

Recebido em 07/2014. Aceito para publicação em 05/2015.

## A PREVALÊNCIA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES NA PÓS-MENOPAUSA

## THE PREVALENCE OF URINARY INCONTINENCE IN POSTMENOPAUSAL WOMEN

Juliana de Oliveira Souza<sup>1</sup>

Celso da Silva Mascarenhas<sup>1</sup>

Adriana Cristina Pereira do Nascimento<sup>1</sup>

Arlan da Silva Gonçalves<sup>1</sup>

Luciana Carvalho Pereira<sup>1</sup>

Marilza Alves Porto Kuraiem<sup>1</sup>

Ariela Torres Cruz<sup>2</sup>

**Resumo:** Este trabalho teve como objetivo verificar a prevalência de incontinência urinária em mulheres no período pós-menopausa e traçar o perfil epidemiológico dessa população. Foram entrevistadas quarenta mulheres com idade entre 50 e 82 anos, com um período mínimo de um ano de amenorreia. A coleta de dados foi realizada utilizando um questionário elaborado pelos próprios autores, que buscavam informações referentes a fatores de risco para a incontinência urinária e suas características clínicas. Dentre as mulheres entrevistadas, 20 apresentavam incontinência urinária, sendo que 70% das mulheres incontinentes eram caucasianas e 80% apresentavam alterações no Índice de Massa Corporal e não faziam uso de Terapia de Reposição Hormonal. Quanto ao histórico gineco-obstétrico, a maioria vivenciou 5 ou mais partos normais e foi submetida à histerectomia. Muitas mulheres entrevistadas relataram perda de urina em mais de uma situação da vida diária. Quando questionadas sobre o tratamento, 80% delas referiram nunca ter procurado ajuda médica e nenhuma delas fazia tratamento para a doença. Sendo assim, na assistência à saúde da mulher, mostra-se necessária a identificação do problema e de seus fatores de risco, assim como estratégias de intervenções para prevenção, diagnóstico e tratamento relacionados à perda urinária feminina.

**Palavras-chave:** incontinência urinária; menopausa; estrogênio; assoalho pélvico.

**Abstract:** This study aimed to determine the prevalence of urinary incontinence in women in postmenopausal period and delineate the epidemiological profile of this population. We interviewed forty women between 50 and 82 years old with a minimum of one year of amenorrhea. Data collection was performed using a questionnaire developed by the authors themselves, who sought information regarding risk factors for urinary incontinence and its clinical features. Among the women interviewed, 20 had urinary incontinence, and 70% of incontinent women were Caucasian and 80% had changes in body mass index and were not using Hormone Replacement Therapy. Regarding gynecological obstetric history, most experienced 5 or more vaginal deliveries and underwent hysterectomy. Many women interviewed reported urine loss in more than one situation of daily life. When asked about the treatment, 80% of them reported they had never sought medical help and none was receiving treatment for the disease. Thus, in women's health care, it seems necessary to identify the problem and its risk factors, along with intervention strategies for prevention, diagnosis, and treatment related to female urinary incontinence.

**Keywords:** urinary incontinence; menopause; estrogen; pelvic floor.

<sup>1</sup> Graduado(a) em Fisioterapia - Centro Universitário de Barra Mansa - UBM, Brasil. E-mails: jufisio2011@hotmail.com; celsomascarenhas@yahoo.com.br; adrianap\_rodrigues@live.com; arlan-bm@hotmail.com; lucianaacarvalho@oi.com.br; marilzapk@gmail.com.

<sup>2</sup> Mestra em Bioengenharia - Universidade do Vale do Paraíba - Univap, Brasil. Fisioterapeuta e Docente do UBM, Brasil. E-mail: ariela\_tcruz@yahoo.com.br.

## 1. INTRODUÇÃO

Há 300 anos, somente 28% das mulheres viviam tempo suficiente para experimentar a menopausa, e apenas 5% chegavam aos 75 anos. Atualmente, nos países desenvolvidos, por conta do aumento da expectativa de vida, 95% das mulheres chegam à menopausa e 50% chegam aos 75 anos (FERREIRA, 2011).

