



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

JOSÉ ESTEVES DE SOUZA JUNIOR

**INCONTINÊNCIA URINÁRIA E ESTUDO URODINÂMICO: PERFIL
EPIDEMIOLÓGICO DAS MULHERES ATENDIDAS NO COMPLEXO REGIONAL
DE SAÚDE DE CÁCERES – MT NO PERÍODO DE 2007 A 2009.**

Brasília - 2011

JOSÉ ESTEVES DE SOUZA JUNIOR

**INCONTINÊNCIA URINÁRIA E ESTUDO URODINÂMICO: PERFIL
EPIDEMIOLÓGICO DAS MULHERES ATENDIDAS NO COMPLEXO REGIONAL
DE SAÚDE DE CÁCERES – MT NO PERÍODO DE 2007 A 2009.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília-DF como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Arturo Levi D’Ancona

Brasília - 2011

JOSÉ ESTEVES DE SOUZA JUNIOR

**INCONTINÊNCIA URINÁRIA E ESTUDO URODINÂMICO: PERFIL
EPIDEMIOLÓGICO DAS MULHERES ATENDIDAS NO COMPLEXO REGIONAL
DE SAÚDE DE CÁCERES – MT NO PERÍODO DE 2007 A 2009.**

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde da
Universidade de Brasília-DF como requisito
para obtenção de título de Mestre em
Ciências da Saúde – Área de Concentração
em Saúde Coletiva.**

BANCA EXAMINADORA

**Prof. Dr. Carlos Arturo Levi D’Ancona
Universidade de Campinas**

**Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz
Universidade de Brasília**

**Prof. Dr. Julio Resplande Araujo Filho
C.R.E.R. - GO.**

Aos Meus Pais, exemplos de vida, à minha gratidão, que com paciência, amor e dedicação me ensinaram a busca do progresso espiritual e do conhecimento.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A Deus, Grande Criador do Universo, manifestação da vida, do amor e da sabedoria.
Aos meus queridos filhos Ronan Levy e Rayelle Laís pela preciosidade que são, e que seja incentivo para trilhar suas vidas profissionais.
Aos meus irmãos pelo incentivo e apoio em minha trajetória.
Aos meus amigos, colegas, colaboradores que com dedicação, compreensão e paciência, sempre me ajudaram a cumprir minha missão.

Com gratidão a todos!

AGRADECIMENTOS

Aos Professores e funcionários da UnB que nos proporcionaram a oportunidade da busca do conhecimento e uma convivência salutar.

Ao meu orientador Prof. Dr. Carlos Arturo Levi D'Ancona, exemplo pessoal e profissional, que desde o início demonstrou incentivo e apoio para a conclusão deste trabalho.

Aos Professores Valdir Filgueira Pessoa e Carlos Alberto Bezerra Tomaz, pela competência e humildade em compartilhar seus conhecimentos.

As pacientes e a todos que direta ou indiretamente colaboraram para mais essa etapa da minha vida.

"Não há saber mais ou saber menos.
Há saberes diferentes."
Paulo Freire.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o perfil epidemiológico das mulheres com incontinência urinária atendidas no Ambulatório de Urologia do Complexo Regional de Saúde em Cáceres-MT; Avaliar os resultados do estudo urodinâmico em mulheres com incontinência urinária; Correlacionar os sintomas, os sinais, o exame físico e o resultado do estudo urodinâmico nas pacientes com incontinência urinária. **Pacientes e Métodos:** foram avaliadas retrospectivamente, 100 mulheres com incontinência urinária, atendidas no período de agosto de 2007 a dezembro de 2009. Os dados foram coletados através de prontuários padronizados com anamnese, exame físico e estudo urodinâmico. A análise estatística foi feita por meio de teste de distribuição de frequência das variáveis para calcular sensibilidade, especificidade e valor preditivo positivo e negativo, a partir de tabelas de contingência. **Resultados:** a mediana de idade foi de 50 anos (variando de 25 a 89). As queixas clínicas consistiram: incontinência urinária de esforço (IUE) em 59 pacientes (59%), incontinência urinária mista (IUM) em 32 (32%) e incontinência urinária de urgência (IUU) em 9 (9%). Do total das pacientes 61 (61%) apresentaram sinal clínico de incontinência urinária. O diagnóstico por meio do estudo urodinâmico foi: IUE em 64% das pacientes, IUM em 14%, IUU em 9% e os restantes 14% foram normais. O valor diagnóstico com sintomas de IUE comparado com estudo urodinâmico demonstrou Sensibilidade em 65%, Especificidade em 39,9%, VPP de 65,6% e VPN de 38,9%. Os sintomas de IUU e resultado urodinâmico demonstrou sensibilidade de 44%, especificidade 94,5%, VPP 44,4% e VPN 94,5%. E em relação aos sintomas de IUM com estudo urodinâmico a Sensibilidade 53,8%, Especificidade 71,3%, VPP 21,9% e VPN de 91,2%. **Conclusões:** Observamos uma associação significativa entre queixa clínica e perda urinária observada no exame físico. Os resultados mostram que as chances das pacientes com queixas de IUE e IUM apresentarem perda no exame físico são maiores (15,27 e 18,9 vezes) quando comparadas com as chances do grupo com quadro clínico de IUU. E que existe uma associação significativa entre os resultados do Estudo urodinâmico e Menopausa. O estudo urodinâmico demonstrou baixo nível de concordância comparada ao quadro clínico, porém acrescido do teste de esforço este demonstrou melhora significativa.

Palavras Chaves: Incontinência Urinária na mulher, sintomas de incontinência urinária, Avaliação Urodinâmica e fatores de risco.

ABSTRACT

Objective: It evaluate the epidemiological profile of the women with urinary incontinence attended in the Outpatient Clinic of Urology of the Regional Complex of Health in Cáceres-MT; Evaluate the results of the study urodinâmico in women with urinary incontinence; Correlate the symptoms, the signs, the physical exam and the result of the study urodinâmico in the patients with urinary incontinence. **Sick and Approaches:** were evaluated retrospectively, 100 women with urinary incontinence, attended in the period of August of 2007 to December of 2009. The facts were collected through manuals standardized with anamnesis, physical exam and study urodinâmico. The statistical analysis was made by means of frequency distribution test of the variables for calculate sensibility, specificity and value predictive positive and negative, from tables of contingency. **Results:** to average of age was of 50 years (varying of 25 to 89). The clinical complaints consisted: urinary incontinence of effort (IUE) in 59 sick (59%), mixed urinary incontinence (IUM) in 32 (32%) and urinary incontinence of urgency (IUU) in 9 (9%). Of the total of the patients 61 (61%) presented sign I am in clinical practice of urinary incontinence. The diagnosis by means of the study urodinâmico was: IUE in 64% of the patients, IUM in 14%, IUU in 9% and the remainders 14% were normal. The value diagnosis with symptoms of IUE compared with study urodinâmico showed Sensibility in 65%, Specificity in 39.9%%, VPP of 65,6% and VPN of 38,9%. The symptoms of IUU and result urodinâmico showed sensibility of 44%, specificity 94,5%, VPP 44.4% and VPN 94,5%. And regarding the symptoms of IUM with study urodinâmico the Sensibility 53,8%, Specificity 71,3%%, VPP 21,9% and VPN of 91,2%. **Conclusions:** We observe a significant association between complaint is in clinical practice and loses urinary observed in the physical exam. The results show that the chances of the patients with complaints of IUE and IUM will present loss in the physical exam are bigger (15.27 and 18.9 times) when compared with the chances of the group with clinical chart of IUU. And that a significant association exists between the results of the study urodinâmico and Menopause. The study urodinâmico showed compared agreement level bass to the clinical chart, however added of the test of effort this showed significant improvement.

Keywords: Urinary incontinence in the woman, symptoms of urinary incontinence, Evaluation urodinâmico and factors of risk.

LISTA DE FIGURA

Figura 1 – Exemplo de tabela de contingência utilizado para o cálculo dos parâmetros de sensibilidade, especificidade, VPP e VPN.....	27
Figura 2 -. Cálculo dos valores derivados da figura 1	28
Figura 3 - Exemplo de tabela de contingência utilizado para o cálculo do OR.....	28
Figura 4 – Razão dos produtos cruzados para cálculo OR	28
Figura 5 – Cálculo do Intervalo de Confiança de OR x^2 e valor do qui-quadrado para tabela 2 x 2	28
Figura 6. Tabela de contingência para as variáveis: Quadro clínico de Incontinência Urinária de Esforço e Resultado de Incontinência Urinária de Esforço no Estudo Urodinâmico.....	36
Figura 7. Tabela de contingência para as variáveis: Quadro clínico de Incontinência Urinária de Urgência e Resultado de Incontinência Urinária de Urgência no Estudo Urodinâmico.....	36
Figura 8 Tabela de contingência para as variáveis: Quadro clínico de Incontinência Urinária Mista e Resultado de Incontinência Urinária Mista no Estudo Urodinâmico.....	36
Figura 9. Tabela de contingência para as variáveis: Sinais de perda de Incontinência Urinária de Esforço e Resultado de Incontinência Urinária de Esforço no Estudo Urodinâmico.....	38
Figura 10. Tabela de contingência para as variáveis: Sinais de perda de Incontinência Urinária de Urgência e Resultado de Incontinência Urinária de Urgência no Estudo Urodinâmico.....	38
Figura 11. Tabela de contingência para as variáveis: Sinais de perda de Incontinência Urinária Mista e Resultado de Incontinência Urinária Mista no Estudo Urodinâmico.....	38

LISTA DE TABELA

Tabela 1 – Distribuição da mediana das variáveis condicionais das mulheres com incontinência urinária atendidas no Ambulatório de Urologia do Complexo Regional de Saúde de Cáceres – Mato Grosso, no período de 2007 a 2009.....	29
Tabela 2 – Freqüência das variáveis clínicas das mulheres com incontinência urinária atendidas no Ambulatório de Urologia do Complexo Regional de Saúde de Cáceres – Mato Grosso, no período de 2007 a 2009.....	30
Tabela 3 - Freqüência dos resultados do exame físico das mulheres com incontinência urinária atendidas no Ambulatório de Urologia do Complexo Regional de Saúde de Cáceres – Mato Grosso, no período de 2007 a 2009.....	31
Tabela 4 - Freqüência dos resultados do estudo urodinâmico das mulheres com incontinência urinária atendidas no Ambulatório de Urologia do Complexo Regional de Saúde de Cáceres – Mato Grosso, no período de 2007 a 2009.....	32
Tabela 5 – Distribuição de contingência das variáveis quadro clínico x perda de urina nas mulheres com incontinência urinária atendidas no Ambulatório de Urologia do Complexo Regional de Saúde de Cáceres – Mato Grosso, no período de 2007 a 2009.....	33
Tabela 6 – Distribuição das razões de chance (OR) e intervalos de confiança de 95% do OR de apresentar perda no exame físico, entre os quadros clínicos das mulheres com incontinência urinária atendidas no Ambulatório de Urologia do Complexo Regional de Saúde de Cáceres – Mato Grosso, no período de 2007 a 2009.....	34
Tabela 7 – Distribuição de contingências das variáveis quadro clínico x estudo urodinâmico das mulheres com incontinência urinária atendidas no Ambulatório de Urologia do Complexo Regional de Saúde de Cáceres – Mato Grosso, no período de 2007 a 2009.....	35
Tabela 8 – Distribuição da sensibilidade, especificidade, VPP e VPN das variáveis: quadro clínico x estudo urodinâmico das mulheres com incontinência urinária atendidas no Ambulatório de Urologia do Complexo Regional de Saúde de Cáceres – Mato Grosso, no período de 2007 a 2009.....	37

Tabela 9 - Distribuição de contingências das variáveis sinais de perda x estudo urodinâmico das mulheres com incontinência urinária atendidas no Ambulatório de Urologia do Complexo Regional de Saúde de Cáceres – Mato Grosso, no período de 2007 a 2009.....	37
Tabela 10 – Distribuição da sensibilidade, especificidade, VPP e VPN das variáveis: sinais de perda x estudo urodinâmico das mulheres com incontinência urinária atendidas no Ambulatório de Urologia do Complexo Regional de Saúde de Cáceres – Mato Grosso, no período de 2007 a 2009.....	39
Tabela 11 – Distribuição dos resultados dos testes entre as variáveis de interesse e o resultado do estudo urodinâmico das mulheres com incontinência urinária atendidas no Ambulatório de Urologia do Complexo Regional de Saúde de Cáceres – Mato Grosso, no período de 2007 a 2009.....	39
Tabela 12 – Distribuição de contingência entre as variáveis estudo urodinâmico x menopausa das mulheres com incontinência urinária atendidas no Ambulatório de Urologia do Complexo Regional de Saúde de Cáceres – Mato Grosso, no período de 2007 a 2009.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS

CC- Coeficiente de Contingência

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

EU- Estudo Urodinâmico

ICIQ-SF – International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form

IMC- Índice de Massa Corpórea

IU- Incontinência Urinária

IUE – Incontinência Urinária de Esforço

IUM- Incontinência Urinária Mista

IUU- Incontinência Urinária de Urgência

MESA- Medical Epidemiologic and Social Aspects of Aging.

