

Prevalência de incontinência urinária, impacto na qualidade de vida e fatores associados em usuárias de Unidades de Atenção Primária à Saúde

Prevalence of urinary incontinence, impact on quality of life and associated factors in users of Primary Health Care Units

Camila Amâncio Alves 

Denise Cristina Cardoso Ferreira 

Marina Ferreira de Lima 

Karoline Amaral Coimbra 

Camila Teixeira Vaz 

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brasil

Data da primeira submissão: Abril 23, 2021

Última revisão: Junho 20, 2021

Aceito: Agosto 5, 2021

Editora associada: Maria Augusta Heim

* Correspondência: deniseccardosof@gmail.com

Resumo

Introdução: A incontinência urinária (IU) causa considerável impacto negativo na qualidade de vida, ocasionando prejuízo psicossocial, emocional e higiênico, além de alto custo para o sistema de saúde e limitações nas atividades de vida diária. **Objetivo:** Descrever a proporção de mulheres com IU e o seu impacto na qualidade de vida, bem como investigar os fatores associados a essa condição de saúde entre usuárias de Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Governador Valadares, MG. **Métodos:** Estudo transversal realizado entre mulheres usuárias de UAPS do município. Um questionário elaborado pelas pesquisadoras foi utilizado para coleta de dados. As participantes que relataram queixa de perda urinária em qualquer situação responderam ao *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF). **Resultados:** Participaram do estudo 201 mulheres. A proporção de mulheres com incontinência urinária foi de 36,32% e entre essas o escore do ICIQ-SF teve mediana igual a 7 pontos, indicando impacto moderado na qualidade de vida. A incontinência urinária associou-se à idade, renda, índice de massa corporal e paridade. **Conclusão:** A proporção de mulheres com IU está de acordo com a prevalência descrita pela *International Continence Society* (ICS), impactando moderadamente na qualidade de vida, o que indica uma normalização do problema. Ademais, a IU esteve associada à idade, renda, IMC e número de gestações. Assim, estratégias de educação em saúde para esse grupo são necessárias, a fim de prevenir e tratar a IU nas UAPS, bem como ações intersetoriais para melhorar a renda da população, no sentido de controlar os fatores de risco que são modificáveis.

Palavras-chave: Atenção Primária. Qualidade de vida. Incontinência urinária. Saúde da Mulher.

Abstract

Introduction: Urinary incontinence (UI) has a considerable negative impact on quality of life, resulting in psychosocial, emotional and health impairment, high costs to the health system and limited activities of daily living. **Objective:** To describe the proportion of women with UI and its impact on quality of life (QOL), and investigate the factors associated with this condition among users of Primary Health Care Units (PHCUs) in the municipality of Governador Valadares, Minas Gerais state (MG), Brazil. **Methods:** Cross-sectional study with female users of the municipal PHCUs. A questionnaire compiled by the researchers was used for data collection. Participants who reported urine leakage in any situation completed the International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF). **Results:** A total of 201 women took part in the study, 36.32% of whom had UI and obtained a score of 7, indicating a moderate impact on their QOL. Urinary incontinence was associated with age, income, body mass index and parity. **Conclusion:** The proportion of women with UI corroborates the prevalence described by the International Continence Society (ICS), moderately impacting quality of life and indicating normalization of the problem. Urinary incontinence was also correlated with age, income, BMI and number of pregnancies. This demonstrates the need for health education strategies at PHCUs to prevent and treat UI in this group, as well as intersectoral activities to improve the income of the population in order to control modifiable risk factors.

Keywords: Primary Health Care. Quality of life. Urinary incontinence. Women's Health.

Introdução

A incontinência urinária (IU) é definida como qualquer queixa de perda involuntária de urina e acomete principalmente as mulheres.^{1,2} Os tipos mais comuns de IU são: incontinência urinária de esforço (IUE), que é a perda involuntária de urina aos esforços como tosse ou espirro, devido ao aumento da pressão intra-abdominal; incontinência urinária de urgência (IUU), onde ocorre a perda urinária precedida de uma vontade súbita e inadiável de ir ao banheiro; incontinência urinária mista (IUM), que é a perda involuntária de urina associada aos esforços e à urgência. Além desses três tipos, existe também a síndrome da bexiga hiperativa (OAB), onde

a urgência urinária é geralmente acompanhada pelo aumento da frequência urinária e noctúria, com ou sem incontinência urinária de urgência, na ausência de infecção do trato urinário ou outra patologia óbvia.^{1,2}

