medidas de preferência: contribuição para a avaliação e o gerenciamento de programas de saúde. **Sinopse de Reumatologia** [periódico da internet], [acesso em 28 de outubro de 2010] , p. 111-116, 2006.

CANNON, T.W.; WOJCIK, E.M.; FERGUSON, C.L.; SARAGA, S.; THOMAS, C.; DAMASER, M.S. Effects of vaginal distencion on urethral anatomy and function. **British Journal of Urology International**, London, v. 90, n. 4, p. 403-407, 2002.

CARRIÈRE, B. **Bola suíça**: teoria, exercícios básicos e aplicação clínica. São Paulo: Manole, 1999.

CHIARAPA, T.R.; CACHO, D.P.; ALVES, A.F.D. **Incontinência urinária feminina**: assistência fisioterapêutica e multidisciplinar. São Paulo: LMP, 2007.

DEDICAÇÃO, A.C.; HADDAD, M.; SALDANHA, M.E.S.; DRIUSSO, P. Qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinaria feminina. **Revista Brasileira Fisioterapia**, São Carlos, n. 13, n. 2, p.116-22, 2009.

DELLÚ, M.C.; ZÁCARO, P.M.D.; SCHMITT, A.C.B. Prevalence of urinary symptoms and associated obstetric factors. **Revista Brasileira Fisioterapia**, São Carlos, v. 12, n. 6, p. 482-487, 2008.

DIOS-DIZ, J.M.; RODRÍGUEZ-LAMA, M.; MARTÍNEZ-CALVOB, J.R.; RODRÍGUEZ-PÉREZC, C.; MELERO-BREZOB, M.; GARCÍA-CEPEDAD, J.R. Prevalencia de la incontinencia urinaria en personas mayores de 64 años en Galicia. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v.17, n.5, p.409-11, 2003.

ETIENNE, M.A.; WAITMAN, M.C. A fisioterapia e as disfunções sexuais femininas. In: SCANAVINO, MT. **Disfunção sexuais femininas: a fisioterapia como recurso terapêutico**. São Paulo: LMP, 2006. p. 67-70.

FELDNER, P.C.; BEZERRA, R.L.P.S.; GIRÃO, M.J.B.C.; CASTRO, R.A.; SARTORI, M.G.F.; BACARAT, E.C. Valor da queixa clínica e exame físico no diagnóstico da incontinência urinária. **Revista Brasileira Ginecologia Obstétrica**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 87-91, 2002.

FELICÍSSIMO, M.F.; CARNEIRO, M.M.; SOUZA, E.L.B.L.; ALIPIO, V.G.; FRANCO, M.R.C.; SILVA, R.G.O. Fatores limitadores à reabilitação da musculatura do assoalho pélvico em pacientes com incontinência urinária de esforço. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 233-236, 2007.

FERNANDES, S.M.B.A.; MEDEIROS, S.M.; RIBEIRO, L.M. Estresse ocupacional e o mundo do trabalho atual: repercussões na vida cotidiana das enfermeiras. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 2, p. 414-427, 2008.

FIGUEIREDO, E.M.; LARA, J.O.; CRUZ, M.C.; QUINTÃO, D.M.G.; MONTEIRO, M.V.C. Profile of incontinent women undergoing physical therapy. **Revista Brasileira Fisioterapia**, São Carlos, v. 12, n. 2, p. 136-142, 2008.

FOZZATTI, M.C.M.; PALMA, P.; HERRMANN, V.; DAMBROS, M. Impacto da RPG no tratamento da incontinência urinária e esforço. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 54, n. 1, p. 17-22, 2008.

FULTZ, N.H.; BURGIO, K.; DIOKNO, A.; KINCHEN, K.; OBENCHAIN, R.; BUMP, R. Burden of stress urinary incontinence for community-dwelling

women. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, St Louise, v .189, n.5, Nov, p. 1275-1282, 2003.

GROSSER, D.; SENGLER, J. Reeducação Perineal, São Paulo: Manole, 2000.

GRODSTEIN, F.; FRETTS, R.; LIFFORD, K.; RESNICK, N.; CURHAN, G. Association of age, race, and obstetric history with urinary symptoms among women in the Nurses' Health Study. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**. St Louise, v .189, v.5, p.428–434, 2003.