A menopausa, que em geral ocorre entre 45 e 55 anos, com média em torno de 50 a 52 anos, é estabelecida pelo último fluxo menstrual (FERREIRA, 2011; MISHRA; CARDOZO; KUH, 2010). Nessa fase, há uma redução dos níveis de estrogênio circulante por meio da perda da função ovariana, o que leva a mudanças metabólicas e tróficas que podem incluir fogachos, sudorese, alterações de humor e sono, além de fadiga, perda de elasticidade da pele e resistência dos ossos. O assoalho pélvico (AP) se torna mais delgado, seco e menos elástico tornando-se mais suscetível a irritações (MOURÃO *et al.*, 2008; TORREALBA; OLIVEIRA, 2010).

Os estrogênios atuam mantendo o trofismo da musculatura e ligamento de sustentação e suspensão do AP. Assim, a deficiência estrogênica tem reflexos sobre os órgãos pélvicos, pois envolvem elementos responsáveis pela continência urinária, tais como a mucosa uretral e o colágeno do AP (FERREIRA, 2011).

Como resultado dessas alterações, são comuns a “urgência” para urinar ou necessidade de urinar mais frequentemente ou, então, perda urinária involuntária ao tossir ou espirrar. A porcentagem de mulheres incontinentes varia de 11% a 49% e com 70% das vezes os sintomas se iniciam após a menopausa (FERREIRA, 2011). Inicialmente, a maioria das mulheres ignora os sintomas, e o avanço destes acaba impactando em sua qualidade de vida (RIOS *et al.*, 2011).

Segundo a *International Continence Society* (ICS), a incontinência urinária (IU) é qualquer perda involuntária de urina. É um tipo de disfunção do trato urinário inferior e pode acontecer quando há alteração no processo fisiológico da micção ou nas estruturas envolvidas no suporte e na sustentação dos órgãos responsáveis por ela (MARQUES; SILVA; AMARAL, 2011).

É uma doença multifatorial, e alguns fatores que se destacam são a história gineco-obstétrica, doenças crônicas, fatores hereditários, obesidade, uso de medicamentos, tabagismo, exercícios físicos rigorosos, o avanço da idade e as alterações hormonais (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

A perda involuntária de urina causa desconforto, constrangimento, isolamento social, perda de autoconfiança, diminuição da autoestima e depressão, além de representar um problema de saúde pública (BERLEZI *et al.*, 2009b). Entretanto, somente 50% das mulheres incontinentes procuram serviços de saúde para se tratarem, devido ao constrangimento, tabu ou desconhecimento (FERREIRA, 2011). Há pouco esclarecimento sobre a prevenção e o tratamento conservador da IU. A orientação e a inserção dessas pessoas em programas de reabilitação não ocorrem com frequência e a IU pode gerar gastos desnecessários ao poder

público (PERSSON; HANSSEN; RYDHSTROEN, 2000).

Diante da relevância do tema, este estudo teve como objetivo verificar a prevalência de IU em mulheres no período pós-menopausa e traçar o perfil epidemiológico dessa população.

## **2. MATERIAL E MÉTODOS**

Este trabalho teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Barra Mansa (UBM), sob protocolo nº 31/2013, respeitando todos os princípios éticos que norteiam a pesquisa, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os documentos internacionais e a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Participaram deste estudo 40 mulheres, com idade entre 50 e 82 anos, com um período mínimo de um ano de amenorreia antes da avaliação, sem problema cognitivo e/ou de comunicação, sem patologia neurológica que pudesse desencadear o quadro de IU e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

A coleta de dados foi feita mediante entrevista individual realizada pelos próprios pesquisadores em local reservado, utilizando um questionário elaborado pelos mesmos que buscavam informações referentes à: idade, cor, peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), grau de escolaridade, renda familiar, hábitos de vida, Terapia de Reposição Hormonal (TRH), cirurgia ginecológica anterior, número de gestações, número de partos, quantidade de partos normais e cesarianas, quando e com que frequência ocorria a perda urinária, a quantidade de urina que era perdida, o uso de proteções, quando começaram os sintomas da IU, quanto tempo demorou em procurar por ajuda médica e se estava fazendo tratamento.