Segundo a Sociedade Internacional de Continência (ICS), a prevalência de IU na população feminina varia de 25% a 45%, aumentando com a idade.² Alguns fatores de risco para o seu desenvolvimento estão descritos na literatura: idade, disfunções dos músculos do assoalho pélvico, como fraqueza muscular, hipertensão arterial, diabetes, além de fatores ginecológicos e obstétricos como cirurgias ginecológicas, menopausa, número de gestações e de partos, peso do recém-nascido, episiotomia e pelo menos um parto via vaginal mal conduzido.^{2,3}

A IU causa considerável impacto negativo na qualidade de vida, ocasionando prejuízo psicossocial, emocional e higiênico, além de alto custo para o sistema de saúde e limitações nas atividades de vida diária.⁴ Além disso, pode acarretar diminuição das atividades laborais, gerando um profissional com menor produtividade ou mesmo alteração no ritmo de trabalho, e aumento das despesas com roupa íntima, fraldas, entre outros.^{4,5}

Devido à sua alta prevalência, associada aos custos elevados com tratamento e manejo, bem como o impacto negativo na funcionalidade e na qualidade de vida das mulheres, a IU é considerada um problema de saúde pública.⁶ Dessa forma, torna-se imprescindível investigar essa condição de saúde em cenários e grupos populacionais ainda não explorados pela comunidade científica.

Considerando que até o presente momento não foram encontradas pesquisas sobre o tema conduzidas em Governador Valadares, MG, o presente estudo teve como objetivo principal descrever a prevalência de mulheres com IU e o seu impacto na qualidade de vida, como também investigar os fatores associados a essa condição entre usuárias de Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal realizado no município de Governador Valadares, MG, entre novembro de 2017 e fevereiro de 2018. A amostra foi composta por mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, usuárias de UAPS. A escolha das UAPS se deu

por meio de sorteio, sendo sorteada pelo menos uma unidade em cada uma das 19 regiões do município. Nas três maiores regiões foram sorteadas duas UAPS. Ao todo foram coletados dados em 22 UAPS das 59 existentes na cidade. Foram excluídas da amostra menores de 18 anos, gestantes, mulheres que apresentaram alguma dificuldade no entendimento das questões, impossibilitando o preenchimento dos questionários, e aquelas que se recusaram a participar do estudo.

Para as que se encaixaram nos critérios de inclusão e aceitaram participar, a coleta de dados se deu por meio de entrevista face a face, por um único entrevistador previamente treinado. Aplicou-se um questionário elaborado pelas próprias pesquisadoras, contendo 19 questões. As variáveis explicativas foram divididas em quatro blocos:

1. Demográfico e socioeconômico: idade (em anos), estado civil (casada ou com união estável), raça/cor autodeclarada (branca, não branca), escolaridade (0 a 4 anos, 5 a 8 anos, 9 a 11 anos, 12 anos ou mais) e renda familiar (até três salários mínimos e três ou mais salários mínimos).

2. Estilo de vida: tabagismo (fumante, não fumante) e prática de atividade física no lazer (como caminhada/corrida, natação e/ou hidroginástica) nas últimas quatro semanas (sim ou não).

3. Saúde: índice de massa corporal (IMC), calculado a partir do peso e altura autorrelatados (baixo peso, eutrófica, sobrepeso e obesidade); doenças autorreferidas (nenhuma, uma ou mais doenças); e autoavaliação de saúde, avaliada por meio da pergunta "Você diria que sua saúde é muito boa, boa, razoável, ruim ou muito ruim?". Essa variável foi categorizada em boa (muito boa ou boa) ou ruim (razoável, ruim e muito ruim).

4. História ginecológica e obstétrica: menopausa (sim ou não); terapia de reposição hormonal (sim ou não); cirurgia pélvica prévia (sim ou não); número de gestações (quantidade); tipo de parto (vaginal, cesárea, vaginal e cesárea); uso de fórceps (sim ou não); realização de episiotomia (sim ou não); e peso do maior recém-nascido (em quilos).