OMS- Organização Mundial de Saúde

PPE- Pressão de Perda sob Esforço

PV- Pressão Vesical

QV- Qualidade de Vida

ICS – International Continence Society

UFPE- Universidade Federal de Pernambuco

UnB- Universidade de Brasília

UPIU- Unidade de Pesquisa em Incontinência Urinária

VPN- Valor Preditivo Negativo

VPP- Valor Preditivo Positivo

SUMÁRIO

1.1 INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHER.....	16
1.1.1 Fatores Etiológicos.....	17
1.1.2 Classificação de Incontinência Urinária.....	19
1.1.3 Avaliação Diagnóstica	20
1.1.4 Estudos Epidemiológicos	22
1.2 A URODINÂMICA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA	22
1.2.1 Conceituação	23
2 OBJETIVOS.....	24
3 MÉTODOS	25
3.1 TIPO DE ESTUDO	25
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA	25
3.3. AMOSTRA.....	25
3.3.1 Critérios de inclusão	25
3.3.2 Critérios de exclusão.....	25
3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA.....	26
3.5 INSTRUMENTO	26
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	27
4 RESULTADOS.....	29
4.1 INCONTINÊNCIA URINÁRIA: VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS.....	29
4.1.1 Variáveis Sóciodemográficas	29
4.1.2 Variáveis clínicas.....	30
4.2 INCONTINÊNCIA URINÁRIA: EXAME FÍSICO.....	31
4.3 INCONTINÊNCIA URINÁRIA: RESULTADO DO ESTUDO URODINÂMICO	32

4.4 INCONTINÊNCIA URINÁRIA: QUADRO CLÍNICO X EXAME FÍSICO X ESTUDO URODINÂMICO.....	33
4.4.1 Quadro Clínico X Perda Urinária	33
4.4.2 Quadro Clínico X Estudo Urodinâmico	34
4.4.2 Perda X Estudo Urodinâmico	37
4.4.4 Antecedentes e Exames Físicos x Estudo Urodinâmico	39
4.4.4 Estudo Urodinâmico X Menopausa	40
5. DISCUSSÃO	41
CONCLUSÃO	49
SUGESTÕES.....	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
APENDICE 01 - FICHA UROGINECOLOGIA.....	57
APENDICE 02 - FICHA PARA EXAME FÍSICO	58
ANEXO 01 - TERMO DE CONCORDÂNCIA.....	60
ANEXO 02 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	60

1. INTRODUÇÃO

A incontinência urinária, tema atual e controverso, é considerada como alteração do milênio por atingir milhões de pessoas, no mundo principalmente mulheres. Nos Estados Unidos, o poder público gasta em torno de 20 bilhões de dólares por ano no atendimento das mulheres com incontinência urinária ⁽¹⁾.

Na literatura internacional há consenso de que a Incontinência Urinária pode afetar adversamente a qualidade de vida, levando a implicações importantes em muitas esferas como a psicológica, social, física, econômica, do relacionamento pessoal e sexual. A IU apresenta-se não apenas como diminuição da auto-estima, mas como fator de isolamento social e depressão ⁽²⁾. Logo, a incontinência urinária tem um significado importante em saúde pública, quer pela sua prevalência, quer pelo elevado impacto físico, psíquico e social que interfere e repercute na qualidade de vida da mulher.

Em relação aos estudos epidemiológicos realizados no Brasil poucos trabalhos têm sido divulgados. A proposição da ocorrência do perfil das pacientes neste estudo busca o conhecimento que propiciará um melhor entendimento da incontinência urinária, possibilitando a análise a partir de estudos correlatos existentes no Brasil e demais comunidades científicas internacionais ⁽²⁾.

Levando em conta o desejo de se estudar com maior ênfase a realidade epidemiológica das mulheres atendidas no Ambulatório de Urologia do Complexo Regional de Saúde de Cáceres – Mato Grosso, esta pesquisa foi desenvolvida com o objetivo de avaliar o Perfil Epidemiológico das mulheres com incontinência urinária envolvendo, fatores associados e de risco bem como a correlação do quadro clínico com o Estudo Urodinâmico.

1.1 INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHER

A Sociedade Internacional de Continência (*International Continence Society*) definiu a incontinência urinária como uma perda involuntária de urina, sendo um problema tanto social como higiênico ⁽³⁾.

Constitui sintoma com implicações sociais, causando desconforto, perda de autoconfiança, interferindo negativamente na qualidade de vida de muitas mulheres

(3,4). Tem causa multifatorial, sendo elemento gerador de exclusão social, interferindo na saúde física e mental da paciente, comprometendo sua qualidade de vida (5). A continência urinária na mulher é atribuída à interação de estruturas anatômicas e funcionais que constituem o assoalho pélvico (6).

1.1.1 Fatores Etiológicos

A literatura aponta alguns fatores de risco para o desenvolvimento de incontinência urinária na mulher, sendo eles: idade, obesidade, paridade, tipos de parto, uso de anestesia no parto, menopausa, cirurgias ginecológicas, constipação intestinal, fatores hereditários, consumo de drogas, consumo de cafeína, tabagismo e exercícios físicos (7).

Quanto à questão social, a idade avançada representa maior probabilidade em desencadear a incontinência urinária. Registra-se que com a diminuição da bexiga, causada por complicações ligadas à idade, a capacidade dela se restringe a 250 - 300 ml, contribuindo para o aumento da frequência urinária e da noctúria (8), pelo baixo nível de estrógeno após a menopausa (9), doenças crônicas e aumento do Índice de Massa Corpórea (IMC) (7).

No que se refere a condições físicas destaca-se como fator de risco a obesidade, o que implica diretamente na alteração da pressão intra-abdominal, dado ao aumento de peso na região da cintura-quadril provocando o aumento da pressão intravesical alterando o mecanismo de continência do trato urinário (7,10).

O exercício físico representa às mulheres jovens e nulíparas risco eminente para a incontinência urinária, sendo prevalente em jovens que pratica ginástica, visto a realização de exercícios que forcem a região abdominal, aumentando a pressão intra-abdominal (11,12).

A paridade representa para muitos a causa de IU que se inicia ainda durante a gravidez e prevalece com o número de paridade, embora outros autores acredite que esta ocorra apenas durante a gravidez deixando de persistir após o parto (13) se não houver lesões do assoalho pélvico.

O tipo de parto vaginal também é considerado fator de risco para IU, isto porque pode provocar lesões e traumas do assoalho pélvico (14,10,15). Contudo,

quando comparado com nulíparas, tanto o parto vaginal como o cesáreo mostraram associação com a IU ⁽¹⁶⁾.

O peso do recém-nascido é fator etiológico para a IU, pois o peso do bebe pode estar associado ao aumento da pressão intra-abdominal, e, com o aumento da pressão intra-vesical, podendo ainda provocar risco de lesão do assoalho pélvico durante o parto vaginal ⁽¹⁵⁾.

A menopausa também é considerada como fator etiológico para a IU; estudos apontam a prevalência de 46% a 64% ^(14,7,15,17). A estática pélvica pode ser afetada com as mudanças hormonais durante a menopausa. O hipoestrogenismo na pós-menopausa predispõe a mulher à IU ^(14,9) e contribui para sintomas urinários como aumento da freqüência, urgência e disúria ⁽⁸⁾.

Quanto às questões clínicas se destaca a anestesia no parto por provocar um prolongamento do segundo estágio do trabalho de parto, aumentando o risco de lesão do assoalho pélvico ⁽¹⁵⁾. Mas há quem afirme que esta atua como fator de proteção devido ao relaxamento da musculatura do assoalho pélvico provocado por este tipo de anestesia, prevenindo direta ou indiretamente o assoalho pélvico de trauma no segundo estágio do parto vaginal ⁽¹⁸⁾.

Sen ⁽¹⁷⁾ afirma que as cirurgias ginecológicas representam risco para a evolução da IU, sobretudo a histerectomia. A excisão ou o prolapso do útero comprometem as funções do assoalho pélvico, visto que, este órgão suporta parte deste assoalho e a sua remoção pode causar danos nas estruturas que sustentam a bexiga e a uretra ^(7,10).

Quanto às morbidades se destacam a diabetes, hipertensão arterial e doenças neurológicas; com a diabetes ocorre o aumento da vulnerabilidade do assoalho pélvico devido a mudança do tecido biológico, a inervação do músculo pélvico, lesões nas inervações neuropáticas autônomas da bexiga ou pelo aumento da freqüência urinária causada pela hiperglicemia. ^(7,15). As condições neurológicas podem causar contração involuntária da bexiga nessas pacientes e a IU será secundária à doença pré-existente ^(19,20).

A constipação intestinal por afetar a função urológica, o estiramento do reto pode comprimir a bexiga, contribuindo para a retenção urinária, causando infecção do trato urinário e, freqüentemente, a força realizada durante a evacuação intestinal pode lesar a musculatura pélvica e, através da distensão, traumatizar e causar isquemia muscular ^(8,10).

Quanto aos fatores genéticos: as raças negras, hispânicas e brancas Sze ⁽²¹⁾ afirma que a branca e hispânica apresentam elevada significância para a IUE.

O uso de medicamento é um fator que contribui para a IU transitória. Alguns, medicamentos aumentam a frequência e a urgência urinária; como os simpaticomiméticos e para simpaticolíticos, que atuam no trato urinário inferior e podem alterar a função vesical piorando ou contribuindo para o aumento da frequência da perda urinária ⁽²²⁾.

A cafeína pode ocasionar instabilidade do músculo detrusor e, conseqüentemente, perda involuntária de urina ⁽²³⁾. Nos achados de Arya ⁽²³⁾ o consumo de cafeína, a idade, o tabagismo estavam associados à hiperatividade vesical.

O fumante por tossir muito, causando efeito direto ou indireto na bexiga ou na uretra, que pode danificar os componentes e o mecanismo esfíncteriano da uretra propiciando a IU, piorando a frequência e intensidade da IU existente ⁽²⁴⁾. Os componentes do tabaco (monóxido de carbono, nicotina) ocasionam a diminuição dos níveis de estrôgenos. Assim, nas fumantes a menopausa natural pode ocorrer de um a um ano e meio mais cedo ⁽²⁴⁾.

Recomenda-se que na anamnese deve ser detalhado os fatores relevantes como tipo, frequência, severidade, fatores precipitantes, impacto social, efeitos na higiene e qualidade de vida, medidas para conter a perda, e se o indivíduo procura ou deseja auxílio para a incontinência urinária ou não ⁽²⁵⁾.

1.1.2 Classificação de Incontinência Urinária

A classificação da International Continence Society (ICS) para a Incontinência Urinária tem como base sintomas, sinais e alguns parâmetros urodinâmicos:

- a- Anormalidade da bexiga: hiperatividade do detrusor e baixa complacência vesical;
- b- Anormalidade esfíncteriana: hiper mobilidade uretral e deficiência intrínseca esfíncteriana;
- c- Incontinência por transbordamento: diminuição da contratilidade do detrusor ou obstrução infravesical;
- d- Incontinência extra-uretral: fistula urinária ou ureter ectópico.

Classificam-se ainda por sinais e sintomas:

- a- Urge-incontinência;
- b- Incontinência urinária de esforço.

1.1.3 Avaliação Diagnóstica

A avaliação diagnóstica nas pacientes com incontinência urinária se processa por meio de diversos instrumentos avaliativos, onde cada qual representa um papel fundamental no diagnóstico a ser apresentado.

A História Clínica deve conter alguns aspectos incluindo o início dos sintomas, sua duração, gravidade, condições associadas e descrição do impacto social e higiênico à mulher ⁽¹⁸⁾. Embora a história forneça diversos dados, é freqüente não se obter o diagnóstico, uma vez que os sintomas urinários podem ser similares mesmo quando as etiologias são diferentes. Isto faz do exame físico uma parte integrante da avaliação uroginecológica da paciente, constituindo, porém, apenas um segmento da avaliação ^(21,26).

Através da anamnese podem-se obter informações da incontinência urinária, em relação ao tipo, tempo de duração, freqüência miccional, sintomas urinários associados como disúria, hesitância, urgência, noctúria, estrangúria, hematuria, desconforto uretral, supra-púbico e sintomas ginecológicos associados ⁽⁴⁾.

