




Associação entre incontinência urinária e saúde percebida em mulheres do nordeste brasileiro: um estudo transversal

Association between urinary incontinence and perceived health in women from northeastern Brazil: a cross-sectional study

Sabrina Gabrielle Gomes Fernandes Macêdo¹ 
Elissa Stephanie de Oliveira Torres² 
Jaciera de Oliveira Anunciação³ 

Allen Suzane de França⁴ 
Ingrid Guerra Azevedo⁵ 
Alvaro Campos Cavalcanti Maciel⁶ 
Saionara Maria Aires da Câmara⁷ 

^{1-4,6,7}Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Natal). Rio Grande do Norte, Brasil.

⁵Contato para correspondência. Universidad Católica de Temuco (Temuco). La Araucanía, Chile. iguerra@uct.cl

RESUMO | OBJETIVO: Avaliar a associação entre a incontinência urinária (IU) e o autorrelato de saúde (ARS) em mulheres de meia-idade e idosas residentes na comunidade no nordeste brasileiro. **MÉTODOS:** Estudo transversal com mulheres entre 40 e 80 anos de idade residentes na comunidade. A IU nos últimos 7 dias (sim ou não) e o ARS (saúde boa ou ruim) foram coletados através do autorrelato. A IU foi ainda dividida em IU de esforço e IU de urgência. As associações entre IU de qualquer tipo, de esforço e de urgência e o ARS foram avaliadas por meio da regressão logística binária ajustada por potenciais covariáveis. Para avaliar se as associações diferem em relação à faixa etária, um termo de interação entre o grupo de idade (40 a 59 anos e 60 ou mais) foi adicionado aos modelos. **RESULTADOS:** Foram avaliadas 571 mulheres, com uma mediana de idade de 53,0 anos. Aquelas que relataram IU de qualquer tipo apresentaram maior chance de reportar um ARS ruim (OR= 1,53, $p=0,05$). Ao considerar os tipos de IU, apenas a de esforço se manteve significativamente associada ao ARS (OR= 1,72, $p=0,02$). A interação entre IU e o grupo de idade não foi significativa, mostrando que as relações encontradas são independentes da faixa etária. **CONCLUSÃO:** Mulheres com IU de qualquer tipo apresentaram maior chance de reportar um ARS ruim. Quando dividido em IU de urgência ou de esforço, o grupo de mulheres com IU de esforço apresentou chance 1,72 vezes maior de avaliar sua saúde como ruim.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento. Incontinência Urinária. Saúde da Mulher. Estudos Transversais.

ABSTRACT | OBJECTIVE: To evaluate the association between urinary incontinence (UI) and self-reported health (SRH) in middle-aged and elderly community-dwelling women in northeastern Brazil. **METHODS:** A cross-sectional study was conducted with community-dwelling women aged between 40 and 80. UI in the last 7 days (yes or no) and SRH (good or bad health) were collected through self-report. UI was further divided into stress UI and urgency UI. The associations between UI of any type, stress UI, and urgency UI and SRH were assessed using binary logistic regression adjusted for potential covariates. To assess whether the associations differ concerning age group, an interaction term between age group (40 to 59 years and 60 or over) was added to the models. **RESULTS:** 571 women were assessed, with a median age of 53.0 years. Those who reported UI of any type were more likely to report a poor SRH (OR= 1.53, $p=0.05$). When considering the types of UI, only stress UI remained significantly associated with SRH (OR= 1.72, $p=0.02$). The interaction between UI and age group was not significant, showing that the relationships found are independent of age group. **CONCLUSION:** Women with any type of UI were more likely to report poor SRH. When divided into urge or stress UI, the group of women with stress UI was 1.72 times more likely to rate their health as poor.

KEYWORDS: Aging. Urinary Incontinence. Women's Health. Cross-Sectional Studies.

1. Introdução

Definida pela *International Continence Society* como qualquer perda involuntária de urina associada ou não ao esforço¹, a incontinência urinária (IU) é uma queixa extremamente comum em todo o mundo², que afeta tanto a saúde quanto a qualidade de vida da população³. Embora não seja uma alteração fisiológica inerente ao processo de envelhecimento, a IU tende a manifestar-se com mais frequência com o avançar da idade⁴, sendo esse um forte preditor para o surgimento dos sintomas^{5,6}.

Apesar de ser um comprometimento que afeta ambos os sexos, é na população feminina que a prevalência é maior, particularmente após a menopausa^{7,8}. A IU de esforço, que é a perda involuntária de urina durante algum esforço físico, é a forma mais comum entre as mulheres, seguida da IU de urgência, caracterizada por contrações involuntárias do detrusor durante a fase de enchimento^{9,10}.

Já é conhecido que a IU influencia no bem-estar e na qualidade de vida², uma vez que pode levar a situações constrangedoras e estressantes¹¹⁻¹³, causando impacto significativo na autoestima da mulher, além de tristeza e ansiedade¹⁴. Assim, é possível que a IU também possa afetar a percepção do seu estado de saúde.