Questionou-se também sobre a presença ou não de sintomas de IU. Esta foi medida por meio da seguinte questão: "Você alguma vez perdeu urina ao tossir ou espirrar, antes de chegar ao banheiro, quando estava fazendo alguma atividade física ou sem razão óbvia nas últimas quatro semanas?", adaptada da primeira

pergunta do *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF). As mulheres que relataram perda de urina em qualquer uma das situações foram consideradas com sintomas de IU e responderam o ICIQ-SF.

O ICIQ-SF é um questionário específico e breve que avalia o impacto da IU na qualidade de vida e qualifica as perdas urinárias das mulheres, sendo traduzido e validado para a população brasileira. Este instrumento é composto por quatro questões que avaliam a frequência, a gravidade e o impacto da IU, além de um conjunto de oito itens de autodiagnóstico relacionados às causas ou situações de IU vivenciadas pelas mulheres. O escore total do questionário é dado pela soma das três primeiras questões e varia de zero a 21 pontos, sendo maior o impacto da IU na qualidade de vida quanto maior for a pontuação.⁷

Nas análises descritivas foram calculadas as frequências para as variáveis categóricas e para o score do ICIQ-SF, idade, número de gestações e peso do maior recém-nascido. Devido à distribuição não paramétrica, foram estimados a mediana e o intervalo interquartil. Para verificar a associação entre a presença de sintomas de IU e as variáveis explicativas categóricas foram utilizados os testes qui-quadrado e exato de Fisher, este quando as caselas possuíam valores esperados menores do que 5. A associação entre a variável resposta e a idade, número de gestações e peso do maior recém-nascido foi verificada por meio do teste de Mann Whitney, por se tratar de uma distribuição não normal. As análises foram realizadas no software STATA versão 13.0, considerando nível de significância de 5%.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, CAAE 72527917.2.0000.5147, e todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Participaram do estudo 201 mulheres com mediana de idade de 46 anos. A maior parte era casada ou com união estável (67,7%) e possuía ensino médio (45,3%). Quanto à renda, 78,6% apresentavam renda familiar inferior a três salários mínimos e a maioria (65,7%) se autodeclarou não branca. Em relação ao estilo de vida, a maioria das mulheres não fumava (96,02%) e não praticava atividade física (72,6%). Sobre a saúde das

participantes, aproximadamente metade era eutrófica (50,8%), a maioria não possuía nenhuma doença (61,1%) e 74,6% autoavaliaram a sua saúde como boa (Tabela 1).

Quanto à história ginecológica e obstétrica, a maioria das mulheres não estava na menopausa (75,6%) e 65,2% já haviam realizado cirurgia pélvica prévia. A mediana do número de gestações foi igual a 2. A maior parte das mulheres teve somente parto via vaginal (44,56%), sem uso de fórceps (89,3%), mas com realização de episiotomia (60,1%) (Tabela 2).

Tabela 1 - Caracterização da amostra quanto às variáveis demográficas e socioeconômicas, estilo de vida e saúde

Variáveis	n (mediana)	Total (n = 201) %(1Q-3Q)
Idade (anos)	46	38-55
Estado civil		
Casada ou com união estável	136	67,6
Escolaridade (anos)		
0 a 4	46	22,9
5 a 8	36	17,9
9 a 11	91	45,3
≥ 12	28	13,9
Renda		
Até 3 salários mínimos	158	78,6
IMC		
Eutrófico	102	50,8
Sobrepeso	57	28,4
Obesidade	42	20,9
Raça		
Branca	69	34,3
Não Branca	132	65,7
Tabagismo		
Não fumante	193	96,0
Atividade física		
Sim	55	27,4
Comorbidade¹		
Sim	123	61,1
Autopercepção		
Boa	150	74,6

Nota: IMC = índice de massa corporal. ¹Mulheres que autorrelataram uma ou mais doenças, tais como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, entre outras.

Tabela 2 - Caracterização da amostra quanto às variáveis ginecológicas e obstétricas

Variáveis	n (mediana)	Total (n = 201) %(1Q-3Q)
Menopausa		
Sim	49	24,4
TRH		
Sim	13	6,5
Cirurgia pélvica prévia		
Sim	131	65,2
Número de gestações	2	2,0 - 3,0
Tipo de parto		
Vaginal	86	44,5
Cesárea	80	41,5
Vaginal e cesárea	27	13,9
Fórceps¹		
Sim	12	10,6
Episiotomia²		
Sim	68	60,1
PMRN	3,5	3,2 - 3,8

Nota: TRH = terapia de reposição hormonal; PMRN = peso do maior recém-nascido. ¹Sessenta e oito participantes tiveram parto cesárea, portanto não há informação do uso de fórceps e episiotomia; a amostra total para essas variáveis foi de 133. ²Oito perdas de participantes que não lembraram dessa informação.