Segundo Wroclawski ⁽²⁷⁾ os antecedentes pessoais e familiares carecem ser interrogados, sobretudo os eventos que precederam aos sintomas urinários como lombalgias, cialgias, doenças medulares e neurológicas, uso de medicamentos anticolinérgicos ou psicotrópicos. Bem como hábitos miccionais, infecções urinárias, cirurgias pélvicas prévias, quadro hormonal, co-morbidades associadas, como diabetes mellitus 2, hipertensão arterial sistêmica, cardiopatias, neuropatias, pneumopatias, hábito intestinal, hábitos nutricionais, sexuais, atividades físicas e medicação em uso e repercussão psicossocial da paciente.

O Diário Miccional é um método de avaliação não-invasivo dos sintomas urinários e deve ser solicitado para todas as pacientes que apresentam história clínica com Sintomas do Trato Urinário Inferior (STUI) ⁽²⁸⁾. A paciente realiza as anotações, por um período de 3 a 14 dias da sua freqüência miccional (diurna e noturna), volume de líquidos ingeridos, volume urinado, número de episódios de

perda urinária, urgência miccional, incontinência, durante aos esforços, à urgência, durante atividade sexual, bem como a quantidade de absorventes utilizados ⁽²⁸⁾.

As Medidas de Qualidade de Vida são bastante consideradas na avaliação diagnóstica uma vez que estas permitem uma avaliação do impacto da incontinência urinária na vida da paciente. A qualidade de vida esta diretamente relacionada a percepção da paciente sobre sua condição de saúde ou doença e o possível tratamento ⁽²⁹⁾.

O exame físico faz parte da rotina de investigação urológica da mulher incontinente, avaliando suporte pélvico, patologias pélvicas, distúrbios neurológicos, bem como reproduzir e caracterizar a incontinência. O sinal clínico de perda urinária ao esforço não constitui unanimidade na literatura como método isolado para diagnóstico da incontinência urinária ⁽²⁶⁾. O exame físico específico se inicia pela inspeção da genitália externa: vulva (normal, atrofia, presença ou não de lesões) genitália interna (anomalias, atrofia, secreções, prolapsos, uretrocele, divertículos uretrais, carúncula, útero e anexos). Exame especular. Região perineal reconstituído cirurgicamente ou não. Laceração perineal ou não. O exame neurológico localizado analisa a inervação motora S2-S3: reflexos patelar, abdominal, anal. Inervação sensitiva: perineal e perianal. Observa-se a tonicidade perineal e anal e o reflexo bulbo-cavernoso. Avaliação do prolapso de órgãos pélvicos quando presente, através da classificação de Baden-Walker ⁽³⁾ com estadiamento: 0, 1, 2, 3.

O Teste de Esforço (Stress-Test) refere-se ao teste de perda aos esforços realizado na posição litotômica e ortostática observa-se a perda ou não, de forma sincrônica ou não, em jato, ou em gotas. Avaliação realizada com bexiga parcialmente repleta, realizando-se manobras de esforços (tosse, valsalva, pequenos saltos, dentre outras). Segundo Wroclawski ⁽²⁷⁾ é um método indispensável em qualquer paciente incontinente.

O Teste do Absorvente (Pad Test) de acordo com Palma ⁽³⁰⁾ é simples, não invasivo e efetivo para quantificar as perdas urinárias em pacientes com IU. É adaptado um dispositivo-coletor (fralda, absorvente de urina ou coletor de látex) dentro da roupa íntima, é pesado antes e depois do teste, compreendendo um período de duração de uma hora, podendo se estender por mais tempo.

O Estudo Urodinâmico é o estudo dos aspectos fisiológicos e patológicos envolvidos no armazenamento e esvaziamento da urina. É um método de investigação das disfunções miccionais, que tem a finalidade de detectar as

alterações funcionais que possam gerar a incontinência urinária ⁽²⁸⁾.

A Videourodinâmica nada mais é do que a associação do estudo urodinâmico com a fluoroscopia e representa o melhor método de avaliação funcional do trato urinário médio e inferior. Por meio dele é possível a identificação do tipo de incontinência, a avaliação de doenças geniturinárias associadas como refluxo vesicoureteral e pode auxiliar em posicionamento de agulhas da eletromiografia ⁽³¹⁾.

E, por fim apresenta-se a Avaliação Radiológica sendo um estudo por imagem, hoje com técnicas mais avançadas, que permite uma “boa avaliação anatômica, sem caráter discriminatório quanto ao diagnóstico” ⁽³¹⁾.

Em linhas gerais, a história clínica associada ao exame físico tem importância no manejo da incontinência urinária; porém, não devem ser utilizados como único critério para o diagnóstico, sendo que os testes objetivos são disponibilizados e devem ser utilizados em conjunto com os dados clínicos ⁽³⁾.

1.1.4 Estudos Epidemiológicos

Segundo Fonseca ⁽³²⁾ a incontinência urinária pode atingir até 50% da população feminina em algum período de sua vida, acarretando serias implicações na qualidade de vida.

A incidência e a prevalência da incontinência urinária são extremamente variáveis dependendo da faixa etária e da população estudada. Alguns estudos mostram que a prevalência varia de 15% a 45% em mulheres adultas da comunidade e, acima de 50% nas institucionalizadas. Aproximadamente, 13 milhões de americanos apresentam incontinência urinária sendo que 11 milhões são mulheres acarretando gastos na ordem de 10,8 bilhões de dólares por ano ⁽³⁵⁾. Um estudo dos mesmos autores corrobora esta informação com os valores de prevalência no início da vida adulta de 20-30%, um pico de 30-40% na meia-idade e um acréscimo na mulher idosa (30-50%).

1.2 A URODINÂMICA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A avaliação urodinâmica é capaz de identificar as causas específicas dos sintomas urinários e de fornecer dados para orientar o tratamento correto ⁽³³⁾. Em se

tratando do tratamento cirúrgico para a incontinência urinária, este diagnóstico preciso é fundamental, tendo em vista que a principal e melhor cirurgia deve ser a primeira, e que a taxa de cura declina mais ou menos proporcionalmente ao número de cirurgias subseqüentes ⁽³⁴⁾

O objetivo do estudo urodinâmico é a reprodução dos sintomas, enquanto se fazem medições precisas para identificar a causa subjacente, e quantificar os processos fisiopatológicos ⁽³⁵⁾

A avaliação urodinâmica identifica as causas específicas dos sintomas das pacientes, seja a IU, a disfunção miccional ou sintomas irritativos do trato urinário ⁽³⁶⁾, além de fornecer dados para orientar o correto tratamento, cirúrgico ou não.

1.2.1 Conceituação

A urodinâmica é definida pela Sociedade Internacional de Continência como o estudo morfológico, fisiológico, bioquímico e hidrodinâmico do transporte urinário ⁽³⁷⁾. Constitui-se de vários parâmetros, que são avaliados durante a fase de enchimento ou esvaziamento miccional ⁽¹⁰⁾.

Segundo D'Ancona ⁽³¹⁾ a avaliação urodinâmica é o estudo funcional da bexiga e ou uretra. É um exame invasivo, dado a necessidade de sonda na uretra, que exige cuidados, lubrificação adequada e anestesia local.

2 OBJETIVOS

1. Avaliar o perfil epidemiológico das mulheres com incontinência urinária atendidas no Ambulatório de Urologia do Complexo Regional de Saúde em Cáceres-MT.
2. Analisar os resultados do estudo urodinâmico em mulheres com incontinência urinária.
3. Correlacionar sintomas, sinais, exame físico e o resultado do estudo urodinâmico nas pacientes com incontinência urinária.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo epidemiológico de cunho empírico, com base na coleta sistemática de informações ligadas à saúde da população definida e na quantificação destes eventos. Caracteriza-se como estudo descritivo retrospectivo, no decorrer dos anos de 2007 a 2009.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA

Ambulatório de Urologia – urologia feminina, anexo do Complexo Regional de Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde, localizado na cidade de Cáceres, Estado do Mato Grosso sendo um Hospital Público Estadual, considerado referência regional do sudoeste do Estado de Mato Grosso, que atende 22 municípios, com cerca de 300 mil habitantes, e exclusivo atendimento à pacientes do Sistema Único de Saúde.

3.3. AMOSTRA

De um total de 220 prontuários foram selecionados 100, os restantes foram excluídos por estarem fora dos critérios de inclusão e por apresentarem dados incompletos.

3.3.1 Critérios de inclusão

- Mulheres com incontinência urinária maiores de 18 anos.
- Pacientes com estudo urodinâmico.

3.3.2 Critérios de exclusão

- Pacientes com infecção do trato urinário.

- Neoplasias.
- Doenças neurológicas.
- Gestantes
- Prontuários incompletos

3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA

O projeto foi enviado à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da UnB atendendo o disposto na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O estudo teve início após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas em 22 de julho de 2010 e autorização do responsável da Unidade do Complexo Regional de Saúde, quando então o pesquisador analisou o banco de dados disponibilizados na Unidade.

Após o esclarecimento dos objetivos e à ciência para participação do sujeito da pesquisa, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é que o pesquisador procedeu o projeto.

3.5 INSTRUMENTO

Prontuários padronizados pelo serviço público de saúde ambulatorial de urologia:

- Ficha de Uroginecologia: variáveis sociodemográficas: idade, cor da pele, ocupação, estado civil, renda familiar, do tipo da incontinência urinária, tempo e início dos sintomas, uso de absorvente; sintomas do trato urinário inferior, comorbidades, número e tipo de partos, antecedentes cirúrgicos, estado menopausal, uso de medicações, hábitos de vida sexual e nutricional. Para a análise foram excluídos da ficha os dados: ocupação, estado civil e uso de absorvente.

- Ficha de exame físico constou de sinais vitais, IMC, e exame físico específico geniturinário.

- O teste de perda aos esforços realizado na posição litotômica e ortostática, bem como se avaliou o trofismo, presença ou não prolapso de órgãos pélvicos quantificados através da classificação de Baden – Walker ⁽³⁸⁾. O exame retal

avaliando a tonicidade e integridade do esfíncter anal e reflexo bulbo-cavernoso.

- As pacientes realizaram exames laboratoriais (exame de urina e urocultura, hemograma, creatinina, glicemia, colesterol total e frações, triglicérides), exame colposcópico uterino e estudo urodinâmico em todas as pacientes com quadro de IU.

- Ficha do Estudo Urodinâmico. Na fase cistométrica foi avaliada a sensibilidade, complacência, capacidade cistométrica máxima, presença de contrações involuntárias do detrusor, pressão de perdas sob esforços (PPE), com volumes superiores a 200 ml. Na fase miccional: o Fluxo Máximo (Qmax), Pressão do Detrusor no Fluxo Máximo (Pd) e presença de resíduo vesical pós-miccional.

Ressalta-se que todas as anamnese e os estudos urodinâmicos foram realizados pelo pesquisador.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

O processamento da base de dados foi feito utilizando o software Excel® para Windows®. Todas as análises estatísticas foram feitas com o software SPSS® (Statistic Package for the Social Sciences, Chicago, IL, USA) versão 13 para Windows®.

São apresentadas tabelas com a distribuição de freqüências das variáveis de interesse.

O cálculo de Sensibilidade, Especificidade, Valor Preditivo Positivo (VPP) e Valor Preditivo Negativo (VPN) dos sintomas (Quadro clínico) e do teste de perda urinária (Perda) foi feito a partir de tabelas de contingência 2x2 (Figura 1) onde o resultado do estudo urodinâmico foi o padrão ouro. As fórmulas utilizadas para o cálculo são apresentadas na Figura 2.

		Estudo Urodinâmico		
		+	-	
Queixa	Sim	a	b	(a+b)
	Não	c	d	(c+d)
		(a+c)	(b+d)	n

Figura 1. Exemplo de tabela de contingência utilizado para o cálculo dos parâmetros de sensibilidade, especificidade, VPP e VPN.

$$\begin{aligned}
 \text{Sensibilidade} &= 100 * a / (a + c) \\
 \text{Especificidade} &= 100 * d / (b + d) \\
 \text{VPP} &= 100 * a / (a + b) \\
 \text{VPN} &= 100 * d / (c + d)
 \end{aligned}$$

Figura 2. Cálculo dos valores derivados da figura 1.

Possíveis associações entre variáveis foram avaliadas mediante o teste qui-quadrado (χ^2). A força da associação entre as duas variáveis foi determinada pelo coeficiente de contingência corrigido (CC*). O cálculo da razão de chances (*Odds Ratio*, OR) foi feito a partir de tabelas de contingência 2x2 (3) e utilizou a Figura 4 (razão de produtos cruzados). O intervalo de confiança de 95% foi cálculo utilizando a Figura 5.

