

BRENDA STEFANY CAMÕES TORRES

**Prevalência de Incontinência
Urinária em mulheres na idade fértil,
Rio de Janeiro, Brasil.**

BRENDA STEFANY CAMÕES TORRES

**PREVALÊNCIA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES NA IDADE
FÉRTIL, RIO DE JANEIRO, BRASIL.**

Trabalho de conclusão de curso apresentada à coordenação do Curso de Fisioterapia, como cumprimento parcial das exigências para conclusão do curso.

Orientadora: Luciana Castaneda Ribeiro

T693

Torres, Brenda Stefany Camões
Prevalência de Incontinência Urinária em Mulheres na Idade
Fértil, Rio de Janeiro, Brasil. / Brenda Stefany Camões Torres, 2020.
35f.

Orientador(a): Prof^a. Luciana Castaneda Ribeiro

Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em Fisioterapia) –
Instituto Federal do Rio de Janeiro, 2020.

1. Incontinência urinária. 2. Urologia. 3. Epidemiologia. 4. Saúde da Mulher. 5. Saúde Pública. I. Instituto Federal do Rio de Janeiro. Campus Realengo. II. Ribeiro, Luciana Castaneda. III. Título.

COBIB/CReal

CDU 615.8

IFRJ- CAMPUS REALENGO

1º SEMESTRE/2020

IFRJ – CAMPUS REALENGO

BRENDA STEFANY CAMÕES TORRES

PREVALÊNCIA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES NA IDADE FÉRTIL, RIO DE JANEIRO, BRASIL.

Trabalho de conclusão de curso apresentado à coordenação do Curso de Fisioterapia, como cumprimento parcial das exigências para conclusão do curso.

Aprovada em 11 de dezembro 2020.

Conceito: 10 (Dez)

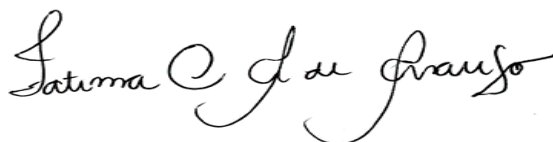
Banca Examinadora



Nome do orientador (Orientador/IFRJ)



Banca 1



Banca 2

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e toda espiritualidade amiga por me sustentar durante todos esses anos de ensino.

Um agradecimento muito especial e carinhoso a minha orientadora, Luciana, por me ensinar que o estudo por ser proveitoso, de muito respeito e leve de se fazer.

Aos meus amigos: Wallacy, Izabella, Talita, João, Matheus, Thiago, Danielle, Karol, Carol, Lara, Andresa, Letícia, Jullyana, Ieda, Bruno, Jônatas, Fernanda, Bruna, Daniel, Hoffgan, Jullyana, Sabrina, Ísis, Milena, Karine, Larissa, Maria Alice, Larissa, Nathalie e Paloma. Obrigada por terem sido os motivos dos meus sorrisos e os ombros amigos no qual sempre pude contar.

A Juliana, nada disso seria possível sem você. Seu futuro vai ser brilhante. Obrigada.

Ao Programa de Educação Tutorial em Sexualidade e Educação Sexual, que me possibilitou muito conhecimento e oportunidades no ensino, pesquisa e extensão. Em especial a minha tutora, Susana. Você é meu exemplo de profissional e docente.

Por fim, agradeço ao IFRJ que, como instituição, me possibilitou inúmeras oportunidades de conhecimento, crescimento profissional e pessoal.

PREVALÊNCIA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES NA IDADE FÉRTIL, RIO DE JANEIRO, BRASIL.

RESUMO

Contextualização: Segundo a Sociedade Internacional de Continência (ICS) considera-se Incontinência Urinária (IU) “a queixa de qualquer perda involuntária de urina”. As causas que levam a IU são diversas. A perda da continência urinária pode afetar até 50% das mulheres em alguma fase de suas vidas, afetando adversamente a mulher em sua esfera psicológica, social, física, econômica, sexual e seus relacionamentos. A Sociedade Internacional de Continência (ICS) tem recomendado o uso de questionários de qualidade de vida (QV) em todo e qualquer estudo sobre incontinência urinária. Um dos questionários de avaliação clínica para estimar a prevalência de IU é o International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF), que avalia por uma escala numérica o impacto da incontinência urinária na vida diária e é considerado como “padrão-ouro”. O **objetivo** do presente estudo é verificar a prevalência de incontinência urinária em uma amostra de mulheres na idade fértil. **Metodologia:** estudo observacional do tipo transversal com mulheres discentes, docentes e técnicas do campus Realengo do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro. Foram aplicados questionários compostos por dados sociodemográficos, dados ginecológicos, de saúde Autorreferida e o ICIQ-SF. **Resultados:** o perfil sociodemográfico das participantes foi com a média de idade de 24,74; apresenta maioria branca; solteira com ensino superior incompleto e devota de alguma religião, com predomínio do protestantismo; a maioria não possui filhos. Na avaliação de saúde autorreferida 48,2% considerou sua saúde como normal. No ICIQ-SF, 76 mulheres (56,40%) responderam que nunca haviam perdido urina, no período dos últimos três meses. **Conclusão:** Diante da prevalência considerável entre mulheres jovens é importante que o sistema de saúde reconheça a IU como um problema de saúde pública, não apenas na terceira idade, de forma que possa contribuir para maiores estratégias de prevenção, orientação e tratamento de IU.

PALAVRAS-CHAVE: Incontinência urinária; Urologia Coleta de dados; Estudos Transversais; Epidemiologia; Saúde da Mulher; Saúde Pública; Prevenção Secundária.

ABSTRACT

Background: According to the International Continence Society (ICS) urinary incontinence (UI) is considered "the complaint of any involuntary loss of urine". The causes that lead to UI are diverse. The loss of urinary continence can affect up to 50% of women at some stage of their lives, adversely affecting women in their psychological, social, physical, economic, sexual spheres and their relationships. The International Continence Society (ICS) has recommended the use of quality of life (QOL) questionnaires in any and all studies on urinary incontinence. One of the clinical evaluation questionnaires to estimate the prevalence of UI is the International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF), which evaluates by a numerical scale the impact of urinary incontinence on daily life and is considered as the "gold standard". The aim of this study is to verify the prevalence of urinary incontinence in a sample of women of childbearing age. **Methodology:** cross-sectional observational study with female students, teachers and techniques of the Realengo campus of the Federal Institute of Education, Science and Technology of Rio de Janeiro. Questionnaires composed of sociodemographic data, gynecological, self-reported health data and icIQ-SF were applied. Results: the sociodemographic profile of the participants was with a mean age of 24.74; has a white majority; single with incomplete and devout higher education of some religion, with predominance of protestantism; most have no children. In the self-reported health assessment, 48.2% considered their health as normal. In ICIQ-SF, 76 women (56.40%) answered that they had never lost urine in the period of the last three months **Conclusion:** Given the considerable prevalence among young women, it is important that the health system recognizes UI as a public health problem, not only in the elderly, so that it can contribute to greater strategies for prevention, guidance and treatment of UI.

KEYWORDS: Urinary incontinence; Urology Data collection; Cross-sectional studies; Epidemiology; Women's Health; Public Health; Secondary Prevention.