A proporção de mulheres com IU foi de 36,32% (IC95%: 29,61% - 43,02%). O escore do ICIQ-SF teve uma mediana igual a 7 pontos, sendo 5 pontos correspondente ao primeiro quartil e 9 ao terceiro.

Os dados da Tabela 3 mostram os resultados das análises de associação. Segundo esses achados, a IU associou-se à idade ($p = 0,042$), à renda ($p = 0,045$), ao IMC ($p = 0,020$) e ao número de gestações ($p = 0,002$). As demais variáveis não estiveram associadas à IU na amostra investigada.

Discussão

O perfil das participantes deste estudo é semelhante à amostra de outros estudos internacionais e nacionais, especialmente para as principais características demográficas, socioeconômicas, clínicas e história obstétrica, com exceção da escolaridade.^{4,8,9}

Tabela 3 - Associação entre incontinência urinária (IU) e as variáveis investigadas

Variáveis	Mulheres sem IU		Mulheres com IU		p-valor
	n (mediana)	% (1Q-3Q)	n (mediana)	% (1Q-3Q)	
Idades (anos)	44	38 - 53	49	40 - 59	0,041*
Estado civil					
Casada ou com união estável	39	30,5	26	35,6	0,453
Solteira/ Viúva/Divorciada	89	69,5	47	64,4	
Escolaridade (anos)					
0 a 4	26	20,3	20	27,4	0,241
5 a 8	21	16,4	15	20,6	
9 a 11	59	46,0	32	43,8	
≥ 12					
Renda (salário mínimo)					
Até 3	95	74,2	63	86,3	0,045**
3 ou mais	33	25,8	10	13,7	
Índice de massa corporal					
Eutrófico	70	54,7	32	43,8	0,020*
Sobrepeso	39	30,5	18	24,7	
Obesidade	19	14,8	23	31,5	
Raça					
Branca	41	43,9	28	25,1	0,716
Parda	64	61,1	32	34,9	
Negra	17	17,8	11	10,2	
Outras	6	5,1	2	2,9	
Tabagismo					
Fumante	5	5,1	3	2,9	0,652
Ex fumante	17	19,1	13	10,9	
Nunca fumou	106	103,8	57	59,2	
Atividade física					
Sim	40	31,3	15	20,6	0,102
Não	88	68,8	58	79,5	
Comorbidade¹					
Não	83	64,8	40	54,7	0,273
Sim	45	35,1	33	45,2	
Autopercepção					
Boa	101	78,9	49	67,1	0,065
Ruim	27	21,0	24	32,8	
Menopausa					
Sim	28	21,9	21	28,8	0,274
Não	100	78,1	52	71,2	
Terapia de reposição hormonal					
Sim	10	8,3	3	4,7	0,382
Não	118	119,7	70	68,3	
Cirurgia pélvica prévia					
Sim	81	63,3	50	68,5	0,456
Não	47	36,7	23	31,5	
Número de gestações					
	2	1 - 3	3	2 - 4	0,021*
Tipo de parto					
Vaginal	48	40,0	38	52,1	0,091
Cesárea	57	47,5	23	31,5	
Vaginal e cesárea	15	12,5	12	16,4	
Fórceps					
Sim	6	9,5	6	12,0	0,671
Não	57	90,4	44	88,0	
Episiotomia					
Sim	34	53,9	34	68,0	0,132
Não	29	46,0	16	32,0	
PMRN	3,47	3,15 - 3,8	3,6	3,24 - 3,95	0,067

Nota: PMRN = peso do maior recém nascido. ¹Mulheres que autorrelataram uma ou mais doenças, tais como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, entre outras. *Teste exato de Fisher significativo a 5%. **Teste de Qui Quadrado significativo a 5%.