		Exposição		
		+	-	
Caso	a	b	(a+b)	
Controle	c	d	(c+d)	
	(a+c)	(b+d)	n	

Figura 3- Exemplo de tabela de contingência utilizado para o cálculo do OR.

$$OR = \frac{a * d}{c * b}$$

Figura 4. Razão de produtos cruzados para o cálculo do *Odds Ratio*.

$$IC95\% = OR^{\left(\frac{1 \pm 1,96}{\sqrt{\chi^2}}\right)}$$

Figura 5. Cálculo do intervalo de confiança do *Odds Ratio*. χ^2 é o valor do teste qui-quadrado para a tabela 2x2.

Para todos os testes o nível de significância foi estabelecido em $p < 0,05$ (bicaudal).

4 RESULTADOS

4.1 INCONTINÊNCIA URINÁRIA: VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

Dado seu caráter epidemiológico, apresenta-se a distribuição de frequência das doenças e dos agravos à saúde coletiva, em função de variáveis ligadas ao tempo, ao espaço e à pessoa, possibilitando o detalhamento do perfil epidemiológico, com vistas à promoção da saúde ⁽³⁹⁾. Os subitens 4.1.1 e 4.1.2 permitem um reconhecimento da população estudada por meio das variáveis sociodemográficas e clínicas.

4.1.1 Variáveis Sociodemográficas

Foram evidenciadas como variáveis sociodemográficas neste estudo a idade, o tempo de queixa, a cor da pele, o tipo de parto, presença ou não de aborto, número de gestação, sendo estas de interesse para o reconhecimento prévio da população estudada. Visto que estas variáveis possibilitaram neste estudo epidemiológico a identificação dos principais grupos populacionais de risco para o desenvolvimento da incontinência urinária. Os resultados encontram-se na Tabela 1

Tabela 1– Distribuição da mediana das variáveis condicionais das mulheres com incontinência urinária atendidas no Ambulatório de Urologia do Complexo Regional de Saúde de Cáceres – Mato Grosso, no período de 2007 a 2009.

	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade (anos)	50	25	89 anos
Tempo queixa (meses)	24	1	480 meses
Cor da pele			
Branca	65	1	100
Não branca	35	1	100
Partos			
Vaginais	3	0	12
Cesarianos	1	0	5
Total	3	0	12
Abortos	1	0	4
Gestações	4	1	16

A Tabela 1 demonstra que quanto à idade a mediana encontrada nesta pesquisa foi de 50 anos.

No que se refere a cor da pele a cor branca prevaleceu com 65 , e não branca 35.

Quanto ao tempo de queixa os resultados apontam uma mediana de 24 meses. Já em relação ao tipo de parto obteve-se a mediana de 3 para os partos vaginais e 1 para o parto cesárea. Quanto ao aborto os resultados apontam 1 de mediana; e, para a quantidade de gestações uma mediana de 4.

4.1.2 Variáveis clínicas

A Tabela 2 apresenta informações quanto ao quadro clínico, antecedentes e realização de cirurgias prévias, referentes aos dados constantes nos resultados obtidos:

Tabela 2 – Frequência das variáveis clínicas das mulheres com incontinência urinária atendidas no Ambulatório de Urologia do Complexo Regional de Saúde de Cáceres – Mato Grosso, no período de 2007 a 2009.

	N	% válido
Quadro clínico		
IUE ¹	59	59
IUU ²	9	9
IUM ³	32	32
Antecedentes		
DM2 ⁴	7	7
HAS ⁵	26	26
Cardiopatia	1	1
Menopausa	65	65
Cirurgias prévias		
CPP ⁶	16	16
HT ⁷	20	20

¹ Incontinência Urinária de Esforço; ² Incontinência Urinária de Urgência; ³ Incontinência Urinária Mista, ⁴ Diabetes Mellitus 2; ⁵ Hipertensão Arterial Sistêmica, ⁶ Colpoperineoplastia, ⁷ Histerectomia.

Quanto ao quadro clínico as pacientes relataram sintomatologias para incontinência urinária, compreendendo 59 (59%) para IUE, 9 (9%) para IUU e 32 (32%) para IUM.

Em relação aos antecedentes obteve-se que 7 (7%) afirmam ser acometidas por diabetes mellitus tipo 2; 26 (26%) são hipertensivas; 1 (1%) cardiopata e 65 (65%) estão na menopausa.

Quanto a cirurgias prévias foi encontrado que 16 (16%) realizaram cirurgia para correção de prolapso antero - posterior e 20 (20%) de histerectomia total.

4.2 INCONTINÊNCIA URINÁRIA: EXAME FÍSICO

Durante o exame físico, foi analisada objetivamente a perda urinária, e a presença de prolapso pélvico, a Tabela 3 apresenta os resultados encontrados durante o exame físico.

Tabela 3 - Frequência dos resultados do exame físico das mulheres com incontinência urinária atendidas no Ambulatório de Urologia do Complexo Regional de Saúde de Cáceres – Mato Grosso, no período de 2007 a 2009.

	N	% VALIDO
Perda	61	61
Prolapso Ant *		
0	55	55
I	19	19
II	15	15
III	11	11
Prolapso Post *		
0	65	65
I	14	14
II	17	17
III	4	4
Trofismo		
Conservado	41	41
Diminuído	59	59

*Classificação Baden-Walker

Na Tabela 3 os resultados apontam que quanto a perda urinária durante o exame físico somaram 61 (61%) das 100 mulheres pesquisadas.

Quanto aos prolapsos anteriores não estão presentes em que 55 (55%); 19 (19%) apresentaram em grau I; 15 (15%) em grau II e, 11 (11%) em grau III.

Os prolapso posteriores não estão presentes em 65 (65%) das mulheres e presentes em 14 (14%) grau I; 17 (17%) Grau II e 4 (4%) Grau III. Já quanto ao trofismo 41 (41%) das mulheres apresentaram conservados e 59 (59%) diminuídos.

4.3 INCONTINÊNCIA URINÁRIA: RESULTADO DO ESTUDO URODINÂMICO

Na Tabela 4 abaixo se apresentam os resultados obtidos no estudo urodinâmico realizado nas pacientes estudadas, observe:

Tabela 4 - Frequência dos resultados do estudo urodinâmico das mulheres com incontinência urinária atendidas no Ambulatório de Urologia do Complexo Regional de Saúde de Cáceres – Mato Grosso, no período de 2007 a 2009.

	N	%
Est Urodinâmico		
IUE ¹	64	64 %
IUU ²	9	9%
IUM ³	13	13%
NL ⁴	14	14%
PPE*		
<60 mmHg	51	66,2
60-90 mmHg	15	19,5
>90 mmHg	11	14,3
Total válidos	77	
SEM	23	

¹ Incontinência Urinária de Esforço; ² Incontinência Urinária de Urgência; ³ Incontinência Urinária Mista; ⁴ Normal. Nos casos de IUE e IUM.

Os resultados do Estudo Urodinâmico nos apontam que 64 (64%) das pacientes pesquisadas apresentaram resultados de IUE; 9 (%) IUU; 13 (13%) IUM e 14 (14%) NL.

Quanto ao PPE observou-se que 51 (66,2%) apresentaram resultados de perda aos esforços de <60 mmHg; 15 (19,5%) apresentaram entre 60-90 mmHg e 11 pacientes com perda >90 mmHg.

4.4 INCONTINÊNCIA URINÁRIA: QUADRO CLÍNICO X EXAME FÍSICO X ESTUDO URODINÂMICO

4.4.1 Quadro Clínico X Perda Urinária

A Tabela 5 apresenta a relação entre o quadro clínico com a perda urinária.

Tabela 05 – Distribuição de contingência das variáveis: quadro clínico x perda de urina nas mulheres com incontinência urinária atendidas no Ambulatório de Urologia do Complexo Regional de Saúde de Cáceres – Mato Grosso, no período de 2007 a 2009.

	QUADRO CLÍNICO			Total
	IUE ¹	IUM ²	IUU ³	
Perda				
Não	17 28,82%	15 46,88%	7 77,78%	39 39%
Sim	42 71,18%	17 53,12%	2 22,20%	61 61%
Total	59 100%	32 100%	9 100%	100 100%

¹ Incontinência Urinária de Esforço; ² Incontinência Urinária Mista; ³ Incontinência Urinária de Urgência.

Na Tabela 05 observamos que 59 (59%) das pacientes apresentaram queixas clínicas de IUE, de IUM 32 (32%) e de IUU 9 (9%). O sinal clínico de perda urinária ocorreu em 61 (61%) das pacientes sendo que ocorreu em 42 (71,18%) das pacientes com queixas clínicas de IUE, em 17 (53,12%) com IUM, 2 (22,2%) com queixas de urgência – incontinência. As mulheres com queixa clínica de IUU tem uma maior chance de não ocorrer perda na prova clínica tendo observado em 7 das 9 pacientes (77,78%).

Foi testada a possível associação da variável quadro clínico (queixa) com a perda urinária observada no exame físico (Tabela 5). O teste de qui-quadrado demonstrou uma associação significativa entre as variáveis ($\chi^2=16,864$, $gl=2$, $p<0,001$). O valor do coeficiente de contingência corrigido mostrou que a força de associação entre as variáveis é média ($CC^*=0,537$). O perfil de distribuição (em porcentagem) das pacientes nos grupos com e sem perda aparece na coluna Total. O grupo IUU apresenta uma maior porcentagem de pacientes com a condição Sem Perda, ao contrário dos outros dois grupos. No entanto, algumas celas da tabela de

contingência apresentam freqüências observadas menores que 5, o que prejudica a análise de qui-quadrado.

Em uma análise mais detalhada se calculou as razões de chances (Odds Ratio, OR) de apresentar Perda no Exame Físico entre os grupos de pacientes com quadros clínicos diferentes. Observe a Tabela 6:

Tabela 06 – Distribuição das razões de chance (OR) e intervalos de confiança de 95% do OR de apresentar perda no exame físico, entre os quadros clínicos das mulheres com incontinência urinária atendidas no Ambulatório de Urologia do Complexo Regional de Saúde de Cáceres – Mato Grosso, no período de 2007 a 2009.

	OR	IC 95%
IUE ¹ x IUM	0,81	2,57 - 0,25
IUE x IUU ²	15,27	3,67 - 63,60
IUM ³ x IUU	18,9	3,85 - 92,79

¹Incontinência Urinária de Esforço; ²Incontinência Urinária de Urgência; ³Incontinência Urinária Mista.

Os resultados mostram que as chances das pacientes com queixas de IUE e IUM apresentarem Perda no exame físico são maiores (15,27 e 18,9 vezes) quando comparadas com as chances do grupo com quadro clínico de IUU. Uma vantagem do OR sobre o qui-quadrado é que seu valor não é afetado pelo número reduzido de pacientes em alguma das celas da tabela.

4.4.2 Quadro Clínico X Estudo Urodinâmico

O valor diagnóstico das queixas clínicas urinárias (quadro clínico) foram calculados a partir da tabela de contingência para o cálculo dos parâmetros de sensibilidade, especificidade, VPP e VPN a partir da comparação ao estudo urodinâmico.

A Tabela 7 apresenta a distribuição de freqüências das categorias de resultado do Estudo urodinâmico dentro de cada categoria de Quadro Clínico.

Tabela 7 – Distribuição de contingências das variáveis: quadro clínico x estudo urodinâmico das mulheres com incontinência urinária atendidas no Ambulatório de Urologia do Complexo Regional de Saúde de Cáceres – Mato Grosso, no período de 2007 a 2009.

	QUADRO CLÍNICO			Total
	IUE	IUM	IUU	
Est Urodinâmico				
NL ¹	9 15,30%	2 6,30%	3 33,30%	14 14%
IUE ²	42 71,20%	20 62,50%	2 22,20%	64 64%
IUM ³	6 10,20%	7 21,90%	0 0%	13 13%
IUU ⁴	2 3,40%	3 9,40%	4 44,40%	9 9%
Total	59 100%	32 100%	9 100%	100 100%

¹ Normal, ² Incontinência Urinária de Esforço; ³ Incontinência Urinária Mista; ⁴ Incontinência Urinária de Urgência.

A Tabela 7 mostra que das 59 mulheres com quadro clínico de IUE apenas 42 (71,20%) confirmaram no EU; das 32 selecionadas com IUM apenas 7 (21,90%) reproduziram o resultado com o EU e das 9 mulheres com IUU 4 (44,40%).

Por outro lado com a realização do EU se percebeu que das 59 mulheres com quadro clínico para IUE 9 (15,30%) apresentaram resultados normais; 6 (10,20%) IUM e, 2 (3,40%) IUU. Das 32 mulheres com quadro clínico para IUM, 2 (6,30%) apresentaram resultados normais; 20 (62,50%) para IUE e 3 (9,40%) para IUU. Quanto as 9 mulheres com indicativo de IUU, 3 (33,30%) apresentaram resultados normais e 2 (22,20%) resultados compatíveis com IUE.