O autorrelato de saúde (ARS) é uma medida frequentemente usada em pesquisa e na prática clínica para avaliar o estado de saúde de diferentes populações. Ela é útil porque consegue captar o peso das condições clínicas e subclínicas que por vezes não são passíveis de identificação por meio apenas de medidas objetivas¹⁵. O ARS resulta de uma interação entre os problemas específicos de saúde, funcionamento físico e comportamentos de saúde, sendo intrinsecamente moldado pela experiência social e subjetiva do indivíduo¹⁶. Por ser uma construção multidimensional, o ARS é influenciado de forma distinta por diferentes contextos culturais e faixas etárias¹⁷. Com isso, as expectativas de saúde de uma mulher idosa, por exemplo, diferem daquelas de outros grupos etários.

Da mesma forma, é possível que a percepção do estado de saúde seja influenciada de forma diferente em populações de contextos sociais distintos¹⁷.

Embora a literatura aponte uma associação entre a IU e um ARS desfavorável, a maioria das evidências se concentra no público idoso^{4,18-20}. Ainda há uma escassez de estudos que explorem essas relações nos grupos de mulheres na meia-idade²¹, embora a IU seja comumente identificada em mulheres desse grupo etário. Um estudo prévio realizado nos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, com mulheres com média de 35 anos de idade, encontrou prevalência de 84% de IU, com repercussões negativas na qualidade de vida²².

A meia-idade é uma fase em que alterações biológicas, mentais, sociais e psicológicas, associadas ao aumento da presença de sintomas ligados à menopausa, podem vir a afetar negativamente a percepção de saúde dessas mulheres^{23,24}. Assim, é possível que o ARS se relacione à presença de IU de maneira diferente entre esse grupo, cujas demandas sociais, laborais e pessoais conferem um significado único ao adoecimento. Por fim, observa-se ainda uma carência de estudos que tenham abordado tais relações no cenário brasileiro.

Diante da lacuna de estudos na população de mulheres de meia-idade no Brasil, e da importância do contexto social sobre a autopercepção do estado de saúde, torna-se imperativo investigar como a IU se relaciona ao ARS em mulheres de meia-idade e idosas. Isso pode trazer informações valiosas para o planejamento de estratégias de saúde pública voltadas para a população feminina, particularmente no cenário da atenção primária à saúde, visando a melhora da sua qualidade de vida e de todos os demais aspectos envolvidos no acometimento da IU em mulheres de meia-idade e idosas atendidas em unidades básicas de saúde. Assim, o presente estudo tem como objetivo avaliar a associação entre a IU e o ARS em mulheres de meia-idade e idosas residentes na comunidade e entender se as relações diferem de acordo com a faixa etária e o tipo de IU.

2. Métodos

2.1 Tipo e local do estudo

Trata-se de um estudo observacional, do tipo transversal, parte de um estudo maior que objetivou avaliar a relação entre os níveis hormonais e o desempenho físico em mulheres de meia-idade e idosas^{25,26}. A pesquisa foi realizada em duas cidades do interior o Rio Grande do Norte (RN), Parnamirim e Santa Cruz, localizadas no nordeste brasileiro, entre 2013 e 2017. O estudo foi conduzido em conformidade com as recomendações do checklist *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)²⁷.

2.2 Cálculo amostral

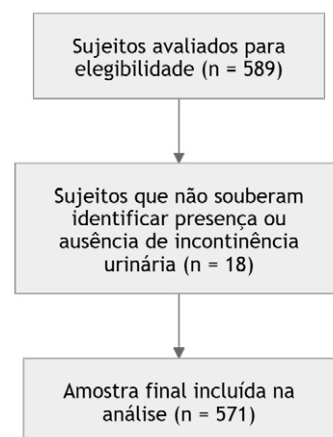
Para a determinação do tamanho amostral, foi realizado o cálculo com base em estimativas previamente descritas na literatura sobre a prevalência de autorrelato de saúde ruim entre mulheres com e sem incontinência urinária. Adotaram-se o poder estatístico ($1-\beta$) de 80%, o nível de significância (α) de 5% e uma razão mínima de chances detectável de 1,6. Considerando a prevalência estimada de aproximadamente 65% de autorrelato de saúde ruim no grupo com IU²⁸, o cálculo indicou a necessidade mínima de aproximadamente 540 participantes. Acrescentou-se 10% para cobrir possíveis perdas ou inconsistências nos dados, resultando em um tamanho amostral estimado de cerca de 594 mulheres. Assim, a amostra apresenta poder estatístico adequado para detectar associações de magnitude moderada ($OR \approx 1,6$), porém pode não ter poder suficiente para detectar efeitos menores, como $OR \approx 1,3$.

A amostra final do estudo, composta por 571 participantes, aproximou-se do quantitativo estimado, sendo considerada adequada para testar as associações propostas e garantir estabilidade aos modelos ajustados.

2.3 Participantes

A amostra foi composta por conveniência, através de anúncios nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de ambas as cidades. Foram incluídas mulheres entre 40-80 anos de idade, que residiam na comunidade de Santa Cruz e Parnamirim e que eram capazes de se deslocar aos locais onde as avaliações eram realizadas. Como critérios de exclusão foram consideradas as seguintes condições: doenças neurológicas ou qualquer outra condição que comprometesse a avaliação da função física, ter realizado dupla ooforectomia e ter comprometimento cognitivo identificado por 4 erros ou mais na Prova Cognitiva de Leganès (PCL)²⁹. Das 589 participantes avaliadas, 18 foram excluídas por não terem respondido à questão sobre a presença ou não de IU, comprometendo assim a avaliação e totalizando 571 mulheres (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma do estudo



2.4 Aspectos éticos

Todas as participantes foram informadas quanto aos objetivos do estudo e assinaram o formulário de consentimento. O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Nº de aprovação: 1.875.802).