Os resultados do presente estudo apontam que apesar de as mulheres terem baixa renda, elas apresentam um nível de escolaridade maior, contrariando pesquisas desenvolvidas no Brasil onde a maioria das mulheres apresentava escolaridade até ensino fundamental completo.^{4,8} Esse fato pode ser explicado pela idade das participantes, pois como trata-se de uma amostra de meia-idade, elas podem ter tido oportunidades de estudo diferenciadas de mulheres mais velhas, população-alvo desses outros estudos. O que observa-se, de fato, é que indivíduos atendidos pelo Sistema Único de Saúde apresentam como características baixa escolaridade e baixa renda, enquanto indivíduos atendidos pelo sistema privado apresentam maior escolaridade, maior renda e plano de saúde privado.¹⁰

Em relação à proporção de mulheres com IU, o presente estudo encontrou um valor de aproximadamente 36%. Este resultado está de acordo com a prevalência de IU descrita pela ICS, que varia entre 25% e 45% entre a população feminina.² Outros estudos realizados no Brasil, contudo, encontraram diferentes prevalências de IU para diferentes faixas etárias. Junqueira e colaboradores¹¹ encontraram prevalência de 28% de IU em uma amostra de mulheres com média de idade de 47,9 anos. Já estudo de base populacional realizado no estado de São Paulo, no ano de 2016, encontrou uma prevalência de 52,3% de IU em mulheres acima de 50 anos.⁴

Quanto à qualidade de vida, a mediana do escore do ICIQ-SF observada neste estudo foi de 7 pontos, o que é considerado um impacto moderado (6-12) na qualidade de vida dessas mulheres.¹² Estudo recente de Alencar-Cruz e Lira-Lisboa,¹³ realizado em mulheres incontinentes com média de idade de 45,12 anos, identificou comprometimento em todos os domínios da qualidade de vida avaliados pelo *King's Health Questionnaire*, sendo que os piores escores foram pontuados no que se refere ao impacto da IU sobre a qualidade de vida (média de 60,62). As evidências científicas apontam que a IU impacta consideravelmente a qualidade de vida de mulheres com essa condição de saúde, pois acarreta prejuízos psicossociais, emocionais e higiênicos, afeta encontros religiosos e viagens, além de dificultar a realização de atividades físicas e outras atividades de vida diária.^{4,13-15} O impacto moderado observado na amostra investigada pode ser devido ao fato de se tratar de mulheres que estavam nas UAPS

esperando para serem atendidas por outros problemas de saúde. Além disso, 67,12% das mulheres com IU autoavaliaram sua saúde como boa; é possível, portanto, que elas vejam a IU como um problema de saúde que apresenta pequeno impacto na qualidade de vida e que, conseqüentemente, não necessita de tratamento.

Finalmente, neste estudo, a IU esteve associada à idade, renda, IMC e ao número de gestações. A literatura sobre o tema aponta que a prevalência de IU aumenta com a idade, como já mencionado anteriormente.^{4,16} Isso se deve ao processo de envelhecimento, que é um dos principais fatores de risco para a IU. Esse processo provoca uma diminuição de estrogênio em mulheres na menopausa, bem como diminuição de fibras elásticas e fibras musculares, gerando um enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico (MAP).¹⁷ Deficiências nessa musculatura podem reduzir a pressão de fechamento e suporte do canal uretral, alterando os mecanismos de continência urinária.¹⁸

Liu et al.⁹ corroboram os resultados deste estudo ao observarem que a renda está associada ao desenvolvimento de IU. Segundo os autores, esse achado pode ser explicado pelo fato de indivíduos de baixa renda terem acesso restrito a serviços de saúde e ao fato dessas pessoas terem ocupações que exigem um esforço maior, sobrecarregando os MAP. Os autores concluíram que pessoas com renda maior geralmente adotam medidas preventivas como estilo de vida saudável, exercício físico frequente e controle de peso, reduzindo o risco de desenvolvimento de IU.⁹ Ademais, estudos epidemiológicos têm sido categóricos no que diz respeito à associação da renda com desfechos relacionados à saúde, apontando a baixa renda como um importante fator de risco para diversas doenças, como dislipidemia, doenças cardíacas, do sistema nervoso, respiratórias e diabetes,^{4,9,19,20} bem como microcefalia relacionada ao Zika vírus.²¹ Semelhante ao mencionado acima, uma possível explicação para a associação entre a renda e demais eventos relacionados à saúde nesses estudos epidemiológicos é que pessoas que apresentam uma melhor renda possuem um maior acesso aos bens e serviços de saúde.^{4,9,19-21}