SIGLAS E ABREVIATURAS

IU - Incontinência Urinária

IUE - Incontinência Urinária de Esforço

IUM - Incontinência Urinária Mista

IUU - Incontinência Urinária de Urgência

MAP - Musculatura do Assoalho Pélvico

ICS - *International Continence Society*

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

QV – Qualidade de Vida

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. OBJETIVO.....	12
2.1 Geral.....	12
2.2 Específico.....	12
3.METODOLOGIA.....	13
3.1 Tipo de Estudo	13 Erro! Indicador não definido.
3.2 População do estudo.....	13
3.3. Critério de inclusão e exclusão.....	13
3.4. Seleção das participantes.....	13
3.5. Desenho amostral.....	13
3.6. Aspectos Éticos.....	13
3.7. Análise Estatística.....	14
3.8. Instrumento de coleta.....	14
4. RESULTADOS.....	16
5.DISSCUSSÃO.....	20
6. CONCLUSÃO.....	27
7. BIBLIOGRAFIA.....	28

1. INTRODUÇÃO

A Sociedade Internacional de Continência (ICS) caracteriza a Incontinência Urinária (IU) como qualquer queixa de perda involuntária de urina ou relatada por um cuidador (ABRAMS, 2013; DZIEKANIAK, 2019; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Segundo Abrams et al (2005) a continência urinária é feita através da sobreposição da pressão intrauretral sob a pressão intravesical, conjuntamente, com o enchimento vesical normal, eficiência do esfíncter uretral e bom suporte uretral para cooptação por meio do assoalho pélvico. As alterações anatômicas, das pressões e do assoalho pélvico podem levar a diferentes tipos de incontinência urinária (ABRAMS et al, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (2019), de acordo com os sintomas apresentados, a IU pode ser classificada em: IU de esforço, IU de urgência e IU mista. Sendo estas, a Incontinência Urinária de Urgência (IUU) caracterizada pela urgência miccional, polaciúria e noctúria, podendo ser causada por uma infecção urinária ou uma alteração, identificável ou não, da inervação vesical. A Incontinência Urinária de Esforço (IUE) é definida como perda involuntária de urina ao esforço, como na prática de exercício, em atividades como pular, ao tossir ou espirrar. A incontinência Urinária Mista (IUM) é a combinação da IUE e IUU, podendo estar associada a uma insuficiência de oclusão uretral e a hiperatividade detrusora.

A etiologia da incontinência urinária é considerada multifatorial, entre os fatores que podem contribuir se encontram: a idade avançada (BYLES et al, 2009), a menopausa com a queda dos níveis de estrógeno no organismo feminino (SILVA et al, 2017), a gravidez e o parto (WESNES et al, 2009), o Acidente Vascular Encefálico (ARKAN et al, 2018), a doença de Parkinson (PERISSINOTTO, 2015), sobrepeso e obesidade (LAMERTON et al, 2018), cirurgias pélvicas (BROWN, 2020), além do uso de fármacos que são capazes de ocasionar a diminuição do tônus muscular (HALL, 2018). A prevalência de IU se mostra mais presente na população feminina, em sua anatomia, a mulher possui menor capacidade de oclusão uretral devido à uretra ser menor, a continência não depende apenas do funcionamento adequado do esfíncter, mas também da integridade da musculatura do assoalho pélvico, assim como,

da pressão abdominal para o colo vesical, que aumenta consideravelmente, durante o período gestacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Por conseguinte, a mulher apresenta uma maior predisposição a apresentar a IU (FLEISCHMANN, 2003; HUNSKAAR, 2005).

A Sociedade Brasileira de Urologia (2006) preconiza que a perda urinária pode ser transitória ou permanente, com gotejamento mínimo ou grandes volumes, apenas após a avaliação será feito o diagnóstico. O diagnóstico de IU é feito por meio da história clínica, quantidades e tipos de partos, cirurgias pélvicas, exame físico, realização de um diário miccional, exames complementares e de imagem, estudo urodinâmico, também são avaliados o uso de alguns fármacos, neoplasias e fatores emocionais (Ministério da Saúde, 2019). Devido aos inúmeros fatores que podem contribuir para o surgimento da IU e os impactos drásticos que causam no bem-estar físico, emocional, psicológico e sexual, as mulheres com essa disfunção referem limitações (FONSECA, 2005; Ministério da Saúde, 2019). Entre as limitações, se encontram: a prática de esportes, carregar objetos, alterações nas atividades físicas, sociais, sexuais, ocupacionais e domésticas, impactando negativamente sua qualidade de vida e funcionalidade (FULTZ et al, 2003). Pessoas com IU passam a restringir sua vida social, tornando-se dependentes da disponibilidade de banheiros, preocupação com o odor da urina, uso constante de protetores e absorventes urinários, trocas constantes de roupas (WINKELMAN, 2018). Por consequência, as dificuldades e percepções vividas por cada indivíduo podem levar a transtornos emocionais, como depressão, isolamento e a busca (ou não) do tratamento (HIGA, 2008; WINKELMAN, 2018). Diante destes fatores a ICS recomenda a inclusão de medidas de qualidade de vida relacionada e funcionalidade no planejamento terapêutico da IU, como um complemento aos resultados clínicos (DANTAS et al, 2018). O questionário de avaliação clínica denominada *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF), que avalia por uma escala numérica o impacto da IU na vida diária e classifica clinicamente, sendo “padrão ouro” trazido para vários idiomas (TAMANINI, 2004; SECKINER et al, 2007).

Existe uma grande heterogeneidade nos achados de prevalência de incontinência urinária na população feminina, além disso, grande parte dos

estudos sobre incontinência urinária tem como população as mulheres idosas, poucos são os estudos na literatura que investigam a prevalência e os fatores associados na IU em mulheres em idade fértil

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Verificar a prevalência de incontinência urinária em funcionárias, docentes e discentes no período fértil do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ), campus Realengo.

2.2. Específicos

- Verificar o impacto na qualidade de vida de mulheres que apresentaram incontinência urinária de acordo com o ICIQ.
- Avaliar fatores sociodemográficos e ginecológicos que podem contribuir para o surgimento de IU.
- Analisar a saúde Autorreferida das mulheres.

3. METODOLOGIA

3.1. Tipo de Estudo:

Estudo observacional do tipo transversal.

3.2. População do estudo:

Funcionárias, docentes e discentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro, campus Realengo, com idade mínima de 18 anos e máxima de 53 anos (média de 24,74), com total de 141 mulheres.

3.3. Critério de inclusão e exclusão

A população feminina inclusa foi constituída por mulheres em idade fértil. Foram excluídas mulheres que já passaram pelo período de menopausa.

3.4. Seleção das participantes

Mulheres que trabalham e estudam no IFRJ – *campus* Realengo. Estas foram convidadas a participar por *e-mail* e por divulgação nos grupos das redes sociais do IFRJ – *campus* Realengo. Os dados foram coletados entre os meses de novembro de 2018 e janeiro de 2019.

3.5. Desenho amostral

Foram utilizados como parâmetros a população alvo do número de mulheres total (897). O poder de teste estabelecido foi de 80% com margem de erro esperado de 3%, erro alfa de 5% e IC de 95%. O programa utilizado foi o StatCalc do Epi Info. O tamanho amostral estimado foi de 137 mulheres acrescido de 20% para possíveis perdas/recusas, totalizando o tamanho amostral ideal de 165. O tamanho amostral final contou com 141 mulheres, dentro dos critérios de inclusão e exclusão do estudo.

3.6. Aspectos Éticos

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Rio de Janeiro, em 18 de setembro de 2018, com o número de parecer: 95106618.8.0000.5268.

3.7. Análise Estatística

Os dados foram compilados para o banco de dados REDCap (Research Data Capture eletrônico), que gerencia o processamento dos dados. Após a exportação dos dados, foi realizada uma análise descritiva para as variáveis de desfecho primário e secundário. Foram utilizadas medidas de frequência percentual para variáveis categorias. Para as variáveis com desfecho quantitativo serão calculadas as medidas resumo numéricas e de quartil. Para análise dos fatores associados serão calculados por regressão logística os intervalos de confiança e o p-valor para os desfechos de incontinência urinária.