O teste de qui-quadrado dos dados constantes na Tabela 7 demonstrou que existe uma associação significativa entre as duas variáveis ($\chi^2=24,888$, gl=6, $p<0,001$). A força da associação foi média ($CC^*=0,547$). Ao comparar o perfil geral (coluna Total) com os perfis de cada categoria de Quadro clínico é possível observar grandes diferenças no perfil de IUU comparado com os outros dois Quadros Clínicos e algumas diferenças de menor magnitude entre os perfis IUE e IUM. Novamente, cabe lembrar que os resultados do teste qui-quadrado são suscetíveis a erro quando alguma cela da tabela de contingência apresenta uma freqüência observada menor que 5.

Os dados constantes na Tabela 7 foram trabalhados para a verificação da Sensibilidade, Especificidade, VPP e VPN das queixas (Quadro clínico) de

Incontinência Urinária de Esforço (Figura 6), Incontinência Urinária de Urgência (Figura 7) e Incontinência Urinária Mista (Figura 8) foram calculados a partir da comparação com o Estudo Urodinâmico (padrão ouro).

		IUE - Est Urodin					
		+	-			%	%
Quadro		42	17	59	Sensib	65,6	VPP 71,1%
Clínico		22	14	36	Especif	52,7	VPN 46,8
IUE		64	36	100			

Figura 6. Tabela de contingência para as variáveis: Quadro clínico de Incontinência Urinária de Esforço e Resultado de Incontinência Urinária de Esforço no Estudo Urodinâmico.

		IUU - Est Urodin					
		+	-			%	%
Quadro	Sim	4	5	9	Sensib	44,4	VPP 44,4
clínico					Especif	94,5	VPN 94,5
IUU	Não	5	86	91			
		9	91	100			

Figura 7. Tabela de contingência para as variáveis: Quadro clínico de Incontinência Urinária de Urgência e Resultado de Incontinência Urinária de Urgência no Estudo Urodinâmico.

		IUM - Est Urodin					
		+	-			%	%
Quadro	Sim	7	25	32	Sensib	53,8	VPP 21,9
clínico					Especif	71,3	VPN 91,2
IUM	Não	6	62	68			
		13	87	100			

Figura 8 Tabela de contingência para as variáveis: Quadro clínico de Incontinência Urinária Mista e Resultado de Incontinência Urinária Mista no Estudo Urodinâmico.

Para todos os cálculos foram incluídos as 100 participantes estudadas. De forma que dentro da categoria NÃO apresenta queixa foram incluídas as participantes com outros tipos de queixas. Este critério aplica também para os resultados do estudo urodinâmico, onde resultados negativos envolvem todos os outros diagnósticos.

A Sensibilidade indica quantos do total de pacientes com a doença apresentam a queixa. Especificidade indica quantos do total de pacientes sem a doença não apresentam a queixa. VPP indica qual a probabilidade dos pacientes

que apresentam queixa serem diagnosticados PORTADORES quando submetidos ao padrão ouro. VPN indica a probabilidade dos pacientes que não apresentam a queixa serem diagnosticados como NÃO PORTADORES da doença pelo padrão ouro. Observe a Tabela 08.

Tabela 8 – Distribuição da sensibilidade, especificidade, VPP e VPN das variáveis: quadro clínico x estudo urodinâmico das mulheres com incontinência urinária atendidas no Ambulatório de Urologia do Complexo Regional de Saúde de Cáceres – Mato Grosso, no período de 2007 a 2009.

TIPO DE IU	Diagnóstico Urodinâmico			
	Sensibilidade %	Especificidade %	VPP %	VPN %
IUE ¹	65,6	52,7	71,1	46,8
IUU ²	44,4	94,5	44,4	94,5
IUM ³	53,8	71,3	21,9	91,2

¹ Incontinência Urinária de Esforço; ² Incontinência Urinária de Urgência; ³ Incontinência Urinária Mista.

Os resultados constantes na Tabela 8 apontam que as pacientes com IUE comparada com estudo urodinâmico demonstrou a Sensibilidade 65,6%, Especificidade 52,7%, VPP 71,1% e VPN de 46,8%; as pacientes com IUU comparada com estudo urodinâmico demonstrou a Sensibilidade 44,4% Especificidade 94,5%, VPP 44,4% e VPN 94,5% e, as pacientes com IUM comparada ao estudo urodinâmico demonstrou a Sensibilidade 53,8% Especificidade 71,3% VPP de 21,9% e VPN 91,2%.

4.4.2 Perda X Estudo Urodinâmico

A Tabela 9 apresenta a distribuição de freqüências das categorias de resultado do Estudo urodinâmico dentro de cada categoria da perda urinária.

Tabela 9 – Distribuição de contingências das variáveis: perda urinária x estudo urodinâmico das mulheres com incontinência urinária atendidas no Ambulatório de Urologia do Complexo Regional de Saúde de Cáceres – Mato Grosso, no período de 2007 a 2009.

	ESTUDO URODINÂMICO				Total
	NL ¹	IUE ²	IUM ³	IUU ⁴	
PERDA					
SIM	00	47	10	9	61
		47%	10%	9%	
NÃO	14	17	03	5	39
	14%	17%	3%	5%	
Total	14	17	03	09	100

¹ Normal, ² Incontinência Urinária de Esforço; ³ Incontinência Urinária Mista; ⁴ Incontinência Urinária de Urgência.

A Tabela 9 apresenta que das 100 mulheres com perda urinária, o estudo urodinâmico confirmou (sim) a perda em 47 (47%) para IUE, 10 (10%) para IUM, 9 (9%) para IUU, não registrando nenhum caso normal. E, deixou de reproduzir a perda (não) em 39 pacientes, compreendendo 14 (14%) normal, 17 (17%) para IUE, 03 (3%) para IUM, e 5 (5%) para IUU.

Os dados constantes na Tabela 8 ao serem trabalhados no Padrão Ouro para a verificação da Sensibilidade, Especificidade, VPP e VPN da perda de Incontinência Urinária de Esforço (Figura 9), Incontinência Urinária de Urgência (Figura 10) e Incontinência Urinária Mista (Figura 11) foram calculados a partir da comparação com o Estudo Urodinâmico.

IUE - Est Urodin							
	+	-			%		%
Quadro	47	14	61	Sensib	73	VPP	77
Clínico	17	22	39	Especif	60	VPN	56
IUE	64	36	100				

Figura 9. Tabela de contingência para as variáveis: Perda urinária de Incontinência Urinária de Esforço e Resultado de Incontinência Urinária de Esforço no Estudo Urodinâmico.

IUM - Est Urodin							
	+	-			%		%
Quadro	10	51	61	Sensib	76	VPP	16
Clínico	03	36	39	Especif	41	VPN	92
IUM	13	87	100				

Figura 10. Tabela de contingência para as variáveis: Perda urinária de Incontinência Urinária Mista e Resultado de Incontinência Urinária de Esforço no Estudo Urodinâmico.

IUU - Est Urodin							
	+	-			%		%
Quadro	04	57	61	Sensib	44,4	VPP	6,5
Clínico	05	34	39	Especif	37,3	VPN	87,1
IUM	09	91	100				

Figura 11. Tabela de contingência para as variáveis: Perda urinária de Incontinência Urinária Urgência e Resultado de Incontinência Urinária de Esforço no Estudo Urodinâmico.

Tabela 10 – Distribuição da sensibilidade, especificidade, VPP e VPN das variáveis: perda x estudo urodinâmico das mulheres com incontinência urinária atendidas no Ambulatório de Urologia do Complexo Regional de Saúde de Cáceres – Mato Grosso, no período de 2007 a 2009.

TIPO DE IU	Diagnóstico Urodinâmico			
	Sensibilidade %	Especificidade %	VPP %	VPN %
IUE ¹	73,4	61,1	77	56,4
IUU ²	44,4	37,3	6,5	87,1
IUM ³	76,1	41,3	16,3	92,3

¹ Incontinência Urinária de Esforço; ² Incontinência Urinária de Urgência; ³ Incontinência Urinária Mista.

Os resultados constantes na Tabela 10 apontam que as pacientes com sinais de perda comparada com estudo urodinâmico demonstrou para a IUE a Sensibilidade 73,4%, Especificidade 61,1%, VPP 77% e VPN de 56,4%; as pacientes com IUU demonstrou a Sensibilidade 44,4% Especificidade 37,3%, VPP 6,5% e VPN 87,1% e, as pacientes com IUM demonstrou a Sensibilidade 76,1% Especificidade 41% VPP de 16,3% e VPN 92,3%.

4.4.4 Antecedentes e Exames Físicos x Estudo Urodinâmico

A Tabela 11 apresenta um resumo dos testes realizados e a forma como foram reclassificadas as variáveis de interesse.

Tabela 11 – Distribuição dos resultados dos testes entre as variáveis de interesse e o resultado do estudo urodinâmico das mulheres com incontinência urinária atendidas no Ambulatório de Urologia do Complexo Regional de Saúde de Cáceres – Mato Grosso, no período de 2007 a 2009.

VARIÁVEIS	χ^2	CC*	p-VALOR
Idade (<50 / ≥ 50 anos)	2,278	0,211	0,32
Antecedentes obstétricos			
Partos totais (≤ 3 / > 3)	2,01	0,199	0,57
Partos vaginais (≤ 3 / > 3)	4,814	0,303	0,186
Cesáreas (Sim / Não)	1,018	0,142	0,797
Menopausa (Sim / Não)	19,806	0,575	< 0,001
Antecedentes clínicos			
DM ¹ (Sim / Não)	1,362	0,164	0,714
HAS ² (Sim / Não)	0,591	0,108	0,899
Cardiopatia (Sim / Não)	0,568	0,106	0,904
Exame físico			
Prolapso anterior (Sim / Não)	0,619	0,111	0,892
Prolapso posterior (Sim / Não)	1,497	0,172	0,683
CPP ³ (Sim / Não)	3,29	0,252	0,349
HP ⁴ (Sim / Não)	3,619	0,264	0,306

¹Diabetes Mellitus 2; ² Hipertensão Arterial Sistêmica, ³Colpoperineoplastia, ⁴Histerectomia.

Foram testadas possíveis associações entre algumas variáveis de interesse e o resultado do Estudo Urodinâmico. Para a execução desses testes foi necessário a transformação das variáveis de interesse em variáveis dicotômicas.

A Tabela 11 é um bom resumo de todas as outras tabelas apresentadas na versão anterior. A leitura é a mesma: valores de p menores de 0,05 indicam uma associação significativa entre as variáveis. A força da associação é determinada pelo CC* que varia de 0 (muito fraca) a 1 (muito forte). O valor χ^2 é o valor da estatística qui-quadrado.

4.4.4 Estudo Urodinâmico X Menopausa

Tabela 12 – Distribuição de contingência entre as variáveis estudo urodinâmico x menopausa das mulheres com incontinência urinária atendidas no Ambulatório de Urologia do Complexo Regional de Saúde de Cáceres – Mato Grosso, no período de 2007 a 2009.

	MENOPAUSA		Total
	SIM	NÃO	
Est Urodinâmico			
NL ¹	2 14,30%	12 85,70%	14 100%
IUE ²	48 75,00%	16 25,00%	64 100%
IUM ³	10 76,90%	3 23,10%	13 100%
IUU ⁴	5 55,60%	4 44,40%	9 100%
Total	65 65,00%	35 35,00%	100 100%

¹ Normal, ² Incontinência Urinária de Esforço; ³ Incontinência Urinária Mista; ⁴ Incontinência Urinária de Urgência.

A Tabela 12 demonstra que existe uma associação significativa entre os resultados do estudo urodinâmico e menopausa. O CC* mostra que a força de associação é média. O perfil médio mostrou que aproximadamente 2/3 do total de pacientes estão na menopausa. No entanto, as paciente dentro das categorias Normal e IUU diferem desse padrão esperado (14,3% e 55,6% respectivamente). Porém, algumas celas da tabela de contingência apresentam frequências observadas menores que 5, fato que prejudica a análise de qui-quadrado e faz necessária uma ponderação cuidadosa do resultado.

5. DISCUSSÃO

No universo da população pesquisada a mediana de idade encontrada foi de 50 anos, compreendendo mulheres com possível declínio hormonal, condição esta que acaba por alterar o mecanismo fisiopatológico da continência urinária ^(8,9,15).