Quanto ao IMC, um estudo brasileiro de base populacional⁴ corrobora os resultados do presente estudo, uma vez que encontrou associação entre IMC e IU. A literatura aponta o sobrepeso e a obesidade como fatores de risco para a IU.² Há evidências de que a obesidade aumenta a pressão intra-abdominal,

predispondo à IU de esforço, pois esse aumento sobrecarrega os MAP, o tecido conjuntivo e a inervação do assoalho pélvico, o que pode levar a danos estruturais evidentes ou disfunção neurológica.^{2,22} Por outro lado, a síndrome metabólica associada à obesidade predispõe à IU de urgência.²

Em relação ao número de gestações, Nobrega et al.²³ mostram uma associação entre multiparidade e IU, o que corrobora com os resultados do presente estudo. No período gestacional ocorrem alterações anatômicas e fisiológicas dos MAP, diminuindo sua função de continência urinária e, por isso, a gestação é considerada um importante fator de risco para a IU.² Além disso, a produção de hormônios durante esse período, como a relaxina, que atua no relaxamento de ligamentos e estruturas, bem como a multiparidade, que aumenta a resposta à dose hormonal, podem resultar em maior suscetibilidade à IU nas gestações subsequentes.²⁴

Algumas limitações metodológicas deste estudo devem ser levadas em consideração quando da interpretação dos resultados. A primeira reside na falta de um diagnóstico clínico de IU. Outra potencial limitação é o viés de informação, uma vez que os dados foram autorreferidos, coletados por meio de aplicação de questionários. Além disso, dada a natureza transversal do desenho do estudo, pode-se citar a dificuldade em estabelecer uma relação temporal entre a IU e os fatores associados, impossibilitando conclusões sobre relação causal. Por fim, as conclusões deste estudo não podem ser extrapoladas para a população geral, pois o estudo foi realizado com uma amostra de conveniência, em mulheres usuárias dos serviços de saúde, e estas podem ser diferentes das mulheres da comunidade em geral. Por fim, não houve cálculo amostral para se determinar o tamanho da amostra.

Conclusão

Apesar das limitações apontadas, esse estudo é importante para o município de Governador Valadares, MG, por ser o primeiro a investigar o tema.

É possível concluir que a proporção de mulheres com IU na cidade está de acordo com a prevalência descrita pela ICS e que ela impacta moderadamente a qualidade de vida das mesmas. Esses achados poderão nortear gestores e profissionais de saúde locais na

proposição de ações de promoção de saúde, prevenção e tratamento da IU, de acordo com a realidade e o contexto em que essas mulheres estão inseridas.

Considerando os fatores associados à IU que são modificáveis (IMC e renda), os serviços de saúde, especialmente as UAPS, podem elaborar estratégias para a prevenção dessa condição de saúde, como a criação de grupos operativos específicos para o treinamento dos MAP e o estímulo à prática de atividade física e à alimentação saudável para se reduzir o IMC. Com relação à renda, ações intersetoriais, como políticas educacionais e econômicas para melhorar a renda dessa população devem ser adotadas pelos gestores do município. Por fim, é possível criar grupos operativos específicos para as mulheres, com exercícios de treinamento dos MAP para prevenir e/ou tratar a IU.

Contribuição dos autores

CAA e CTV contribuíram com a formulação da ideia, delineamento do estudo, hipótese e objetivo do trabalho. Todas as autoras contribuíram na análise estatística, escrita do manuscrito, revisão e aprovação da versão final.

Referências

1. Haylen TB, Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J.* 2010;21(1):5-26. DOI
2. Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A. *Incontinence.* 6 ed. Tóquio: The International Consultation on Urological Diseases; 2017.
3. Higa R, Lopes MHBM, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42(1):187-92. DOI
4. Reigota RB, Pedro AO, Machado VSS, Costa-Paiva L, Pinto-Neto AM. Prevalence of urinary incontinence and its association with multimorbidity in women aged 50 years or older: A population-based study. *Neurourol Urodyn.* 2016;35(1):62-8. DOI