3.8. Instrumento de coleta

Foram coletados os desfechos associados aos dados sociodemográficos, ginecológicos, de saúde Autorreferida e a prevalência de incontinência urinária. Para a verificação de IU foi utilizado o ICIQ-SF. Trata-se de um questionário simples, breve e auto administrável. É composto por quatro questões que avaliam a frequência, a gravidade e o impacto da IU, além de um grupo de oito itens relativos a causas ou situações de IU vivenciadas pelos respondentes. O escore geral é obtido pela soma dos escores das questões 3, 4 e 5. Quanto maior o escore maior o impacto sobre a qualidade de vida. O impacto sobre a qualidade de vida é dividido da seguinte forma: nenhum impacto (0 ponto); impacto leve (de 1 a 3 pontos); impacto moderado (de 4 a 6 pontos); impacto grave (de 7 a 9 pontos); e impacto muito grave (10 ou mais pontos).

Partindo da definição de IU da *International Continence Society* (ICS) como a queixa de qualquer perda involuntária de urina, atribuiremos que serão consideradas incontinentes as mulheres que responderam “apresentar perda urinária” no ICIQ-SF. O tempo de aplicação do instrumento de coleta foi cerca de 20 minutos, por um formulário online. As mulheres foram esclarecidas sobre

os objetivos da pesquisa, seus possíveis riscos, sendo a participação totalmente voluntária e em caso de não aceitassem participar, nenhum tipo de prejuízo aconteceria. Após os esclarecimentos, as mulheres só puderam prosseguir com a pesquisa se concordassem com os itens descritos.

4. RESULTADOS

Participaram do presente estudo 141 mulheres, entre 18 e 53 anos de idade sobre a prevalência de IU nesta população.

A tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico das participantes. Em média a idade foi de 24,74, em sua maioria de etnia branca (52,5%) e solteira (80,1%). Em relação à escolaridade, 86,5% possuía o ensino superior incompleto. Sobre religião, 68,1% é adepta de alguma religião, com predomínio do protestantismo. No que se refere a filhos, a maioria das mulheres não possuía. Apenas 11,3% tem filhos.

Tabela 1: Dados sociodemográficos

Variáveis	n = 141(%)	Média	Desvio Padrão
Idade (anos)	18 a 53	24,74	7,92
Etnia	Branca	74 (52,5%)	
	Parda	39 (27,7%)	
	Indígena	1 (0,7%)	
	Preta	27 (19,1%)	
Estado Civil	Solteira	113 (80,1%)	
	Casada	19 (13,5%)	
	União		
	Estável	5 (3,5%)	
	Divorciada	3 (2,1%)	
Escolaridade	Viúva	1 (0,7%)	
	Ensino Médio Completo	1 (0,7%)	
	Ensino Superior Incompleto	122 (86,5%)	
	Ensino Superior Completo	18 (12,8%)	
Religião	Sim	96 (68,1%)	
	Não	45 (31%)	
Religião Escolhida	Católica	26	
	Evangélica	49	
	Espírita	14	
	Outra	7	
Filhos	Sim	16 (11,3%)	
	Não	125 (88,7%)	
Quantidade de filhos			1,75
	Um	6	0,86
	Dois	5	
	Três	1	
	Quatro	1	

Fonte: Autora (2020).

A Tabela 2 apresenta o perfil ginecológico e obstétrico, por meio da frequência absoluta e relativa de acontecimentos referente aos dados ginecológicos das mulheres do estudo. Quanto a idade da menarca, a idade mínima foi 8 anos e máxima de 15 anos, com média de 11,68. As mulheres que possuíam filhos apresentaram, em sua maioria, partos cesarianos do que vaginal. Sobre o uso de método contraceptivo, 63,1% fazem uso e, em sua maioria, utilizam o anticoncepcional oral. Em relação à função intestinal, 29,1% tem constipação.

Tabela 2: Dados ginecológicos e obstétricos

Variáveis		N(%)	Média	Desvio Padrão
Idade da Menarca (n=139)		8 a 15 anos	11,68	1,52
Ainda menstrua (n=141)		Sim	135 (95,7%)	
	Não	6 (4,3%)	1,64	1,18
Número de Gestações (n=22)		Zero	3	
	Uma	8		
	Duas	7		
	Três	3		
	Quatro	0		
	Cinco	1	1,65	0,86
Número de Partos (n=17)		Um	9	
	Dois	6		
	Três	1		
	Quatro	1		
Aborto (n=5)		Um	4	1,2
	Dois	1		0,45
Tipo de Parto (n=17)		Cesárea	9	
	Vaginal	8		

Fonte: Autora (2020).

A tabela 3 apresenta a definição da saúde das mulheres, definidas por elas, por meio da Escala de Saúde Autorreferida. Verifica-se que maioria (48,2%) avaliou sua saúde como normal. Ao se comparar com a de outra pessoa de sua idade, elegeram como igual a maior parte (56%). Ao avaliarem sua saúde hoje comparada há um ano, 55 das voluntárias (39%) determinaram como pior.

Tabela 3: Dados da Escala de Saúde Autorreferida

Variáveis		Resultados N = 141(%)
Como você avalia a sua saúde neste momento?	Excelente	6 (4,3%)
	Boa	41 (29,1%)
	Normal	68 (48,2%)
	Ruim	25 (17,7%)
	Muito ruim	1 (0,7%)
Como avalia a sua saúde quando comparada a de outras pessoas de sua idade?	Muito melhor	6 (4,3%)
	Melhor	24 (17%)
	Igual	79 (56%)
	Pior	30 (21,3%)
	Muito Pior	2 (1,4%)
Como avalia a sua saúde hoje comparada há um ano atrás?	Muito melhor	10 (7,1%)
	Melhor	22 (15,6%)
	Igual	52 (36,9%)
	Pior	55 (39%)
	Muito Pior	2 (1,4%)

Fonte: Autora (2020).

Diferentes das demais tabelas aqui apresentadas houve um *missing* do número de mulheres (n =141) para (n=140) no questionário do ICIQ-SF (Tabela 4), por um erro durante a digitação dos dados. Diante deste número, 76 mulheres (56,4%) responderam que nunca haviam perdido urina, no período dos últimos três meses diante da orientação do questionário. Cerca de 64 mulheres responderam que perderam urina neste período, sendo separadas de acordo com a frequência urinária (Tabela 4). A maioria destas mulheres (25,7%) apresentou perda uma vez por semana, nove mulheres (6,4%) apresentou perda diversas vezes ao dia. As participantes que apresentaram IU responderam que tinham uma pequena perda (40,7%) e moderada perda (2,9%). A última pergunta do questionário trata-se de marcar quando há perda urinária, as participantes poderiam marcar mais de uma opção, o que demonstra os altos índices de perda em determinados momentos (Tabela 4).