GOMES, P.R.L.; SOUZA, A.M.; VIEIRA, C.I.; PASTRE, C.M.; CARMO, E.M. Efeito da cinesioterapia e eletroestimulação transvaginal na incontinência urinária feminina: estudo de caso. **Arquivo Ciência Saúde**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 83-88, abr./jun. 2009.

GUARISI, T.; PINTO-NETO, A.M.; OSIS, M.J.; PEDRO, A.O.; PAIVA, L.H.S.C.; FAÚNDES, A. Procura por serviço médico por mulheres com incontinência urinária. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 27, p. 439-443, 2001.

GUERRER, F.J.L.; BIANCHI, E.R.F. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 42, n.2, p. 355-62.2008

HIGA, R.; LOPES, M.H.B.M.; TURATO, E.R. Psychocultural meanings of urinary incontinence in women: a review. **Revista Latino-Americano de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 779-786, 2008.

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**. São Paulo, v. 42, n. 1, p. 187-192, 2008.

HIGA, R.; LOPES, M.H.B.M. Fatores associados com a incontinência urinária na mulher. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília , v. 58, n. 4, p. 422-428, 2005.

_____. Porque profissionais de enfermagem com incontinência urinária não buscam tratamento. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 5, 503-506, set./out. 2007b.

_____. The impact of urinary incontinency on female nursing personal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 213-216, mar./abr. 2007a.

HIGA R. **Incontinência urinária: problema ocupacional entre profissionais de enfermagem**. 2004. 135 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2004.

HOWARD, D.; DELANCEY, J.O.L.; TUNN, R.; ASHTON-MILLER, J.A. Racial difference in the structure and function of the stress urinary continence mechanism. **Obstetrics& Gynecology**, Hagerstown, v.95, n. 5, part 1, p. 713-717, may. 2000.

HUNSKAAR, S.; LOSE, G.; SYKES, D.; VOSS, S. The prevalence of urinary incontinence in women in tour European countries. **British Journal of Urology International**, London, v. 93, n. 3, p. 324-330, 2004.

KEANE, D.P.; O'SULLIVAN, S. Urinary incontinence: anatomy, physiology and pathophysiology. **Baillieres Best Practire Research Clinical Obstetrics Gynaecology** , London, v. 41, n. 2, p. 207-226, 2000.

LIMA, J.L.D.A.; CARVALHO, G.M.; MARTINS, A. M. Contribuição da assistência de enfermagem obstétrica pré-natal:educação para prevenção e correção da incontinência urinária de esforço (IUE). **O MUNDO DA SAÚDE** São Paulo, v. 31, n.3, p.411-418 jul/set.2007.

LOPES, D.B.M.; PRAÇA, N.S. Incontinência urinária autorreferida no pós-parto. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 667-674, out./dez. 2010.

LOPES, M.H.B.M.; HIGA, R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 34-41, mar. 2006.

LOPES, M.H.B.M.; HIGA, R. Desenvolvimento de um sistema especialista para identificação de diagnósticos de enfermagem relacionados com a eliminação urinária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 1, p. 27-32, 2005.

LUKACZES, E.S.; LAWRENCE, J.M.; CONTRERAS, R.; NAGER, C.W.; LUBER, K.M. Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders. **The American College of Obstetricians and Gynecologists**, v. 107, n. 6, p. 1253-1260, 2006.

LUVISOTTO, M.M.; VASCONCELOS, A.C.; SCIARPA, L.C.; CARVALHO, R. Atividades assistenciais e administrativas do enfermeiro na clínica médico-cirúrgica. **EINSTEIN**. São Paulo, v. 8, n.2, p. 209-214, 2010.

McLENNAN, AH.; TAYLOR, A.W.; WILSON, D.H.; WILSON, D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. **An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Oxford, v. 107, n.12, p. 1460-1470, Dec. 2000.

MAGNAGO, T.S.B.S.; LISBOA, M.T.L.; GRIEP, R.H. Estresse, aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 118-123, jan./mar. 2009.

MASSUIA, F.A.O.; LADISLAU, C.M.; DOMINGUES, F.P.A.; GONÇALVES, K.L.O. Força muscular perineal e respiratória em mulheres Fumantes Dependentes e Não Fumantes: estudo piloto. **Journal of Health Sciences Institute**. São Paulo, v.28,n3,p.275-9,2010.