Após a coleta, os dados foram exportados para uma planilha do Microsoft Excel, onde foram organizados e posteriormente analisados.

### 3. RESULTADOS

**Tabela 1 - Características sociodemográficas das pacientes com incontinência urinária, Barra Mansa, Rio de Janeiro, 2014**

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<i>Faixa etária</i>		
50 a 69 anos	5	25
60 a 69 anos	8	40
70 a 79 anos	7	35
80 a 89 anos	0	0
<i>Etnia</i>		
Negra	5	25
Branca	14	70
Parda	1	5
<i>Índice de Massa Corporal</i>		
<18,5	0	0
Entre 18,5 e 24,9	4	20
Entre 25,0 e 29,9	7	35
Entre 30,0 e 39,9	7	35
> 40,0	2	10
<i>Grau de escolaridade</i>		
Não alfabetizada	4	20
0 a 3 anos	5	25
4 a 8 anos	9	45
Mais de 8 anos	2	10
<i>Renda familiar</i>		
Menos que 1 salário mínimo	5	25
De 1 a 2 salários mínimos	13	65
De 2 a 4 salários mínimos	2	10
Mais de 4 salários mínimos	0	0
<i>Hábitos de vida</i>		
Tabagismo	0	0
Etilismo	0	0
Exercício físico regular	11	55
Nenhum	9	45

Constatou-se que das 40 mulheres entrevistadas 20 apresentavam IU, sendo que, conforme pode ser observado na Tabela 1, 40% das mulheres incontinentes encontravam-se na faixa etária entre 60 a 69 anos e 70% eram caucasianas.

Em relação ao IMC, 80% dessas mulheres apresentavam alterações, sendo que 35% possuía sobrepeso grau I, 35% obesidade grau II e 10% obesidade grave grau III.

Observou-se que 45% das mulheres com IU possuíam 4 a 8 anos de estudo e que 65% delas apresentavam uma renda familiar mensal de 1 a 2 salários mínimos.

Quanto aos hábitos de vida, verificou-se que 55% das mulheres praticavam atividade física regularmente e 45% não eram praticantes.

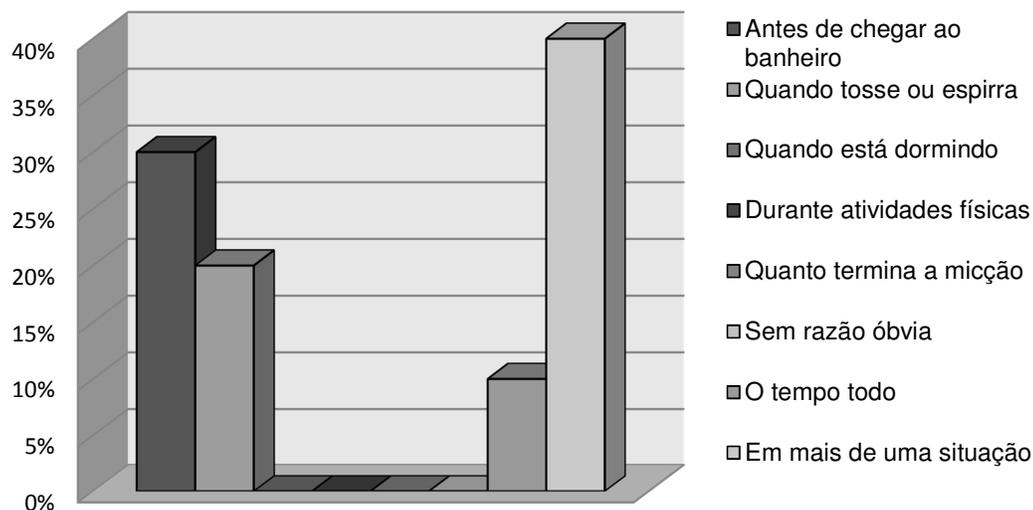
Constatou-se, também, que 80% das mulheres não foram submetidas à TRH e que 50% delas já fizeram alguma cirurgia ginecológica, sendo mais prevalente a histerectomia (30%).