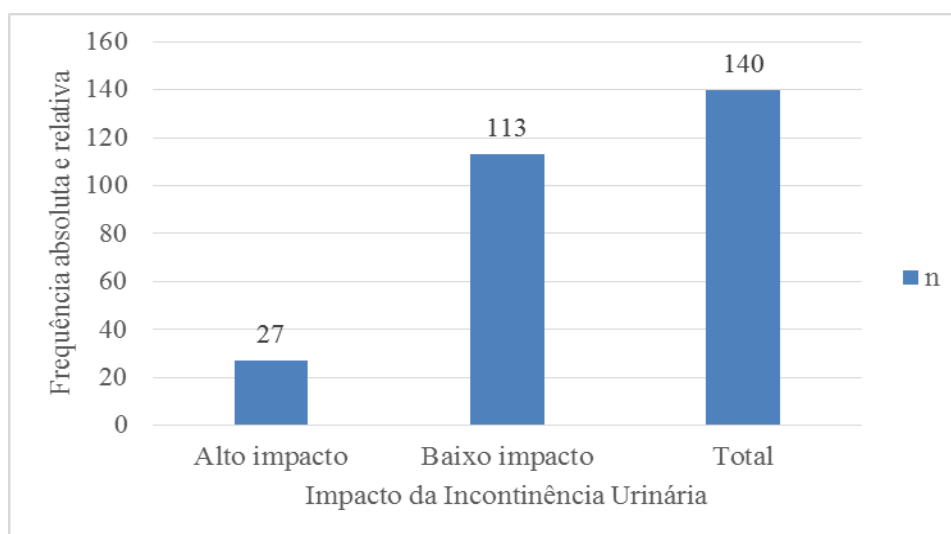
A Figura 1 mostra dentro do questionário do ICIQ-SF o quanto a IU interfere na qualidade de vida apenas das mulheres que apresentavam IU, sendo considerado de 0 a 10 o impacto. Diante de todas que responderam o questionário (Figura 1), a IU apresentou um baixo impacto na qualidade de vida destas mulheres (80,71%), apenas (19,29%) das que responderam apresentaram alto impacto da IU.

Tabela 4: Distribuição das mulheres com IU segundo a frequência de perdas, quantidade perdida e momentos da perda segundo o ICIQ-SF.

ICIQ-SF* (n=140)		n	%
Frequência da perda urinária	Nunca	79	56,40%
	<1x/semana	36	25,70%
	2-3x/semana	9	6,40%
	1x/dia	7	5,00%
	Diversas vezes ao dia	9	6,40%
	O tempo todo	0	0,00%
	Quantidade das perdas urinárias	Nenhuma	79
Pequena		57	40,70%
Moderada		4	2,90%
Grande		0	0,00%
Quando há perda de urina	Nunca	79	56,40%
	Antes de chegar no banheiro	32	22,90%
	Fazendo atividade física	14	10,00%
	Ao tossir ou espirrar	27	19,30%
	Sem razão óbvia	11	7,90%
	O tempo todo	1	0,70%
	Quando termina de urinar e está se vestindo	13	9,30%

Fonte: Autora (2020).

Figura 1: Impacto da IU



Fonte: Autora (2020).

5. DISCUSSÃO

Entre as 141 voluntárias, de 18 a 53 anos, todas se encaixavam no critério de estarem no período fértil, apenas 6 mulheres (4,3%) indicaram durante a pesquisa (Tabela 2) que não menstruavam mais, ao serem analisadas, estas mulheres se encontravam dentro dos critérios de elegibilidade do estudo, por conta da idade. Estas participantes indicaram o uso do anticoncepcional, levando a possibilidade do uso interrompido do medicamento e não como um fator cronológico para menopausa, o que seria um critério de exclusão. Segundo o Ministério da Saúde (2004), a idade reprodutiva da mulher varia entre 10 a 49 anos. Entretanto, segundo Hoffman (2014), há uma relação inversa entre a idade da mulher e sua fertilidade, pois a infertilidade está relacionada com a perda de ovócitos, que aumenta com o avanço da idade e fatores como: menopausa precoce, tabagismo e tratamento quimioterápicos e radioterápicos. Para a Organização Mundial da Saúde (1996), o fim da capacidade reprodutiva da mulher é representado pela menopausa.

Os dados sociodemográficos (Tabela 1), mostraram a maioria das mulheres de etnia branca (52,5%) como participantes do estudo, tendo um percentual baixo de participação de mulheres negras no estudo (19,1%). A perda urinária está relacionada a questões raciais, em uma revisão sistemática realizada por Leroy (2012), apresentou que mulheres brancas e hispânicas apresentaram maior prevalência de IU quando comparadas com mulheres negras e/ou asiáticas. Ao se buscar na literatura a relação de prevalência de IU com a religião, não foi encontrado nenhum trabalho, o que colaboraria com essa discussão. O impacto de IU presente no estudo (Figura 1) pode-se ser relacionado ao maior percentual de participantes de etnia branca. A maioria das participantes do presente estudo (86,5%), se encontrava com nível de escolaridade de nível superior incompleto (Tabela 1). Neste estudo com relação entre mulheres jovens e dentro do ensino superior, se mostrou uma predominância do baixo impacto causado pela IU nestas mulheres (Figura 1). Entretanto, em um estudo sobre a prevalência de IU (KOWALIK et al 2020) com 964 mulheres jovens identificou a alta prevalência de IU em 295 mulheres (30.6%), neste público, cerca de 41.7% possuía uma graduação de nível superior, o autor destaca que os fatores que poderiam contribuir para esta

prevalência seria o comportamento durante o trabalho, com o prolongamento do armazenamento vesical, falta de percepção de problemas da bexiga e menor percepção geral de sua saúde. Os fatores abordados pelo autor se assemelham ao comportamento dentro do ambiente acadêmico, devido às longas rotinas de estudo, projetos de extensão e uma percepção negativa do estado geral de saúde, como mostrado na Tabela 3.

Apenas 16 mulheres (11,3%) afirmaram terem filhos (Tabela 1). É citada na literatura como fator de risco para IU a paridade, sendo para nulíparas um menor risco e para multíparas quatro vezes ou mais (BOTELHO, 2012; LEROY, 2012; DINÇ, 2017; SILVA, 2017;). É um consenso na literatura que o período gestacional pode levar a IU, devido às alterações hormonais, aumento do peso corporal e da pressão do útero, além da sobrecarga sobre os músculos do assoalho pélvico, podendo levar a redução da função do esfíncter uretral (SANGSAWANG, 2014; SACOMORI, 2015; SILVA, 2017). Em um estudo realizado por Dinç (2017), com 750 mulheres, não houve diferença significativa sobre a prevalência de IU entre mulheres que tiveram o parto vaginal e cesariano, o autor discute que condições antes da gestação e durante da gestação são fatores de maior risco para o surgimento de IU em comparação com a via de saída do feto, contudo, há outros trabalhos, em sua maioria mais antigos, que demonstram o parto cesariano como fator de proteção para IU (BARBOSA, 2013; SANGSAWANG, 2014; SILVA, 2017). Portanto, são necessários mais estudos aprofundados, que acompanhem as mulheres antes, durante e após o período da gestação.

No presente estudo, não foi observado diferenças significativas com a prevalência de IU relacionada ao tipo de parto, este dado pode ser devido ao baixo número de mulheres que possuíam filhos (Tabela 1). Quanto ao aborto, apenas 5 mulheres (1,2%) apresentaram este histórico (Tabela 2). Há poucos estudos associando ao histórico de aborto com a IU (SANGSAWANG, 2014; SILVA, 2017;). Contudo, este estudo não realizou um exame clínico sobre IU que poderia corroborar com esta discussão.

Dentro da análise dos dados sociodemográficos (Tabela 1), são consideradas como fator de risco a gravidez (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Fatores relacionados à gravidez e ao nascimento, como: ganho de peso gestacional, tamanho do feto, complicações durante a gestação e parto,

número de gestações e partos, tem influência sobre o surgimento de IU, podendo ser a queixa maior no terceiro trimestre (CHANG, 2014; TINGTHONG, 2014; DINÇ, 2017).