MARINHO, A.R.; LEAL, B.B.; FLISTER, J.S.; BERNARDES, N.O.; RETT, M.T. Incontinência urinária feminina e fatores de risco. **Revista Fisioterapia Brasileira**, São Carlos, v. 7, n. 4, p. 301-306, jul./ago. 2006.

MARTINS, G.; SOLER, Z.A.S.G.; CORDEIRO, J.A.; AMARO, J.L.; MOORE, K.N. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in healthy pregnant Brazilian women. **International Urogynecol Journal**, London, v. 21, p.1271–1277, 2010.

MATHEUS, L.M.; MAZZARI, C.F.; MESQUITA, R.A.; OLIVEIRA, J. Influência dos exercícios perineais e dos cones vaginais, associados à correção postural, no tratamento da incontinência urinária feminina. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 10, n. 4, p. 387-392, 2006.

MENEZES, M.; HEXTALL, A.; PEREIRA, A. Predictors of female urinary incontinence at midlife and beyond. **Maturitas**, n. 65, p. 167–171, 2010.

MINASSIAN, V.A.; DRUTZ, H.P.; AL-BADR, A. Urinary incontinence as a worldwide problem. **International Journal of Gynecology Obstetrics**, New York, v. 83, n. 3, p. 327-338, 2003.

MONTANHOLI, L.L.; TAVARES, D.M.S.; OLIVEIRA, G.R. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 5, p. 661-665, 2006.

MOURÃO, F.A.G.; LOPES, L.N.; VASCONCELLOS, N.P.C.; ALMEIDA, M.B.A. Prevalência de queixas urinárias e o impacto destas na qualidade de vida de mulheres integrantes de grupos de atividade física. **Acta Fisiatrica**, São Paulo, v. 8, n. 15 (3), p. 170 – 175, 2008.

NYGAARD, I. Does prolonged high-impact activity contribute to later urinary incontinence? A retrospective cohort study of female Olympians. **Obstetrics & Gynecology**. Hagerstown, v. 90, p. 718-722, 1997.

OLIVEIRA, C.; LOPES, M.A.B.; LONGO, E.; PEREIRA, L.C.; ZUGAIB, M. Effects of pelvic floor muscle training during pregnancy. **Clinics**, v. 62, n. 4, p. 439-446, 2007.

OLIVEIRA, O.; LOZINSKY, A.C.; PALOS, C.C.; RIBEIRO, D.R.M.; SOUZA, A.M.B.; BARBOSA, C.R. Influência do índice de massa corporal na incontinência urinária feminina. **Revista Brasileira Ginecologia obstétrica**. Rio de Janeiro, v. 32,n.9,p.454-8,2010.

OLIVEIRA, J.M. **Avaliação do efeito do tipo de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico de primíparas**. 2007. 105 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

OLIVEIRA, E.; ZULIANI, L.M.M.; ISHICAVA, J.; SILVA, S.V.; ALBUQUERQUE, S.S.R.; SOUZA, A.M.B.; BARBOSA, C.P. Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina. **Revista Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v. 56, n.6, p. 688-90, 2010.

PAFARO, C.R.; DE MARTINO, M.M.F. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 38, n.2, p.152-60, 2004.

PERSSON, J.; HANSSEN, P.W.; RYDHSTROEM, H. Obstetric risk factors for stress urinary incontinence: a population-based study. **Obstetrics & Gynecology**, Hagerstown, v. 96, n. 3, p. 440-445, 2000.

PERSSON, J.; HANSSEN, P.W.; RYDHSTROEM, H. Obstetric risk factors for stress urinary incontinence: a population-based study. **Obstetrics & Gynecology**, Hagerstown, v. 96, n. 3, p. 440-445, 2000.

PINTO AC. **O Impacto da Correção Cirúrgica da Incontinência Urinária aos Esforços pela Técnica de Suporte Suburetral na Vida Sexual de Mulheres Submetidas a esse Tratamento**. 2003.119 f.Tese (Doutorado)- Universidade de São Paulo,São Paulo,2003.

PORTO, J.; SILVA, J.M.; ALEXANDRINO, M.B.; MOURA, J.J.A. Incontinência urinária secundária ao carvedilol. **Revista de Medicina Interna**, v. 10, n. 2, p. 87-90, 2003.