**Tabela 2 - Características ginecológicas e obstétricas das pacientes com incontinência urinária, Barra Mansa, Rio de Janeiro, 2014**

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<i>Terapia de Reposição Hormonal</i>		
Sim	4	20
Não	16	80
<i>Cirurgia ginecológica</i>		
Histerectomia	6	30
Perineoplastia	0	0
Laqueadura	1	5
Ooforectomia uni ou bilateral	1	5
Mais de uma cirurgia	2	10
Outras	0	0
<i>Partos normais</i>		
Um	4	20
Dois	2	10
Três	1	5
Quatro	2	10
Cinco ou mais	4	20
<i>Partos cesarianas</i>		
Um	4	20
Dois	4	20
Três	2	10
Quatro	0	0
Cinco ou mais	0	0
<i>Casos de aborto</i>	6	33

Verificou-se que das 20 mulheres que apresentaram IU, 2 eram nulíparas. De acordo com a Tabela 2, das 18 restantes, 35% tiveram 5 ou mais gestações, sendo que 30% tiveram 5 ou mais partos. Observou-se, ainda, que 20% das mulheres tiveram 5 ou mais partos normais, enquanto que nenhuma mulher entrevistada relatou 5 ou mais partos cesarianas. Além disso, foi possível observar, durante a entrevista, que houve 33% de casos de aborto entre essas mulheres.

### SITUAÇÕES DE PERDA URINÁRIA



**Figura 1 - Situações de perda urinária relatadas pelas mulheres incontinentes da amostra. Barra Mansa, Rio de Janeiro, 2014.**

Os dados coletados referentes às situações em que ocorrem a perda urinária mostram que 30% das mulheres perdiam a urina antes de chegar ao banheiro e 40% perdiam em mais de uma situação da vida diária, conforme Figura 1.

**Tabela 3 - Características da incontinência urinária apresentadas pela população analisada, Barra Mansa, Rio de Janeiro, 2014**

Características	N	%
<i>Frequência da perda urinária</i>		
Uma vez por semana ou menos	9	45
Duas ou três vezes na semana	4	20
Uma vez ao dia	5	25
O tempo todo	2	10
<i>Quantidade de urina perdida</i>		
Em jato	11	55
Em gotas	7	35
Contínua	2	10
<i>Proteções</i>		
Absorvente feminino	3	15
Fralda	0	0
Forro	4	20
Outros	0	0
Não faz uso	13	65

Em relação à frequência com que as mulheres perdem a urina, de acordo com a Tabela 3, observa-se que 45% delas perdiam uma vez por semana ou menos, sendo que 55% relatavam perder a urina em jato e 65% não faziam uso de proteções.

Verificou-se, ainda, que em 40% das mulheres os sintomas iniciaram há mais de 1 a 5 anos, 80% nunca procuraram ajuda médica e nenhuma delas faz tratamento para a IU.

#### 4. DISCUSSÃO

Acredita-se que a IU é uma doença que comumente afeta a população idosa e que se agrava com o aumento da idade, atingindo, principalmente, mulheres no período pós-menopausa (CERRUTO *et al.*, 2013). Higa, Lopes e Reis (2008) verificaram, em seu estudo, que a prevalência de IU no período reprodutivo das mulheres foi de 26%, enquanto que no período da menopausa se elevou de 30% a 42%, corroborando com os resultados encontrados no atual estudo. Pesquisas afirmam que algumas alterações fisiológicas que ocorrem no tecido urogenital, nesse período, são os agravantes da IU (CERRUTO *et al.*, 2013). É o caso da queda de estrogênio, que está associado ao adelgaçamento da submucosa e à perda de tônus do esfíncter, com a conseqüente diminuição da pressão de fechamento uretral (TORREALBA; OLIVEIRA, 2010). Além disso, com o processo de envelhecimento, alterações estruturais do músculo detrusor, como desenvolvimento de fibroses e hipersensibilidade à noradrenalina, resultam em redução da complacência vesical e desenvolvimento de contrações involuntárias (BEJI *et al.*, 2010).