Apesar de não haver sido explorado nos questionários realizados no presente estudo, são considerados como fator de risco também, o uso de fármacos utilizados para o tratamento de hipertensão, que aumentam o volume urinário, levando a frequência e urgência urinária, os utilizados para o tratamento da diabetes mellitus podem levar a um aumento do débito urinário, sobrepondo os mecanismos fisiológicos de continência urinária; sedativos não tem repercussão direta sobre a bexiga, contudo alteram o sistema nervoso central, podendo colaborar para um quadro de incontinência (ABRAMS, 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O sobrepeso e a obesidade é um determinante fator de incidência e persistência de IU, o sobrepeso gera enfraquecimento e maior pressão sobre a MAP, enquanto que, a obesidade gera um risco muito maior (LAMERTON et al, 2018). A prevenção contra o aumento de peso é a prática regular de exercícios, prevenindo também a IU (ALVES et al, 2017). Contudo, a intensidade do exercício deve ser avaliada por um profissional, seja o educador física e/ou fisioterapeuta, para a prescrição de exercícios preventivos e de tratamento. Exercícios de alta intensidade e impacto são fatores de risco para a perda urinária (ALVES, 2017; SILVA, 2017). Neste estudo, dentre os questionários realizados, não foi questionado se as participantes realizavam atividades físicas e o peso, sendo fatores limitantes que poderiam corroborar na discussão quanto ao impacto de IU nas participantes.

Diante de tantos fatores de risco, o tratamento da IU, continua sendo uma das primeiras linhas de tratamento conservador, a reabilitação pélvica (ROBERT, 2018, DUFOUR, 2020.). Preda e Moreira (2019), em uma revisão sistemática, mostrou o papel positivo da reabilitação da MAP, estando associados à redução os episódios de perda urinária, quantidade e até a melhoria da incontinência, consequentemente podendo levar a impactos positivos na saúde feminina.

Os aspectos que podem interferir na saúde das mulheres foram definidos por elas por meio da Escala de Saúde Autorreferida (Tabela 3). A maioria das mulheres avaliou sua saúde como normal (48,2%). Por se tratar de

um estudo com mulheres com e sem IU, não foi possível avaliar os impactos de saúde nas mulheres que sofriam de IU e as que não sofriam, para poder determinar as diferenças de saúde autorreferidas. Na literatura, Choo et al (2007), discute que os aspectos que interferem na saúde de uma pessoa que convive com a IU podem variar deste o constrangimento, a vergonha, falta de conhecimento sobre a incontinência como uma condição de saúde atípica. Contudo, 86,5% das mulheres (Tabela 1) que participaram do estudo se encontravam com o nível de escolaridade superior incompleto, em um campus apenas de curso de saúde, o que leva a hipótese do conhecimento sobre o assunto. Em um estudo realizado por Oliveira e Padovani (2014), sobre a saúde jovens acadêmicos, os autores demonstraram que os acadêmicos possuíam menor índice de atividades físicas, lazer, hábitos alimentares insuficientes, consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco, devido aos fatores estressores e demandas que envolvem o meio acadêmico, o que contribui para padrões não saudáveis e menor saúde para este público, esse dado pode estar associado aos 39% das participantes que consideram sua saúde como pior comparada há um ano (Tabela 3). Os fatores estressores que corroboram para um agravamento da saúde dos estudantes por Oliveira e Padovani (2014), são de risco para o surgimento de IU, como o menor índice de atividade física, consumo de bebidas alcoólicas e uso de cigarro, estes comportamentos podem alterar os hábitos de vida, o autocuidado, aumentando o tempo de reservamento vesical, podendo levar a incontinência (CALDAS, 2010; DEMIR, 2017).

O questionário ICIQ-SF (Tabela 4) possui um formato curto, de fácil administração, que fornece informações se há incontinência ou continência urinária, a frequência e quantidade da perda, também se mensura sobre o impacto da IU na qualidade de vida (QV) (TAMANINI, 2004). Das participantes, 43,6% apresentaram IU nos últimos 3 meses, segundo a orientação do questionário, entre elas, 22,9% apresentaram perda urinária antes de chegar ao banheiro, 10% ao realizar atividades físicas e 19,3% apresentaram perda urinária ao tossir e espirrar, apesar de não ser o objetivo deste estudo, mais estudos poderiam se aprofundar em qual tipo de IU é predominante na população feminina na idade fértil.

A mensuração dos impactos na qualidade de vida de mulheres que sofrem com IU são muito subjetivas e individuais. A pontuação total varia de 0 a 21, quanto maiores os valores, maior gravidade e o impacto na qualidade de vida (SATSKIN, 2009; DUMOULIN, 2017). Neste presente estudo, 80,7% das mulheres apresentaram baixo impacto na QV (Figura 1). É difícil avaliar o tipo de gravidade da incontinência levando em conta a pluralidade de fatores de risco de saúde, de etnia e econômicos que de podem interferir nos impactos na QV. Contudo, em um estudo randomizado realizado por Dumoulin et al (2017), mostrou que mesmo com uma perda de urina baixa as participantes apresentaram piora significativa na QV, o que não foi encontrado neste estudo. O autor relata que os achados em sua pesquisa não sustentam a relação entre a gravidade da IU com a QV, necessitando de mais estudos randomizados. Futuros estudos e questionários de autorrelato podem contribuir para estimar a gravidade da IU com a QV em mulheres jovens.

Em sua revisão Krhut et al (2018), mostra que os impactos na qualidade de vida em mulheres foi mais evidenciado entre aquelas que sofriam de UIU em relação a mulheres que sofriam de UIE, entretanto, este estudo não tinha como foco avaliar o impacto de saúde entre os tipos de IU, o que necessitaria de mais avaliações. É importante entender sobre os impactos de IU em mulheres para definir estratégias de prevenção e tratamento, tendo o olhar que parte das mulheres consideram a IU como um processo natural da sua vida, relatos de gestantes, puérperas e idosas, que são fatores de risco para o aparecimento de IU, corroboram para que a mulher considere a IU como um fator inevitável na vida, atrasando a busca por um tratamento e conseqüentemente o diagnóstico. Segundo Higa et al (2008), alguns pacientes tendem a esquecer e/ou omitir a IU por considerar um processo do envelhecimento humano, considerando assim, menos importante para buscar um profissional de saúde.

Apesar do presente estudo não incluir mulheres na menopausa, na literatura há um consenso que o envelhecimento é um dos fatores de risco para o surgimento da IU (CASTELLANI, 2015; KOWALIK, 2020). Entretanto, a prevalência de IU entre mulheres mais jovens tem sido mais recorrente na literatura internacional (JUSTINA, 2013; VAN BREDA, 2015; BRADY, 2018; KOWALIK, 2020). Em um estudo feito por Brady et al (2018), os autores

questionam o surgimento da IU em mulheres jovens, levantando as hipóteses sobre a influencia de comportamentos individuais infantis que podem perdurar até a fase adulta, como são as disfunções de bexiga e intestino e a rotina intensa de trabalho e cuidado com familiares, como fatores desencadeadores para ansiedade e aumento do tempo de armazenamento vesical. Segundo o Ministério da Saúde (2019), a presença de IU também pode surgir de etiologia neurogênica que irá englobar os casos de: lesão medular traumática, esclerose múltipla, acidente vascular encefálico e doença de Parkinson.