PRESS, J.Z.; KLEIN, M.C.; KACZOROWSKI, J.; LISTON, R.M.; DADELSZEN P.V. Does Cesarean section reduce postpartum urinary incontinence: A systematic review. **Birth**. BostonCanada, v. 34, n. 3, p. 228-37, 2007.

RETT, M.T.; SIMÕES, J.A.; HERRMANN, V.; GURCEL, M.S.C.; MORAIS, S.S. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. **Revista Brasileira Ginecologia Obstétrica**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 134-140, jan. 2007.

RODRIGUES P. Urodinâmica: **Os Fundamentos dos distúrbios miccionais**.1ª Ed,São Paulo.Roca, 2001.

ROCHA, M.C.P.; DE MARTINO, M.M.F. O estresse e qualidade de sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p.280-6,2010.

SANTOS, E.S.; CAETANO, A.S.; TAVARES, M.C.G.C.F.; LOPES, M.H.B.M. Incontinência urinária entre estudantes de educação física. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v. 43, n. 2, p. 307-312, 2009.

SANTOS, C.R.S.; SANTOS, V.L.C.G. Prevalence of Urinary Incontinence in a Random Sample of the Urban Population of Pouso Alegre, Minas Gerais, Brazil. **Revista Latino-Americano de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.5, Sep-Oct, p. 903-10, 2010.

SANTOS, P.C.; MENDONÇA, D.; ALVES, O.; BARBOSA, A.M. Prevalência e impacte a incontinência urinária de stresse antes e durante a gravidez. **Acta de Medica Portuguesa**, v. 19, p. 349-356, 2006.

SCARPA, K.P.; HERRMANN, V.; PALMA, P.C.R.; RICETTO, C.L.Z.; MORAIS, S. Prevalência de sintomas urinárias no terceiro trimestre da gestação. **Revista da Associação Medica Brasileira**, v. 52, n. 3, p. 153-156, 2006.

SCARPA, K.P.; HERRMANN, V.; PALMA, P.C.R.; RICETTO, C.L.Z.; MORAIS, S. Sintomas do trato urinário inferior três anos após o parto: estudo prospectivo. **Revista Brasileira Ginecologia Obstétrica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 355-359, 2008.

SELENE, M.R. **Incontinência urinária**: um problema social de saúde pública. 2006. 243 f. Tese (Doutorado) – Escola de Serviço Social Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

SHAMLIYAN, T.A.; KANE, R.L.; WYMAN, J.; WILT, T.J. Sistematic Reviens Randomized, controlled triols of monsururgical treatments for urinary incontinence in women. **Annals of Internal Medicine**. New York. v.148, n. 6, p. 459-73, march, 2008.

SHING-KAI, Y.I.P.; CARDOZO, L. Psychological morbidity and female urinary incontinence. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology**, v. 21, n. 2, p. 321-329, 2007.

SILVA, A.P.M.; SANTOS, V.L.C.G. Prevalência de incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 36-45, 2005.

SILVA, L.; LOPES, M.H.M.B. Incontinência urinária em mulheres: razões de não procura por tratamento. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 72-78, 2009.

SKARPA, Q.P.; HERRMANN, V. Prevalência de sintomas do trato urinário inferior no 3º trimestre da gestação. **Revista Brasileira Ginecologia Obstétrica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 98-100, 2005.

SOUZA, C.E.C.; LIMA, R.M.; BEZERRA, L.M.A ; PEREIRA,R.W.; MOURA,T.K.; OLIVEIRA, R. Estudo comparativo da função do assoalho pélvico em mulheres continentes e incontinentes na pós menopausa. **Revista Brasileira de fisioterapia**, São Carlos, v. 13, n. 6, p. 535-541, 2009.

SUBAK, L.L.; WING, R.; WEST, D.S.; FRANKLIN, F.; VITTINGHOFF, E.; CREASMAN, J.M.; RICHTER, H.E.; MYERS, D.; BURGIO, K.L.; GORIN, A.A.; MACER, J.; KUSEK, J.W.; GRADY, D. Weight Loss to Treat Urinary Incontinence in Overweight and Obese Women. **New England Journal of Medicine**, n. 360, p.481-490, 2009.