Pesquisas apontam, também, que a prevalência da IU varia de acordo com o grupo étnico-racial, sendo esta mais elevada em mulheres brancas, independente da faixa etária estudada (LEROY; LOPES; SHIMO, 2012). Estudo transversal de base-populacional apontou que mulheres negras são menos sujeitas à IU, especificamente incontinência urinária de esforço (IUE), por apresentarem maiores pressões de fechamento uretral, comparado às brancas, o que justifica o resultado encontrado na pesquisa (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

A obesidade ou sobrepeso é considerado outro fator de risco para a IU, como foi constatado na pesquisa, provavelmente pelo aumento intra-abdominal e a pressão da bexiga que ocorrem com o ganho de peso. Esse aumento de pressão pode gerar dificuldade no mecanismo de continência uretral por meio da diminuição do gradiente de pressão entre a uretra e a bexiga, ocasionando a IU (CORNÉLIO *et al.*, 2012; CERRUTO *et al.*, 2013).

O baixo nível de escolaridade observado na pesquisa é similar ao resultado de outros estudos e é considerado um fator que predispõe a população idosa a crer que a IU é conseqüência natural do envelhecimento, e, assim, não buscar por tratamento (ALBUQUERQUE *et al.*, 2011; BERLEZI *et al.* 2009a; CORNÉLIO *et al.*, 2012).

Quanto à renda familiar mensal, observou-se que a maioria das mulheres entrevistadas possuía de 1 a 2 salários mínimos, assim como em estudo realizado por Berlezi *et al.* (2009a). Acredita-se que fatores econômicos afetam a qualidade de vida das mulheres com IU, dificultando os cuidados com a saúde e a adesão ao tratamento adequado (CARRARA *et al.*,

2012).

Com relação aos hábitos de vida, a presença de IU em mulheres praticantes de exercícios físicos tem sido alvo de diversos estudos. Acredita-se que as atividades de alto impacto podem afetar o mecanismo de continência devido à alteração da quantidade de força transmitida para o assoalho pélvico e pelo aumento excessivo da pressão intra-abdominal (CORNÉLIO *et al.*, 2012). Assim, alguns estudos sugerem que a prática de exercícios físicos é um fator de risco importante para o desenvolvimento da IU, mesmo nos casos em que não existam fatores predisponentes para a mesma (VIEGAS *et al.*, 2009; SANTOS *et al.*, 2009). Por outro lado, grande parte das pesquisas indica que o exercício físico pode ter um efeito benéfico na prevenção da IU, já que, simultaneamente ao aumento da pressão abdominal durante o exercício físico, ocorre uma contração reflexa dos músculos do assoalho pélvico (SMITH *et al.*, 2010; VIRTUOSO; MAZO; MENEZES, 2012). Além disso, Ree, Nygaard e Bo (2007) afirmam que o exercício físico pode fortalecer os músculos do assoalho pélvico, tornando-os capazes de contraírem-se durante o aumento da pressão intra-abdominal, diminuindo os episódios de IU. No presente estudo, apesar da maioria das mulheres ter afirmado praticar atividades físicas regularmente, as mesmas referiram apresentar sintomas da IU, porém cabe salientar que o questionário utilizado para a coleta de dados é subjetivo; não foi avaliada qual e como é realizada a atividade física referida pelas mulheres. Além disso, os fatores associados que também predis põem a IU devem ser considerados.

Em estudo realizado com 112 mulheres observou-se que 64,2% delas não fizeram uso de TRH, sendo que 25,6% das que fizeram relataram queixa de perda urinária, e, entre as que não fizeram, esse percentual subiu para 74,4% (BERLEZI *et al.*, 2009a), corroborando com o resultado do presente estudo. Acredita-se que o não uso da TRH seja devido ao baixo nível de escolaridade e renda familiar, além da não procura por ajuda médica e negligência dos sintomas ocasionados pelo período da pós-menopausa.