Outros estudos como o de Moller ⁽¹¹⁾ com mulheres com sintomas do trato urinário inferior, na faixa etária entre 40 e 60 anos de idade, observou quadro de incontinência urinária de esforços em 16%, sendo maior na faixa dos 40 aos 55 anos e um diminuição após esta idade. Nos estudos de Borges ⁽³⁾ a média etária foi de $55,4 \pm 11,6$ anos.

Reis ⁽⁴⁰⁾ afirma que a idade tende a ser um fator primordial na causa dos distúrbios urinários, pois o trato urinário sofre alterações ligadas ao envelhecimento, pelo fato de que a musculatura detrusora, a capacidade vesical e a habilidade de adiar a micção diminuem.

Guarisi ⁽⁴¹⁾ observou em sua pesquisa realizada no Brasil através de inquérito domiciliar que 456 mulheres de sua amostra se encontravam na faixa etária de 45 a 60 anos de idade, o que se assemelha aos nossos resultados.

Observamos que a mediana para a procura de profissional especializado em busca de tratamento resultou em 24 meses, reforçando o constante na literatura onde se afirma que esta demora é decorrente do achar que a incontinência seja algo normal no processo de envelhecimento, por falta de referência de atendimento especializado e equipes da atenção básica despreparados para o atendimento e pré-triagem ⁽⁴²⁾, inclusive podendo ser aplicado o teste de papel ⁽⁵⁰⁾.

As mulheres com incontinência urinária em grande parte não relatam a queixa ao médico se não forem objetivamente questionadas. Os resultados deste estudo confirmam a necessidade de conscientizar as mulheres, bem como os médicos, quanto aos benefícios do diagnóstico e tratamento para a incontinência urinária ⁽¹⁸⁾.

Em uma visão histórica acerca da incontinência urinária os estudos demonstram que muitos conceitos permanecem ocultos no cotidiano das mulheres, e que a relutância manifestada pela verbalização espontânea deste constrangimento conduz a situações progressivamente mais graves, com repercussões sociais, econômicas e psicológicas.

A literatura nos revela que a difusão da incontinência urinária através dos

meios de comunicação social, bem como a maior disponibilidade dos profissionais de cuidados de saúde primários, contribuíram para que as mulheres com esta condição se sentissem confortáveis para falar acerca de suas queixas, tendo assim acesso a cuidados de saúde diferenciados, no sentido de oportunidades de tratamento disponíveis, que com constante progresso observa-se o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas, fisioterapeutas e farmacológicas ⁽⁴³⁾.

A multiparidade e o parto vaginal desencadeiam alterações morfofuncionais (musculares, ligamentares ou vasculares) do assoalho pélvico que representa um diferencial na contingência urinária. Achado neste estudo corrobora com os autores Moreno e Rubinstein ⁽⁴⁴⁾ que afirmam que dentre todas as etiologias, a fonte mais comum de disfunção do assoalho pélvico, possivelmente relacionada ao trauma do parto, é o prolapso genital; deslocamento das vísceras pélvicas no sentido caudal, em direção ao hiato genital.

Nos estudos de Borges ⁽³⁾ registram-se a média de 4,4 gestações, semelhantes aos nossos achados. Ocorreu o predomínio do parto vaginal (3,7 partos vaginais/mulher). Felix ⁽⁴⁵⁾ em seus estudos ressalta que há predominância de partos vaginais entre as mulheres que apresentam queixas urinárias (78,94%), além da média de partos por indivíduo, valores próximos a 5.

As variáveis clínicas nos levam a identificação a partir das queixas do possível tipo de incontinência urinária relatada pelas pacientes, compreendendo em primeiro plano a Incontinência Urinária de Esforço a qual prevalece por fatores associados ao declínio hormonal alterando a morfofisiologia da continência urinária; a Incontinência Urinária mista decorrente da hiperatividade detrusora associada a sintomatologia da incontinência de esforço; e, a Incontinência Urinária de Urgência é decorrente da hiperatividade detrusora em sua maioria decorrente de causas desconhecidas ^(46,47,18). Mas a literatura nos aponta que apenas a queixa clínica não é suficiente para um diagnóstico preciso quanto a incontinência urinária.

Oliveira ⁽⁴⁸⁾ em seu estudo, quanto as queixas encontrou sintomatologia para 34 (32,3%) para IUU, 41 (39%) para IUE e 30 (28,6%) para IUM, resultados estes semelhantes aos encontrados em nossa pesquisa e compatível com a literatura encontrada, onde sobressai em sua grande maioria a IUE como queixa principal.

Nos estudos de Lopes ⁽⁴⁹⁾ a incontinência que mais se destacou quanto a queixa foi a IUE com 36%, seguida da IUU com 11,4% e 52,6% para a mista.

As co-morbidades representam certa significância para a IU, a exemplo da hipertensão arterial acomete em sua maioria a faixa etária com deprivação estrogênica.

Oliveira ⁽⁴⁸⁾ demonstra em seu estudo que os antecedentes também merecem ser considerados uma vez que encontrou um número expressivo de co-morbidades 31 (66%) para hipertensão; 1 (2%) para diabetes mellitus e 15 (32%) apresentando diabetes mellitus e hipertensão arterial. Ressalta-se que a diabetes mellitus e a hipertensão arterial representam uma alta etiologia para a incontinência urinária.

Quanto às cirurgias acreditava-se que com a CPP seria possível corrigir a incontinência urinária, histórico hoje já questionado. As cirurgias para correção do prolapso pélvico (cistocele ou retocele) associadas ou não a IU e a histerectomia quando não houver a preservação dos elementos que mantêm a continência urinária acaba por representar fator de risco a IU.

Das pacientes estudadas por Oliveira ⁽⁴⁸⁾ que apresentaram algum tipo de incontinência urinária 22 (52%) haviam passado por cirurgia de correção de prolapso e/ou histerectomia, valores estes que se assemelham aos nossos resultados.

As variáveis sociodemográficas e clínicas tem papel fundamental para o estudo das Incontinências Urinárias, como registra Higa ⁽²⁵⁾ ao relatar os principais fatores de risco para IU na mulher: idade, trauma do assoalho pélvico, fatores hereditários, raça, menopausa, obesidade, doenças crônicas, uso de alguns simpaticomiméticos e para simpaticolíticos, constipação, tabagismo, consumo de cafeína e exercícios intensos na região abdominal.

Nosso estudo realizou a correlação do diagnóstico sintomatológico e estudo urodinâmico. Em 64% dos casos o EU destaca IUE o que demonstra que os fatores de risco já levantados anteriormente (idade, menopausa, paridade) representam fatores como maior predisponibilidade para a incontinência urinária. Sendo registrado na literatura por Borges ⁽⁴⁾ que a IUE é a mais comum dentre todas.

O que vem ao encontro dos achados de Sartori ⁽⁵⁰⁾ que de 242 mulheres pesquisadas 218 (90,1%) apresentaram IUE; 18 (7,4%) IUU e 6 (2,5%) IUM.

Quanto a pressão de perda ao esforço observou-se 66,2% apresentaram perda com pressão vesical de <60 mmHg caracterizando uma deficiência no mecanismo de continência.

Os resultados da avaliação urodinâmica realizada por Borges ⁽⁴⁾ demonstraram que aproximadamente 11% das pacientes apresentaram exame normal. HD isolada

foi confirmada pelo estudo urodinâmico em somente três pacientes. A maioria das pacientes (69%) apresentou achado urodinâmico compatível com IUE. Entre essas, 9 tiveram perda com PPE > 110 com H₂O, 13 com PPE entre 60 e 110 com H₂O e 16 apresentaram perda com pressões inferiores a 60 cm H₂O ⁽³⁾.

Nos resultados encontrados por Sartori ⁽⁵⁰⁾ a análise da fluxometria demonstra que houve diminuição significativa do fluxo urinário máximo segundo o tempo de pós-menopausa. Quanto aos dados obtidos pela cistometria, observa-se que as pacientes do grupo A apresentaram capacidade vesical no primeiro desejo miccional de 176,29 ml, isto é, superior ao valor encontrado no grupo C, que foi de 152,91 ml ⁽⁵⁰⁾.

A literatura aponta que o Estudo Urodinâmico é importante para que não subestime o tipo da incontinência, o que poderia levar a um tratamento menos conservador ⁽⁴⁾.

Os achados urodinâmicos apresentaram neste estudo a sensibilidade de 65,6% para IUE com valor preditivo negativo de 46,8% e falso positivo de 28,8% sendo que nestes o estudo urodinâmico não confirmou a queixa clínica. Em contrapartida observamos uma especificidade de 52,7% e uma VPP de 71,1% com falso negativo de 53,6% ou seja, enquanto o quadro clínico não apresentava queixa o estudo urodinâmico revelou a incontinência.

Na Incontinência Urinária Mista a sensibilidade de 53,8%, com falso positivo de 78% significando que o exame não confirmou a queixa clínica, a especificidade de 71,2% e VPP 21,8%, VPN 91,2% e falso negativo de 46% demonstra que o estudo urodinâmico confirma caso positivo onde não se registrava a queixa clínica.

Na IUU a sensibilidade de 44,4%, especificidade de 94,%, VPP 94,4% e o VPN 94,5% ocorrendo um falso positivo de 78,1% e um falso negativo de 8,82% o que significa que o estudo confirma casos que não apresentavam queixa clínica.

Carey ⁽¹⁹⁾ concluiu em seu trabalho com 863 pacientes que o sinal clínico de perda urinária ao esforço estava em apenas 54,2% das 547 mulheres com diagnóstico final de IUE e que cerca de 38% das mesmas apresentaram outro diagnóstico que não a IUE, como hiperatividade detrusora. Observou que o sinal clínico tem valor preditivo positivo de 91% e valor preditivo negativo de 50%.

Feldner ⁽⁵⁾ em seu estudo com 114 pacientes com avaliação através de anamnese padronizada, exame físico e estudo urodinâmico, observou que a queixa

de perda urinária esforços foi relatada por 41 pacientes (36,0%), urge incontinência urinária (IUU) por 13 (11,4%), e sintomas mistos (IUM) por 60 pacientes (52,6%).

Jessen ⁽⁵¹⁾ registra em seus estudos que a queixa de perda urinária ao esforço tem sensibilidade de 0.90 e baixa especificidade (0,55), resultando em elevados índices de falso positivo. Baseados nestes dados a confiança somente em dados da história clínica pode levar a erro diagnóstico em até 25% dos casos. Quanto a história clínica e o estudo urodinâmico observou na IUE sensibilidade de 0.82, especificidade de 0,57, VPP de 0.74 e VPN de 0.77. Na hiperatividade vesical (urgência): sensibilidade 0.69, especificidade 0.60, VPP 0.56 e VPN 0.72. Na IUM a sensibilidade 0.51, a especificidade 0.66, VPP 0.24 e PN de 0.84.

Colli ⁽⁵²⁾ a partir de uma revisão da literatura registra em seus estudos que a média da taxa de sensibilidade (especificidade) da história clínica versus estudo urodinâmico era de 0,82 (0,57) para IUE, 0,69 (0,60) para UIU/HD e 0,51 (0,66) para doentes com IUM. A proporção de mulheres com diagnóstico clínico de IU, mas com resultados normais no teste urodinâmico variou de 3 a 8%.

Sanne ⁽⁵³⁾ ao realizar uma revisão sistemática da literatura obteve resultados que se assemelham aos achados em nossa pesquisa: ao comparar queixa clínica e EU para IUE confirmou 75% dos casos, sendo que os demais foram reclassificados em IUM – 9%, IUU 7% e 8% normal. Para a IUM foi confirmado 21% dos casos, os demais foram reclassificados em 46% IUE, 21% IUU e 10% normal. Das queixas de IUU foram confirmadas 58% no EU, sendo o restante reclassificados em 12% IUE, 12% IUM. Isto implica que 70% das mulheres com IUU foram achados urodinâmicos em pacientes com sintomas de bexiga hiperativa.

Os valores acima apresentados vêm ao encontro de uma revisão sistemática da literatura ⁽⁵³⁾ em que se observou o nível de concordância entre a classificação da incontinência com base na avaliação clínica e no estudo urodinâmico considerado padrão ouro, cujo resultado demonstrou baixa concordância.

Observamos uma associação significativa entre queixa clínica e perda urinária no exame físico. As mulheres com queixa clínica de IUU tem uma maior porcentagem de não ocorrer perda na prova clínica tendo observado em 7 das 9 pacientes (77,78%).

A história clínica associada ao exame físico tem importância no tratamento da incontinência urinária, porém, não deve ser utilizado como único critério para o diagnóstico. Os testes objetivos são disponibilizados e devem ser utilizados em

conjunto com os dados clínicos. Vários pesquisadores relatam que história clínica de incontinência urinária associada à evidente demonstração da perda urinária seria suficiente para o diagnóstico de Incontinência Urinária de Esforço (IUE), porém poucos estudos avaliaram a relação entre sinal clínico de perda e o diagnóstico urodinâmico final ⁽⁴⁾.