STACCIARINI, J.M.; TRÓCCOLI, B.T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Revista Latino-Americano de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 17-25, mar. 2001.

WONG, T.; LAU, B.Y.; MAK, H.L.; PANG, M.W.; CHEON, C.; YIP, S.K. Changing prevalence and knowledge of rinary incontinence among Hong Kong Chinese women. **International Urogynecol Journal**, v. 17, p. 593-597, 2006.

VIKTRUP, L.; RORTVEIT, G.; LOSE, G. Risk of stress urinary incontinence 12. twelve years after the first pregnancy and delivery. **Obstetrics & Gynecology**, v. 108, n. 2, p. 248-254, 2006.

YENAL, I.; PINAR, T.; FILIZ, T.M.; NURSAN, D.Ç.; ULUDAG, C.; LAGRO-JANSSEN, T. The association between diabetes mellitus and urinary incontinence. **International Urogynecology**, v.20, p.947–952, 2009.

APÊNDICE

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Juliana Ribeiro, sou enfermeira e fisioterapeuta, especialista em Fisioterapia Hospitalar pela FAMERP. Estou realizando uma pesquisa sob orientação da Profª. Drª. Ana Maria Almeida uma pesquisa com mulheres profissionais de enfermagem deste hospital para identificar as queixas de incontinências urinárias, e avaliar a prevalência e os riscos associados a Incontinência urinária. A Incontinência Urinária é a perda involuntária de urina por diversas causas, como afrouxamento dos músculos que sustentam a bexiga. Às profissionais que concordarem em aceitar participar desta pesquisa será aplicado um questionário para identificar a perda urinária. Àquelas que apresentarem sintomas de perda urinária involuntária será incluído outros dois questionários para identificar aspectos ocupacionais que podem estar interferindo na ocorrência deste sintoma e outro para avaliar a Qualidade de Vida destas profissionais. Solicitamos sua valiosa colaboração no sentido de responder aos questionários que se destinam a obtenção dos dados sobre este assunto, sendo que a coleta deverá ocorrer no horário de trabalho e durará cerca de trinta minutos. Ressaltamos que este estudo **não lhe trará danos de ordem física ou emocional** e que a qualquer momento você tem a liberdade de retirar seu consentimento para participar desta pesquisa. Será garantido o sigilo e o anonimato dos dados fornecidos.. Contando com sua colaboração, antecipadamente agradecemos e colocamo-nos a disposição para melhores esclarecimentos.

Eu,....., portador do RG nº.....
sinto-me suficiente e devidamente esclarecido (a) sobre o objetivo desta pesquisa como está
escrito neste termo e declaro que consinto em participar da mesma por livre vontade, não tendo
sofrido nenhuma forma de pressão ou influência indevida.

Assinatura

Nota: Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado em duas vias, ficando uma com o participante e outra com a pesquisadora.

Pesquisadora

Orientadora

Juliana Ribeiro

Profª. Drª. Ana Maria Almeida

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 200____.

Em caso de qualquer dúvida ou denúncia em relação a esta pesquisa entrar em contato pelo telefone e endereços:

Juliana Ribeiro, Rua Paranapanema, nº423 apto 13, Bairro Vila Tibério, Ribeirão Preto-SP, fone: (16) 88190824

Ana Maria de Almeida – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Avenida Bandeirantes 3900 – Campus USP Ribeirão Preto. Fone 3602 3432/ 36023478

Comitê de Ética e Pesquisa do HCFMRP/USP – Fone 36022228

ANEXOS

ANEXO 1

INCONTINÊNCIA URINÁRIA: PROBLEMAS OCUPACIONAIS ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

QUESTIONÁRIO 1 – FATORES ASSOCIADOS

Solicito que a sua resposta seja realizada com toda a seriedade, pois será a informação mais importante para o desenvolvimento deste estudo, os dados aqui coletados serão analisados pela pesquisadora responsável, lembrando que será mantido total sigilo. Por favor, marque com um **X** o número que corresponde à sua resposta.