Pesquisas mostram que a realização de cirurgias ginecológicas é outro fator de risco para o surgimento da IU. Os resultados evidenciam que os sintomas urinários são cada vez mais frequentes após histerectomia, como constatado na pesquisa. Acredita-se que, com a retirada do útero, pode haver um comprometimento nas estruturas que sustentam a bexiga e a uretra, favorecendo o surgimento da IU (TINELLI *et al.*, 2010)

A literatura descreve que os eventos obstétricos são os principais fatores de risco para a IU. Assim, o trauma perineal ocorrido por ocasião do parto vaginal é considerado o grande responsável pelos maiores danos ao assoalho pélvico e, conseqüentemente, pela ocorrência da doença, segundo diversos autores, confirmando os resultados encontrados na pesquisa (OLIVEIRA *et al.*, 2010; RIOS; SILVA, 2010). Autores afirmam que, após o parto vaginal, a prevalência de IU se eleva de 30 a 50%. O peso do recém-nascido, tanto durante a gravidez quanto no parto vaginal, também influencia no aumento da prevalência de IU. Esse fator pode estar relacionado com o aumento da pressão intra-abdominal, e, conseqüentemente, com o aumento da pressão intravesical e o risco para lesão do assoalho pélvico durante o parto (WALKER; GUNASEKERA, 2011).

Constatou-se na pesquisa que houve 33% de casos de aborto entre as mulheres entrevistadas, entretanto não é possível afirmar que esse fator tenha sido predisponente para o surgimento da IU, devido à ausência de estudos que abordem esta temática.

Quando questionadas sobre em que situações ocorre a perda urinária, verificou-se que a maioria das mulheres respondeu mais de uma opção presente no questionário. No entanto, pesquisas mostram que a IU em mulheres na pós-menopausa é uma condição associada à realização de esforços físicos (OLIVEIRA *et al.*, 2009; BERLEZI *et al.*, 2009a).

Boa parte das participantes refere à frequência da perda urinária de uma vez por semana ou menos, assim como no estudo realizado por Oliveira *et al.* (2009), sugerindo que trata-se de perdas esporádicas, como em situações de esforços físicos, por exemplo. Além disso, a maioria das mulheres entrevistadas negou o uso de protetores, embora haja a necessidade de troca da roupa íntima, corroborando, novamente, com os achados do presente estudo.

Com relação à quantidade de urina perdida involuntariamente, constatou-se que a maioria das mulheres tinha perda em jato. Vale ressaltar que a quantificação da perda urinária é subjetiva, já que se baseia em informações referidas pelas mulheres entrevistadas. O resultado encontrado no presente estudo é semelhante aos achados da literatura, entretanto, independente da quantidade de perda urinária, a doença se torna estressante e debilitante, contribuindo para o isolamento e depressão (LAZARI; LOJUDICE; MAROTA, 2009).

Em estudo realizado com 456 mulheres que apresentavam IU, apenas pouco mais da metade (58,8%) consultou um médico por esse motivo. E quase nove de cada dez mulheres que consultaram um médico (87%) referiram não ter sido receitado nenhum tratamento. As mulheres relataram uma variedade de motivos que as levaram a não procurar atenção médica para esse problema. A maior parte desses motivos sugere uma baixa valorização dos sintomas, como achar que eles não merecem atenção médica, não serem tão fortes ou não incomodarem, ou, até mesmo, por acreditarem que a perda urinária é uma ocorrência natural do avançar da idade. Quase 10%, entretanto, relataram falta de liberdade de falar sobre esses sintomas com o médico. É ainda importante ressaltar que a maioria das mulheres com IU desconhecem a existência de tratamentos que possam minimizar os sintomas ou tratar a doença (GUARISI *et al.*, 2001).

Identificou-se, também, que outro motivo para a não procura por tratamento é devido ao médico não considerar necessário (PEDRO *et al.*, 2003). Os resultados encontrados nos estudos citados e os motivos referidos pelas mulheres para a não procura de atenção médica concorda com o resultado deste estudo, que mostra que a maioria das mulheres entrevistadas apresentam os sintomas há mais de 1 a 5 anos, sem assistência profissional.