5. Lopes MHBM, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(1):34-41. [DOI](#)
6. Imamura M, Abrams P, Bain C, Buckley B, Cardozo L, Cody J, et al. Systematic review and economic modelling of the effectiveness and cost-effectiveness of non-surgical treatments for women with stress urinary incontinence. *Health Technol Assess*. 2010;14(40):1-118. [DOI](#)
7. Tamanini JTN, Dambros M, D'Ancona CAL, Palma PCR, Netto Jr NR. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF). *Rev Saude Publica*. 2004;38(3):438-44. [DOI](#)
8. Figueiredo EM, Lara JO, Cruz MC, Quintão DMG, Monteiro MVC. Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de serviço de fisioterapia uroginecológica da rede pública. *Rev Bras Fisioter*. 2008;12(2):136-42. [DOI](#)
9. Liu B, Wang L, Huang SS, Wu Q, Wu DL. Prevalence and risk factors of urinary incontinence among Chinese women in Shanghai. *Int J Clin Exp Med*. 2014;7(3):686-96. [Link de acesso](#)
10. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. *Cienc Saude Coletiva*. 2006;11(4):1011-22. [DOI](#)
11. Junqueira JB, Santos VLGC. Incontinência urinária em pacientes hospitalizados: prevalência e fatores associados. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017;25:e2970. [DOI](#)
12. Klovning A, Avery K, Sandvik H, Hunskaar S. Comparison of two questionnaires for assessing the severity of urinary incontinence: The ICIQ-UI SF versus the incontinence severity index. *Neurourol Urodyn*. 2009;28(5):411-5. [DOI](#)
13. Alencar-Cruz JM, Lira-Lisboa L. O impacto da incontinência urinária sobre a qualidade de vida e sua relação com a sintomatologia depressiva e ansiedade em mulheres. *Rev Salud Publica*. 2019;21(4):e200. [DOI](#)
14. Aoki Y, Brown HW, Brubaker L, Cornu JN, Daly JO, Cartwright R. Urinary incontinence in women. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;3:17042. [DOI](#)
15. Lim R, Liong ML, Leong WS, Lau YK, Khan NAK, Yuen KH. The impact of stress urinary incontinence on individual components of quality of life in Malaysian women. *Urology*. 2018;112:38-45. [DOI](#)
16. Cerruto MA, D'Elia C, Aloisi A, Fabrello M, Artibani W. Prevalence, incidence and obstetric factors' impact on female urinary incontinence in europe: a systematic review. *Urol Int*. 2013;90(1):1-9. [DOI](#)
17. Silva LWS, Lucas TQC, Santos SSO, Novaes VS, Pires EPOR, Lodovici FMM. Fisioterapia na incontinência urinária: olhares sobre a qualidade de vida de mulheres idosas. *Rev Kairos*. 2017;20(1):221-38. [DOI](#)
18. Mourão LF, Luz MHBA, Marques ADB, Benício CDAV, Nunes BMVT, Pereira AFM. Caracterização e fatores de risco de incontinência urinária em mulheres atendidas em uma clínica ginecológica. *Estima*. 2017;15(2):82-91. [DOI](#)
19. Marques LP, Schneider IJC, Giehl MWC, Antes DL, d'Orsi E. Fatores demográficos, condições de saúde e hábitos de vida associados à incontinência urinária em idosos de Florianópolis, Santa Catarina. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(3):595-606. [DOI](#)
20. Greer JA, Xu R, Propert KJ, Arya LA. Urinary incontinence and disability in community-dwelling women: a cross-sectional study. *Neurourol Urodyn*. 2015;34(6):539-43. [DOI](#)
21. Gonçalves AE, Tenório SDB, Ferraz PCS. Aspectos socioeconômicos dos genitores de crianças com microcefalia relacionada ao Zika vírus. *Rev Pesq Fisio*. 2018;8(2):155-66. [DOI](#)
22. Richter HE, Creasman JM, Myers DL, Wheeler TL, Burgio KL, Subak LL. Urodynamic characterization of obese women with urinary incontinence undergoing a weight loss program: The Program to Reduce Incontinence by Diet and Exercise (PRIDE) trial. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008;19(12):1653-8. [DOI](#)
23. Nobrega AM, Patrizzi LJ, Walsh IAP. Associação entre a incontinência urinária, características ginecológicas, obstétricas, miccionais e qualidade de vida de mulheres. *Medicina*. 2015;48(4):349-58. [Link de acesso](#)
24. Santini ACM, Santos ES, Vianna LS, Bernardes JM, Dias A. Prevalência e fatores associados à ocorrência de incontinência urinária na gestação. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2019;19(4):967-74. [DOI](#)