IDENTIFICAÇÃO

1. Local de trabalho: [1] Obst [2] Gineco [3] CC [4] CM
2. Horário de trabalho: [1] Manhã [2] Tarde [3] Noite [4] Comercial
3. Função atual: [1] Enfermeira [2] Técnica [3] Auxiliar
4. Idade: _____anos.
5. Raça: [1] branca [2] negra [3] indígena [4] asiática [5] branca+negra
[6]branca+indígena [7] branca+asiática [8] negra+indígena [9] negra+asiática [10] indígena + asiática.
6. Qual é o seu peso?_____kg Qual é a sua altura?_____m
- a) Você mudou de peso nos últimos anos? [1] engordei [2] emagreci [3] não mudei de peso

ANTECEDENTES PESSOAIS

- 7.a) Você tem hipertensão? [1] sim [2] não [3] não sei
- b) Se você tem hipertensão, você faz tratamento com diurético? [1] sim [2] não [3] não sei
- c) Você tem diabetes? [1] sim [2] não [3] não sei
- d) Você tem alguma doença neurológica? [1] sim [2] não [3] não sei
8. Você já entrou na menopausa? [1] sim [2] não [3] não sei
9. Você toma café diariamente? [1] sim [2] não **Se não, pule para a questão nº 10**
- a) Quantos copinhos descartáveis de café você toma por dia? [1] bebo_____ copinhos de café por dia.

10. Você fuma? [1] sim [2] não, mas já fumei [3] não, nunca fumei. **Se não fuma, pule para a questão nº 11**

a) Quantos cigarros você fuma por dia? [1] mais de 21 cigarros [2] 11 a 20 cigarros
[3] menos de 10 cigarros

11. Você tem freqüentemente ataques de tosse? [1] sim [2] não

12. Você tem o intestino preso? (ou seja, tem fezes excessivamente duras e secas e faz muito esforço para evacuar).

[1] sim [2] não, mas já tive

[3] não

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

13. Quantas vezes você ficou grávida? _____ vezes.

14. Você abortou alguma vez? Quantas? _____ vezes.

Se você nunca teve parto pule para a questão nº 18

15. No quadro abaixo mostre como foi cada parto que você teve colocando um **X** nas respostas corretas, o peso do bebê e a sua idade em cada parto.

	1º parto	2º parto	3º parto	4º parto	5º parto	6º parto	7º parto	8º parto
Parto em casa								
Parto no hospital								
Parto normal com episio (com "corte" por baixo)								
Parto normal sem episio (sem "corte" por baixo)								
Parto normal com rotura ("rasgou" por baixo)								
Parto normal sem rotura (não "rasgou" por baixo)								
Não sei se tive episio								
Parto fórceps								
Cesariana								
Tomei anestesia local								
Tomei anestesia na coluna								
Não sei se tomei anestesia								
Não tomei anestesia								
Quanto pesou o bebê?								
Qual a sua idade no parto?								

18. Você pratica algum tipo de esporte, ginástica ou atividade física?
[1] sim [2] não

a) Qual esporte, ginástica ou atividade física você pratica? _____

b) Quantos dias na semana? _____ dias

SINTOMAS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA

19. Durante o último ano, você perdeu urina (sem querer, na calcinha) pelo menos uma vez no mês?

[1] sim [2] não

20. Você perde urina quando tosse, espirra, faz força ou carrega peso?

[1] sim [2] não

21. Você perde urina antes de chegar ao banheiro depois de sentir forte vontade de urinar ou sem perceber?

[1] sim [2] não

22. Você perde urina de alguma outra forma, diferente das duas perguntas anteriores?

[1] sim [2] não Como? _____

ANEXO 2

INCONTINÊNCIA URINÁRIA: PROBLEMAS OCUPACIONAIS ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

QUESTIONÁRIO 2 – PROBLEMAS OCUPACIONAIS

Rapport: Vou fazer algumas perguntas é importante que você responda com sinceridade.