## 5. CONCLUSÃO

Neste estudo, encontrou-se uma prevalência de 50% de casos de IU. A maioria das

mulheres incontinentes era caucasiana, apresentava alterações no IMC e encontravam-se na faixa etária entre 60 a 69 anos.

Constatou-se que elas possuíam de 4 a 8 anos de estudo e que a renda familiar mensal era de 1 a 2 salários mínimos. Em relação aos hábitos de vida, a maioria dessas mulheres não praticava atividade física.

Observou-se, também, que as mulheres incontinentes não foram submetidas à TRH e que pelo menos a metade delas já foi submetida a alguma cirurgia ginecológica, sendo mais prevalente a histerectomia.

Em relação à história obstétrica das mulheres incontinentes, verificou-se que a maioria teve 5 ou mais partos, sendo mais prevalente o parto normal. Além disso, foi possível observar, durante a entrevista, que houve 33% de casos de aborto entre essas mulheres.

Na maioria dos casos, as mulheres perdiam a urina em mais de uma situação da vida diária e sem uso de proteções, sendo que a perda ocorria em jato, uma vez por semana ou menos.

Verificou-se, no estudo, que, na maioria das mulheres, os sintomas iniciaram-se há mais de 1 a 5 anos e que nunca procuraram por tratamento. Sabendo disso, sugere-se que os profissionais de saúde envolvidos no tratamento da IU abordem adequadamente a paciente, questionem a respeito da perda involuntária de urina e esclareçam sobre as intervenções terapêuticas existentes para o controle ou cura da doença. A falta de informação ou negligência do profissional de saúde pode reforçar o entendimento de que a IU é algo inerente ao envelhecimento.

Assim, na assistência à saúde da mulher, considera-se necessária a identificação do problema e de seus fatores de risco, bem como estratégias de intervenção para prevenção, diagnóstico e tratamento da IU feminina. Sugere-se, ainda, que sejam realizados novos estudos que abordem a mesma temática, com outras formas de avaliação que possam complementar esses achados e que estabeleçam a relação existente entre a ocorrência de casos de aborto e o surgimento da IU.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. T. *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.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 70-4, ago./dez. 2011.

BEJI, N. K. *et al.* Overview of the social impact of urinary incontinence with. A Focus on Turkish Women. **Urol Nurs.**, Pitman Nj, v. 30, n. 6, p. 327-334, Nov./Dec. 2010.

BERLEZI, E. M. *et al.* Fatores de risco para a incontinência urinária em mulheres na pós-menopausa. **Rev. Contexto Saúde**, Ijuí, v. 8, n. 16, p. 77-85, jan./jun. 2009a.