A distribuição de frequências das categorias de resultado do Estudo Urodinâmico dentro de cada categoria de Quadro clínico demonstra que existe uma associação significativa entre as duas variáveis ($\chi^2=24,888$, $gl=6$, $p<0,001$), correspondendo a média ($CC^*=0,547$).

Ao comparar o perfil geral com os perfis de cada categoria de Quadro clínico é possível observar grandes diferenças no perfil de IUU e algumas diferenças de menor magnitude entre os perfis IUE e IUM.

A correlação queixa clínica e sinal clínico de perda mostrou que as mulheres com queixas de IUE e IUM têm maiores chances de perda (15,2 e 18,9 vezes) comparadas com as mulheres com IUU.

Nos estudos de Feldner ⁽⁵⁴⁾ a avaliação urodinâmica demonstrou que nas pacientes com queixas de IUE, 34 pacientes (83%) tinham IUE, e 2 (4,9%) com IUM, em 5 (12,1%) o estudo urodinâmico normal e nenhuma com IUU. Nas pacientes com queixa de IUU (13 pacientes 11,4%) o estudo urodinâmico demonstrou que nenhuma das pacientes apresentava IUE, 5 (38,5%) IUU, 1 (7,7%) IUM e em 7 (53,8%) o estudo foi normal. As pacientes com IUM, a avaliação urodinâmica demonstrou 25 com IUE (41,6%), 10 com IUU (16,7%) e 10 com IUM (16,7%) e em 15 pacientes o estudo urodinâmico foi normal (25,0%).

O sinal clínico de perda foi evidenciado em 50 (43,9%) das pacientes, e destas 35 (70%) tinham diagnóstico urodinâmico de IUE, 6 (12%) IUE associada a outro diagnóstico e 9 (18%) não tinham IUE, nem outra alteração urodinâmica (normal). Nas pacientes sem sinal clínico de perda urinária 64 (56,1%), cerca de 23 (35,9%) tinha diagnóstico urodinâmico de IUE, 7(11%) IUE associada com outro diagnóstico e 34 (53%) não tinham IUE (3%), revelando sensibilidade de 57,7% e especificidade de 79,1%, valor preditivo positivo de 82% e valor preditivo negativo de 53% ⁽³⁾.

Em geral os estudos relacionados à prevalência de IU em mulheres na pré e pós menopausa tem demonstrado associação significativa com índices que variam de 46% a 64%. Acentua-se que a estática pélvica pode ser mudada com as

mudanças hormonais durante a menopausa. E o hipoestrogenismo na pós-menopausa predispõe à mulher a IU, contribuindo para sintomas urinários como aumento de frequência, urgência e disuria ⁽⁴⁶⁾.

A menopausa, período com declínio dos níveis hormonais estrogênicos é relacionado como fator de risco para IU. A reposição estrogênica tem efeitos benéficos no trato urinário inferior, melhorando a celularidade vaginal, bexiga, uretra, entretanto a eficácia no tratamento da terapia da incontinência urinária permanece controversa ⁽⁴⁷⁾.

Os fatores sociodemográficos e clínicos estudados não mostraram associação significativa nos casos de incontinência urinária. O estado menopausal tem associação significativa, sendo que a estática pélvica pode se alterar com as mudanças hormonais durante a menopausa. A prevalência da Incontinência Urinária em mulheres é considerável, sendo, portanto necessário continuar pesquisando os fatores associados com o objetivo de prevenção da IU. A associação do quadro clínico, exame clínico e estudo urodinâmico permitem melhor diagnóstico e tratamento adequado às Incontinências Urinárias.

Guarisi ⁽⁴¹⁾ em inquérito populacional domiciliar, em mulheres climatéricas, relata que a prevalência e os fatores de risco associados aos sintomas geniturinários em geral tem sido muito estudados, em mulheres climatéricas, mas existem diversas diferenças na prevalência em diversas populações. Em estudo realizado com 456 mulheres, observou que 35% das mulheres entrevistadas referiram perda urinária aos esforços, e que nenhum dos fatores sociodemográficos estudados, a paridade, e outros fatores como cirurgias ginecológicas anteriores, índice de massa corpórea e tabagismo não se mostraram associados à prevalência da incontinência urinária.

Clinicamente as mulheres continentas submetidas à correção de prolapso pélvico são de risco para desenvolverem quadro de incontinência urinária aos esforços no pós-operatório. A identificação prévia da incontinência urinária oculta facilitaria o correto método e procedimento anti-incontinência no momento da correção do prolapso. Numerosos estudos pré-operatórios preditivos da IUE antes da correção do prolapso pélvico têm sido conduzidos para determinar a presença da IUE mensurada com e sem manobras de redução do prolapso. Entretanto a literatura evidencia que a avaliação não é suficiente para decidir a presença do prolapso com IUE oculta e devem existir outras informações para decidir quando se associam a correção do prolapso e a correção da IUE ⁽⁵⁵⁾.

Oliveira ⁽⁴⁸⁾ ao pesquisar mulheres 9 (31%) apresentaram prolapso de grau I; 12 (52%) de grau II; 5 (17%) de grau III e 1 (1%) de grau IV.

A avaliação inadequada e o diagnóstico incorreto da etiologia da IU têm múltiplas conseqüências, sendo a mais grave a indicação de cirurgias inapropriadas ou mesmo desnecessárias. Procedimentos cirúrgicos sucessivos têm menores índices de sucesso progressivamente, além de maior risco cirúrgico e maiores taxas de complicações pós-operatórias ⁽⁵⁶⁾.

Ressalta-se que com a avaliação urodinâmica se torna possível identificar as causas dos sintomas urinários, oferecendo dados que possibilitarão um tratamento correto ⁽⁵¹⁾, sobretudo para indicações cirúrgicas ⁽⁶⁾.

Em linhas gerais o valor da queixa clínica, do sinal de perda clínica e os estudos urodinâmico demonstraram associação significativa. Os fatores sociodemográficos estudados não se mostraram associados ao risco de incontinência urinária, bem como outros fatores como paridade, cirurgias ginecológicas. O estado menopausal relacionou-se com incontinência urinária, mas o fator idade pode interferir nos resultados. A incidência da IU em mulheres é considerável, sendo, portanto necessário continuar pesquisando os fatores associados e de risco à IU com o objetivo de prevenção do quadro. A associação do quadro clínico, exame clínico da perda e estudo urodinâmico tem importância permitindo melhor diagnóstico e terapias mais apropriadas.

CONCLUSÃO

Com relação aos objetivos propostos para este estudo podemos concluir que:

A população estudada apresenta mulheres com primeiro grau incompleto, rendimento familiar de um a dois salários mínimos e dependentes do Sistema Único de Saúde.

A avaliação urodinâmica representa importante instrumento para avaliar a causa da incontinência urinária.

O estudo urodinâmico demonstrou nesse estudo, um baixo nível da concordância comparada ao quadro clínico quanto à causa da incontinência urinária.

SUGESTÕES

Que políticas públicas de saúde devam ser ampliadas em busca da garantia do acesso aos exames diagnósticos, tratamento e implementados no âmbito estadual e municipal quanto a Incontinência Urinária;

Que os serviços da atenção básica dêem maior ênfase a orientação educativa quanto à incontinência urinária e a importância de se buscar o serviço de atendimento em menor tempo possível de queixa;

Que seja realizado outros estudos caracterizando a população e os fatores etiológicos para a incontinência urinária, com vistas a propor protocolos de atendimento ampliado e ainda ações preventivas e orientativas;

Por apresentar alta prevalência, sua prevenção e tratamento deveriam ser incluídos em todos os programas governamentais oficiais de prevenção de doenças.

Desenvolver ações pró-ativas ao diagnóstico da Incontinência urinária, como sensibilização por meio de educação em saúde, mutirões, dentre outras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kobak WH, Rosenberger K, Walters MD. Inrerobserver variation in the assessment of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1996, 7:121-4.
2. Tamanini JTN, Dambros M, D'Ancora CA, Palma PCR. Internacional Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF). Validação para o português. *Rev. Saú Púb.* 2004; 38(3): 438 - 44.
3. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, van Kerrebroeck P. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society *Neurourol Urodynamic.* 2002; 21:167-178.
4. Borges JBR, Guarisi T, Camargo ACM, Borges PCG. Correlação entre o estudo urodinâmico, a anamnese e os achados clínicos na abordagem de mulheres com incontinência urinária. *Rev. Aisntein,* 2010, 8(4) 427-43.
5. Feldner Jr PC, Bezerra LRPS, Girão MJBC, Castro RA, Sartori MGF, Baracat ED, Lima GR. Valor da queixa clínica e exame físico no diagnostico da incontinência urinária. *Rev Bras Ginec Obst.* 2002; 24(2).
6. Delancey JOL. Anatomy and physicology of urinery continence. *Clin Obst Gyne.* 1988, 72: 296-301.
7. Butler RN, Maby JI, Montella JM, Young GGPH. Urinary incontinence: primary care therapies for the older woman. *Rev Geriat.* 1999; 54(11):31-44.
8. McBride RE. Assessing and treating urinary incontinence. *Home Healthc Nurse.* 1996; 14(1): 27-32.
9. Bump RC, McClisch DK. Cigarette smoking and pure genuine stress incontinence of urine: a comparison of risk factors and determinants between smokers and nonsmokers. *Am J Obstet Gynecol.* 1994;170(2):579-82.

10. Silva APM, Santos, VLCCG. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. *Rev Esc Enferm USP*. 2005; 39(1):36-45.
11. Moller LA, Lose G, Jorgensen T. Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years of age. *Rev Obstet Gynecol*. 2000; 96(3):446-51.
12. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med*. 2003; 348(10):900-7.
13. Elving LB, Foldspang A, Lam GW, Mommsen S. Descriptive epidemiology of urinary incontinence in 3,100 women age 30-59. *Scand J Urol Nephrol Suppl*. 1989;125:37-43.
14. Sharp VJA, Bradley CSB, Kreder KJ. Incontinence surgery in the older woman. *Current Opinion in Urology*. 2006; 16 (4): 224-228.
15. Dmochowski R, Staskin DB. Mixed incontinence: definitions, outcomes, and interventions. *Current Opinion in Urology*. 2005; 15(6): 374-379.
16. Rotveit G, Hannestad YS, Daltveit AK, Hunskaar S. Age and type dependent effects of parity on urinary incontinence: The Norwegian EPICONT study. *Obst Gynec*. 2001; 98: 1004-1010.
17. Sein A, Eriksen BC, Hunskaar S. A study of female urinary incontinence in general practice. Demography, medical history and clinical findings. *Scand J Urol Nephrol*. 1996; 30 (6):465-71.
18. Videla FL, Wall LL. Stress incontinence diagnosed without multichannel urodynamic studies. *Obstet Gynecol*. 1998; 91(6): 965-8.
19. Carey MP, Dwyer PL, Glenning PP. The sign of stress incontinence –should we believe what we see? *Aust NZJ. Obstet Gynaecol*. 1997; 37 (4): 436-9.
20. Caetano AS, Tavares MCGCF, Lopes MHB. Incontinência urinária e a prática de atividades físicas. *Rev Bras Med Esp*. 2007; 13(4), 174-9.

21. Sze EHM, Jones WP, Ferguson JL, Backer CD, Dolezal JM. Prevalence of urinary incontinence symptoms among black, white, and Hispanic women. *Obstet Gynecol.* 2002; 99(4):572.
22. Latini JM, Kreder KJJ. Associated pelvic organ prolapse in women with stress urinary incontinence: when to operate? [Reconstr surg] *Current Opinion in Urology*, 2005; 15(6): 380-385.
23. Arya LA, Myers DL, Jackson ND. Dietary caffeine intake and the risk detrusor instability: a case-control study. *Obstet Gynecol.* 2000; 96(1):85-8.
24. Thom DH, Van den Eeden SK, Brow JS. Reproductive and hormonal risk factors for urinary incontinence in later life: a review of the clinical and epidemiologic literature. *J Am Geriatr Soc.* 1998; 46:1422-7.
25. Higa R, Lopes MHBM, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária. *Revista Escola Enfermagem. USP.* 2008, 42 (1):92.
26. Feldner Jr PC, Sartori MGF, Lima GR, Baracat EC, Girão MJBC. Diagnóstico clínico e subsidiário da incontinência urinária. *Rev Bras Ginec Obst.* 2006, 28 (I):54-62.
27. Wroclawski ER, Bezerra CA, Barelli Júnior Milton. Avaliação diagnóstica in: Rubinstein I. *Incontinência Urinária na mulher.* São Paulo: Atheneu, 2001.
28. Hald T, Bradley WE. Urodynamic in: Hald T, Bradley WE. *The urinary bladder.* Baltimore, Williams e Wilkins, 1982: 37-47.
29. Tamanini JTN, D'Ancona CAL, Botega NJ, Netto NR. Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária *Rev Saú Púb.* 2003; 37(2):203-11.
30. Palma PC, Rocha FET. *Manual de Urodinâmica.* São Paulo: Planamark, 2007.
31. D'Ancona CAL, Rocha FET. *Manual de Urodinâmica.* São Paulo: Planmrk, 2007.
32. Mcguire EJ, Fitzpatrick CC, Wan J. Clinical assesiment of uret hral sphineter function. *J Urol.* 1993; 150:1482-4.