Em um estudo sobre a prevalência de mulheres jovens ao redor do mundo realizado por Mostafaei et al (2020), o autor mostra a prevalência de IU por região, sendo: Região da Ásia Oriental e do Pacífico com 25,6%; Sul da Ásia de 14,2%; Europa e Ásia Central com 32,2%; Oriente Médio e Norte da África com 37,3%; Região sub-Saariana de 4,6%; e América Latina de 28,8%. O autor excluiu os estudos que continham no título a palavra “idoso”, entendendo que a prevalência entre idosos de IU já é um consenso e com bastantes estudos. Mostafaei et al (2020) em sua análise demonstra que aproximadamente 26% da população feminina em desenvolvimento no mundo possuem IU, entretanto, o autor destaca que a prevalência entre os países e regiões variaram devido a utilização de diversas ferramentas de avaliação validadas ou não, diferentes interfaces para análises, tempo considerado para a presença de IU variando de 3 meses a 12 meses nos estudos, heterogeneidade dos estudo, faixas etárias, etnias, tamanho populacional, tipos de IU estudadas, e poucos trabalhos publicados, como o caso da região sub-Saariana. Mais estudos são necessários para determinar com maior precisão a prevalência de IU nas diferentes regiões do mundo.

Existem muitas ferramentas de avaliação para o diagnóstico de IU e também qual tipo de IU se busca identificar. Esta variedade limita o estabelecimento de prevalência em uma região e seus impactos nos setores de saúde.

As limitações deste estudo se basearam na falta de perguntas dentro dos questionários sobre o peso, realização de exercício físico, uso de tabaco, ingestão de bebidas alcoólicas, uso fármacos para hipertensão e diabetes, e sobre a busca por tratamento para IU, o que contribuiria para uma melhor análise dos dados das possíveis causas e impactos que os comportamentos

dessas mulheres poderiam impactar na IU, com isso, se faz a necessário um questionário mais abrangente sobre os comportamentos dos participantes, guiando assim, as possíveis causas que levam a IU, juntamente com o ICIQ, traçando assim, as melhores estratégias de prevenção e tratamento em trabalhos futuros. Um ponto forte da análise inclui o grande tamanho amostral e o uso de questionários validados, onde as participantes responderam todas as questões. Por ser tratar de questionários, em sua maioria respondidos pelo meio online, não pode ser percebido auto percepção das mulheres sobre as questões que envolvem a bexiga, contudo, nenhuma participante entrou em contato com as autoras do estudo para a retirada de duvidas durante e depois da aplicação dos questionários.

Apesar da IU não ser um fator de risco a vida, há inúmeros estudos retratando os impactos negativos que interferem nas atividades físicas, pessoais, sexuais, emocionais, sociais e profissionais destas mulheres (SENRA, 2015; STADNICKA, 2015; ALVES, 2017; PREDA, 2019). Assim como neste estudo, cada vez mais há estudos mostrando a prevalência de IU em mulheres jovens, mostrando-se este, um problema de saúde, contudo, há bastantes referências de prevenção e tratamento na literatura. São necessários mais estudos para compreender o motivo que levam estas mulheres a não buscarem os profissionais de saúde para prevenir e tratar a IU.

6. CONCLUSÃO

Ainda há um número limitado de estudos sobre a prevalência de IU em mulheres jovens no Brasil. O estudo atingiu seu objetivo de encontrar a prevalência neste público, fazendo um pequeno recorte regional. Os dados de alta prevalência encontrados em mulheres na idade fértil chama atenção por ser um público que englobe poucos fatores de risco descritos na literatura como a paridade e menopausa. Ademais, o público que preencheu os questionários se tratava de estudantes universitárias, docentes e técnicas de um campus de saúde, que entre os cursos, se encontra a fisioterapia, uma das áreas mais recomendadas para o tratamento de IU. Com o preenchimento do ICIQ-SF, as mulheres não percebiam o alto impacto da IU em sua qualidade de vida, próximos estudos podem tratar de motivos que levam estas mulheres ao não tratamento da IU, assim como, entender porque a IU não afeta de forma significativa na qualidade de vida.

Mais estudos são necessários para avaliar os reais impactos na saúde da mulher com IU a curto e longo prazo. Além disso, há a necessidade de um método internacionalmente aceito para avaliar a prevalência de IU que estabeleça um questionário que englobe os fatores de riscos biológicos, psicológicos e comportamentais que agravam e geram a IU na mulher.

É de grande importância para o sistema de saúde reconhecer a IU como um problema de saúde para a população feminina, não apenas para a terceira idade, traçando assim, maiores e melhores estratégias de prevenção, orientação em saúde, assim como, de tratamento da IU na atenção primária e secundária, evitando assim, que estas mulheres cheguem à atenção terciária de saúde brasileira.

BIBLIOGRAFIA

1. ABRAMS, P *et al.* **Incontinence**. 5th International consultation on incontinence. Health Publication Ltd. 2013:361-88.
2. Dziekaniak, Rodrigo Dalke; CESAR, Juraci Almeida. **Incontinência urinária entre idosos residentes em área rural de município do sul do Brasil / Urinary incontinence among older adults living in the rural area of a municipality in southern Brazil**. Geriatr, Gerontol Aging (Impr). 2019;13(1):4-10.
3. ABRAMS, P. *et al.* **Clinical manual of incontinence in women**. Based on reports of the 3RD international consultation on incontinence: Health publications ltd, 2005.
4. SAÚDE. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Incontinência Urinária Não Neurogênica**. Relatório de Recomendação. Brasília, 2019, 119p. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2019/Relatorio_-Incontincia_Urinria_no_Neurognica_CP_47_2019.pdf> Acesso em: 20 de dez. 2019.
5. HUNSKAAR S BK. *et al.* **Epidemiology of urinary (UI) and faecal (FI) incontinence and pelvic organ prolapse (POP)**. Incontinence. 2005;1:255-312.
6. FLEISCHMANN, N. FA, BLAIVAS, JG; PANAGOPOULOS, G. **Sphincteric urinary incontinence: relationship of vesical leak point pressure, urethral mobility and severity of incontinence**. The Journal of urology. 2003;169(3):999-1002.
7. BYLES, J. *et al.* **Living with incontinence: a longitudinal study of older women**. Age Ageing 2009;38(3):333-8.
8. SILVA, JC; SOLER, ZA; DOMINGUES, Wysocki A. **Associated factors to urinary incontinence in women undergoing urodynamic testing**. Rev Esc Enferm USP. 2017 Apr 3;51:e 03209.
9. WESNES, SL. *et al.* **The effect of urinary incontinence status during pregnancy and delivery mode on incontinence postpartum**. A cohort study. BJOG 2009; 116(5):700-7.
10. ARKAN, G.; BESER, A.; OZTURK, V. **Experiences Related to Urinary Incontinence of Stroke Patients: A Qualitative Descriptive Study**. J Neurosci Nurs. 2018 Feb;50(1):42-47.
11. PERISSINOTTO, MC. *et al.* **Transcutaneous tibial nerve stimulation in the treatment of lower urinary tract symptoms and its impact on health-related quality of life in patients with Parkinson disease: a randomized controlled trial**. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2015 JanFeb;42(1):94-9.