- BERLEZI, E. M. *et al.* Incontinência urinária em mulheres no período pós-menopausa: um problema de saúde pública. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 159-173, abr. 2009b.
- CARRARA, T. *et al.* Avaliação do nível de orientação das mulheres no climatério sobre o papel da fisioterapia na prevenção e no tratamento da incontinência urinária. **Rev. bras. ciên. envelhec. hum.**, Passo Fundo, v. 9, n. 2, p. 171-179, maio/ago. 2012.
- CERRUTO, M. A. *et al.* Prevalence, incidence and obstetric factors' impact on female urinary incontinence in Europe: A Systematic Review. **Urol. int.**, Basel, v. 90, n. 1, p. 1-9, jan. 2013.
- CORNÉLIO, T. C. P. *et al.* Avaliação do perfil sociodemográfico e do impacto da incontinência urinária na qualidade de vida em mulheres atendidas no município de Parnaíba – Piauí. **Rev. bras. ciên. saúde**, São Caetano do Sul, v. 10, n. 34, p. 17-99, out./dez. 2012.
- FERREIRA, C. H. J. **Fisioterapia na Saúde da Mulher: Teoria e Prática**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- GUARISI, T. *et al.* Procura de serviço médico por mulheres com incontinência urinária. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 439-443, ago. 2001.
- HIGA, R.; LOPES, M. H. B. M.; REIS, M. J. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 187-92, abr. 2008.
- LAZARI, I. C. F.; LOJUDICE, D. C.; MAROTA, A. G. Avaliação da qualidade de vida de idosas com incontinência urinária: idosas institucionalizadas em uma instituição de longa permanência. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 103-112, jun./nov. 2009.
- LEROY, L. S.; LOPES, M. H. B. M.; SHIMO, A. K. K. A incontinência urinária em mulheres e os aspectos raciais: uma revisão de literatura. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 692-701, jul./set. 2012.
- MARQUES, A. A.; SILVA, M. P. P.; AMARAL, M. T. P. A. **Tratado de Fisioterapia em Saúde da Mulher**. 1. ed. São Paulo: Roca, 2011.
- MISHRA, G. D.; CARDOZO, L.; KUH, D. Menopausal transition and the risk of urinary incontinence: results from a British prospective cohort. **BJU Int.**, London, v. 106, n. 8, p. 1170-1175, Oct. 2010.
- MOURÃO, F. A. G. *et al.* Prevalência de queixas urinárias e o impacto destas na qualidade de vida de mulheres integrantes de grupos de atividade física. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 170-5, maio/ago. 2008.
- OLIVEIRA, E. *et al.* Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 56, n. 6, p. 688-690, jun./set. 2010.
- OLIVEIRA, S. G. *et al.* Avaliação da qualidade de vida de portadores de incontinência urinária. **Rev. bras. ciên. envelhec. hum.**, Passo Fundo, v. 6, n. 1, p. 34-41, jan./abr. 2009.

PEDRO, A. O. *et al.* Síndrome do climatério: inquérito populacional domiciliar em Campinas, SP. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 735-42, jul. 2003.

PERSSON, J.; HANSSON, P. W.; RYDHSTROEM, H. Obstetric risk factors for stress urinary incontinence: a population-based study. **Obstet Gynecol**, Hagerstown, v. 96, n. 3, p. 440-445, Sep. 2000.

REE, M. L.; NYGAARD, I.; BO, K. Muscular fatigue in the pelvic floor muscles after strenuous physical activity. **Acta obstet. gynecol. scand.**, Stockholm, v. 86, n. 7, p. 870-876, Aug. 2007.

RIOS, A. A. N. *et al.* The help-seeking by women with urinary incontinence in Brazil. **Int Urogynecol J**, London, v. 22, n. 7, p. 879-84, Jan. 2011.

SANTOS, E. S. *et al.* Incontinência urinária entre estudantes de educação física. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 307-12, set. 2009.

SMITH, A. L. *et al.* Correlates of urinary incontinence in community-dwelling older latinos. **J Am Geriatr Soc.**, New York, v. 58, n. 6, p. 1170-1176, jun. 2010.

TINELLI, A. M. D. *et al.* Age-related pelvic floor modifications and prolapse risk factors in postmenopausal women. **Menopause.**, New York, v. 17, n. 1, p. 204-212, jan. 2010.

TORREALBA, F. C. M.; OLIVEIRA, L. D. R. Incontinência Urinária na população feminina de idosas. **Ens. cienc.**, Campo Grande, v. 14, n. 1, p. 159-75, 2010.

VIEGAS, K. *et al.* Qualidade de vida de idosos com incontinência urinária. **Rev Ciênc Saúde.**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 50-57, jul./dez. 2009.

VIRTUOSO, J. F.; MAZO, G. Z.; MENEZES, E. C. Prevalência, tipologia e sintomas de gravidade da incontinência urinária em mulheres idosas segundo a prática de atividade física. **Fisioter. mov.**, Curitiba, v. 25, n. 3, p. 571-582, jul./set. 2012.

WALKER, G. J.; GUNASEKERA, P. Pelvic organ prolapse and incontinence in developing countries: review of prevalence and risk factors. **Int Urogynecol J**, London, v. 22, n. 2, p. 127-35, Feb. 2011.