2.5 Procedimentos

As participantes foram avaliadas por entrevistadores treinados seguindo o protocolo de avaliação descrito abaixo.

2.5.1 Desfecho primário: autorrelato de saúde (ARS)

Para avaliação do ARS foi feita a seguinte pergunta: "Você diria que sua saúde é: excelente, muito boa, boa, mais ou menos ou ruim?". Para essa análise as respostas foram divididas em dois grupos: saúde boa (excelente, muito boa e boa) e saúde ruim (mais ou menos e ruim)^{30,31}.

2.5.2 Variável independente: incontinência urinária (IU)

A presença de IU foi determinada pelo relato de perda acidental de urina nos últimos sete dias, em qualquer situação (sim ou não). Aquelas que relataram IU foram questionadas a respeito da ocorrência de perda de urina em diferentes situações para classificação do tipo de IU. A IU de esforço (sim ou não) foi considerada pelo relato de perda de urina em situações como tosse, espirro ou gargalhada. Já a IU de urgência (sim ou não) foi nas situações em que houve perda de urina quando não conseguiu chegar a tempo ao banheiro.

2.5.3 Covariáveis

As seguintes variáveis foram consideradas como covariáveis do estudo baseadas na literatura.

- Idade: O uso dessa variável foi considerado uma vez que estudos prévios apontam que a frequência de problemas de saúde difere entre grupos etários e porque pessoas mais jovens podem interpretar informações sobre sua própria saúde de maneira diferente das pessoas mais velhas²¹. Além disso, também há um forte consenso de que a prevalência de IU aumenta com a idade^{12,13}. No presente estudo, a variável foi autorrelatada, e as participantes foram categorizadas em meia-idade (40–59 anos) e idosas (60–80 anos).

- Sociodemográficas: Estudos mostram que educação e renda são componentes centrais de posição socioeconômica associados a melhor ARS^{16,17} e à prevalência de IU^{1,11}. As participantes foram questionadas sobre a escolaridade (0-3 anos e 4 anos ou mais) e sobre se a renda familiar era suficiente para atender as suas necessidades básicas (suficiente e insuficiente).
- Antropométricas: O Índice de Massa Corporal (IMC) pode ser um confundidor potencial da associação entre ARS e IU¹. O IMC foi calculado a partir da altura (m) mensurada por uma balança Welmy W100H scale com estadiômetro, e do peso, aferido por meio da balança Wiso W930 scale. As participantes foram avaliadas descalças e vestindo roupas leves³⁰. O IMC foi classificado em: peso baixo a normal ($\leq 24,99$ kg/m²), com sobrepeso (25,00 kg/m² a 29,99 kg/m²) e obesas (≥ 30 kg/m²)³².
- Atividade física: Participantes de atividades físicas regulares tendem a melhorar sua saúde no geral e a reduzir os sintomas de IU¹¹. Para esse estudo, a variável foi avaliada através do autorrelato das participantes, foi definida como a prática de exercício físico por no mínimo três vezes na semana, por pelo menos trinta minutos²⁶. Esta variável foi dicotomizada em "sim" ou "não".
- Saúde reprodutiva: O relato de ausência de ciclos menstruais por pelo menos um ano foi utilizado para classificar participantes na pós-menopausa³³. Mulheres que relataram ter realizado histerectomia foram incluídas no grupo pós-menopausa. A paridade foi coletada através do autorrelato e classificada em menos de três filhos e três ou mais filhos³⁴.

2.6 Análise de dados

Os dados foram analisados utilizando o Statistical Package for Social Sciences (SPSS versão 26.0). A normalidade da distribuição da variável quantitativa de idade foi testada por meio do teste Kolmogorov-Smirnov. Os grupos de IU foram comparados em relação às demais variáveis do estudo por meio do teste de Mann-Whitney (variável quantitativa) e do Qui-quadrado (variáveis categóricas).

Por fim, foi utilizada a análise de regressão logística binária para observar a associação entre o ARS e a IU ajustada pelas covariáveis. Análise de sensibilidade foi realizada para avaliar a relação entre o ARS e os subtipos de IU (esforço e urgência). Um termo de interação entre a IU e o grupo de idade foi acrescentado aos modelos para avaliar se as relações diferem entre as mulheres de meia-idade e idosas. Em todas as etapas foi considerado o intervalo de confiança (IC) de 95% e $p < 0,05$.

3. Resultados

A caracterização da amostra de acordo com a presença de IU encontra-se na tabela 1. IU de qualquer tipo foi relatada em 27,5% da amostra, com a prevalência de 28,1% entre as mulheres de meia-idade e de 25,8% entre as idosas. Observa-se que mulheres fisicamente inativas apresentaram maior proporção de IU quando comparadas as ativas fisicamente (30,5% vs 22,5%, respectivamente; p -valor: 0,03). Não houve associação significativa entre IU e as demais variáveis analisadas.

Tabela 1. Caracterização da amostra de acordo com a presença de incontinência urinária ($N = 571$)

	Presença de IU		p -valor
	Não	Sim	
	N (%) ou mediana (IIQ)		
Idade (em anos)	53,0 (11,00)	53,0 (11,25)	0,34 ^a
Idade			
Meia-idade	312 (71,9%)	122 (28,1%)	0,58 ^b
Idosas	115 (74,2%)	40 (25,8%)	
Escolaridade			
0-3 anos	121 (72%)	47 (28%)	0,87 ^b
4 anos ou mais	306 (72,7%)	115 (27,3%)	
Suficiência de renda			
Suficiente	183 (73,8%)	65 (26,2%)	0,52 ^b
Insuficiente	242 (71,4%)	97 (28,6%)	
IMC			
Normal	82 (73,2%)	30 (26,8%)	0,34 ^b
Sobrepeso	190 (75,1%)	63 (24,9%)	
Obeso	155 (69,2%)	69 (30,8%)	
Atividade física			
Sim	169 (77,5%)	49 (22,5%)	0,03 ^b
Não	258 (69,5%)	113 (30,5%)	
Paridade			
0-2 filhos	180 (73,5%)	65 (26,5%)	0,36 ^b
3 filhos ou mais	247 (71,8%)	97 (28,2%)	
Histerectomia			
Sim	72 (67,3%)	35 (32,7%)	0,34 ^b
Não	354 (73,6%)	127 (26,4%)	
Pós-Menopausa			
Sim	143 (70,1%)	61 (29,9%)	0,33 ^b
Não	282 (73,8%)	100 (26,2%)	

IMC - Índice de Massa Corporal; IIQ - Intervalo interquartil; ^aresultado do p -valor para o teste Mann-Whitney;

^bResultado do p -valor para o teste de Qui-quadrado.

A tabela 2 apresenta os resultados referentes à associação entre o ARS e as variáveis analisadas. É possível notar que mulheres com pior ARS apresentaram maior mediana de idade (53 anos). Além disso, a proporção de ARS ruim foi maior entre as idosas em relação ao grupo de mulheres de meia-idade ($p=0,04$). Os achados sugerem ainda que o pior ARS está associado a menor escolaridade, insuficiência de renda, inatividade física, maior número de filhos e condição pós-menopausa. Apenas o IMC e a histerectomia não se mostraram associados significativamente com o ARS.

Tabela 2. Relação entre ARS e as covariáveis (N= 571)

	ARS		p-valor
	Bom	Ruim	
	N (%) ou mediana (IIQ)		
Idade (em anos)	51,00 (9,00)	53,00 (12,00)	<0,001 ^a
Idade			
Meia-idade	143 (33,5%)	284 (66,5%)	0,04 ^b
Idosas	35 (24,3%)	109 (75,7%)	
Escolaridade			
0-3 anos	37 (23%)	124 (77%)	<0,001 ^b
4 anos ou mais	141 (34,4%)	269 (65,6%)	
Suficiência de renda			
Suficiente	97 (40,4%)	143 (59,6%)	<0,001 ^b
Insuficiente	80 (24,3%)	249 (75,7%)	
IMC			
Normal	40 (36,7%)	69 (63,3%)	0,34 ^b
Sobrepeso	76 (30,8%)	171 (69,2%)	
Obeso	62 (28,8%)	153 (71,2%)	
Atividade física			
Sim	79 (37,3%)	133 (62,7%)	0,01 ^b
Não	99 (27,6%)	260 (72,4%)	
Paridade			
0-2 filhos	89 (36,6%)	154 (63,4%)	0,01 ^b
3 filhos ou mais	89 (27,1%)	239 (72,9%)	
Histerectomia			
Sim	36 (34,6%)	70 (60%)	0,63 ^b
Não	142 (30,6%)	322 (69,4%)	
Pós-Menopausa			
Sim	103 (28%)	265 (72%)	0,03 ^b
Não	73 (36,5%)	127 (63,5%)	

IMC - Índice de Massa Corporal; IIQ - Intervalo interquartil; ^aresultado do p-valor para o teste Mann-Whitney; ^bResultado do p-valor para o teste de Qui-quadrado.

A tabela 3 apresenta os resultados da associação entre o ARS e a IU de qualquer tipo, bem como considerando a IU de esforço ou de urgência separadamente. Mulheres com IU apresentaram maior proporção de ARS ruim (75,7%), em comparação àquelas sem IU (66,3%). Ao analisar os subtipos de incontinência urinária, observou-se padrão semelhante para a IU de esforço, na qual mulheres que relataram esse tipo apresentaram maior proporção de autopercepção de saúde ruim (77%) em comparação àquelas sem IU de esforço (66,5%). Por outro lado, a IU de urgência não apresentou associação estatisticamente significativa com a autopercepção de saúde na amostra estudada ($p = 0,15$).

Tabela 3. Associação entre IU e ARS (N=571)

	ARS Bom	ARS Ruim	p-valor ^a
	(n=178)	(n=393)	
N (%)			
IU			
Não	141 (33,7%)	278 (66,3%)	0,03
Sim	37 (24,3%)	115 (75,7%)	
IU de urgência			
Não	152 (32,5%)	316 (67,5%)	0,15
Sim	26 (25,2%)	77 (74,8%)	
IU de esforço			
Não	149 (33,5%)	296 (66,5%)	0,02
Sim	29 (23,0%)	97 (77%)	

^ap-valor para teste Qui-quadrado.

A tabela 4 apresenta os resultados da regressão logística binária para o ARS de acordo com o relato de IU ajustado pelas covariáveis. As mulheres que relataram qualquer tipo de IU apresentaram uma chance significativamente maior de avaliar sua saúde como ruim (OR = 1,53, IC95%: 0,99-2,39; $p = 0,05$), em comparação àquelas sem IU. Resultados semelhantes foram encontrados ao considerar a IU de esforço (OR = 1,72, IC95%: 1,06-2,77; $p = 0,02$), indicando maior probabilidade de ARS ruim entre as mulheres acometidas. A IU de urgência permaneceu não associada ao ARS. Os modelos da regressão logística foram ajustados pelas variáveis que apresentaram $p < 0,10$ na análise bivariada.

Tabela 4. Regressão logística binária para o ARS ruim

	N	OR	IC 95%	p-valor
Modelo 1: IU				
Não	419	1		
Sim	152	1,53	0,99; 2,39	0,05
Modelo 2: IU de urgência				
Não	468	1		
Sim	103	1,27	0,77; 2,11	0,33
Modelo 3: IU de esforço				
Não	445	1		
Sim	126	1,72	1,06; 2,77	0,02

IU - Incontinência Urinária; IC - Intervalo de Confiança.

Modelos ajustados por idade, escolaridade, suficiência de renda, estado menopausal, paridade e atividade física.

4. Discussão

Este estudo investigou a relação entre a IU e o ARS em mulheres de meia-idade e idosas residentes no nordeste do Brasil. Os resultados mostraram que as mulheres que reportaram ter IU de qualquer tipo e IU do tipo esforço têm maior chance de classificarem sua saúde como ruim, mesmo após o ajuste pelas potenciais covariáveis.

Semelhante a esses achados, Reigota et al.²¹ encontraram que a IU contribui negativamente na percepção de saúde, e que, das mulheres avaliadas neste estudo (média de 64 anos), 64,1% das mulheres com IU classificaram sua saúde como regular/ruim/muito ruim, enquanto apenas 35,9% das que não tinham IU relataram o mesmo sobre sua saúde ($p < 0.0001$). Da mesma forma, um estudo realizado por Cardoso et al.¹³ com idosas brasileiras constatou que a autoavaliação de saúde como ruim ou péssima foi 1,33 vezes maior entre os sujeitos incontinentes em relação aos sem IU. Ainda corroborando com esses achados, em um estudo de coorte prospectivo¹⁹ com 1.593 idosos (62,8% do sexo feminino) do Sul do Brasil, a presença de IU foi associada a um risco 3,3 vezes maior de apresentar autopercepção negativa da saúde. A frequência das perdas urinárias também parece ser um fator importante, conforme relatado em estudo prévio³⁵ que encontrou que quanto maior a frequência de perdas urinárias, pior o ARS. Porém, em nossa amostra, assim como nos estudos anteriormente citados^{13,19}, o fato de a identificação da IU ter sido autorrelatada pode ter interferido nos resultados, subestimando a sua real prevalência, afetando a magnitude das associações e impedindo a quantificação da gravidade da IU, caracterizando assim, um viés de classificação.

Sabe-se que a perda involuntária de urina gera uma situação constrangedora e estressante, que impacta a qualidade de vida e a autoestima de forma negativa³⁶. Quando frequentes, a pessoa com IU tende a mudar o seu estilo de vida e a reduzir as atividades sociais para evitar constrangimentos, o que resulta em efeitos negativos na sua saúde mental e aumenta a chance de classificar sua saúde como ruim^{6,20,21,37}.

Isso parece ser particularmente importante ao considerar o tipo de IU de esforço, como demonstrado no presente estudo.

Na IU de esforço há uma perda involuntária e repentina de urina que ocorre em situações cotidianas. A maioria das pessoas com essa condição apresenta vazamento urinário em diversas situações, como durante uma tosse, espirro ou gargalhada, durante a realização de um exercício, mudança de posição ou quando se levanta um peso³⁸. Esse tipo de IU parece impactar diferentes situações, como viagens, atividades sociais, físicas e de bem-estar^{39,40}. Tem sido relatado que mulheres acometidas por esse tipo de IU se afastam socialmente ou evitam certas atividades, piorando assim sua qualidade de vida relacionada à saúde e consequentemente, sua percepção de saúde^{39,40}.

Um estudo transversal realizado no Sudeste brasileiro com 201 mulheres atendidas em unidades de atenção primária de saúde apontou uma prevalência de 36% de IU na amostra avaliada³⁹. Entretanto, diferentemente dos nossos achados, o estudo de Alves et al.³⁹ encontrou associação significativa entre a IU e as variáveis de idade, renda e índice de massa corporal. Em nossa amostra, houve uma maior proporção de mulheres obesas com IU (30,8%). Porém, a diferença quando comparada com as proporções de mulheres com sobrepeso e IMC normal não foi significativa. Além disso, no nosso estudo, a presença de IU não variou significativamente em relação às variáveis socioeconômicas ou de idade. Esses achados sugerem que, nesta amostra, os determinantes socioeconômicos podem não ter se expressado de forma significativa na ocorrência da IU, possivelmente em função da relativa homogeneidade do perfil das participantes atendidas na atenção primária.

Os achados deste estudo também não encontraram associação entre IU e o estado menopausal da mulher ($p > 0,05$). Sabe-se que a transição para a menopausa é uma situação biológica associada a inúmeras mudanças na saúde da mulher, incluindo a IU⁸. Porém, o estudo de Coelho et al.²² identificou a menopausa como fator protetor para o aparecimento da IU, o que justifica que o perfil jovem da amostra deste estudo (média de 35 anos) possa ter influenciado seus achados. De forma semelhante, em nossos achados, cerca de 74% das mulheres ainda não estavam na menopausa, ainda que nossa população tenha apresentado uma idade média superior (53 anos) ao visto

na literatura²², o que pode justificar a falta de associação entre a menopausa e o aparecimento da IU.

Um total de 72% que estavam na menopausa declararam a sua saúde como ruim, evidenciando o impacto que este período tem na qualidade de vida das mulheres. Esse achado reforça a necessidade de considerar o contexto hormonal e reprodutivo como parte dos determinantes da saúde feminina, visto que tais fatores podem influenciar simultaneamente sintomas físicos, bem-estar emocional e percepção global de saúde.

Os nossos resultados também não apresentaram associação significativa entre o ARS e a IU de urgência. Pacientes com esse tipo de IU geralmente se queixam de uma vontade repentina e irresistível de urinar que é difícil de segurar, e que frequentemente resulta em vazamento involuntário de urina¹⁰. A IU de urgência é causada pela hiperatividade do detrusor observada durante a fase de enchimento dos estudos urodinâmicos. Devido às diferentes fisiopatologias, as repercussões podem ser diversas, podendo ou não impactar de forma negativa na saúde geral. Essa variabilidade pode explicar a ausência de associação significativa entre as variáveis no grupo de mulheres estudado.

Estudar a associação entre a IU e o ARS destaca a necessidade de abordagens clínicas e políticas públicas que consideram não apenas o tratamento dos sintomas, mas também o impacto biopsicossocial dessa condição^{21,40}. No que diz respeito à prática clínica, uma avaliação de IU deve conter questionamentos sobre a saúde referida, para que assim seja possível compreender suas repercussões na qualidade de vida e na saúde do público-alvo, promovendo intervenções mais personalizadas, bem como um suporte multidisciplinar³⁹.

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), tais resultados reforçam a necessidade de incorporar políticas públicas que possam direcionar ações de prevenção, diagnóstico e o tratamento de pacientes acometidas por esse IU, especialmente àquelas de meia-idade e idosas. Ao utilizar estratégias como o rastreamento ativo de sintomas urinários, perguntas simples sobre a percepção de saúde e a inclusão de avaliações do assoalho pélvico, pode favorecer a identificação precoce de casos e, assim, proporcionar um suporte eficaz e de qualidade à saúde da mulher^{21,40}.

Este estudo apresenta limitações. A amostragem por conveniência e o fato de o estudo ter sido realizado apenas em unidades básicas de saúde caracterizam vieses de seleção. O fato de as variáveis de interesse terem sido coletadas de maneira autorrelatada, como é o caso da IU, pode caracterizar um viés de informação, embora a pergunta utilizada esteja alinhada às definições padronizadas da International Continence Society e seja frequentemente empregada em estudos epidemiológicos. Além disso, a ausência de instrumento validado pode gerar viés de classificação, particularmente quanto à gravidade e à caracterização mais detalhada dos subtipos de IU, o que pode levar à subestimação ou superestimação dos sintomas, interferindo nos resultados encontrados. O delineamento transversal do estudo impossibilita estabelecer relações de causalidade, portanto, não é possível determinar se a IU influencia a autopercepção da saúde ou se uma pior percepção de saúde contribui para o desenvolvimento ou agravamento da condição. Esses dados podem comprometer a representatividade do estudo e gerar implicações para a sua validade interna e externa. Desta forma, sugere-se que novos protocolos sejam realizados em outros níveis de atenção à saúde e com variados tipos de amostragem, de forma probabilística.

5. Conclusão

Na amostra estudada houve associação entre a IU e a ARS em mulheres de meia-idade e idosas. As mulheres que relataram qualquer tipo de IU apresentaram chance 1,53 vezes maior de avaliar sua saúde como ruim, quando controladas por idade, escolaridade, suficiência de renda, menopausa, paridade e atividade física. Ao avaliar o tipo de IU, resultados semelhantes foram encontrados ao considerar a IU de esforço, uma vez que mulheres deste grupo apresentaram chance 1,72 vezes maior de avaliar sua saúde como ruim. Devido às importantes repercussões que a IU pode vir a causar na vida das mulheres, na sua qualidade de vida e saúde em geral, faz-se importante investigar o seu aparecimento de forma mais precoce, a fim de minimizar os possíveis efeitos adversos.

Declaração de não uso de inteligência artificial

Os autores declaram que durante a construção desse artigo não utilizaram ferramentas de Inteligência Artificial (IA) generativa para redação, análise, interpretação de dados ou elaboração da conclusão do manuscrito. Todo conteúdo é de autoria própria, em consonância com os princípios éticos e científicos.

Financiamento

Esse estudo foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código 001. Os financiadores não tiveram qualquer papel na concepção do estudo, na coleta e análise dos dados, na decisão de publicar ou na redação do manuscrito.

Agradecimentos

Este trabalho contou com o apoio do projeto "Promoção de uma cultura de equidade na UCT, desenvolvimento de capacidades institucionais em P+D+I+E", do Projeto Iniciativa de Excelência - InES de Gênero (INGE230010).

Contribuições dos autores

Os autores declararam ter feito contribuições substanciais ao trabalho em termos da concepção ou desenho da pesquisa; da aquisição, análise ou interpretação de dados para o trabalho; e da redação ou revisão crítica de conteúdo intelectual relevante. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada e concordaram em assumir a responsabilidade pública por todos os aspectos do estudo.

Conflitos de interesse

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Indexadores

A Revista *Pesquisa em Fisioterapia* é indexada no [DOAJ](#), [EBSCO](#), [LILACS](#) e [Scopus](#).



Referências

1. Altman D, Cartwright R, Lapitan MC, Milsom I, Nelson R, Sjöström S, et al. Epidemiology of Urinary Incontinence (UI) and Other Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), Pelvic Organ Prolapse (POP) and Anal Incontinence (AI). In Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein AJ. Incontinence: 6th International Consultation on Incontinence, Tokyo, September 2016. Bristol: International Continence Society; 2017. p. 1-141.
2. Nambiar AK, Bosch R, Cruz F, Lemack GE, Thiruchelvam N, Tubaro A, et al. EAU Guidelines on Assessment and Nonsurgical Management of Urinary Incontinence. *Eur Urol*. 2018;73(4):596-609. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2017.12.031>
3. Trapani S, Villa G, Marcomini I, Bagnato E, Rinaldi S, Caglioni M, et al. Prevalence, risk factors and costs of female urinary incontinence: a multicentre cross-sectional study. *Int J Urol Nurs*. 2025;19(3):e70027. <https://doi.org/10.1111/ijun.70027>
4. Kessler M, Facchini LA, Soares MU, Nunes BP, França SM, Thumé E. Prevalência de incontinência urinária em idosos e relação com indicadores de saúde física e mental. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(4):397-407. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180015>
5. Ferreira CT, Machado IB, Ferreira TRS, Taketomi MSN. Prevalência e fatores associados à incontinência urinária em idosos institucionalizados no município de Santarém-PA. *Res Soc Dev*. 2022;11(15):e185111537026. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i15.37026>
6. Nascimento FH, Brito DA, Almeida AS, Mont'Alvão SJC, Martins RFMP, Mendes MM, et al. Incontinência urinária: aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e manejo terapêutico. *Braz J Dev*. 2022;8(10):65563-76. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n10-042>
7. Carneiro JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, Medeiros SM, Lima CA, Costa FM, et al. Prevalência e fatores associados à incontinência urinária em idosos não institucionalizados. *Cad Saude Colet*. 2017;25(3):268-77. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201700030295>
8. Alizadeh A, Montazeri M, Shabani F, Bani S, Hassanpour S, Nabighadim M, et al. Prevalence and severity of urinary incontinence and associated factors in Iranian postmenopausal women: a cross-sectional study. *BMC Urol*. 2023;23(1):18. <https://doi.org/10.1186/s12894-023-01186-w>
9. Aniuliene R, Aniulis P, Steibliene V. Risk Factors and Types of Urinary Incontinence among Middle-Aged and Older Male and Female Primary Care Patients in Kaunas Region of Lithuania: Cross Sectional Study. *Urol J [Internet]*. 2016;13(1):2552-61. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12512/17156>

10. Haylen BT, 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. <https://doi.org/10.1007/s00192-009-0976-9>
11. 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. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500030006>
12. Bartoli S, Aguzzi G, Tarricone R. Impact on Quality of Life of Urinary Incontinence and Overactive Bladder: A Systematic Literature Review. *Urology*. 2010;75(3):491–500. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2009.07.1325>
13. Cardoso JDC, Azevedo RCS, Reiners AAO, Louzada CV, Espinosa MM. Autoavaliação de saúde ruim e fatores associados em idosos residentes em zona urbana. *Rev Gaucha Enferm*. 2014;35(4):35–41. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.04.46916>
14. Asoglu MR, Selcuk S, Cam C, Cogendez E, Karateke A. Effects of urinary incontinence subtypes on women's quality of life (including sexual life) and psychosocial state. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014;176:187–90. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.02.008>
15. Wang L, Dong W, Ou Y, Chen S, Chen J, Jiang Q. Regional differences and determinants of self-rated health in a lower middle income rural Society of China. *Int J Equity Health*. 2018;17(1):162; <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0875-0>
16. Sen A. Health: perception versus observation. *BMJ*. 2002;324:860. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7342.860>
17. Bradshaw M, Kent BV, Levin J, Wortham JS, Pertel NL, VanderWeele TJ, et al. Demographic variation in self-rated physical health across 22 countries: findings from the Global Flourishing Study. *BMC Glob Public Health*. 2025;3:38. <https://doi.org/10.1186/s44263-025-00141-1>
18. Johnson TM, Kincade JE, Bernard SL, Busby-Whitehead J, Hertz-Picciotto I, DeFries GH. The Association of Urinary Incontinence with Poor Self-Rated Health. *J Am Geriatr Soc*. 1998;46(6):693–9. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1998.tb03802.x>
19. Kessler M, Volz PM, Bender JD, Nunes BP, Machado KP, Saes MO, et al. Efeito da incontinência urinária na autopercepção negativa da saúde e depressão em idosos: uma coorte de base populacional. *Cien Saude Coletiva*. 2022;27(6):2259–67. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.10462021>
20. Tamanini JTN, Lebrão ML, Duarte YAO, et al. Análise da prevalência e fatores associados à incontinência urinária entre idosos do Município de São Paulo, Brasil: Estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento). *Cad Saude Publica*. 2009;25(8):1756–62. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800011>
21. 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. <https://doi.org/10.1002/nau.22679>
22. Coelho MMF, Oriá MOB, Moreira WC, Gubert FA, Martins MC, Barreto AS, et al. Prevalência e análise das repercussões de mulheres com incontinência urinária. *Rev Baiana Enferm*. 2025;39:e64606. <https://doi.org/10.18471/rbe.v39.64606>
23. Flückiger O, Krannich A, Recknagel P, Leiter M, Stix-Steinwald T, Poggio E, et al. Women's Self-Assessment of Quality of Life and Menopausal Symptoms: An Online Survey of 26,000 Women in German-Speaking Countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2025;22(10):1502. <https://doi.org/10.3390/ijerph22101502>
24. Sharifi K, Anoosheh M, Foroughan M, Kazemnejad A. Barriers to Middle-Aged Women's Mental Health: A Qualitative Study. *Iran Red Crescent Med J*. 2014;16(6):e18882. Citado em: PMID: [25068059](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25068059/)
25. Câmara SMA, Zunzunegui MV, Pirkle C, Moreira MA, Maciel ACC. Menopausal Status and Physical Performance in Middle Aged Women: A Cross-Sectional Community-Based Study in Northeast Brazil. *PLoS One*. 2015;10(3):e0119480. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119480>
26. Azevedo IG, Sousa SLO, Viana ESR, Dantas DS, Maciel ACC, Câmara SMA. Relationship between symptomatic pelvic organ prolapse and respiratory muscle strength in middle-aged and older women in Northeast Brazil: a cross-sectional study. *Physiother Theory Pract*. 2021;37(6):755–61. <https://doi.org/10.1080/09593985.2019.1642428>
27. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, et al. STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Lancet [Internet]*. 2007;370(9596):1453–7. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61602-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61602-X/fulltext)
28. Perera J, Kirthinanda DS, Wijeratne S, Wickramarachchi TK. Descriptive cross-sectional study on prevalence, perceptions, predisposing factors and health seeking behaviour of women with stress urinary incontinence. *BMC Womens Health*. 2014;14:78. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-78>
29. Caldas VVA, Zunzunegui MV, Freire ANF, Guerra RO. Tradução, adaptação cultural e avaliação psicométrica da prova cognitiva de Leganés em uma população idosa brasileira com baixo nível educacional. *Arq Neuropsiquiatr*. 2012;70(1):22–7. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2012000100006>
30. Fernandes SGG, Pirkle CM, Sentell T, Costa JV, Maciel ACC, Câmara SMA. Association between self-rated health and physical performance in middle-aged and older women from Northeast Brazil. *PeerJ*. 2020;8:e8876. <https://doi.org/10.7717/peerj.8876>

31. Pavão ALB, Werneck GL, Campos MR. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2013;29(4):723–34. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/reader/b1787365c866737c826de6d08555497438c322d5>
32. World Health Organization. Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry, report of a WHO expert committee. Geneva: WHO; 1995. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/37003>
33. Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, et al. Executive Summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: Addressing the Unfinished Agenda of Staging Reproductive Aging. *J Clin Endocrinol Metab*. 2012;97(4):1159–68. <https://doi.org/10.1210/jc.2011-3362>
34. Pirkle CM, Sousa ACPA, Alvarado B, Zunzunegui MV. Early maternal age at first birth is associated with chronic diseases and poor physical performance in older age: cross-sectional analysis from the International Mobility in Aging Study. *BMC Public Health*. 2014;14:293. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-293>
35. Batmani S, Jalali R, Mohammadi M, Bokaee S. Prevalence and factors related to urinary incontinence in older adults women worldwide: a comprehensive systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMC Geriatr*. 2021;21(1):212. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02135-8>
36. Honório MO, Santos SMA. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(1):51–6. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000100008>
37. Felde G, Bjelland I, Hunskaar S. Anxiety and depression associated with incontinence in middle-aged women: a large Norwegian cross-sectional study. *Int Urogynecol J*. 2012;23(3):299–306. <https://doi.org/10.1007/s00192-011-1564-3>
38. McGuire EJ. Pathophysiology of stress urinary incontinence. *Rev Urol*. 2004;6(Suppl 5):S11-7. Citado em: PMID: [16985903](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16985903/)
39. Alves CA, Ferreira DCC, Lima MF, Coimbra KA, Vaz CT. Prevalência de incontinência urinária, impacto na qualidade de vida e fatores associados em usuárias de Unidades de Atenção Primária à Saúde. *Fisioter Mov*. 2022;35:e35604. <https://doi.org/10.1590/fm.2022.35604.0>
40. Sousa TNM, Cunha FVM, Costa TPC. O impacto da incontinência urinária em mulheres adultas jovens: uma revisão da literatura. *Res Soc Dev*. 2024;13(7):e10013746357. <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i7.46357>