33. Teba del Pino F, Vírseda CM, Salinas CJ, Arredondo MF, Fernández LA, Fernández LC. Female urinary incontinence: clinicalurodynamic correlation. *Arch Esp Urol*. 1999; 52 (3):237-42.
34. Feldner PC, Bezerra PLRS, Oliveira E, Sartori MGF, Baracat EC, Lima GR, MJBC Girão. Reprodutibilidade Interobservador da Classificação da Distopia Genital proposta pela Sociedade Internacional de Continência. *Rev Bras Ginec Obst*. 2003, 25(5).
35. Schaeffer AJ, Clemens JQ, Ferrari M, Stamey TA. The male bulbourethral sling procedure for post-radical prostatectomy incontinence. *J Urol*. 1998;159:1510.
36. Walsh PC, Partin AW, Epstein JI. Cancer control and quality of life following anatomical radical retropubic prostatectomy: results at 10 years. *J Urol*. 1994; 152(5):1831-1833.
37. Chandra M. Nocturnal enuresis in children. *Curr Opin Pediatr*. 1998; 10:167-73.
38. Baden e Walker in: Bezerra PLRS, Oliveira E, Sartori MGF, Baracat EC, Lima GR, MJBC Girão. Comparação entre as terminologias Padronizadas por Baden e Walker e pela ICS para o Prolapso Pélvico Feminino. *Rev. Bras Ginec Obst*, 2004, 26 (6).
39. Pereira MG. *Epidemiologia: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara, 2007.
40. Reis RB. Incontinência urinária no Idoso. *Acta Cirúrgica Brasileira*. 2003;18 (5).
41. Guarisi T, Pinto-Neto AM, Osis MJ, Pedro AO, Costa-Paiva LH, Faundes A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. *Rev Saú Púb*. 2001; 35(5): 428-35.
42. Dios-Diz JM, Rodríguez-Lama M, Martínez-Calvo J, Rodríguez-Pérez C, Melero-Brezo M, García-Cepeda JR. Prevalencia de la incontinencia urinária em personas mayores de 64 años en Galicia. *Gac Sanit*. 2003; 17(5): 29-39.
43. Silva PN, Mateus P, Barros H. Prevalência e Gravidade de incontinência urinária em mulheres do Porto. *Rev Epid Arq Med*, 1999; 13 (5):16-19.

44. Moreno AL. Eletroestimulação Funcional do Assoalho Pélvico. In: Fisioterapia em Uroginecologia. São Paulo: Manole, 2004.
45. Felix IJ. Avaliação da Qualidade de Vida de mulheres portadoras de incontinência urinária de esforço. [Dissertação de Mestrado]. Fortaleza, 2005.
46. Rubinstein I. Incontinência Urinária na mulher. São Paulo: Atheneu, 2001.
47. Rodrigues P. Fisiologia do assoalho pélvico in: Rubinstein I. Incontinência Urinária na mulher. São Paulo: Atheneu, 2001.
48. Oliveira TL, Oliveira P. Relação entre sintomas e achados urodinâmicos em mulheres com incontinência urinária. Rev. Acta Urol. 2010; 27(2): 21-28.
49. Lopes MHBM, Higa R. Mixed incontinence in women: a new nursing diagnosis? Int J Nurs Terminol Classif. 2003;14 (14):4.
50. De Lucia RL. Viabilidade de teste do papel no diagnóstico da incontinência urinária de esforço feminino. [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Brasília, 2009.
51. Diokno CA, Brock BM, Brown MB, Herzog AR. Prevalence of urinary incontinence and other urological symptoms in the noninstitutionalized elderly. J Urol. 1986; 136: 1022.
52. Colli E, Artibani W, Goka J, Parazzini F, Wein AJ. Are urodynamic tests useful tools for the initial conservative management of non-neurogenic urinary incontinence? A review of the literature. Eur Urol. 2003;43(1):63-9.
53. Sanne ALVL, Janneke SHvE, Ben WJN, Mark EV, Alfred LM, John PFAH, Kirsten BK. The correlation Between Clinical and Urodynamic Diagnosis in Classifying the Type of Urinary Incontinence in Women. A Systematic Review of the Literature. Rev. Neur Urod. 2011; 30:495-502.
54. Digesu GA, Athanasiou S, Chaliha C, Michalas S, Salvatore S, Selvaggi L, et al. Urethral retro-resistance pressure and urodynamic diagnoses in women with lower urinary tract symptoms. BJOG. 2006;113(1):34-8.

55. Bezerra PLRS, Oliveira E, Sartori MGF, Baracat EC, Lima GR, MJBC Girão. Comparação entre as terminologias Padronizadas por Baden e Walker e pela ICS para o Prolapso Pélvico Feminino. Rev. Bras Ginec Obst. 2004; 26 (6).
56. Jensen JK, Nielsen FR, Ostergard DR. The role of patient history in the diagnosis of urinary incontinence. Obstet Gynecol. 1994;83:904-10.

APENDICE 01 - FICHA UROGINECOLOGIA



GOVERNO DE ESTADO DE MATO GROSSO SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DE CÁCERES

FICHA UROGINECOLOGIA

Paciente: _____ DN: ____/____/____
 Registro: _____
 Endereço: _____ Fone: _____
 Idade: _____ Raça: _____ Estado Civil: _____ Profissão: _____ Naturalidade: _____
 Nível Escolaridade : _____ Renda Familiar : _____
 QP: _____
 HPMA: _____
 Sintomas Urinários e Correlações: _____
 Antecedentes Familiares: _____
 Antecedentes Pessoais: _____
 Clínicos: _____
 Cirúrgicos: _____
 Antecedentes G-Obstétricos-Sexuais: _____
 Menarca: _____ DUM: _____
 G: P: Ab: Ces: Durante TP Fora TParto P.N: (Uso de Fórceps Sim Não)
 Idade: na 1ª gestação: _____ anos; e na última gestação: _____ anos.
 Peso dos RNs: o menor: _____ kg. o maior: _____ kg.
 Ciclos Menstruais Atuais:
 Regulares: ____/____ x ____ dias Irreg: Oligomenorréia Amenorréia Polimenorréia
 Volume menstrual: Normal Aumentado
 Dismenorréia Não Tem Tem sempre ocasional Intensidade: leve moderada
 intensa variável
 Menopausa: _____ anos. Natural Cirúrgica Terapia Hormonal: _____
 Coitarca: _____ Frequência Semanal: _____ Nº parceiros: _____ Libido: _____ Orgasmo: _____
 Dispareunia: Não Sim: (Profunda Superficial) Vagina "flácida": Sim Não

HÁBITOS DE VIDA:

Tabagismo: Não Sim:
 Nº de cigarros dia: _____ Etilismo: Não Sim: _____ Quantidade: _____
 Drogas: Não Sim: Especificar: _____
 Café: _____ Chá: _____ Chocolate: _____
 Refrigerante: _____ Atividade física: Não Sim: Especificar: _____

MEDICAÇÕES EM USO:

APENDICE 02 - FICHA PARA EXAME FÍSICO

**GOVERNO DE ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE CÁCERES**

EXAME FÍSICO**EXAME GERAL:**

Peso: Altura: **IMC: (P/A²)** PA: x mmHg

Estado geral: Aparelho cárdio-respiratório:

EXAME ABDOMINO-URO-GINECOLÓGICO:**Mamas:**

Abdome: Giordano= Ptos reno-ureterais :

Genitalia Externa: Vulva: (normal, atrofia, lesões):

Genitalia Interna:(anomalias,atrofia,secreções,prolapsos,cistocele,retocele,uretrocele,diverticulouretrais,caruncula, utero,anexos) :

Exame Especular:

Região Perineal: Reconstituído Cirurg.: Laceração perineal :

Com laceração perineal:Cutâneo-Mucoso (G1) Músculo-Aponeurótico (G 2) Esfíncter Anal (G 3)

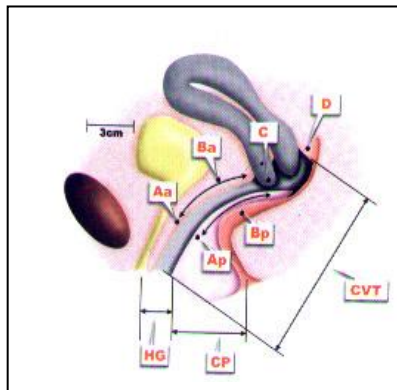
EXAME NEUROLOGICO: (inerv vesical motora S2-S3: reflexos patelar, abd, anal)

(sensibilidade: perineal, perianal)

(tonicidade perineal e anal: reflexo bulbo-cavernoso):

TESTES DE ESFORÇO:

PERDA **Sim:** **Não :** Sincrônica Não Sincrônica
 Em Jato Em Gotas
 Posição Ginecológica Posição Ortostática

CLASSIFICAÇÃO (Bump,1996):

Aa Ponto "A" anterior	Ba Ponto "B" anterior	C Colo ou Cúpula Vaginal
H. G. Hiato Genital	C. P. Corpo Perineal	C.V.T. Comprimento Vaginal Total
Ap Ponto "A" Posterior	Bp Ponto "B" Posterior	D Fórnice vaginal Posterior

Estadiamento Clínico:**Hipótese Diagnóstica:**

Exames Subsidiários: –1-urinal() 2- Urocultura () 3-glicemia jejum() 4-creatinina() 5-citologia cervical () 6-hemograma () 7-coagulograma () 8- Estudo Urodinâmico () 9-Uretrocistoscopia () 10-Urografia Excretora ou TC () 11 -USG Vias Urinárias () 12-Diário Miccional () 13-Risco Cirúrgico () 14- Outros:

Orientação do Caso:

Data:

Médico:

ANEXO 01 - TERMO DE CONCORDÂNCIA**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE CÁCERES DR. ANTONIO FONTES****TERMO DE CONCORDÂNCIA**

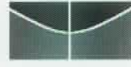
Eu, Jonas Alves Ribeiro, Diretor Geral do Hospital Regional de Cáceres “Dr. Antonio Fontes”, estou de acordo com a realização neste serviço, da pesquisa: “Perfil Epidemiológico em Mulheres com Incontinência Urinária e o Estudo Urodinamico” de responsabilidade do pesquisador Dr. José Esteves de Souza Junior, para Pós-Graduação (Mestrado), após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília. O estudo envolve realização de pesquisa nos prontuários das pacientes atendidas no Ambulatório de Uroginecologia do Complexo Regional de Saúde.

Cáceres-MT, 14 de julho de 2010.

Jonas Alves Ribeiro
Diretor Geral – HRCAF

Jonas Alves Ribeiro
Jonas Alves Ribeiro
Diretor Geral - Orientador Despesas
Port. Nº 100/2010/SECRET. D.O. 11.05.10
Hospital Regional de Cáceres

ANEXO 02 - APROVAÇÃO COMITE DE ETICA



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **031/10**

Título do Projeto: “Perfil epidemiológico em mulheres com incontinência urinária e estudo urodinâmico”.

Pesquisador Responsável: Jose Esteves de Souza Junior

Data de Entrada: 16/03/10

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **031/10** com o título: “Perfil epidemiológico em mulheres com incontinência urinária e estudo urodinâmico”, analisado na 6ª Reunião Ordinária, realizada no dia 13 de julho de 2010.

O pesquisador responsável fica, desde já, notificado da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 22 de julho de 2010.

Prof. Volnei Garrafa
Coordenador do CEP-FS/UnB

Souza Jr. JE.

Incontinência urinária e estudo urodinâmico: perfil epidemiológico das mulheres, atendidas no Complexo Regional de Saúde de Cáceres – MT, no período de 2007 a 2009, por José Esteves de Souza Júnior. [Dissertação de Mestrado] Orientador: Prof. Dr. Carlos Arturo Levi D`Ancona. Brasília: Universidade de Brasília, 2011. 61 páginas.

1. Incontinência Urinária na mulher, 2.Sintomas de incontinência urinária, 3.Avaliação Urodinâmica, 4. Fatores de risco.

CDU