1. Há quanto tempo você perde urina? _____ anos e _____ meses.
2. Qual a quantidade de urina que você perde?
 [1] Pequena (gotas) [2] Média (menos de 50ml) [3] Grande (mais de 50 ml)
3. Você já procurou por algum tratamento médico? [1] Sim [2] Não. Se não, por que? _____
4. Você teve alguma alteração nas suas atividades de trabalho devido à incontinência urinaria
 [1] Sim [2] Não
 - a) Você sente falta de concentração no trabalho?
 [1] Sim. Porque? _____ [2] Não
 - b) Você percebe uma baixa produtividade?
 [1] Sim. Porque? _____ [2] Não
 - c) Você tem stress durante o trabalho?
 [1] Sim. Porque? _____ [2] Não
 - d) Você sente muita fadiga no trabalho?
 [1] Sim. Porque? _____ [2] Não
 - e) Mais alguma coisa? _____
5. Existe alguma atividade, que você realiza no trabalho, que aumenta a frequência de perda de urina? [1] Sim [2] Não
 - a) Carregar peso/ fazer esforço [1] Sim
 [2] Não
 - b) Andar rápido/ correr [1] Sim
 [2] Não
 - c) Empurrar maca/ incubadora [1] Sim
 [2] Não
 - d) Empurrar cadeira de rodas [1] Sim
 [2] Não
 - e) Mais alguma coisa? _____
6. Existem algumas atividades no seu trabalho que você não realiza ou evita realizar devido à perda de urina porque exigem esforços?
 [1] Sim. Qual (is)? _____ [2] Não

7. Você faz alguma coisa para diminuir os problemas com a incontinência urinária?
 [1] Sim [2] Não
- a) Você evita tomar água e outros líquidos? [1] Sim
 [2] Não
- b) Você usa forro/ absorvente higiênico? [1] Sim. Troca quantas vezes no plantão?
 _____ vezes. [2] Não
- c) Você esvazia a bexiga em tempo programado? [1] Sim. Qual intervalo?
 _____ [2] Não
- d) Você toma menos café? [1] Sim
 [2] Não
- Tomava quantas xícaras (de café) antes? _____ xícaras (de café)
8. Você tem ou já teve algum problema por causa das coisas que você faz para diminuir os problemas com a incontinência urinária?
 [1] Sim [2] Não
- a) Você já teve desidratação? [1] Sim
 [2] Não
- b) Você teve infecção urinária? [1] Sim
 [2] Não
- c) Você já teve irritação na pele pelo uso de absorvente higiênico?
 [1] Sim [2] Não
- d) Mais alguma coisa? _____
9. Você encontra alguma facilidade no trabalho para controlar a perda de urina, como por exemplo:
- a. Tem facilidade em trocar a roupa, absorvente higiênico ou ir ao banheiro sempre que precisa?
 [1] Sim [2] Não [3] Não preciso fazer isso
- b. Pode reduzir as atividades que aumentavam a perda de urina? [1] Sim [2] Não [3] Não preciso fazer isso
- c. Mais alguma coisa? _____
10. Quantas vezes você interrompe trabalho para ir ao toalete durante a jornada diária?
 [1] jornada de 6 horas _____ vezes.
 [2] jornada de 8 horas _____ vezes.
 [3] jornada de 12 horas _____ vezes.
11. Quanto tempo, em média, você demora entre ir e voltar ao banheiro durante o trabalho?
 _____ horas/ ou _____ min
12. O banheiro mais próximo fica a mais de 12 metros de distância do local em que você está trabalhando? [1] Sim [2] Não

13. Você encontra alguma dificuldade quando interrompe o trabalho para usar o banheiro?

a) Sim, a chefia não gosta.

[1] Sim

[2] Não

b) Sim, os colegas reclamam.

[1] Sim

[2] Não

c) Frequentemente o trabalho que estou fazendo não pode ser interrompido.

[1] Sim

[2] Não

d) Às vezes o trabalho que estou fazendo não pode ser interrompido.

[1] Sim

[2] Não

e) Mais alguma coisa? _____

ANEXO 3

Ribeirão Preto, 10 de junho de 2010

Ofício nº 1845/2010
CEP/MGV

Prezadas Senhoras,

O trabalho intitulado **“PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À INCONTINÊNCIA URINÁRIA ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE RIBEIRÃO PRETO”** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 309ª Reunião Ordinária realizada em 07/06/2010 e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 3308/2010.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.

DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimas Senhoras
JULIANA RIBEIRO
PROFª DRª ANA MARIA DE ALMEIDA (Orientadora)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Comitê de Ética em Pesquisa HCRP e FMRP-USP - Campus Universitário
FWA – 0000 2733; IRB – 0000 2186 e Registro SISNEP/CONEP nº 4
Fone (16) 3602-2228 - E-mail : cep@hcrp.usp.br
Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP