



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PALOMA GABRIELLY AMORIM MONTEIRO

**MENSURAÇÃO OBJETIVA DA PERDA URINÁRIA FEMININA UTILIZANDO O
TESTE DO ABSORVENTE**

FORTALEZA

2018

PALOMA GABRIELLY AMORIM MONTEIRO

MENSURAÇÃO OBJETIVA DA PERDA URINÁRIA FEMININA UTILIZANDO O
TESTE DO ABSORVENTE

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Camila Teixeira
Moreira Vasconcelos

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M779m Monteiro, Paloma Gabrielly Amorim.

Mensuração objetiva da perda urinária feminina utilizando o teste do absorvente / Paloma Gabrielly Amorim Monteiro. – 2018.
56 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2018.

Orientação: Profa. Dra. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos.

Coorientação: Profa. Ma. Dayana Maia Saboia.

1. Saúde da mulher. 2. Incontinência urinária. 3. Técnicas de diagnóstico urológico. I. Título.

CDD 610.73

PALOMA GABRIELLY AMORIM MONTEIRO

MENSURAÇÃO OBJETIVA DA PERDA URINÁRIA FEMININA UTILIZANDO O
TESTE DO ABSORVENTE

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Camila Teixeira
Moreira Vasconcelos

Aprovada em: __/__/____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Ma. Dayana Maia Saboia
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Ma. Karine de Castro Bezerra
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus.

Aos meus pais, Mário e Edvanda.

Aos meus irmãos, Bruna e Mário Júnior.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida e daqueles que amo, pela minha saúde e pelas oportunidades e milagres que tem me dado.

A minha família: ao meu pai Mário Monteiro, pois o seu amor estava embutido em cada pequena atitude e cuidado que teve comigo; à minha mãe, Edvanda Monteiro, por sempre ter estimulado os meus estudos e estar comigo para tudo; à minha querida irmã Bruna, que apesar da distância física, sempre me estimulou durante a árdua caminhada acadêmica; ao meu irmão Mário Júnior, por sempre estar presente nos momentos que precisei; à minha tia, Aline e minha avó, Lucinda, por terem estado ao meu lado e de minha família em todos os momentos.

Agradeço carinhosamente à Profa. Dra. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos, por ter me dado a oportunidade de pesquisar e estudar uma temática que sou apaixonada, acreditando em mim e me orientando nesta monografia e por ser um dos meus grandes exemplos de enfermeira.

À Dayana Saboia por ter me coorientado neste trabalho, pelos ensinamentos com SPSS, metodologia da pesquisa e todo o apoio prestado a mim durante a finalização desta monografia.

A todos os excelentes professores do Departamento de Enfermagem, em especial às Profa. Priscila Aquino, Profa. Régia Barbosa, Profa. Kaelly Virgínia, Profa. Ângela Maria, Profa. Janaína Victor, Prof. Michell Ângelo, Profa. Ana Kelve Damasceno, Profa. Fabiane Gubert, Profa. Andrea, Profa. Isis Aguiar e Profa Thelma Leite.

A todos os membros do Programa de Educação Tutorial – PET Enfermagem UFC: Maria Laura, João Victor de Castro, Haroldo Junior, Caroline Ribeiro, Igor de Freitas, Essyo Pedro, Joyce Costa, Fernanda Cartaxo, Débora Batista, Izabel Cristina, Vitória Caroline, Mayara Maria, João Victor, Giovana Evelyn, Luisa Viana, Marcela Matias, Thays Lopes, Isabelle Barros, Gabriella Farias.

Às amigas Tatiane Moura, Adriana Moreno, Brena Freire, Isabelle Silva, Karolina Rodrigues, Lívia Inácio, Danielle Ethel, Camila Aparecida, Jéssyka Uchoa, Joyce Costa, Débora Batista e Thalita Caroline.

À Universidade Federal do Ceará.

A todos aqueles que direta ou indiretamente estiveram ao meu lado me apoiando. Muito obrigada.

RESUMO

Definida como a queixa de qualquer perda involuntária de urina, por meio de sintoma percebido pelo próprio paciente, a Incontinência Urinária (IU) ainda é subdiagnosticada. Essa condição de saúde é determinante de isolamento social, estresse, depressão, sentimento de vergonha, condições de incapacidade e baixa autoestima, resultando em significativa morbidade. Para diagnosticar e quantificar a perda urinária o estudo urodinâmico é o recurso de avaliação mais completo, porém dispendioso. Dessa forma, outros métodos mais acessíveis têm sido utilizados na prática clínica para quantificar as perdas urinárias, dentre eles, o *pad test* ou teste do absorvente. O objetivo desse estudo foi avaliar de forma objetiva as queixas urinárias por meio do teste do absorvente. A pesquisa foi realizada em um hospital público de referência em Fortaleza-CE e teve como população de estudo as pacientes acompanhadas no ambulatório de uroginecologia do referido hospital que apresentavam registro em seu prontuário da realização do teste do absorvente no serviço, sendo avaliadas utilizando os questionários padronizados pela *International Continence Society* para avaliação do impacto da IU na qualidade de vida. As correlações entre o impacto da IU e o resultado do teste do absorvente foram realizados pelos testes de Kruskal-Wallis e o coeficiente de Spearman. Observou-se que 39,4% das mulheres que afirmaram não perder urina tiveram resultado positivo no teste do absorvente, ao passo que a maioria das mulheres que relatou alguma gravidade na quantidade de urina perdida também apresentou positividade ao teste. Em análise do impacto da perda urinária na qualidade de vida das pacientes, os domínios de limitação no desempenho das atividades diárias, limitações sociais, relações pessoais, emoções, sono e disposição e medida de gravidade do questionário KHQ foram os mais afetados. A probabilidade de o teste do absorvente apresentar-se positivo aumenta quanto maior for o impacto da IU na QV. O teste do absorvente também é capaz de avaliar a perda urinária mesmo quando esta não é expressa pelas mulheres. Desse modo, o emprego do teste do absorvente em associação com os achados subjetivos das pacientes é importante para que se realize um melhor manejo da incontinência urinária.

Palavras-chave: Saúde da Mulher; Incontinência Urinária; Técnicas de diagnóstico urológico; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Urinary incontinence (UI), sometimes still underdiagnosed, is defined as the complaint of any involuntary loss of urine through a symptom perceived by the patient. This health condition is determinant of social isolation, stress, depression, feeling of shame, incapacity conditions and low self-esteem, which results in significant morbidity. To diagnose and quantify urinary loss, the urodynamic study is the most complete yet costly evaluation tool. Thus, other more accessible methods have been used in clinical practice to quantify urinary losses, among them, the pad test. The aim of this study was to evaluate the urinary complaints through the absorbent test. The study was carried out in a public reference hospital in Fortaleza-CE and had as study population the patients attended at the outpatient urogynecology outpatient clinic of the referred hospital who had a record in their medical records of the performance of the pad test in the service and were evaluated using the standardized questionnaires by the International Continence Society to assess the impact of UI on quality of life (QoL). Correlations between the UI impact and the pad test result were performed by the Kruskal-Wallis tests and the Spearman coefficient. It was observed that 39.4% of the women who said they did not lose urine tested positive for the test, whereas most women who reported a certain amount of lost urine also had a positive test. In the analysis of the impact of urinary loss on the quality of life of the patients, the domains of limitation in the performance of daily activities, social limitations, personal relationships, emotions, sleep and disposition and severity measurement of the KHQ questionnaire were the most affected. The probability of the pad test being positive increases the greater the impact of the UI on the QoL. The pad test is also able to assess urinary loss even when it is not expressed by women. Thus, the use of the pad test in association with the subjective findings of the patients is important for a better management of urinary incontinence.

Keywords: Women's Health; Urinary Incontinence; Diagnostic Techniques, Urological; Quality of Life.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação da incontinência urinária.....	20
Quadro 2 – Variáveis utilizadas para correlação com o resultado do teste de absorvente.....	28

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 – Distribuição da frequência das perdas urinárias das mulheres atendidas pelo ambulatório de uroginecologia de um hospital de referência no período de 2011a 2017, segundo *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form*(ICIQ-SF). Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018..... 34
- Gráfico 2 – Distribuição da quantidade de perda urinária das mulheres atendidas pelo ambulatório de uroginecologia de um hospital de referência no período de 2011a 2017, segundo *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form*(ICIQ-SF). Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018..... 35
- Gráfico 3 – Distribuição do impacto da perda urinária na qualidade de vida de mulheresatendidas pelo ambulatório de uroginecologia de um hospital de referência no período de 2011a 2017, segundo *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF). Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018..... 36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Características sociodemográficas de mulheres atendidas no ambulatório de uroginecologia de um hospital de referência no período de 2011a 2017.....	30
Tabela 2	– Distribuição das características ginecológicas e obstétricas de mulheres atendidas pelo ambulatório de uroginecologia de um hospital de referência no período de 2011a 2017.....	31
Tabela 3	– Caracterização clínica de mulheres atendidas pelo ambulatório de uroginecologia de um hospital de referência no período de 2011a 2017.....	32
Tabela 4	– Caracterização clínica de mulheres atendidas pelo ambulatório de uroginecologia de um hospital de referência no período de 2011a 2017.....	37
Tabela 5	– Correlação da queixa das mulheres atendidas pelo ambulatório de uroginecologia com a avaliação objetiva do teste do absorvente no período de 2011 a 2017.....	37
Tabela 6	– Correlação da quantidade de perda urinária das mulheres atendidas pelo ambulatório de uroginecologia com a avaliação objetiva dessas perdas no período de 2011 a 2017.....	38

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	18
2.1	Objetivos Gerais	18
2.2	Objetivos Específicos	18
3	REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1	A continência urinária	19
3.2	A incontinência urinária	19
3.3	Epidemiologia da incontinência urinária	21
3.4	Avaliação diagnóstica	21
3.4.1	<i>História Clínica e Exame Físico</i>	22
3.4.2	<i>Questionários do paciente e Exame de urina</i>	22
3.4.3	<i>Diários miccionais</i>	23
3.4.4	<i>Volume residual pós-miccional</i>	23
3.4.5	<i>Teste urodinâmico</i>	23
3.4.6	<i>Exames de imagem</i>	23
3.4.7	<i>Teste do Absorvente</i>	24
4	MÉTODO	26
4.1	Tipo de estudo	26
4.2	Local do estudo e população	26
4.3	Coleta de Dados	27
4.3.1	<i>ICIQ-SF</i>	27
4.3.2	<i>KHQ</i>	27
4.3.3	<i>PISQ-12</i>	27
4.3.4	<i>PAD-TEST/Teste do absorvente</i>	28
4.4	Análise dos dados	28
4.5	Aspectos éticos	29
5	RESULTADOS	30
6	DISCUSSÃO	39
7	CONCLUSÃO	43
	REFERÊNCIAS	44

ANEXO A – INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE - SHORT FORM (ICIQ-SF).....	53
ANEXO B - KING’S HEALTH QUESTIONNAIRE (KHQ).....	54
ANEXO C – PELVIC ORGAN PROLAPSE/ URINARY INCONTINENCE SEXUAL QUESTIONNAIRE (PISQ-12).....	55
ANEXO D - PAD-TEST / TESTE DO ABSORVENTE.....	56

1 INTRODUÇÃO

A Incontinência Urinária (IU), segundo a *International Continence Society* (ICS), define-se atualmente como a queixa de qualquer perda involuntária de urina, por meio de sintoma percebido pelo próprio paciente, visto que anteriormente se fazia necessária uma observação clínica do problema antes de se defini-la (ABRAMS et al. 2010; ABRAMS et al., 2013; ABRAMS et al., 2016; HAYLEN et al., 2010).

Na população mundial, a prevalência desta condição encontra-se em torno de 25% a 45%, dependendo de variáveis como raça, sexo, idade, condições socioeconômicas e do critério utilizado para o diagnóstico. Em mulheres entre 30 e 60 anos vê-se uma prevalência de até 30% da ocorrência de IU, fato que determina este agravo como um problema de saúde pública requerendo maior atenção (ABRAMS et al., 2010; ABRAMS et al., 2016).

Na população feminina, os três principais tipos de IU são a Incontinência Urinária de Esforço (IUE) quando a perda de urina ocorre após esforço físico, tosse ou espirro, a Incontinência Urinária de Urgência (IUU) quando a mulher perde urina associada a uma vontade súbita de urinar, de difícil controle e a Incontinência Urinária Mista (IUM) quando há sinais e sintomas dos dois tipos relatados acima (ABRAMS et al., 2016).

A perda da função esfinteriana e a fragilidade da musculatura do assoalho pélvico são as principais causas para desencadear o surgimento da IU. Dentre os fatores de risco que contribuem para a sua ocorrência, ressaltam-se: idade, raça, obesidade, paridade, menopausa, constipação, tabagismo, consumo de cafeína, prática de exercícios físicos intensos, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, histórico de infecção urinária, cirurgias ginecológicas e traumas pélvicos (MOURÃO et al., 2017).

Apesar do impacto na qualidade de vida, as mulheres incontinentes raramente falam sobre o seu problema e poucas vão em busca de tratamento, ou porque consideram a IU como uma condição natural associada ao processo de envelhecimento, ou porque acreditam que não há tratamento. Uma parte dessa população vê a perda urinária como uma ocorrência natural do avançar da idade, não considerando-a como queixa digna de procura por avaliação clínica, visto acreditarem que faz parte dos problemas que as mulheres têm que aceitar ao aproximar-se da velhice (ABREU et al., 2007; HIGA; LOPES; REIS, 2008).

Segundo Higa et al. (2010), os sintomas de IU podem ser agravados pela realização de atividades laborais com maior demanda de esforços físicos causando constrangimento social, disfunção sexual e baixo desempenho profissional, determinando isolamento social, estresse, depressão, sentimento de vergonha, condições de incapacidade e baixa autoestima que resulta

em significativa morbidade. Dessa forma a captação e diagnóstico de mulheres que sofrem essa perda urinária, mas não a referem, deve ser mais trabalhado dentro dos serviços de saúde.

Existem duas formas para diagnosticar e quantificar a perda urinária, a avaliação subjetiva e a avaliação objetiva. A forma subjetiva visa coletar uma história clínica cuidadosa, investigando a presença, o volume e a frequência das perdas urinárias. Já a forma objetiva pode ser realizada por meio da avaliação urodinâmica (HAYLEN, 2010).

Embora o estudo urodinâmico seja o padrão-ouro para avaliação da IUE, esse exame não deve ser recomendado para todas as mulheres incontinentes, principalmente nos casos menos complicados da IU (MONTEIRO; FONSECA; SILVA FILHO, 2012; ROSIER, 2013). Além disso, o estudo urodinâmico é um exame dispendioso, ao passo que demanda equipamento especial e profissionais treinados, restringindo sua realização e interpretação adequadas aos centros especializados. Portanto, outros métodos mais acessíveis têm sido utilizados na prática clínica para quantificar as perdas urinárias, dentre eles, o pad test (OLIVEIRA; LOPES, 2016).

O pad test, ou teste do absorvente, é um exame de baixo custo e boa reprodutibilidade, que avalia a presença de IU mesmo quando o exame clínico e o estudo urodinâmico não apontam a existência dessa condição de saúde (FERREIRA; BO, 2015). Além disso, tem grau de recomendação C e nível de evidência 1b pela *European Association Urology* quando a quantificação de IU é necessária, pois há boas evidências de que o teste pode diagnosticar a IU, bem como correlacionar-se com os sintomas do paciente (SYAN; BRUCKER, 2016).

O teste do absorvente reproduz as perdas urinárias em situações do cotidiano. Além disso, apresenta boa correlação com as informações obtidas por meio de diários miccionais em relação à quantidade de perda urinária e à impressão subjetiva da paciente (BURKHARD et al., 2016; STASKIN et al., 2005). Trata-se, portanto, de um método objetivo para quantificar as perdas urinárias e confirmar a IU quando não reproduzida no exame ginecológico ou no estudo urodinâmico (BARBOSA et al., 2011).

Existem duas versões: o teste do absorvente a curto prazo, realizado em ambulatório, e o teste do absorvente a longo prazo, geralmente realizado em casa. Os testes também diferem quanto a forma de enchimento vesical (espontânea ou cateterismo), duração (20 minutos, 1 hora ou 24 horas) e o tipo de atividade realizada para gerar aumento da pressão abdominal (BURKHARD et al., 2016; STASKIN et al., 2005).

O teste de uma hora foi validado pelo *Standardization Committee of the International Continence Society* em 1988 e apresenta como vantagem a rapidez e a facilidade

na execução, além do baixo custo. Ele classifica a IU em leve, moderada e grave, sendo apropriado na avaliação inicial de rotina dos pacientes. Apesar de ser de baixo custo e fácil execução, esse teste apresenta baixa reprodutibilidade e confiabilidade. Uma das razões apontadas para isso é a incerteza do volume intravesical durante o exame, sugerindo-se avaliação ultrassonográfica para determiná-lo (KLARSKOV; HALD, 1984; SOROKA et al., 2002).

Outra técnica ambulatorial do teste do absorvente é o de 20 minutos, que é padronizado em outros hospitais de referência em atendimento às mulheres com disfunção do assoalho pélvico, como a Escola Paulista de Medicina e no Hospital Geral de Fortaleza (HGF). Diferente do teste de 1 hora, nesse é realizado o cateterismo vesical com instilação de 250 ml de água ou solução salina (HAHN; FALL, 1991; SAND, 1992). Após o enchimento vesical, a paciente é orientada a realizar uma sequência de exercícios e ao término das atividades, o absorvente é pesado. Diferente do teste de uma hora, seu resultado é apenas classificado como positivo ou negativo para IU (SAND, 1992).

As vantagens desse teste em relação ao anterior são a menor duração, o que favorece sua utilização a nível ambulatorial, melhor sensibilidade para identificação da IU do que o teste de 1h, já que a quantidade de escape urinário é altamente dependente da quantidade de urina na bexiga antes da realização do teste. No entanto, para que esse teste ocorra requer um profissional habilitado para realização do cateterismo vesical (WU; SHEU; LIN, 2006).

Por todas essas vantagens citadas, o ambulatório de uroginecologia e disfunção do assoalho pélvico do Hospital Geral de Fortaleza (HGF) utiliza essa ferramenta para avaliação objetiva de suas pacientes desde 2011, sendo o enfermeiro o profissional responsável pela sua realização.

Apesar do teste do absorvente ser um método acessível e capaz de detectar perda urinária involuntária que pode ser usado na prática clínica, ainda assim, há um número considerável de mulheres incontinentes que passam todos os meses por um serviço de saúde sem receber qualquer abordagem direcionada a sua queixa urinária e, além do mais, sem se perceberem incontinentes. Este método pode esclarecer dúvidas da paciente não só quanto à técnica, mas inclusive responder questões importantes e mais precisas do quadro clínico (BURKHARD et al., 2016).

Vale ressaltar que o teste do absorvente tem relação positiva e direta com o impacto da incontinência e da gravidade, avaliado por questionários de qualidade de vida específicos, sendo uma boa ferramenta para identificar a IU, reproduzindo a queixa clínica da paciente. Entretanto, não permite diagnóstico diferencial da IU, uma vez que não tem como distinguir a

perda por esforço da perda por urgência (hiperatividade do detrusor) (KARANTANIS et al., 2004; ALBO et al., 2007; KARANTANIS; O'SULLIVAN; MOORE, 2003).

Desse modo, é importante que se identifique o problema e seus fatores de risco no momento de prestar assistência à mulher, além de incluir intervenções que viabilizem a promoção da prevenção, diagnóstico e tratamento relacionados à perda urinária feminina. Considerando-se o impacto da perda urinária na vida dessas mulheres e o fato de os exames disponíveis para diagnóstico nem sempre estarem acessíveis, é importante que os especialistas responsáveis pela saúde da mulher ampliem as observações do emprego do teste do absorvente, o que poderá se reverter em melhoria na qualidade da assistência.

Além disso, é necessário avaliar essa relação entre o impacto da IU, sua gravidade e o resultado do teste de 20 minutos realizado em um serviço de referência de Fortaleza, Ceará.

Tendo em vista a desvalorização do sintoma, e o fato do incômodo da perda urinária não ser suficiente para justificar uma procura pelo serviço de saúde, é importante focar na resolução da problemática utilizando método simples, prático e rápido que seja capaz de avaliar e quantificar a IU em pacientes que não apresentam queixas de perda urinária, de forma a contribuir para melhoria da qualidade de vida das mulheres incontinentes.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL:

Avaliar de forma objetiva as perdas urinárias de mulheres por meio do teste do absorvente.

2.2 ESPECÍFICOS:

- Correlacionar a presença da queixa de IU com o resultado do teste do absorvente;
- Correlacionar a gravidade da IU com o resultado do teste do absorvente;
- Correlacionar o impacto da IU na qualidade de vida da paciente com o resultado do teste do absorvente;
- Correlacionar a avaliação da função sexual com o resultado do teste do absorvente;

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A continência urinária

A continência urinária é um mecanismo mantido pela interação do Sistema Nervoso Central (SNC) e do Sistema Nervoso Periférico (SNP) e pelos fatores anatômicos pélvico-perineais do indivíduo. Em nível de SNC, o controle fisiológico miccional ocorre por ação do córtex cerebral, substância reticular ponto-mesencefálica, núcleos de base, sistema límbico, cerebelo e a medula sacral. No que se refere ao SNP autônomo, o sistema nervoso simpático atua promovendo contração esfíncteriana uretral e relaxamento do músculo detrusor, sendo importante na fase de armazenamento urinário. Já o sistema nervoso parassimpático atua na parede vesical contraindo o músculo detrusor e relaxando o esfíncter uretral, promovendo o esvaziamento da bexiga (MORENO, 2009).

Para que esse mecanismo funcione de forma fisiológica é importante que haja sincronismo das pressões intravesical e intrauretral durante as fases de armazenamento e esvaziamento vesical, visto que em cada momento a bexiga e a uretra realizam funções antagônicas. Para que a continência urinária ocorra, além do bom funcionamento do sistema nervoso que coordena esses órgãos, existem outros fatores que contribuem para a manutenção desse mecanismo, como a integridade da anatomia pélvica e a regular função dos músculos perineais (MORENO, 2009; CHIAPARA; CACHO; ALVES, 2007). Portanto, é essencial o funcionamento saudável da bexiga, da uretra, do esfíncter e do assoalho pélvico e a coordenação entre eles, facilitada por um controle intacto do sistema nervoso, para que o mecanismo miccional fisiológico ocorra, visto que a incontinência se desenvolve quando esta relação normal entre os componentes do trato urinário inferior é interrompida.

3.2 A Incontinência urinária

Conceituada pela ICS como a queixa de qualquer perda involuntária de urina, a incontinência urinária pode ter como gênese: o aumento da pressão intravesical, acarretando em contrações involuntárias do músculo detrusor da bexiga; a ocorrência de distensão vesical, levando a retenção urinária e incontinência de extravasamento; e a diminuição da pressão intra-uretral, acarretando no comprometimento do esfíncter uretral. A IU é classificada pelo tipo de perda de urina, mediante os sintomas relatados pelo paciente, os dados clínicos observados e os resultados dos exames diagnósticos (ABRAMS et al., 2013; HAYLEN et al., 2010).

A classificação da IU vai variar, portanto, devido o fator que está influenciando na capacidade do organismo de reter a urina (Quadro 1).

Quadro 1 - Classificação da incontinência urinária.

Terminologia	Definição
Incontinência Urinária de Esforço	Perda involuntária de urina por esforço, exercício, espirro ou tosse, que se dá por uma fraqueza muscular esfinteriana da uretra, onde há uma insuficiente pressão de encerramento uretral durante o esforço físico.
Incontinência Urinária de Urgência	Perda involuntária de urina acompanhada ou imediatamente precedida pela urgência miccional, ao ocorrer um forte, súbito e incontrolável desejo de urinar como consequência da hiperatividade do músculo detrusor, durante a fase de enchimento.
Incontinência Urinária Mista	Queixa de perda involuntária de urina associada à urgência e também ao esforço físico, exercício, espirro ou tosse.
Incontinência Urinária Postural	Perda involuntária de urina associada à alteração da posição corporal, por exemplo ao levantar-se de um assento.
Incontinência Urinária Contínua	Perda involuntária de urina contínua.
Incontinência Urinária Insensível	Perda involuntária de urina que ocorre sem que a mulher a relacione com um fator causal.
Incontinência Urinária Coital	Perda involuntária de urina que ocorre com o coito. Este sintoma ocorre durante a penetração ou durante o orgasmo.
Incontinência Funcional	Perda urinária devido à incapacidade de chegar ao banheiro por conta de problemas cognitivos, funcionais ou de mobilidade na presença do reconhecimento da necessidade de urinar e bom funcionamento do trato urinário inferior.
Incontinência Multifatorial	Perda involuntária de urina relacionada a múltiplos fatores de risco que interagem,

	associados ou não ao trato urinário inferior, como: comorbidades, uso de medicações, alterações fisiológicas relacionadas à idade e fatores ambientais.
Incontinência Associada à retenção crônica de urina	Queixa de perda involuntária de urina que ocorre em condições em que a bexiga não se esvazia completamente, como indicado por um volume de urina residual significativamente elevado.
Enurese Noturna	Queixa de perda involuntária de urina que ocorre durante o sono.

Fonte: ABRAMS et al. (2016); HAYLEN et al. (2010).

3.3 Epidemiologia da IU

A IU está presente em 25% a 45% da população mundial, sendo a incontinência de esforço a mais comum, apresentando prevalência em 10 a 39% da população. A incontinência urinária mista é apontada como a segunda mais frequente, abrangendo 7,5 a 25% dos incontinentes e em terceiro lugar está a incontinência de urgência isolada, em 1-7%. As outras causas de incontinência ainda apresentam baixo registro, ocorrendo com uma prevalência de aproximadamente 0,5-1% (ABRAMS et al., 2016).

Segundo o 6th *International Consultation on Incontinence* (2016) os números de casos de pacientes que apresentam os outros subtipos são menos prevalentes devido à falta de itens em questionário validados para auxiliar na identificação de sintomas que se enquadrem nessas novas classificações, sendo os mesmos muitas vezes agrupados como em “outra incontinência”.

Em relação a frequência das perdas, aproximadamente 10% de todas as mulheres adultas relatam que a mesma acontece pelo menos uma vez durante a semana. Sendo mais comum a ocorrência de perda de urina ocasionalmente, chegando a afetar 25% a 45% de todas as mulheres adultas (ABRAMS et al., 2016).

3.4 Avaliação Diagnóstica

A identificação de pacientes com incontinência pode ocorrer nas triagens de rotina, portanto, é importante sempre realizar questionamentos aos pacientes em busca de sintomas

urinários. Os Sintomas do Trato Urinário Inferior (STUI) podem ser classificados em sintomas de armazenamento, sintomas sensoriais, de micção e pós-micção e de prolapso de órgãos pélvicos (HAYLEN et al., 2010).

Entre os sintomas de armazenamento da urina estão: o aumento da frequência urinária diurna, a noctúria, a urgência e a síndrome da bexiga hiperativa. Sobre os sintomas de micção e pós-micção se apresentam: a hesitação, o fluxo lento, a intermitência ao urinar, o esforço para esvaziar a bexiga, a divisão do fluxo urinário, a sensação de esvaziamento incompleto da bexiga, a necessidade de esvaziar imediatamente a bexiga mesmo após uma micção, a perda pós-miccional, a micção dependente da posição, a disúria e a retenção urinária (BURKHARD et al., 2016; HAYLEN et al., 2010).

O estabelecimento do tipo de IU associados aos sintomas do trato urinário inferior é importante na elaboração de um diagnóstico diferencial e na escolha de um plano de tratamento adequado. Para chegar no diagnóstico diferencial é importante que a avaliação inicial apresente componentes como a história clínica do paciente, o exame físico, uso de testes laboratoriais e testes básicos ambulatoriais. Segundo *Guidelines on Urinary Incontinence in Adults* publicado pela *European Association of Urology* em 2016, a avaliação inicial diagnóstica do paciente incontinente deve seguir os passos abaixo.

3.4.1 História Clínica e Exame Físico

A história clínica do paciente deve ser o primeiro passo na avaliação de qualquer pessoa com IU, que juntamente ao exame físico são fundamentais para o processo clínico. Portanto, nesse primeiro momento deve-se incluir na consulta detalhes sobre o tipo, o momento e a gravidade da IU e a associação a outros sintomas urinários. O paciente deve ser questionado quanto a outros problemas de saúde e terapia medicamentosa que possam afetar os sintomas da IU. Nas mulheres, é importante avaliar a história obstétrica e ginecológica em busca de identificar os fatores que também possam influenciar no diagnóstico. O exame físico deve incluir exame abdominal e exame perineal. Em mulheres a avaliação de estrogênio e de qualquer prolapso de órgão pélvico também é importante.

3.4.2 Questionários do paciente e Exame de urina

O uso de questionários, escalas, índices e outros métodos que viabilizam medidas de qualidade de vida é um diferencial na análise clínica e avaliação de resultados dos tipos de incontinência e no seguimento de tratamento. Como a ocorrência de Infecção do Trato Urinário (ITU) é recorrente em pacientes com IU, a análise de exames de urina é importante na avaliação

e acompanhamento destes. A análise de sedimentos e a urocultura deve ser realizada em todos aqueles que apresentarem queixa uroginecológicas também para descartar que a causa dos sintomas seja exclusivamente por ITU, sem associação com o estado de incontinência urinária.

3.4.3 Diários miccionais

Os diários miccionais têm função de quantificar sintomas e a frequência de episódios de IU, podendo ser útil no aconselhamento ao paciente e no monitoramento da resposta ao tratamento. Eles podem relatar precisamente a produção de urina de 24 horas e, quando utilizados no período de 3 a 7 dias são capazes de medir objetivamente o volume urinário médio e a frequência de episódios de incontinência diurna e noturna.

3.4.4 Volume residual pós-miccional

A deficiência no ato miccional pode gerar um volume residual vesical após a micção, ocasionado por uma obstrução na saída da bexiga ou pela subatividade do detrusor. Essa condição pode agravar os sintomas de IU, ocasionar uma ITU e uma dilatação do trato urinário superior, além de insuficiência renal. O resíduo pós-miccional pode ser medido por meio de exame ultrassonográfico e cateterismo vesical. Os problemas de inervação são as causas mais comuns de volume residual pós-miccional.

3.4.5 Teste urodinâmico

O teste urodinâmico avalia a função do trato urinário inferior durante o ciclo completo de micção, auxiliando a reproduzir a disfunção do trato urinário inferior e determinar a causa dos sintomas urinários. Ele é composto por testes em que é possível medir a taxa de fluxo urinário expelido pela uretra em determinado período de tempo (fluxometria), medir a pressão vesical durante a fase de armazenamento da urina (cistometria), determinar a pressão vesical junto com o fluxo urinário durante a micção avaliando vazão (estudo fluxo-pressão) e avaliar a inervação muscular da uretra e outros músculos pélvicos-perineais (eletromiografia). Esses testes representam adequadamente o problema do paciente em relação aos volumes e fluxo urinário, analisando as características pós-miccionais mesmo que as queixas urinárias não tenham sido expressas pelo paciente. Portanto, se torna indispensável quando há perda urinária aos mínimos esforços.

3.4.6 Exames de imagem

O uso dos exames de imagem melhora a compreensão das anormalidades anatômicas e funcionais que podem causar a incontinência. Como exemplo, a ressonância magnética fornece uma boa avaliação global do assoalho pélvico, incluindo prolapsos dos órgãos dessa região, a função defecatória e a integridade do suporte do assoalho pélvico. Outros tipos de exames de imagem também são importantes na avaliação e no uso de terapias conservadoras e não conservadoras.

3.4.7 Teste do Absorvente

O *Pad Test* ou teste do absorvente é uma ferramenta diagnóstica não invasiva, que consiste no uso de um absorvente, previamente pesado, por um determinado período de tempo. Tem como objetivo quantificar o volume urinário perdido após algum tipo de esforço ou em situação de urgência. É capaz de diagnosticar a presença de incontinência urinária, mas não de classificar o tipo de IU. Quando seu resultado se apresenta negativo o diagnóstico de incontinência se torna bem menos provável. O teste do absorvente é um bom instrumento para avaliar a gravidade da incontinência urinária.

Os testes de absorvente podem ser realizados em ambulatório, chamados de testes de curto prazo com duração de 1 hora ou 20 minutos, e podem ser realizados em ambiente domiciliar, chamados de testes de longo prazo com duração de 24-48 horas. Eles são geralmente realizados com uma bexiga cheia ou após instilação de um volume fixo de solução salina na bexiga antes de iniciar uma série de exercícios.

O teste de 1 hora é realizado mediante enchimento vesical espontâneo, estimulado pela ingestão de 500ml de água durante os 15 primeiros minutos do exame. Após esse período, a paciente é orientada a caminhar por 30 minutos, nos quais deve subir e descer 24 degraus de escada. Em seguida, é realizada uma sequência de exercícios: sentar e levantar por 10 vezes, agachar 5 vezes, correr no mesmo lugar por 1 minuto. Ao término das atividades, o absorvente é novamente pesado. O exame é considerado positivo quando ocorrem variações maiores que 1g no peso do absorvente, sendo classificado como: incontinência leve – perdas de 2 a 10g, moderada – de 11 a 50g e grave – maiores que 50g (KLARSKOV; HALD, 1984).

O teste de 24 horas é considerado positivo quando ocorre um ganho de peso >4g no absorvente. Os valores do teste de 24 horas são classificados da seguinte forma: leve – perdas de 4 a 20 g, moderada - de 21 a 74 g e grave – maiores que 75 g. Este é capaz de representar a perda diária total de urina do paciente, sendo capaz de representar melhor a severidade da IU. Mas testes mais longos exigem mais preparo e um maior comprometimento por parte do paciente.

Assim, para identificar a presença de incontinência urinária o teste de 20 minutos (Anexo D) é o mais prático e eficaz quanto ao tempo de realização. Nesse é realizado o cateterismo vesical com instilação de 250 ml de água. Após o enchimento vesical, a paciente é orientada a realizar uma sequência de exercícios, 10 vezes cada: tossir, saltar, agachar, realizar manobra de Valsalva, subir e descer 5 degraus de escada; a seguir, caminhar por 10 minutos e, por fim, lavar as mãos em água corrente por 1 minuto. Ao término das atividades, o absorvente é pesado. O teste é considerado positivo quando a variação do peso do absorvente é superior a 1g (HAHN; FALL, 1991; SAND, 1992).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Essa pesquisa trata-se de um estudo documental, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, que tem por objetivo proporcionar uma investigação com recorte único no tempo e averiguar a associação existente entre exposição e desfecho simultaneamente, fornecendo informações sobre distribuição e características do evento investigado na população. Tais estudos tem como vantagem o baixo custo, simplicidade analítica, alto potencial descritivo e rapidez de coleta acompanhada de facilidade na representatividade de uma população (POLIT; BECK, 2011).

4.2 Local do estudo e população

A pesquisa foi realizada em um hospital público de referência em Fortaleza-CE que oferece atendimentos ambulatoriais em uroginecologia para pacientes encaminhadas com disfunção do assoalho pélvico. O serviço conta com o trabalho de uma equipe multidisciplinar envolvendo profissionais médicos, fisioterapeutas e enfermeiras, bem como tratamentos cirúrgicos e não cirúrgicos para a população que busca o atendimento (VASCONCELOS et al. 2013).

As pacientes atendidas neste serviço são avaliadas por meio de instrumento de coleta individual, cujo preenchimento é realizado durante os atendimentos ambulatoriais, sendo este o seu portfólio do ambulatório de Uroginecologia. Ele contém avaliação sociodemográfica, avaliação da qualidade de vida geral e específica por meio de instrumentos validados, exame físico e anamnese detalhada da paciente, abordando questões que envolvem tanto a incontinência urinária, quanto o prolapso de órgãos pélvicos e as disfunções anorretais (VASCONCELOS et al. 2013).

A população do estudo foi composta pelas pacientes encaminhadas ao referido ambulatório, atendidas no período de 2011 a 2017 que tenham registrado em seu portfólio a realização do teste do absorvente no serviço e que foram avaliadas utilizando os questionários padronizados pela ICS, para avaliação da IU.

4.3 Coleta de dados

Os dados foram coletados a partir dos portfólios das pacientes avaliadas com os questionários utilizados no serviço para avaliação da IU:

4.3.1 ICIQ-SF

O *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ANEXO A) é um questionário simples, breve, auto administrável, recomendado pela ICS, que permite avaliar de forma subjetiva o impacto da IU na qualidade de vida e a severidade da perda urinária dos pacientes analisados. O ICIQ-SF é composto de quatro questões que avaliam a frequência, a gravidade e o impacto da IU, além de um conjunto de oito itens de autodiagnóstico, relacionados às causas ou às situações de IU vivenciadas pelas pacientes (TAMANINI, 2004).

4.3.2 KHQ

O *King's Health Questionnaire* (ANEXO B) é instrumento específico para avaliar a qualidade de vida em mulheres com IU. Consiste em três partes: a primeira possui perguntas sobre a saúde geral, a segunda sobre sintomas urinários e a terceira parte traz perguntas sobre sete áreas da qualidade de vida, que incluem vida profissional; áreas física, social e pessoal; e problemas emocionais, perturbação do sono e impacto da incontinência. É composto por 21 questões, distribuídas em oito domínios, além de uma escala de gravidade da IU e outra de sintomas urinários, sendo pontuado pelos seus domínios individualmente, não havendo escore geral. Os escores variam de 0 a 100; quanto maior a pontuação obtida, pior é a qualidade de vida relacionada àquele domínio (FONSECA, 2005).

4.3.3 PISQ-12

O *Pelvic Organ Prolapse/ Urinary Incontinence Sexual Questionnaire* (PISQ) (ANEXO C) é um instrumento sensível e específico, capaz de avaliar a função sexual em mulheres com incontinência urinária e/ou prolapso dos órgãos pélvicos de maneira objetiva. Composto por 12 questões, o PISQ é dividido em 3 domínios (emotivo comportamental, físico e relacionamento afetivo), o escore total varia de 0 a 48 pontos, onde para cada resposta é determinado um valor de 0 a 4: Sempre= 0; Frequentemente= 1; Às vezes= 2; Raramente= 3; Nunca= 4. A pontuação final é obtida através da soma de todas as respostas. A função sexual é considerada melhor quanto maior o escore final do questionário. O questionário pode ser válido

se houver até duas questões sem resposta, porém para calcular torna-se necessário multiplicar o número de itens pelo significado dos itens respondidos (SANTANA, 2010).

4.3.4 PAD-TEST/Teste do absorvente

O teste do absorvente realizado ambulatorialmente (ANEXO D), como já descrito com detalhes anteriormente, é uma técnica que não revela a perda urinária diária total, apenas torna possível a mensuração objetiva da perda urinária, sendo seu resultado final positivo ou negativo para IU.

4.4 Análise de Dados

Após a obtenção dos dados, os mesmos foram tabulados para avaliação da normalidade da amostra por meio do teste Kolmogorov-Smirnov com o intuito de se identificar o teste estatístico mais pertinente de acordo com os dados adquiridos.

Para alcance dos objetivos do estudo, o resultado do teste do absorvente foi correlacionado com as variáveis descritas no Quadro 2.

Quadro 2 - Variáveis utilizadas para correlação com o resultado do teste do absorvente. Fortaleza, 2018.

Correlações	Variável
Presença de queixa de IU	Terceira pergunta do ICIQ-SF
Resultado do teste do absorventecom a gravidade da IU	Quarta pergunta do ICIQ-SF
Resultado do teste do absorventecom o impacto da perda urinária na vida diária da paciente	Quinta pergunta do ICIQ-SF
Resultado do teste do absorventecom o impacto da IU na qualidade de vida da paciente.	Escore dos domínios do KHQ
Resultado do teste do absorventecom a avaliação da função sexual	Escore final do PISQ-12

Fonte: Elaborado pela autora.

Os dados foram armazenados e processados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 que é um software para análise estatística, utilizando-se de menus

e janelas de diálogo, que permite realizar cálculos complexos e visualizar seus resultados de forma simples e autoexplicativas (MEIRELLES, 2014).

4.5 Aspectos éticos da pesquisa

O presente projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética para devida aprovação conforme CAAE 34100514.2.3001.5040. Sendo assim, durante a realização da pesquisa, foram considerados e respeitados os aspectos éticos relacionados à realização de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme o preconizado pela Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Foram respeitados todos os princípios conceituais da bioética, da manutenção da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça de todos os sujeitos que participarem dessa pesquisa.

5 RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 287 mulheres. Na tabela 1, apresentam-se os dados descritivos relacionados à caracterização sociodemográfica das pacientes.

Tabela 1 – Características sociodemográficas de mulheres atendidas no ambulatório de uroginecologia de um hospital de referência no período de 2011 a 2017. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018.

Variáveis sociodemográficas	N	%	Md	(P25-P75)
Idade			53,50	(46-64)
Anos de estudo			6,0	(3-9)
Procedência				
Capital	254	89,1		
Interior	31	10,9		
Renda Familiar				
≤ R\$ 937,00*	119	44,1	1000,00	(700-1400)
> R\$ 937,00*	151	55,9		
Ocupação				
Do lar	97	34		
Costureira	27	9,5		
Agricultora	22	7,7		
Professora	3	1,1		
Vendedora	8	2,8		
Aposentada	47	16,5		
Outras	81	28,4		
Estado Civil				
Casada/União Estável	171	59,8		
Solteira	53	18,5		
Divorciada	24	8,4		
Viúva	38	13,3		

Fonte: elaborada pela autora. *Valor do salário mínimo brasileiro do último ano de ocorrência da coleta de dados dessa pesquisa.

A mediana da idade das mulheres foi de 53,50 anos e a da escolaridade foi de seis anos de estudo. Sendo a maioria procedente da capital do estado do Ceará (n=254; 89,1%) e possuindo renda mensal igual ou inferior a R\$ 937,00 reais (n=119; 44,1%). Uma significativa parte dessas mulheres não desenvolviam trabalhos remunerados (n=97; 34%) e, em relação ao estado civil, estavam categorizadas como casada/união estável (n=171; 59,8%).

Para avaliar as características ginecológicas e obstétricas, foram questionados os seguintes aspectos, de acordo com a tabela 2: o número de gestações vivenciadas, tipo de parto e número de abortos; peso do maior recém-nascido e a ocorrência da menopausa.

Tabela 2 – Distribuição das características ginecológicas e obstétricas de mulheres atendidas pelo ambulatório de uroginecologia de um hospital de referência no período de 2011a 2017. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018.

Variáveis	N	%	Md	(P25-P75)
Número de gestações			4	(3-6)
Partos				
Vaginais	1007	86,51	3	(1,75-5)
Cesáreas	117	10,05	0	(0-1)
Fórceps	40	3,43	0	(0-0)
Abortos			0	(0-1)
Peso do > RN			3900	(3400-4400)
Está na menopausa				
Não	108	37,6		
Sim	158	55,1		
Não sabe	13	4,6		
Ignorado	8	2,7		

Fonte: elaborada pela autora.

A maioria das mulheres envolvidas nessa pesquisa possuía histórico de duas gestações ou mais (n=264; 92,3%) com mediana de 4 gestações por mulher. O número total de partos foi de 1.164, sendo mais prevalente o parto vaginal (1.007 partos; 86,51%), seguido da cesariana (117 partos; 10,05%) e do fórceps (40 partos; 3,43%). Apresentou-se uma mediana de três partos vaginais por mulher e baixa prevalência de partos por cesárea ou uso de fórceps.

Quanto a avaliação do peso ao nascer dos recém-nascidos, verificou-se uma mediana de peso de 3900gramas, variando em percentil entre 3400 e 4400 gramas. No que se refere a menopausa, a maioria das mulheres já estavam neste período (n=158; 55,1%).

Outras variáveis que foram avaliadas nesse estudo consistem nas queixas urinárias e características clínicas das pacientes acompanhadas pelo ambulatório. Os aspectos investigados compreendem: a queixa principal da paciente; número de micções diurnas e noturnas; número de forros usados por dia; sintomas urinários; antecedentes clínicos e ginecológicos; urgência; medicações em uso; se faz uso de cigarro, conforme está disposto na tabela 3.

Tabela 3 – Caracterização clínica de mulheres atendidas pelo ambulatório de uroginecologia de um hospital de referência no período de 2011a 2017. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018.

Variáveis	Md	(P25-P75)
Micções Diurnas	6	(5-10)
Micções Noturnas	2	(1-3)
Nº de forros/dia	0	(0-3)
Variáveis	N	%
Queixa Principal		
Queixas Urinárias	150	52,3
Bola na Vagina	51	17,8
Queixas urinárias + Bola na Vagina	75	26,1
Outras	11	3,8
Urgência Urinária		
Não	81	28,2
Sim	204	71,1
Ignorado	2	0,7
Noctúria		
Não	165	57,5
Sim	120	41,8
Ignorado	2	0,7
Urge-incontinência		
Não	102	35,5
Sim	183	63,8
Ignorado	2	0,7
Enurese Noturna		
Não	195	67,9
Sim	90	31,4
Ignorado	2	0,7
Perde urina continuamente		
Não	271	94,4
Sim	14	4,5
Ignorado	2	0,7
Perde urina no coito		
Não	97	33,8
Sim	90	31,4
Não tem relação sexual	98	34,1
Ignorado	2	0,7
Polaciúria		
Não	166	57,8
Sim	118	41,1
Ignorado	3	1,0
Esvaziamento Incompleto		
Não	120	41,8
Sim	165	57,5
Ignorado	2	0,7

Antecedentes Clínicos		
Nenhum	88	30,7
Diabetes Mellitus (DM)	12	4,1
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	54	18,81
Obesidade	32	11,14
DM + HAS	26	9,05
DM + Obesidade	5	1,74
HAS + Obesidade	22	7,66
DM + HAS + Obesidade	6	2,09
Outros	35	12,19
Ignorado	7	2,4
Antecedentes Ginecológicos		
Nenhum	171	59,6
Endometriose	1	0,34
Miomas	77	26,8
Câncer Ginecológico	9	3,1
Outros	20	6,9
Ignorado	9	3,1
Medicações em Uso		
Nenhuma	84	29,3
Diuréticos	32	11,2
Ansiolíticos	2	0,7
Outros	167	58,1
Ignorado	2	0,7
Fumante		
Nunca fumou	162	56,4
Fumou no passado	95	33,1
Fuma atualmente	26	9,1
Ignorado	4	1,4

Fonte: elaborada pela autora.

Foi identificado que a mediana de micções dessas mulheres era de 6 micções no período diurno e de 2 micções durante o período noturno. Além disso a maioria das participantes afirmaram nunca usar fraldas ou forros (n=279; 97,2%), evidenciado pela mediana zero.

Em relação a queixa principal das pacientes, a maior parte fez relato de sintomas relacionados a questão urinária (n=150; 52,3%), seguido da associação de sensação de bola na vagina com queixas urinárias (n=75; 26,1%). No que se refere aos sintomas urinários, 71,1% (n=204) das mulheres relataram ter urgência urinária, 63,8% (n=183) urge-incontinência e 57,5% (n=165) esvaziamento incompleto da bexiga. Em contrapartida, foram queixas com menor prevalência, quando comparadas as anteriores, a enurese noturna (n=90; 31,4%), noctúria (n=120; 41,8%) e a polaciúria (n=118; 41,1%). No que tange a sensação de perda urinária, a maioria afirmou não perder urina continuamente (n=271; 94,4%) e quando indagada

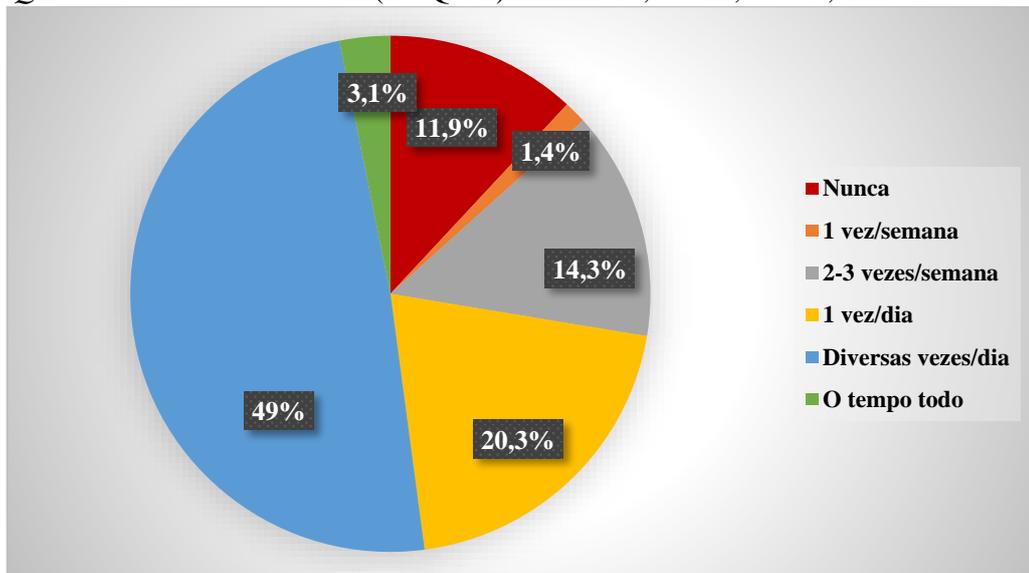
sobre a perda de urina durante o coito, das sexualmente ativas (n= 187; 65,6%), 51,8% (n=97) não apresentavam essa queixa.

Perante a avaliação de antecedentes clínicos e ginecológicos foi possível analisar que a maioria das participantes (n= 192; 66,9%) apresentavam algum tipo de antecedente clínico e, em contrapartida, em relação aos antecedentes ginecológicos, 59,6% (n= 171) das mulheres não apresentavam nenhum agravo que se enquadrasse nesse quesito. Desse modo, entre as doenças crônicas mais prevalentes na população geral, a hipertensão arterial sistêmica estava presente em 38,57% (n=108) e o diabetes mellitus em 15,71% (n=44). Já o quadro de obesidade correspondia a 23,21% (n=65) dos antecedentes clínicos presentes na população do estudo.

No que se refere ao uso de medicações que possam interferir na função urinária, identificou-se que apenas 11,2% (n=32) das mulheres faziam uso de diuréticos. Já no quesito relacionado ao hábito de fumar, pouco mais da metade das participantes nunca haviam fumado (n= 162; 56,4%).

Para avaliar subjetivamente a frequência das perdas urinárias, a quantidade de urina perdida segundo a percepção das próprias participantes e o impacto dessa condição na qualidade de vida das participantes foram analisadas as respostas que as mesmas deram ao ICIQ – SF. Os gráficos 1, 2 e 3 trazem a distribuição dessas questões.

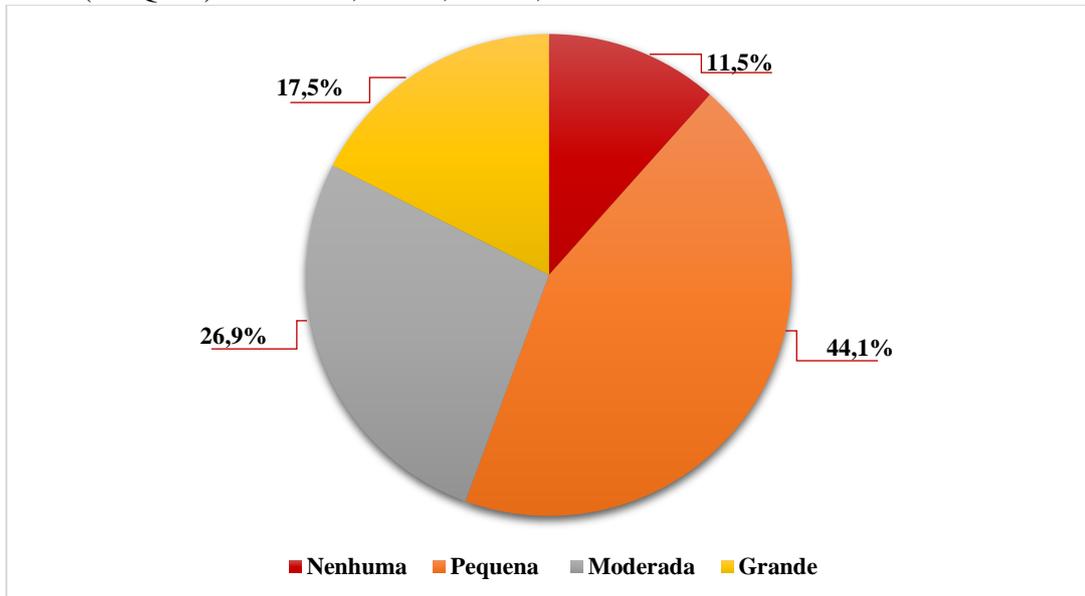
Gráfico 1 – Distribuição da frequência das perdas urinárias das mulheres atendidas pelo ambulatório de uroginecologia de um hospital de referência no período de 2011a 2017, segundo *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form*(ICIQ-SF). Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018.



Fonte: elaborado pela autora.

Observou-se que, quando indagadas sobre a frequência de suas perdas urinárias, tendo em vista as opções de resposta variando entre nunca perder urina, perder apenas uma vez por semana, de duas a três vezes por semana, perder uma vez ao dia, diversas vezes ao dia e perder o tempo todo, a maioria das mulheres afirmou perder urina diversas vezes por dia (n=140; 49%). Os relatos de perda urinária uma vez por dia (n=58; 20,3%) e de duas a três vezes por semana (n=41; 14,3%) também apresentaram uma alta prevalência, mostrando que a população do estudo se queixa-se de uma alta frequência de perda urinária. Muito embora, a afirmação de nunca perder urina também tenha sido observada em muitos prontuários.

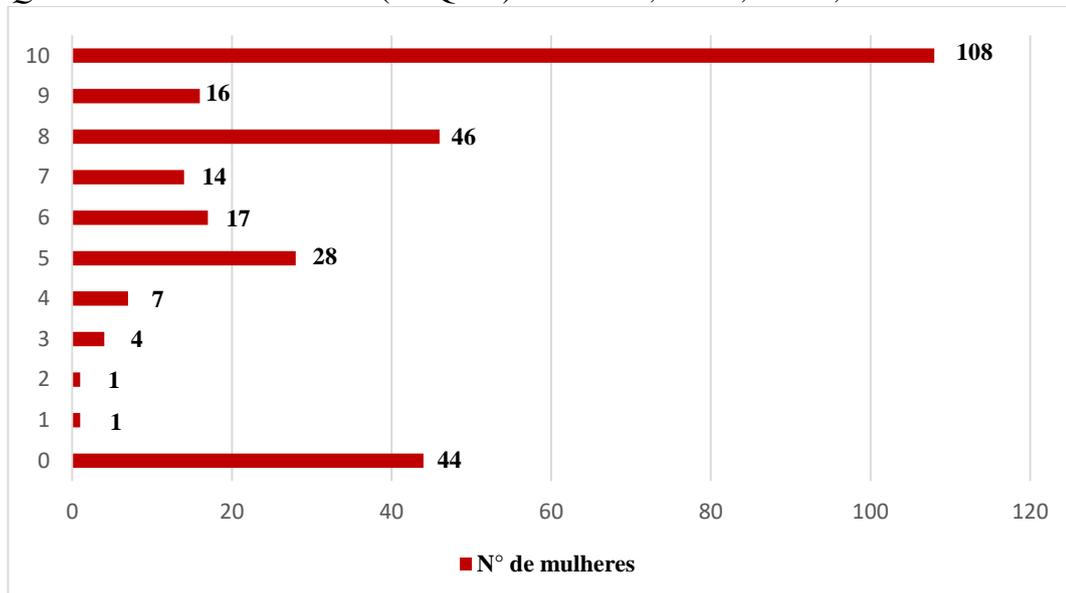
Gráfico 2 - Distribuição da quantidade de perda urinária das mulheres atendidas pelo ambulatório de uroginecologia de um hospital de referência no período de 2011 a 2017, segundo *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form*(ICIQ-SF). Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018.



Fonte: elaborado pela autora.

Na avaliação do quesito quantidade de urina perdida, pode-se ver que a maior distribuição ficou entre o relato de perda de pequena (n=126; 44,1%) a moderada (n=77; 26,9%) quantidade de urina. Essa questão aponta que a gravidade da perda urinária, mediante as respostas da maioria das pacientes, não se apresenta alta. Ainda pode-se observar que 11,5%(n=33) afirmou perder nenhuma quantidade de urina, sendo condizente com o número de mulheres que, em relação a frequência das perdas, também relataram nunca perder urina visto que a análise da distribuição da quantidade de urina perdida foi investigada em todos os prontuários, inclusive naqueles em que as mulheres não relatavam queixa de perda urinária.

Gráfico 3 – Distribuição do impacto da perda urinária na qualidade de vida de mulheres atendidas pelo ambulatório de uroginecologia de um hospital de referência no período de 2011a 2017, segundo *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)*. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018.



Fonte: elaborado pela autora.

Na investigação do impacto da perda urinária para as pacientes, elas atribuíram nota de 0 a 10 para responder o quanto essa perda interferia em sua vida diária e conseqüentemente em sua qualidade de vida. Diante dessa questão a maioria das mulheres (n=108; 37,6%) afirmaram que a perda de urina interfere muito na sua qualidade de vida, atribuindo nota máxima.

De modo a realizar a avaliação objetiva das perdas urinárias das participantes do estudo, a tabela 4 traz a mensuração das variáveis analisadas existentes na preparação e realização do teste do absorvente. A mediana de resíduo miccional das participantes foi 0 ml e a do peso do absorvente antes e após o teste foi de 1 grama, mostrando que realmente. Já durante a realização da manobra de valsalva percebeu-se que a maioria das mulheres (n=202; 70,4%) não perdeu urina, em contrapartida, no final do teste pôde-se avaliar que a maior parte das participantes do estudo (n=190; 66,2%) obtiveram resultado do teste do absorvente positivo, ou seja, a diferença de peso do absorvente antes e após os exercícios foi maior que 1 grama.

Tabela 4 – Avaliação objetiva das perdas urinárias de mulheres atendidas pelo ambulatório de uroginecologia de um hospital de referência no período de 2011 a 2017. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018.

Variáveis	N	%	Md	(P25-P75)
Resíduo pós-miccional (ml)			0	(0-3)
Peso final – Peso inicial (g)			1	(0-10)
Perde urina (valsalva)				
Não	202	70,4		
Sim	83	28,9		
Ignorado	2	0,7		
Teste do absorvente				
Negativo	97	33,8		
Positivo	190	66,2		

Fonte: elaborada pela autora.

Ao correlacionar a queixa de IU com os resultados do teste do absorvente (Tabela 5) verificou-se que 61,8% das mulheres que relataram nunca perder urina apresentaram resultado do teste do absorvente negativo, em contrapartida, um relativo número de mulheres (38,2%) que relataram nunca perder urina, teve resultado positivo para perda urinária.

Das que responderam perder urina uma vez por semana ou menos nenhuma apresentou resultado positivo no teste do absorvente. Porém, a maioria das participantes com queixa de perda de urina duas a três vezes por semana, uma vez por dia, diversas vezes ao dia e o tempo todo, realmente apresentou resultado positivo no teste do absorvente mostrando que quanto maior a frequência de perda urinária, maior foi a detecção de IU pelo teste do absorvente, confirmando assim a queixa da paciente.

Tabela 5 – Correlação da queixa das mulheres atendidas pelo ambulatório de uroginecologia com a avaliação objetiva do teste do absorvente no período de 2011 a 2017. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018.

ICIQ- Frequência	Teste do absorvente	
	Negativo (%)	Positivo (%)
Nunca	61,8	38,2
Uma vez/semana ou menos	100	0
2-3 vezes/semana	34,1	65,9
1 vez/dia	41,4	58,6
Diversas vezes/dia	21,4	78,6
O tempo todo	33,3	66,7

Fonte: elaborada pela autora. Teste de Kruskal Wallis – (p<0,01)

Em relação a gravidade da perda urinária, a tabela 6 mostra o resultado da correlação entre a quantidade de urina perdida pelas pacientes e a avaliação do teste do absorvente, verificando-se que 39,4% das mulheres que afirmaram perder nenhuma quantidade de urina tiveram resultado positivo. Das que relataram perder pequena, moderada e grande quantidade de urina, a maioria (61,1%, 75,3%, 84%, respectivamente) apresentou perda urinária objetiva no teste do absorvente, mostrando que quanto maior a perda urinária mais sensível é o teste em detectar essa perda.

Tabela 6 – Correlação da quantidade de perda urinária das mulheres atendidas pelo ambulatório de uroginecologia com a avaliação objetiva dessas perdas no período de 2011 a 2017. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018.

ICIQ- Quantidade	Teste do absorvente	
	Negativo (%)	Positivo (%)
Nenhuma quantidade	60,6	39,4
Pequena quantidade	38,9	61,1
Moderada quantidade	24,7	75,3
Grande quantidade	16	84

Fonte: elaborada pela autora. Teste de Kruskal Wallis – ($p < 0,01$)

Ao correlacionar o impacto da perda urinária na vida diária da paciente com o resultado do teste do absorvente, percebeu-se que quanto maior o impacto referido pela paciente na vida diária, maior foi a perda urinária mensurada na pesagem do absorvente (rô de Spearman - $p < 0,01$).

Quando analisado o impacto da perda urinária na qualidade de vida, observou-se correlação positiva entre a presença de perda urinária detectada pelo teste do absorvente e os domínios de limitação no desempenho das atividades diárias, limitações sociais, relações pessoais, emoções, sono e disposição e medida de gravidade do questionário KHQ. Ou seja, quanto maior o impacto da IU na qualidade de vida das pacientes, em relação aos domínios supracitados, maior foi a detecção da perda urinária pelo teste do absorvente (rô de Spearman - $p < 0,05$).

A presença de perda urinária não se correlacionou com a função sexual das mulheres, medida através do PISQ-12 (rô de spearman - $p = 0,2$).

6 DISCUSSÃO

Sabe-se que muitos fatores interferem no desenvolvimento da incontinência urinária na população geral, principalmente nas mulheres. O avançar da idade, a paridade e o estado menopausal são levantados como um desses fatores, sendo avaliados no presente estudo, que mostrou uma mediana de idade das participantes ultrapassando a quinta década de vida, onde a maioria também já se encontrava na menopausa.

Alguns estudos relacionam a queixa de perda urinária com a deficiência estrogênica característica do processo de envelhecimento feminino. Tendo em vista que com o avançar da idade e a diminuição hormonal, o assoalho pélvico torna-se menos elástico e lubrificado, deixando-o mais suscetível ao surgimento de problemas urogenitais (LEGENDRE et al., 2013; SOUZA et al., 2015).

No presente estudo também foi verificado que a maioria das participantes apresentava algum antecedente clínico, seja ele hipertensão arterial, diabetes mellitus ou a obesidade. Em geral, os sintomas urinários surgem ou se agravam em pacientes que apresentam essas morbidades, como visto por Rui Wang et al. (2015) que mulheres diabéticas apresentam maiores alterações urinárias quando comparada às não diabéticas.

As alterações miccionais, no caso de paciente com diabetes mellitus, podem ocorrer devido aos danos nos nervos responsáveis pelo funcionamento do sistema urinário e ao aumento do risco do desenvolvimento de infecções do trato urinário. Grande parte dos tratamentos anti-hipertensos envolvem medicações que aumentam o volume urinário; o alto índice de massa corporal também é responsável pelo desencadear de sintomas urinários, visto que o excesso de peso aumenta a pressão abdominal promovendo disfunção nos músculos do soalho pélvico (RUI WANG et al., 2015; MOURÃO et al., 2017; CÂNDIDO et al., 2017).

Os eventos obstétricos, dentre eles, os encontrados nesse estudo como a ocorrência do parto vaginal e uma alta paridade também aumentam o número de queixas urinárias. Segundo Rincón Ardila (2015), mulheres que vivenciaram o parto vaginal tem 1,38 vezes mais chances de desenvolver incontinência urinária do que aquelas que não tiveram seus filhos por esta via. Isso ocorre devido ao trauma perineal, seja ele nervoso ou muscular, que se desenvolve durante o trabalho de parto gerando o enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico que tende a se agravar com o aumento da paridade.

Portanto, o desenvolvimento de sintomas urinários está relacionado com a presença de fatores de risco que influenciam a manutenção do mecanismo da continência urinária. Em

virtude disso, na investigação de um paciente com incontinência urinária os sintomas urinários devem ser avaliados, como: a frequência, urgência, polaciúria, esvaziamento incompleto, noctúria, entre outros (VARELLA et al., 2016; TIMUR-TAŞHAN et al., 2012).

A literatura mostra que sintomas urinários são mais comuns entre as mulheres, com aumento da sua prevalência ao avançar da idade. Segundo Yuliang Wang et al. (2015) são os sintomas de armazenamento, que incluem urgência miccional, polaciúria e noctúria, os mais prevalentes na população feminina quando comparado aos de esvaziamento e pós-micção. É importante focar na investigação dessas queixas, com vista a melhorar a avaliação da perda urinária durante entrevista com o paciente, antes mesmo da realização de testes.

Dentre os achados do presente estudo, foi a urgência miccional, seguida do esvaziamento incompleto da bexiga e da polaciúria, os sintomas mais referidos entre as participantes da pesquisa. No que se refere a urgência miccional, também foi evidenciado por Cunha et al. (2016) que esse sintoma urinário é o mais prevalente, ao demonstrar que 81,82% das mulheres de sua pesquisa o apresentaram. Os relatos dos sintomas urinários são base para iniciar uma investigação de incontinência urinária sem que, necessariamente, seja referida uma perda urinária percebida por parte do paciente.

A busca de serviços médicos em decorrência da queixa de perda urinária ainda ocorre com pouca frequência, visto que a maioria das mulheres com IU não fazem relato sobre esse agravo se não forem diretamente indagadas (DELLÚ, 2015). Muitas mulheres que sofrem com a IU costumam se afastar do convívio social por receio de perderem urina em público e, por conseguinte, geralmente só procuram ajuda quando a perda de urina está comprometendo muito a sua qualidade de vida (NOBREGA; PATRIZZI; WALSH, 2015).

Neste estudo, em relação a frequência e quantidade da perda urinária, um significativo número de mulheres que relataram nunca perder urina ou perder nenhuma quantidade de urina tiveram resultado positivo no teste do absorvente. Essa questão pode estar associada a desvalorização do sintoma por parte de muitas mulheres, como se a perda urinária fizesse parte do processo natural do envelhecimento, e também pelo fato de algumas mulheres também não terem conhecimento de que os sintomas da incontinência urinária podem ser melhorados e curados com acompanhamento profissional adequado. Suskind et al. (2015) reporta também que a falta de instrumentos adequados para a avaliação dessas pacientes durante consulta diminui a identificação das mulheres incontinentes.

Em contrapartida, no presente estudo, também foi possível verificar que as pacientes que relataram perder pequena, moderada ou grande quantidade de urina pelo ICIQ-SF

tiveram resultado do teste do absorvente positivo, em correlação crescente. Ou seja, quanto maior o relato da gravidade da perda urinária maior é a chance do resultado do teste ser positivo.

O teste do absorvente de 20 minutos é importante na avaliação objetiva e rápida da presença de IU e possui boa sensibilidade para detecção de casos de incontinência, isto foi evidenciado em estudo de Wu, Sheu e Lin (2006) que comparou o uso do teste de 20 minutos com o teste de absorvente de uma hora. Esta pesquisa também mostrou que o teste de 20 minutos apresentou menores resultados de peso no absorvente. Este fato pode explicar o porquê de todas as mulheres que relataram perder urina uma vez por semana ou menos neste estudo tiveram resultado no teste negativo. Mas, em contrapartida, segundo Wu, Sheu e Lin (2006) o teste de 20 minutos não sofre com os possíveis efeitos de variações no volume de diurese da bexiga como nos outros testes. Além do que, a infusão de 250 mL de água na bexiga induz uma bexiga superdistendida, resultando em maior sensibilidade do teste de 20 minutos em comparação com as quantidades variáveis de urina durante os testes do absorvente de longa duração.

Apesar da IU não ser uma condição clínica que coloque diretamente em risco a vida dos acometidos, a mesma pode causar situações que impliquem no bem-estar geral dos pacientes. Gerando dificuldades para as mulheres na realização das suas atividades diárias, domiciliares, empregatícias, ou em suas relações pessoais (PEDRO et al., 2011; FARIA et al., 2015). Por esse motivo, a avaliação da qualidade de vida merece uma atenção cada vez maior na área da saúde, visto que promove uma percepção mais abrangente da própria mulher acerca de sua condição, indo além da investigação clínica inerente à IU, de modo a permitir uma avaliação mais completa das mulheres (MENEZES et al., 2012).

Em análise da qualidade de vida na presença de IU, Senra e Pereira (2015) observou em seu estudo que mulheres com maior qualidade de vida foram aquelas que relataram perder pouca urina. No presente estudo, ao se analisar a correlação existente entre o escore do impacto da perda urinária nas atividades diárias das mulheres e o resultado do teste do absorvente, foi possível identificar que quanto maior foi o impacto dessa perda maior é a chance de se obter resultado positivo no teste.

Cada pessoa reage a esse problema urinário com diferentes graus de enfrentamento (DELARME LINDO et al., 2013; RODRIGUES et al., 2016). Em estudo realizado com mulheres incontinentes em tratamento fisioterapêutico em uma Clínica-Escola do Paraná, observou-se que a maioria das pacientes limitava de alguma forma suas atividades sociais, utilizando por muitas vezes absorventes como meio de enfrentar os desconfortos que a perda urinária causa (HENKES et al., 2015). Os sinais da IU são estigmatizados, tendo em vista

que remete a uma ameaça à manutenção da higiene, o que causa preocupações com a manutenção da limpeza e higiene pessoal. Em virtude disso, muitas mulheres trocam inúmeras vezes de roupa, evitam sentar-se e ingerir líquido em grande quantidade, buscando sempre ficarem próximas aos banheiros, chegando ao ponto de se excluírem do convívio social (HENKES et al., 2015; CESTÁRI; SOUZA; SILVA, 2017).

No que se refere a avaliação dos domínios analisados pelo KHQ, em um estudo realizado no sudeste com 181 mulheres atendidas no serviço público identificou-se que os domínios limitações das atividades diárias, emoções e relações pessoais foram os que apresentaram maior média de escore (FARIA et al., 2015). Tal fato também foi constatado no presente estudo, que além de identificar esses domínios supracitados com alto impacto na qualidade de vida das pacientes, também observou correlação entre a alta média dos domínios limitações sociais, sono/disposição e medida de gravidade com a maior chance de identificação da incontinência urinária pelo teste do absorvente.

Além de interferir na confiança e autoestima das mulheres, a IU também gera mudanças na função sexual devido ao receio de perder urina durante o ato. Estudo realizado por Cavalcanti et al. (2014) com 173 mulheres de 35 a 65 anos, evidenciou que a incontinência urinária aumenta, em duas vezes, a chance de uma mulher apresentar disfunção sexual. Essa associação foi relatada por mulheres no estudo de Paranhos, Paiva e Carvalho (2016) como um reflexo do constrangimento causado pela perda urinária ao causar limitações em relação as posições para o ato sexual e ao aumentar, durante a penetração, a vontade de urinar.

No entanto, as participantes do presente estudo vivenciaram uma realidade diferente, visto que não foi identificada correlação entre a presença de perda urinária e o impacto na função sexual das mulheres. Esse achado pode estar relacionado pelo fato de 34,1% delas não serem sexualmente ativas e 33,8% não se queixarem de perda urinária durante a relação sexual. Resultado diferente foi encontrado em estudo que visou comparar a sexualidade de mulheres incontinentes com mulheres continentas, mostrando que apesar de haver uma frequência parecida de atividade sexual entre ambos os grupos, as mulheres incontinentes tinham menos desejo sexual, realizavam menos preliminares, tinham menos harmonia com seu parceiro e conforto sexual quando comparadas com as mulheres continentas (FELIPPE et al., 2017).

7 CONCLUSÃO

Na avaliação clínica da paciente com queixas urinárias é importante realizar investigação sobre possíveis sintomas que estas possam apresentar, tendo em vista que muitas delas não consideram a perda urinária como um achado clínico importante a ponto de ser necessária a busca pelo serviço de saúde. Por isso que, haja vista a ausência de procura por auxílio médico para relatar a queixa urinária, o uso do teste do absorvente se torna uma ferramenta importante na avaliação objetiva das perdas urinárias das pacientes.

Os resultados deste estudo evidenciam que o resultado do teste do absorvente tem associação com a presença da queixa urinária, a gravidade da incontinência e o seu impacto na qualidade de vida das mulheres, expresso na correlação positiva entre os escores dos questionários utilizados neste estudo e o resultado do teste, apesar de não trazer associação do mesmo com a função sexual das participantes. Sendo assim, a probabilidade do teste do absorvente apresentar positividade aumenta quando o impacto da IU é maior, muito embora o teste também seja capaz de avaliar a perda urinária mesmo quando esta não é expressa pelas mulheres, sendo o teste confiável para utilização na identificação e também na avaliação da progressão da incontinência urinária.

Levando em consideração o impacto da perda urinária na vida das mulheres e o fato de os exames diagnósticos nem sempre estarem acessíveis, o teste do absorvente se mostra uma ferramenta simples e de baixo custo, que possibilita uma avaliação da perda urinária rápida e confiável. Dessa forma, é importante que os serviços de saúde ampliem o emprego de ferramentas diagnósticas, como o teste do absorvente, que em associação com os achados subjetivos das pacientes possibilite um melhor manejo da incontinência urinária, de forma a trazer melhoria na qualidade da assistência.

REFERÊNCIAS

ABRAMS, P. et al. Fourth International Consultation Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. **Neurourol Urodyn**. 2010; 29: 213–40. Acessado em: Novembro de 2017. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nau.20870/full>

ABRAMS, P. et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. **Neurourol Urodyn** 2003; 61:37-49. Acessado em: Novembro de 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12559262>

ABRAMS, P. et al. **Incontinence: 5th International Consultation on Incontinence**. European Association of Urology. Paris February. 2013. Acessado em: Novembro de 2017. Disponível em: www.icud.info/PDFs/INCONTINENCE%202013.pdf

ABRAMS, P. et al. **Incontinence: 6th International Consultation on Incontinence**. European Association of Urology. Tokyo, September. 2016. Acessado em: Novembro de 2017. Disponível em: <https://www.ics.org/education/icspublications/icibooks/6thicibook>

ABREU, N. S. et al. Qualidade de vida na perspectiva de idosas com incontinência urinária. **Rev bras fisioter**. 2007. São Carlos, v. 11, n. 6, p. 429-436. Acessado em: Novembro de 2017. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n6/v11n6a03.pdf

ALBO, M. et al. The relationships among measures of incontinence severity in women undergoing surgery for stress urinary incontinence. **J Urol**. 2007; 177; 1810-14. Acessado em: Novembro de 2017. Disponível em: [http://www.jurology.com/article/S0022-5347\(07\)00075-4/abstract](http://www.jurology.com/article/S0022-5347(07)00075-4/abstract)

ARAUJO, M. P. et al. Impacto do estudo urodinâmico em mulheres com incontinência urinária. **Rev Assoc Med Bras** 2007; 53(2): 122-5. Acessado em: Março de 2018. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000200015

BATISTA, R. L. A. et al. Revisão sistemática das influências do hipoestrogenismo e do treinamento sobre a incontinência urinária. **Femina**. Março 2010. vol 38, nº 3. Acessado em: Maio de 2018. Disponível em: <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1340105751a004.pdf>

BARBOSA, EVELINE STUDART. **Avaliação pós-operatória de pacientes com incontinência urinária de esforço sintomática e oculta: estudo comparativo**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Estudos do Hospital Geral de Fortaleza. 2016. Acessado em: Abril de 2018. Disponível em: extranet.hgf.ce.gov.br/jspui/handle/123456789/175

BENÍCIO, C. D. A. V. et al. Incontinência Urinária: Prevalência e Fatores de Risco em Mulheres em uma Unidade Básica de Saúde. **Revista Estima**, v. 14, n. 4, 2016. Acessado: Abril de 2018. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/428>

- BORBA, A. M. C.; LELIS, M. A. S.; BRÊTAS, A. C. P. Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. **Texto & Contexto-Enfermagem**, 2008. Acessado em: Janeiro de 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a14v17n3>
- BURKHARD, F. C. et al. **Guidelines on Urinary Incontinence in Adults**. European Association of Urology 2016. Acessado em: outubro de 2017. Disponível em: <http://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence/>
- CASSIANO, A. S. et al. Impacto das disfunções do assoalho pélvico na sexualidade feminina. **Acta méd.** (Porto Alegre); 34: [5], 2013. Acessado em: Maio de 2018. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-880506?lang=fr>
- CÂNDIDO, F. J. L. F. et al. INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES: BREVE REVISÃO DE FISIOPATOLOGIA, AVALIAÇÃO E TRATAMENTO. **Visão Acadêmica**, v. 18, n. 3, 2017. Acessado em: Janeiro de 018. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/academica/article/view/54506>
- CAVALCANTI, I. F. et al. Função sexual e fatores associados à disfunção sexual em mulheres no climatério. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2014; 36(11):497-502. Acessado em: Maio de 2018. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n11/0100-7203-rbgo-36-11-0497.pdf
- CESTARI, C. E.; SOUZA, T. H. Cestari; DA SILVA, A. S. Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de idosas. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, v. 1, n. 07, 2017. Acessado em: Abril de 2018. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/1773>
- CHIAPARA, T. R.; CACHO, D. P.; ALVES, A. F. D. **Incontinência urinária feminina: assistência fisioterapêutica e multidisciplinar**. Livraria médica paulista editora. 1. ed. – São Paulo. 2007.
- CUNHA, R. M. et al. Perfil epidemiológico e sintomas urinários de mulheres com disfunções do assoalho pélvico atendidas em ambulatório. **Rev Fisioter S Fun**. Fortaleza, 2016 Jan-Jul; 5(1): 42-49. Acessado em: Maio de 2018. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/19344/1/2016_art_%20rmcunha.pdf
- DELARMELINDO, R.C. A. et al. Estratégias de enfrentamento da incontinência urinária por mulheres. **Esc. Enferm USP**. 2013; 47 (2). 296-303. Acessado em: Maio de 2018. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200004
- DELLÚ, M. C. **Incontinência urinária no climatério: prevalência, fatores associados e impacto na qualidade de vida**. 2015. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Acessado em: Maio de 2018. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-19102015-100242/en.php>
- DELLÚ, M. C.; ZÁCARO, P. M. D.; SCHMITT, A. C. B. Prevalência de sintomas urinários e fatores obstétricos associados em mulheres adultas. **Rev Bras Fisioter**, v. 12, n. 6, p. 482-7, 2008. Acessado em: Março de 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/2008nahead/aop005>

DUMONT, J. C. P. **Fatores de riscos associados à incontinência urinária por esforço em mulheres.** Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo. 2013. Acessado em: Abril de 2018. Disponível em: <http://www.ucv.edu.br/fotos/files/FATORES%20DE%20RISCOS%20ASSOCIADOS%20A%20INCONTINENCIA%20URINARIA.pdf>

DUMOULIN, C; HAY-SMITH, E. J. C.; MAC HABÉE-SÉGUIN, G. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. **The Cochrane Library**, 2014. Acessado em: Abril de 2018. Acessado em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005654.pub3/full>

NAMBIAR, A. K. et al. EAU Guidelines on Assessment and Nonsurgical Management of Urinary Incontinence. **Eur Uro**. 2018. 596– 609. Acessado em: Abril de 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29398262>

FARIA, C. A. et al. Impacto do tipo de incontinência urinária sobre a qualidade de vida de usuárias do Sistema Único de Saúde no Sudeste do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 2015, vol.37, n.8, pp.374-380. Acessado em: Maio de 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-2032015000800374&script=sci_abstract&tlng=pt

FELIPPE, M. R. et al. What is the real impact of urinary incontinence on female sexual dysfunction? A case control study. **Sexual medicine**, v. 5, n. 1, p. e54-e60, 2017. Acessado em: Maio de 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2050116116300708>

FERREIRA, C. H. J.; BO, K. The pad test for urinary incontinence in women. Australian Physiotherapy Association. **Journal physiotherapy**. 2015. 61, p. 98. Acessado em: Janeiro de 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25744851>

FONSECA, E. S. M. et al. Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 27(5): 235-42, Ano 2005. Acessado em: Dezembro de 2017. Disponível em: www.scielo.br/pdf/0D/rbgo/v27n5/25638.pdf

FRANÇA, C. E; CEDRAZ, M. O; PAES LEME, A. P. C. B. FATORES PREDISPOANTES À INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA. **Seminário Estudantil de Produção Acadêmica**, v. 15, 2016. Acessado em: Março de 2018. Disponível em: <http://www.revistas.unifacs.br/index.php/sepa/article/view/4327>

GIRÃO, M. J. B. C. **TRATADO DE UROGINECOLOGIA E DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO.** SP: Manole, 2015. 127-146.

GLAZENER, C; COOPER, K; MASHAYEKHI, A. Anterior vaginal repair for urinary incontinence in women. **The Cochrane Library**, 2017. Acessado em: Abril de 2018. Disponível em: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001755.pub2/full>

GUARISI, T. et al. Procura de serviço médico por mulheres com incontinência urinária. **RBGO**, v. 23, n. 7, p. 439-43, 2001. Acessado em: Janeiro de 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/0D/rbgo/v23n7/11322.pdf>

HAHN, I.; FALL, M. Objective quantification of stress urinary incontinence: a short reproducible, provocative pad-test. **Neurourol Urodyn.** 10:475-81, Ano 1991. Acessado em: Dezembro de 2017. Disponível em: onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nau.1930100503/full

HAYLEN, B. T. et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Floor Dysfunction. **Neurourol Urodyn.** 29(1):4-20, Jan 2010. Acessado em: Dezembro de 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19937315>

HENKES, D. F. et al. Incontinência urinária: o impacto na vida de mulheres acometidas e o significado do tratamento fisioterapêutico. **Semina: ciências Biológicas e da Saúde**, v. 36, n. 2, p. 45-56, 2016. Acessado em: Abril de 2018. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/21746>

HERRMANN, V. et al. Correlation of the International Consultation on Incontinence Questionnaire: Urinary Incontinence/Short Form to Urodynamic diagnosis in women with urinary incontinence. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 35, n. 1, p. 16-20, 2013. Acessado em: Maio de 2018. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032013000100004&script=sci_arttext

HIGA, R.; LOPES, M. H. B. M.; REIS, M. J. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Rev Esc Enferm USP** 2008; 42(1):187-92. Acessado em: Dezembro de 2017. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/

HIGA, R. et al. Vivências de mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2010 Out-Dez; 19(4): 627-35. Acessado em: Dezembro de 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/714/71416100004/>

IMAMURA, M. et al. Lifestyle interventions for the treatment of urinary incontinence in adults. **The Cochrane Library**, 2015. Acessado em: Abril de 2018. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003505.pub5/full>

KHANDELWAL, C; KISTLER, C. Diagnosis of urinary incontinence. **Am Fam Physician**, v. 87, n. 8, p. 543-50, 2013. Acessado em: Fevereiro 2018. Disponível: <https://www.semanticscholar.org/paper/Diagnosis-of-urinary-incontinence.-Khandelwal-Kistler/2f3e0dcf60a0354ddd73f6b6d178864d8f045142>

KARANTANIS, E. et al. Comparison of the ICIQ-SF and 24-hour pad test with other measerus for evaluating the severity of urodynamic stress incontinence. **Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.** 15;111, Ano 2004. Acessado em: Novembro de 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15014938>

KARANTANIS, E. et al. The repeatability of the 24-hour pad test. **Int urogynecol j pelvic floor dysfunct.** 16(1):63-8. Ano 2005. Acessado em: Novembro de 2017. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-004-1199-8>

KARANTANIS, E.; O'SULLIVAN, R.; MOORE, K. H. The 24-hour pad test in continent women and men: normal values and cyclical alterations. **BJOG.** 110(6):567-71. Ano

2003. Acessado em: Dezembro de 2017. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12798473>

KLARSKOV, P.; HALD, T. Reproducibility and reliability of urinary incontinence assessment with a 60 min test. **Scand J Urol Nephrol**. 18 (4): 293-8. Ano 1984. Acessado em: Novembro de 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6505643>

LEGENDRE, G. et al. Menopause, hormone treatment and urinary incontinence at midlife. **Maturitas**, Elsevier, 2013, 74 (1), pp.26-30. Acessado em: Maio de 2018. DOI: 0.1016/j.maturitas.2012.10.005

LOPES, M. H.B.de M.; HIGA, R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 1, p. 34-41, 2006. Acessado em: Dezembro de 2017. Disponível em:
<http://www.periodicos.usp.br/reeusp/article/view/41506>

MASCARENHAS, T. **Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres**. 2010. Capítulo 30. 97 - 139. Acessado em: Abril de 2018. Disponível em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_30.pdf

MARTINEZ, S. G. W. R. **Validação para o português do questionário sexual para incontinência urinária/ Prolapso de Órgãos Pélvicos (Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire) – PISQ-12**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 2010. Acessado em: Novembro de 2017. Disponível em: www.fcmscsp.edu.br/images/Pos...e.../2010-Gulnara-Waleska-R-M-Santana.pdf

MCCLURG, D. et al. Conservative interventions for urinary incontinence in women: an overview of Cochrane systematic reviews. **Physiotherapy**, v. 103, p. e26-e27, 2017. Acessado em: Abril de 2018. Disponível em:
[http://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406\(17\)30302-4/abstract](http://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406(17)30302-4/abstract)

MEIRELLES, M. **O Uso do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na Ciência Política: uma breve introdução**. Pelotas [14]: 65 – 91, janeiro-junho 2014. Acessado em: Novembro de 2017. Disponível em:
<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/pensamentoplural/article/view/3801>

MENEZES, G. M. D. et al. Queixa de perda urinária: um problema silente pelas mulheres. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre (RS);33(1):100-8. Mar 2012. Acessado em: Janeiro de 2018. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100014

MICUSSI, M. T. A. B. C. **Avaliação da incontinência urinária de esforço em mulheres na pós-menopausa com e sem queixa de perda urinária através da aplicação do pad-test de 1 hora**. 2010. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Acessado em: Maio em 2018. Disponível em:
<http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/handle/123456789/13317>

MICUSSI, M. T. A. B. C. et al. Correlação entre as queixas de incontinência urinária de esforço e o pad test de uma hora em mulheres na pós-menopausa. **Rev Bras Ginecol Obstet**.

33(2):70-4. Ano 2011. Acessado em: Janeiro de 2018. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n2/v33n2a03

MONTEIRO, M. V. C.; FONSECA, A. M. R.; SILVA FILHO, A. L. Valor do estudo urodinâmico no tratamento da incontinência urinária. **Femina**. 2012 maio/jun; 40(3):135-9. Acessado em: Janeiro de 2018. Disponível em: files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n3/a3240.pdf

MORENO, A. L. **Fisioterapia em uroginecologia**. Editora Manole Ltda. 2. ed. Ver. Ampl. – Barueri, SP. 2009.

MOTA, R. L. Female urinary incontinence and sexuality. **International braz j urol**, v. 43, n. 1, p. 20-28, 2017. Acessado em: Abril de 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1677-55382017000100020&script=sci_arttext

MOURÃO, L. F. et al. Caracterização e Fatores de Risco de Incontinência Urinária em Mulheres Atendidas em uma Clínica Ginecológica. **ESTIMA**, v.15 n.2, p. 82-91, 2017. Acessado em: Janeiro de 2018. Disponível em: <http://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/352>

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Urinary Incontinence in Women: The Management of Urinary Incontinence in Women**. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, commissioned by the National Institute for Health and Care Excellence. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Ano 2013. Acessado em: Dezembro de 2017. Disponível em: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg171/resources/cg171urinary-incontinence-in-women-full-guideline3>.

NICE. **Urinary incontinence in women: management**. 2013. Acessado em: Abril de 2018. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg171>

NOBREGA, A. M.; PATRIZZI, L. J.; DE WALSH, I. A. P. Associação entre a incontinência urinária, características ginecológicas, obstétricas, miccionais e qualidade de vida de mulheres. **Medicina (Ribeirao Preto. Online)**, v. 48, n. 4, p. 349-358, 2015. Acessado em: Abril de 2018. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/rmrp/article/view/108138>

OLIVEIRA, E. et al. Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina. **Rev Assoc Med Bras**, v. 56, n. 6, p. 688-90, 2010.

OLIVEIRA, L. D. R.; LOPES, M. H. B. M. Validação da versão brasileira do Gaudenz-Fragebogen: utilizado para o diagnóstico diferencial da incontinência urinária feminina. **Esc Anna Nery**. 20(2):332-336. Ano 2016. Acessado em: Dezembro de 2017. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000200332&script=sci_abstract

PAIVA, L. L.; FRASSON, A. L. REFLEXÕES SOBRE A MENOPAUSA, INCONTINÊNCIA URINÁRIA, SEXUALIDADE E ENVELHECIMENTO. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 19, n. 3, 2014. Acessado em: Maio de 2018. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/40900>

PARANHOS, R. F. B.; PAIVA, M.S.; CARVALHO, E. S. S. Vivência sexual e afetiva de mulheres com incontinência urinária secundária ao HTLV. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 1, 2016. Acessado em: Abril de 2018. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3070/307045560007/>

PEDRO, A. F. et al. Qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. **SMAD-Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 7, n. 2, p. 63-70, 2011. Acessado em: Março de 2018.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Using research in evidence-based nursing practice**. In: POLIT, D. F.; BECK, C. T. (Ed.). *Essentials of nursing research: methods, appraisal and utilization*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2011. p. 457-494.

RINCÓN ARDILA, O. Caracterización clínica de la incontinencia urinaria y factores asociados en usuarias de la Unidad de la Mujer del Centro de Salud Familiar Ultraestación en la ciudad de Chillán, Chile. **Revista médica de Chile**, v. 143, n. 2, p. 203-212, 2015. Acessado em: Abril de 2018. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872015000200008&script=sci_arttext&tlng=pt

RODRIGUES, M.P. et al. Perfil das pacientes do ambulatório de uroginecologia de um hospital público de Porto Alegre com relação à incontinência urinária e à qualidade de vida. **Clinical and biomedical research**. Porto Alegre. Vol. 36, n. 3 (2016), p. 135-141, 2016. Acessado em: Maio de 2018. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/158288>

ROCHA, A. C. P. et al. Conhecimentos, atitudes e prática de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em relação à incontinência urinária feminina. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, 2016 Jan-Dez; 11(38):1-13, Acessado em: Maio de 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/6930>

ROSIER, P.F. The evidence for urodynamic investigation of patients with symptoms of urinary incontinence. **F1000Prime Rep**. 2013 mar; 5: 8. Acessado em: Dezembro de 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3590786/>

SACCO, E. et al. Objectively improving appropriateness of absorbent products provision to patients with urinary incontinence: The DIAPPER study. **Neurourology and urodynamics**, v. 37, n. 1, p. 485-495, 2018. Acessado em: Maio de 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nau.23335>

SAND, P. K. The evaluation of the incontinent female. **Curr probl obstet gynecol fertil**.1992; 15: 107-51. Acessado em: Novembro de 2017.

SANTANA, G. W. R. M. **Validação para o português do questionário sexual para incontinência urinária/ Prolapso de Órgãos Pélvicos (Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinece Sexual Questionnaire) – PISQ-12**. São Paulo, 2010. Acessado em: Novembro de 2017. Disponível em: www.fcmscsp.edu.br/images/Pos...e.../2010-Gulnara-Waleska-R-M-Santana.pdf

SAND, P. K.; OSTERGARD, D. R. **Urodynamics and the Evaluation of Female Incontinence: A Practical Guide**. London, Springer-Verlag, 1995, pp 20 –23.

SENRA, C.; PEREIRA, M. G. Quality of life in women with urinary incontinence. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 61, n. 2, p. 178-183, 2015. Acessado em: Março de 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302015000200178&script=sci_arttext

SILVA, L.; BAENA DE MORAES LOPES, M. H. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 1, 2009. Acessado em: Abril de 2018. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3610/361033297009/>

SILVA, K. C. C.; FERREIRA, E. G.; ALVES, R. C. Avaliação da prevalência de incontinência urinária em idosas através do questionário de impacto de incontinência urinária (ICIQ – SF). **Revista Amazônia Science & Health**. 2014; 2(2): 44-48. Acessado em: Abril de 2018. Disponível em: ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/viewFile/485/252

SOROKA, D. et al. Perineal pad test in evaluating outcome of treatments for female incontinence: a systemic review. **Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct**. 13:165-75. Ano 2002. Acessado em: Novembro de 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12140710>

SOUZA, J.O. et al. A prevalência de incontinência urinária em mulheres na pós-menopausa the prevalence of urinary incontinence in postmenopausal women. **Revista Univap**. São José dos Campos. v. 21, n. 37, jul.2015.

STASKIN, D. et al. Initial assessment of incontinence. **Incontinence 3rd international consultation on incontinence. Health Publication Ltd, Plymouth**, p. 485-517, 2005.

SUSKIND, A. M. et al. A screening tool for clinically relevant urinary incontinence. **Neurourology and urodynamics**, v. 34, n. 4, p. 332-335, 2015. Acessado em: Maio de 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/nau.22564>

SYAN, R.; BRUCKER, B. M. Guideline of guidelines: urinary incontinence. **BJU International**. 2015 BJU International | doi:10.1111/bju.13187. Acessado em: Abril de 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26033093>

TAMANINI, J. T. N. et al. Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form” (ICIQ-SF). **Rev Saúde Pública**. 38(3):438-44, Ano 2004. Acessado em: Novembro de 2017. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000300015

TIMUR-TAŞHAN, S. et al. Determining lower urinary tract symptoms and associated risk factors in young women. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 118, n. 1, p. 27-30, 2012. Acessado em: Maio de 2018. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1016/j.ijgo.2012.01.021>

VARELLA, L. R. D. et al. Assessment of lower urinary tract symptoms in different stages of menopause. **Journal of physical therapy science**, v. 28, n. 11, p. 3116-3121, 2016. Acessado em: Maio em 2018. Disponível em: https://www.jstage.jst.go.jp/article/jpts/28/11/28_jpts-2016-574/_article/-char/ja/

VASCONCELOS, C. T. M. et al. Disfunções do assoalho pélvico: perfil sócio demográfico e clínico das usuárias de um ambulatório de uroginecologia. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**. Vol.04, Nº. 01, p.1484-1498, Ano 2013. Acessado em: Novembro de 2017. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/6758>

VAZ, C. T.; MAZIER, M. L. C.; GONTIJO, .. **Valor do pad test - 24 horas em mulheres continentes residentes no brasil**. 2008. Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais. Acessado em: Abril de 2018. Disponível em: www.eeffto.ufmg.br/eeffto/biblioteca/monografia/346/

WANG, R. et al. Diabetes, glyceimic control, and urinary incontinence in women. **Female pelvic medicine & reconstructive surgery**, v. 21, n. 5, p. 293, 2015. Acessado em: Abril de 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4556137/>

WU, W. Y.; SHEU, B. C.; LIN, H. H. Comparasion of 20-minute pad test versus 1-hour pad test in women with stress urinary incontinence. **UROLOGY**. 68(4):764-8. Ano 2006. Acessado em: Novembro de 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17070349>

WIELAND, L. S. et al. Yoga for treatment of urinary incontinence in women. **The Cochrane database of systematic reviews**, v. 5, 2017. Acessado em: Abril de 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5657230/>

WOOD, L. N.; ANGER, J. T. Urinary incontinence in women. **Bmj**, v. 349, n. 15, p. 4531-4542, 2014. Acessado em: Maio de 2018. Disponível em: https://www.bmj.com/bmj/section-pdf/804929?path=/bmj/349/7986/Clinical_Review.full.pdf

WU, Wen-Yih; SHEU, Bor-Ching; LIN, Ho-Hsiung. Comparison of 20-minute pad test versus 1-hour pad test in women with stress urinary incontinence. **Urology**, v. 68, n. 4, p. 764-768, 2006. Acessado em: Maio de 2018. Disponível em: [http://www.goldjournal.net/article/S0090-4295\(06\)00609-1/abstract](http://www.goldjournal.net/article/S0090-4295(06)00609-1/abstract)

**ANEXO A - INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE
QUESTIONNAIRE - SHORT FORM (ICIQ-SF)**

ICIQ - SF																								
<p>Nome do Paciente: _____ Data de Hoje: ____/____/____</p> <p>Muitas pessoas perdem urina alguma vez. 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.</p>																								
<p>1. Data de Nascimento: ____/____/____ (Dia / Mês / Ano)</p> <p>2. Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/></p>																								
<p>3. Com que frequência você perde urina? (assinale uma resposta)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right;">Nunca</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma vez por semana ou menos</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Duas ou três vezes por semana</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma vez ao dia</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Diversas vezes ao dia</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">O tempo todo</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> </table>		Nunca	<input type="checkbox"/>	0	Uma vez por semana ou menos	<input type="checkbox"/>	1	Duas ou três vezes por semana	<input type="checkbox"/>	2	Uma vez ao dia	<input type="checkbox"/>	3	Diversas vezes ao dia	<input type="checkbox"/>	4	O tempo todo	<input type="checkbox"/>	5					
Nunca	<input type="checkbox"/>	0																						
Uma vez por semana ou menos	<input type="checkbox"/>	1																						
Duas ou três vezes por semana	<input type="checkbox"/>	2																						
Uma vez ao dia	<input type="checkbox"/>	3																						
Diversas vezes ao dia	<input type="checkbox"/>	4																						
O tempo todo	<input type="checkbox"/>	5																						
<p>4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde (assinale uma resposta)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right;">Nenhuma</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma pequena quantidade</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma moderada quantidade</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Uma grande quantidade</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">6</td> </tr> </table>		Nenhuma	<input type="checkbox"/>	0	Uma pequena quantidade	<input type="checkbox"/>	2	Uma moderada quantidade	<input type="checkbox"/>	4	Uma grande quantidade	<input type="checkbox"/>	6											
Nenhuma	<input type="checkbox"/>	0																						
Uma pequena quantidade	<input type="checkbox"/>	2																						
Uma moderada quantidade	<input type="checkbox"/>	4																						
Uma grande quantidade	<input type="checkbox"/>	6																						
<p>5. Em geral quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)</p> <table style="width: 100%; border: none; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Não interfere</td> <td colspan="6"></td> <td>Interfere muito</td> </tr> </table>		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Não interfere											Interfere muito
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														
Não interfere											Interfere muito													
<p>ICIQ Score: soma dos resultados 3 + 4 + 5 = _____</p>																								
<p>6. Quando você perde urina? (Por favor assinale todas as alternativas que se aplicam a você)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right;">Nunca</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco antes de chegar ao banheiro</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco quando tusso ou espiro</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco quando estou dormindo</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco quando estou fazendo atividades físicas</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco sem razão óbvia</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Perco o tempo todo</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Nunca	<input type="checkbox"/>	Perco antes de chegar ao banheiro	<input type="checkbox"/>	Perco quando tusso ou espiro	<input type="checkbox"/>	Perco quando estou dormindo	<input type="checkbox"/>	Perco quando estou fazendo atividades físicas	<input type="checkbox"/>	Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo	<input type="checkbox"/>	Perco sem razão óbvia	<input type="checkbox"/>	Perco o tempo todo	<input type="checkbox"/>							
Nunca	<input type="checkbox"/>																							
Perco antes de chegar ao banheiro	<input type="checkbox"/>																							
Perco quando tusso ou espiro	<input type="checkbox"/>																							
Perco quando estou dormindo	<input type="checkbox"/>																							
Perco quando estou fazendo atividades físicas	<input type="checkbox"/>																							
Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo	<input type="checkbox"/>																							
Perco sem razão óbvia	<input type="checkbox"/>																							
Perco o tempo todo	<input type="checkbox"/>																							

Fonte: (TAMANINI, et al.; 2004).

ANEXO B - KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE (KHQ)

<p>Nome: _____ Idade: _____ anos Data: _____</p> <p>Como você avaliaria sua saúde hoje? Muito boa () Boa () Normal () Ruim () Muito ruim ()</p> <p>Quanto você acha que seu problema de bexiga atrapalha sua vida? Não () Um pouco () Mais ou menos () Muito ()</p> <p>Abaixo estão algumas atividades que podem ser afetadas pelos problemas de bexiga. Quanto seu problema de bexiga afeta você? Gostaríamos que você respondesse todas as perguntas. Simplesmente marque com um "X" a alternativa que melhor se aplica a você.</p> <p>Limitação no desempenho de tarefas Com que intensidade seu problema de bexiga atrapalha suas tarefas de casa (ex., limpar, lavar, cozinhar, etc.) Nenhuma () Um pouco () Mais ou menos () Muito ()</p> <p>Com que intensidade seu problema de bexiga atrapalha seu trabalho, ou suas atividades diárias normais fora de casa como: fazer compra, levar filho à escola, etc.? Nenhuma () Um pouco () Mais ou menos () Muito ()</p> <p>Limitação física/social Seu problema de bexiga atrapalha suas atividades físicas como: fazer caminhada, correr, fazer algum esporte, etc.? Não () Um pouco () Mais ou menos () Muito ()</p> <p>Seu problema de bexiga atrapalha quando você quer fazer uma viagem? Não () Um pouco () Mais ou menos () Muito ()</p> <p>Seu problema de bexiga atrapalha quando você vai a igreja, reunião, festa? Não () Um pouco () Mais ou menos () Muito ()</p> <p>Você deixa de visitar seus amigos por causa do problema de bexiga? Não () Um pouco () Mais ou menos () Muito ()</p>	<p>Frequência: Você vai muitas vezes ao banheiro? Um pouco () Mais ou menos () Muito ()</p> <p>Noctúria: Você levanta a noite para urinar? Um pouco () Mais ou menos () Muito ()</p> <p>Urgência: Você tem vontade forte de urinar e muito difícil de controlar? Um pouco () Mais ou menos () Muito ()</p> <p>Bexiga hiperativa: Você perde urina quando você tem muita vontade de urinar? Um pouco () Mais ou menos () Muito ()</p> <p>Incontinência urinária de esforço: Você perde urina com atividades físicas como: tossir, espirrar, correr? Um pouco () Mais ou menos () Muito ()</p> <p>Enurese noturna: Você molha a cama à noite? Um pouco () Mais ou menos () Muito ()</p> <p>Incontinência no intercurso sexual: Você perde urina durante a relação sexual? Um pouco () Mais ou menos () Muito ()</p> <p>Infecções frequentes: Você tem muitas infecções urinárias? Um pouco () Mais ou menos () Muito ()</p> <p>Dor na bexiga: Você tem dor na bexiga? Um pouco () Mais ou menos () Muito ()</p> <p>Outros: Você tem algum outro problema relacionado a sua bexiga? Um pouco () Mais ou menos () Muito ()</p> <p>Emoções Você fica deprimida com seu problema de bexiga? Não () Um pouco () Mais ou Menos () Muito ()</p> <p>Você fica ansiosa ou nervosa com seu problema de bexiga? Não () Um pouco () Mais ou Menos () Muito ()</p> <p>Você fica mal com você mesma por causa do seu problema de bexiga? Não () Às vezes () Várias vezes () Sempre ()</p> <p>Sono/Energia Seu problema de bexiga atrapalha seu sono? Não () Às vezes () Várias vezes () Sempre ()</p> <p>Você se sente desgastada ou cansada? Não () Às vezes () Várias vezes () Sempre ()</p>
<p>Relações pessoais Seu problema de bexiga atrapalha sua vida sexual? Não se aplica () Não () Um pouco () Mais ou menos () Muito ()</p> <p>Seu problema de bexiga atrapalha sua vida com seu companheiro? Não se aplica () Não () Um pouco () Mais ou menos () Muito ()</p> <p>Seu problema de bexiga incomoda seus familiares? Não se aplica () Não () Um pouco () Mais ou menos () Muito ()</p> <p>Gostaríamos de saber quais são os seus problemas de bexiga e quanto eles afetam você. Escolha da lista abaixo APENAS AQUELES PROBLEMAS que você tem no momento.</p> <p>Quanto eles afetam você?</p>	<p>Algumas situações abaixo acontecem com você? Se tiver o quanto? Você usa algum tipo de protetor higiênico como: fralda, toalha, absorvente tipo Modess para manter-se seca? Não () Às vezes () Várias vezes () Sempre ()</p> <p>Você controla a quantidade de líquido que bebe? Não () Às vezes () Várias vezes () Sempre ()</p> <p>Você precisa trocar sua roupa íntima (calcinha), quando fica molhadas? Não () Às vezes () Várias vezes () Sempre ()</p> <p>Você se preocupa em estar cheirando urina? Não () Às vezes () Várias vezes () Sempre ()</p>

Ativar o Windows

**ANEXO C - PELVIC ORGAN PROLAPSE/ URINARY INCONTINENCE SEXUAL
QUESTIONNAIRE (PISQ-12)**

1 – Com que frequência você sente vontade de fazer sexo? Esta vontade pode incluir querer fazer sexo, planejar fazer sexo, sentir-se frustrada por não fazer sexo, etc.

- Diariamente Semanalmente Mensalmente
 Menos de uma vez por mês Nunca

2 – Você tem orgasmo quando tem relação sexual? (fazer sexo com seu companheiro)

- Sempre Frequentemente Às vezes Raramente Nunca

3 – Você fica excitada quando faz sexo com seu companheiro?

- Sempre Frequentemente Às vezes Raramente Nunca

4 – Você está satisfeita com a variedade sexual (carícias, objetos, posições, fantasias) na sua vida sexual?

- Sempre Frequentemente Às vezes Raramente Nunca

5 – Você tem dor durante o ato sexual?

- Sempre Frequentemente Às vezes Raramente Nunca

6 – Você tem incontinência urinária (perde urina) durante a relação sexual?

- Sempre Frequentemente Às vezes Raramente Nunca

7 – O medo da incontinência (perda de fezes ou urina) dificulta a sua atividade sexual?

- Sempre Frequentemente Às vezes Raramente Nunca

8 – Você evita a relação sexual devido a bola (caroço) na vagina? (Bexiga caída)

- Sempre Frequentemente Às vezes Raramente Nunca

9 – Quando você faz sexo com seu parceiro, você tem sensações emocionais negativas (medo, nojo, vergonha ou culpa)?

- Sempre Frequentemente Às vezes Raramente Nunca

10 – Seu companheiro tem problemas de ereção (pinto duro) que afete sua atividade sexual?

- Sempre Frequentemente Às vezes Raramente Nunca

11 – Seu companheiro tem problemas de ejaculação precoce (gozar antes da hora) que afete sua atividade sexual?

- Sempre Frequentemente Às vezes Raramente Nunca

12 – Comparado com orgasmos que você teve no passado, qual a intensidade desses orgasmos nos últimos seis meses?

- Muito menos intenso Pouco intenso Mesma intensidade
 Mais intenso Muito mais intenso

ANEXO D - PAD-TEST / TESTE DO ABSORVENTE

CHECK-LIST PARA REALIZAÇÃO DO PAD TEST PRÉ-OPERATÓRIO	
Data da realização : ____/____/____	
ORIENTAÇÃO	Marque um X
<input checked="" type="checkbox"/> Orientar a paciente a esvaziar a bexiga espontaneamente	
127. Pesar o absorvente antes do teste: _____ g	
128. Medir o resíduo pós-miccional após cateterismo : _____ ml	
<input checked="" type="checkbox"/> Infundir 250ml de Agua destilada ou SF 0,9%	
129. Realizar teste de esforço (tosse ou valsava): Perde urina? 0-Não 1-Sim	
<input checked="" type="checkbox"/> Pedir para a paciente SALTAR 10 vezes	
<input checked="" type="checkbox"/> Pedir para a paciente AGACHAR 10 vezes	
<input checked="" type="checkbox"/> Pedir para a paciente TOSSIR 10 vezes	
<input checked="" type="checkbox"/> Pedir para a paciente MANOBRA DE VALSAVA 10 vezes	
<input checked="" type="checkbox"/> Subir e descer 5 degraus 10 vezes	
<input checked="" type="checkbox"/> Caminhar durante 10 minutos	
<input checked="" type="checkbox"/> Lavar as mãos em água corrente durante 1 minuto	
130. Pesar o absorvente após o teste: _____ g	
DIFERENÇA ENTRE O PESO POS E PRE TESTE	
131. RESULTADO DO PAD-TEST: 0-Negativo 1- Positivo	

Fonte: Portfólio do ambulatório de uroginecologia do Hospital Geral de Fortaleza.