12. HALL, SA. et al. **Associations of commonly used medications with urinary incontinence in a community based sample.** J Urol. 2012 Jul;188(1):183-9.
13. HAYLEN, BT. et al. International Urogynecological Association. International Continence Society: An international urogynecological association (IUGA)/**International continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction.** Neurourol Urodyn 2010;29:4–20.
14. TROWBRIDGE, ER. et al: **Effects of aging on lower urinary tract and pelvic floor function in nulliparous women.** Obstet Gynecol 2007;109:715–720.
15. CASTELLANI, D. et al. **Lowdose intravaginal estriol and pelvic floor rehabilitation in post-menopausal stress urinary incontinence.** Urol Int 2015;95:417–421.
16. OZERDOGAN, N.; BEJI, NK.; YALC, O. **Urinary incontinence: its prevalence, risk factors and effects on the quality of life of women living in a region of Turkey.** Gynecol Obstet Invest 2004; 58: 145–50.
17. TINGTHONG, W. et al. **Prevalence of urinary incontinence in pregnant women at 37 Tertiary Care Hospitals in KhonKaen Province.** Thai J Obstet Gynaecol 2014; 22: 37–43.
18. HANSEN, BB. et al. **Urinary incontinence during pregnancy and 1 year after delivery in primiparous women compared with a control group of nulliparous women.** Neurourol Urodyn 2012; 31: 475–80.
19. DINÇ, Ayten. **Prevalence of Urinary Incontinence During Pregnancy and Associated Risk Factors.** Original Article. LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms, 2017.(10): 303–307.
20. CHANG, SR. et al. **A repeated measures study of changes in health-related quality of life during pregnancy and the relationship with obstetric factors.** J Adv Nurs 2014; 70: 2245–56.
21. ABRAMS, P CL; KHOURY, S.; WEIN, A. **Incontinence 5th International consultation on incontinence.** Health Publication Ltd. 2013:361-88.
22. RESNICK, NM.; YALLA, SV. **Management of urinary incontinence in the elderly.** New England Journal of Medicine. 1985; 313(13):800-5.
23. LAMERTON, TJ.; TORQUATI L.; BROWN, WJ. **Overweight and obesity as major, modifiable risk factors for urinary incontinence in young to mid-aged women: a systematic review and meta-analysis.** Obes. Rev. 2018, Dec: 19(12):1735-1745.
24. ALVES, JO. et al. **Urinary Incontinence in Physically Active Young Women: Prevalence and Related Factors.** Int J Sports Med. 2017, Nov: 38(12):937-941.

25. FONSECA, ESM. et al. **Validação do questionário de qualidade de vida (King`s Health Questionnaire) em mulheres brasileiras.** Rev Bras Ginecol Obstet. 2005 Mai; 27(5):235-42.
26. FULTZ, NH. et al. **Burden of stress urinary incontinence for community-dwelling women.** Am J Obstet Gynecol. 2003; 189(5):1275-82. 11.
27. WINKELMAN, WD. et al. **Sleep Quality and Daytime Sleepiness Among Women With Urgency Predominant Urinary Incontinence.** Female Pelvic Med Reconstr Surg. 2018 Mar/Apr; 24(2):76-81.
28. HIGA, R.; LOPES, M.H.B.M.; TURATO, E.R. **Significados psicoculturais da incontinência urinária feminina: uma revisão.** Rev Latino Enfermagem. 2008. Ago; 16(4): 779-86.
29. Sociedade Brasileira de Urologia (SBU). **Incontinência urinária: propedêutica.** Projetos e Diretrizes da Associação Médica Brasileira e do Conselho Federal de Medicina. São Paulo; 2006.
30. JUSTINA, Lunara Basqueroto Della. **Prevalência de incontinência urinária feminina no Brasil: uma revisão sistemática.** Rev. Insp. Movimento & saúde, v 5, n. 2, ed. 24, junho/julho de 2013.
31. FELDNER JR. et al. **Diagnóstico clínico e subsidiário da incontinência urinária.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2006; 28(1):54-62 .
32. MOORE, K. et al. **Adult Conservative Management.** In: Incontinence (5th Edition). Health Publication Ltd, Paris, France, 2013; 1101-228.
33. WYMAN, J. Bladder training for overactive bladder. In: Bo K, Berghmans B, Morkved S, Van Kampen M. In: **Evidence-based physical therapy for the pelvic floor.** Elsevier, 2007, p. 208-18.
34. HANNESTAD, YS. et al. **Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trondelag.** A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord- Trondelag. J Clin Epidemiol. 2000;53(11):1150-7.
35. DANTAS, THM.; CASTANEDA, L.; MAGALHÃES, AG.; DANTAS, DS. **Linking of assessment scales for women with urinary incontinence and the International Classification of Functioning, Disability and Health.** Disabil Rehabil. 2018 Jan 29:1-7.
36. SECKINER I. et al. **Correlations between the ICIQ-SF score and urodynamic findings.** Neurourol Urodyn. 2007;26:492-4.
37. PORTUGAL. Ministério da Saúde. DGS. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: versão portuguesa.** Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2004.
38. MOREIRA, Aurora et al. **Tradução e validação para português do WHODAS 2.0 - 12 itens em pessoas com 55 ou mais anos.** Artigo original. Rev. Portuguesa de saúde pública, 2015; 179–182.

39. USTÜN, TB. et al. **Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0**. Bull WorldHealth Organ. 2010; 88:815–23.4.
40. MEESTERS, JL. et al. **Validity and responsiveness of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II to assess disability in rheumatoid arthritis patients**. Rheumatology (Oxford). 2010; 49:326–33.
41. CASTRO, SS et al. **Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual do WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)**. Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2015. Disponível em: <http://www.uftm.edu.br/upload/ensino/Portuguese_version_-_WHODAS_2.0__SS_Castro__CF_Leite__TR_14017.pdf> Acesso em 15 nov 2019.
42. SULYVAN, Shamy; CASTANEDA, Luciana; DE ARAÚJO, Eduardo; BUCHALLA, Cássia Maria. **Aferição de funcionalidade em inquéritos de saúde no Brasil: discussão sobre instrumentos baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**. Rev Bras Epidemiol Jul-Set 2016; 19(3): 679-687.
43. SILVEIRA, C. et al. **Cross-cultural adaptation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) into Portuguese**. Rev Assoc Med Bras.2013;59:234–40.
44. TAMANINI, JTN. et al. **A populational-based survey on the prevalence, incidence, and risk factors of urinary incontinence in older adults-results from the "SABE STUDY"**. Neurourol Urodyn. 2018 Jan;37(1):466-477.
45. Organização Mundial de Saúde. **Investigaciones sobre la menopausia em los años noventa** (Serie de Informes Técnicos, Vol. 866). Ginebra: 1996. Disponível em: <<http://www.who.int/en>> Acesso em 01/05/20.
46. HOFFMAN, Barbara L. et al. Ginecologia de WILLIAMS. 2 ed. Porto Alegre. Artmed. 2014, pp. 514.
47. BRASIL, Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2004, pp. 21.
48. KOWALIK, C.G.; DAILY, A; GOODRIDGE, S.D. et al. **Factors associated with urinary incontinence in a community sample of young nulligravid women**. Neurourology and Urodynamics. 2020;1–7.
49. VAN BREDA, H.M.K; BOSCH, J.L; DE KORT, L.M.O. **Hidden prevalence of lower urinary tract symptoms in healthy nulligravid young women**. Int Urogynecol J. 2015;26(11):1637-1643.
50. BRADY, S.S. et al. **The prevention of lower urinary tract symptoms (PLUS) in girls and women: developing a conceptual framework for a prevention research agenda**. Neurourol Urodyn. 2018; 37:2951-2964.
51. BOTELHO, S.; SILVA, J.M.; PALMA, P. HERRMANN, V.; RICCETTO, C. **Can the delivery method influence lower urinary tract symptoms triggered by the first pregnancy?** In. Braz J Urol. 2012;38(2):267-76.

52. LEROY, L.S.; LOPES, M.H.B.M. **Urinary incontinence in the puerperium and its impact on the health-related quality of life.** Rev Latino Am Enfermagem [Internet]. 2012 [cited 2015 Nov 11];20(2):346-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/18.pdf>
53. SACOMORI, C; NEGRI, N.B.; CARDOSO, F.L. **Incontinência urinária em mulheres que buscam exame preventivo de câncer de colo uterino: fatores sociodemográficos e comportamentais.** Cad Saúde Pública [Internet]. 2013 [citado 2015 nov. 11];29(6): 1251-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a21v29n6.pdf>
54. SANGSAWANG, B. **Risk factors for the development of stress urinary incontinence during pregnancy in primigravidae: a review of the literature.** Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2014;178:27-34.
55. SILVA, J.C.P; SOLER, Z.A.S.G; WYSOCKI, A.D. **Associated factors to urinary incontinence in women undergoing urodynamic testing.** Rev Esc Enferm USP. 2017
56. BARBOSA, A.M.P; MARINI, G., PICULO, F. et al. **Prevalence of urinary incontinence and pelvic floor muscle dysfunction in primiparae two years after cesarean section: cross-sectional study.** São Paulo Med J. 2013;131(2):95-9.
57. MOSTAFAEI, Hadi et al. **Prevalence of female urinary incontinence in the developing world: A systematic review and meta-analysis—A Report from the Developing World Committee of the International Continence Society and Iranian Research Center for Evidence Based Medicine.** Neurourology and Urodynamics. 2020;1–24.
58. HIGA R.; LOPES, M.H.B.M., TURATO, E.R. **Psychocultural meanings of urinary incontinence in women: a review.** Rev Lat Am Enfermagem. 2008;16:779-786.
59. CHOO, M.S.; KU, J.H.; OH, S.J., et al. **Prevalence of urinary incontinence in Korean women: an epidemiologic survey.** Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2007;18(11):1309-1315.
60. OLIVEIRA, Nara Rejane Cruz; PADOVANI, Ricardo Da Costa. **Saúde do estudante universitário: uma questão para reflexão.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2014, v. 19, n. 03 [Acessado 27 Maio 2020], pp. 995-996.
61. CALDAS, Célia Pereira et al. **Terapia comportamental para incontinência urinária da mulher idosa: uma ação do enfermeiro.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2010 Out-Dez; 19(4): 783-8.
62. DEMIR, Omer et al. **Prevalence and Possible Risk Factors for Urinary Incontinence: A Cohort Study in the City of Izmir.** Urol Int. Department of Urology. University School of Medicine, 2017.
63. SATSKIN, D.; KELLEHER, C.; AVERY, K. **Initial assessment in urinary and fecal incontinence in adult male and female patients.** In: Abrams P,

Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. Incontinence. 4th ed. Arnhem: European Association of Urology; 2009. p. 331–412.

64. DUMOULIN, Chantale et al. **Group physiotherapy compared to individual physiotherapy to treat urinary incontinence in aging women: study protocol for a randomized controlled trial.** *Trials: Study protocol*, (2017) 18:544.

65. KRHUT, Jan et al. **Effect of severity of urinary incontinence on quality of life in women.** *Wiley Neurourology and Urodynamics*. 2018; 1–6.

66. DUFOUR, S.; WU, M. No. 397 - **Conservative Care of Urinary Incontinence in Women.** *J Obstet Gynaecol Can.* 2020;42(4):510-522.

67. ROBERT, M.; ROSS, S. **Conservative Management of Urinary Incontinence.** *J Obstet Gynaecol Can.* 2018;40(2): e119-e125.

68. PREDÁ, Andreia; MOREIRA, Susana MOREIRA. **Incontinência Urinária de Esforço e Disfunção Sexual Feminina: O Papel da Reabilitação do Pavimento Pélvico.** *Acta Med Port* 2019 Nov;32(11):721–726.

69. ALVES, J.O. et al. **Urinary Incontinence in Physically Active Young Women: Prevalence and Related Factors.** *Int J Sports Med.* 2017;38(12):937-941.

70. SENRA, C.; PEREIRA, MG. **Quality of life in women with urinary incontinence.** *Rev Assoc Med Bras.* 2015;61:178–83.

71. STADNICKA, G. et al. **Psychosocial problems of women with stress urinary incontinence.** *Ann Agric Environ Med.* 2015;22:499–503.

72. OLIVEIRA, Nara Rejane Cruz; PADOVANI, Ricardo Da Costa. **Saúde do estudante universitário: uma questão para reflexão.** *Ciênc. saúde coletiva* vol.19 no.3 Rio de Janeiro Mar. 2014.

73. PREDÁ, Andreia; MOREIRA, Susana. **Incontinência Urinária de Esforço e Disfunção Sexual Feminina: O Papel da Reabilitação do Pavimento Pélvico.** *Acta Med Port* 2019 Nov;32(11):721–726.

74. TAMANINI, José Tadeu Nunes et al. **Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF).** *Rev. Saúde Pública* vol.38 no.3 São Paulo, 2004.

75. BROWN, JL. **The experiences of seven women living with pelvic surgical mesh complications.** *Int Urogynecol J.* 2020 Apr;31(4):823-829. doi: 10.1007/s00192-019-04155-w. Epub 2019 Dec 4. PMID: 31802166.

ANEXO I

AVALIAÇÃO DA SAÚDE FUNCIONAL DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL

I. Características sociodemográficas, socioeconômicas, hábitos de vida.		
1. Primeiro nome:		2. Idade:
3. Qual sua cor/raça? 1. () Branca 2. () Parda 3. () Indígena 4. () Amarela 5. () Preta 6. () Outra		4. Você frequenta alguma religião? 1. () Sim 2. () Não 4.1 Se sim, qual? 1. () Cat. 2. () Evan. 3. () Esp. 4. () Outro
5. Qual seu estado civil? 1. () Solteira 2. () Casada 3. () União estável 4. () Separada/Divorciada 5. () Viúva		
6. Grau de escolaridade? (Ex.: Ensino médio completo, ensino superior incompleto)		
7. Tem filhos? 1. () Sim 2. () Não Se sim, quantos?		
II. Dados ginecológicos e obstétricos		
8. Idade de menarca?		
9. Ainda menstrua? 1. () Sim 2. () Não		
10. Se não menstrua, há quanto tempo parou? 10.1 E com qual idade?		
11. Nº de gestações:	12. Nº de parto:	13. Aborto:
14. Número de partos: 1. () Cesáreo 2. () Vaginal 3. () Episiotomia 4. () Gestações gemelares		
15. Faz uso de método contraceptivo? 1. () Sim 2. () Não 15.1 Se sim, qual? 1. () DIU 2. () Anticoncepcional oral 3. () Anticoncepcional injetável 4. () Tabelaquinha 5. () Camisinha 6. () Diafragma		
16. Função intestinal: 1. () Normal 2. () Constipação 3. () Hemorroidas		
III- Escala de Saúde Autorreferida		
17. Como avalia a sua saúde neste momento? 1 () excelente 2 () boa 3 () normal 4 () ruim 5 () muito ruim		
18. Como avalia a sua saúde quando comparada a de outras pessoas de sua idade? 1 () muito melhor 2 () melhor 3 () igual 4 () pior 5 () muito pior		

ANEXO II

IV – RASTREAMENTO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA (ICIQ – SF)

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

Pergunta um: Com que frequência você perde urina? (assinale uma resposta)

- 0 – () Nunca
- 1 – () Uma vez por semana ou menos
- 2 – () Duas ou três vezes por semana
- 3 – () Uma vez ao dia
- 4 – () Diversas vezes ao dia
- 5 – () O tempo todo

Pergunta dois: Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde (assinale uma resposta)

- 0 – () Nenhuma
- 2 – () Uma pequena quantidade
- 4 – () Uma moderada quantidade
- 6 – () Uma grande quantidade

Pergunta três: Em geral, quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)

0 Não interfere	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Interfere muito
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------

Pergunta quatro: Quando você perde urina?(Por favor assinale todas as alternativas que se aplicam a você)

- () Nunca
- () Perco antes de chegar ao banheiro
- () Perco quando tusso ou espirro
- () Perco quando estou dormindo
- () Perco quando estou fazendo atividades físicas
- () Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo
- () Perco sem razão óbvia
- () Perco o tempo todo