

PERFIL DE USUÁRIOS QUE BUSCAM ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM UM CENTRO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

Cássia Colla¹
Angela Peña Ghisleni²
Luciana Laureano Paiva³

RESUMO

A Incontinência Urinária, definida como qualquer perda involuntária de urina, é reconhecida como um problema de saúde pública multifatorial e que tem a opção terapêutica da Fisioterapia. Este trabalho objetiva descrever o perfil de usuários da atenção básica do Sistema Único de Saúde que buscaram atendimento fisioterapêutico para Incontinência Urinária em um Centro de Saúde de Porto Alegre, entre março de 2012 e abril de 2014. Trata-se de um estudo transversal, documental e retrospectivo, de abordagem quantitativa. Foram analisadas as anamneses de 95 pacientes (84 mulheres e 11 homens). A média de idade das mulheres foi 63 anos e 65,5 anos para os homens. O tempo desde o início dos sintomas obteve média de 25 anos entre as mulheres e 11 meses entre os homens. Entre as mulheres, 13,2% apresentam Diabete Mellitus, 48,8% relatam Hipertensão Arterial Sistêmica e 48,8% realizaram cirurgia pélvica. A média de partos foi 6,5 (59,5% parto normal - 30,9% com fórceps e 64,3% com episiotomia -, 9,5% cesariana e 26,2% ambos). Entre os homens, 36,3% apresentam Diabete Mellitus, 54,5% Hipertensão Arterial Sistêmica e 72,7% realizaram prostatectomia. O perfil de pacientes demonstrado nesse estudo foram adultos e idosos com mais de 40 anos, sobretudo mulheres que realizaram parto normal ou cirurgias pélvicas. No sexo masculino, observou-se alta incidência de pacientes que realizaram prostatectomia. Os pacientes avaliados apresentaram elevado percentual de Hipertensão Arterial Sistêmica. Verificou-se o elevado tempo de convívio com a Incontinência Urinária, principalmente entre as mulheres, por considerarem parte do envelhecimento, demonstrando a necessidade de maior esclarecimento da população acerca do tema.

Palavras-chave: Incontinência urinária. Fisioterapia. Envelhecimento. Sistema Único de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Sociedade Internacional de Continência (SIC), a Incontinência Urinária (IU) pode ser definida como qualquer perda involuntária de urina, gerando ou não impactos negativos na qualidade de vida (ABRAMS et al, 2002). De acordo com suas

¹ Fisioterapeuta graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: cassia.collal@gmail.com.

² Fisioterapeuta; Doutora em Sociologia pela UFRGS; Professora adjunta da UFRGS. E-mail: angela.ghisleni@ufrgs.br

³ Fisioterapeuta; Doutora em Gerontologia médica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Coordenadora do curso de Fisioterapia da UFRGS. E-mail: lucianalaureanopaiva@gmail.com

características, ela pode ser classificada como Incontinência Urinária de Esforço (IUE), de Urgência (IUU) ou mista (IUM). A primeira se caracteriza como perda de urina durante esforço e exercício físico, espirro ou tosse e outras situações que provoquem o aumento da pressão intra-abdominal (KLÜBER; MORIGUCHI; CRUZ, 2002, YIP; CARDOZO, 2007), a IUU ocorre quando há contração vesical durante a fase de enchimento, desencadeada de maneira espontânea ou em resposta a estímulos (WEINBERGER, 1997) e a IUM ocorre quando as queixas de IUU e IUE estão associadas (GUARISI et al, 2001a).

A IU apresenta caráter multifatorial, sendo alguns dos principais fatores de risco: idade, paridade, tipo de parto, peso do recém-nascido, constipação intestinal, consumo de cafeína e tabagismo. É mais prevalente no sexo feminino, acometendo de 30 a 60% das mulheres durante o período do climatério e da menopausa. Porém, a sua prevalência tem se mostrado diferente de acordo com a população estudada. São escassos os estudos que tenham avaliado a sua prevalência no Brasil (GUARISI et al, 2001b).

No sexo masculino, a IU é comum após a ressecção transuretral da próstata e a prostatectomia radical, que são intervenções amplamente utilizadas no tratamento do câncer da próstata (KLÜBER; MORIGUCHI; CRUZ, 2002).

As repercussões no estilo de vida de homens e mulheres com esta patologia são inúmeras. Normalmente acabam provocando restrições na vida cotidiana, tais como: nas atividades do lar, perda da confiança em si, vergonha e medo de apresentar episódio de perda urinária em público, frustrações e limitações no desempenho das atividades profissionais e disfunção sexual (LOPES; HIGA, 2006).

Portanto, a IU pode ser caracterizada como um importante problema de saúde pública. Apesar disso, poucos buscam os serviços de saúde para o seu tratamento, pois consideram erroneamente que esta condição é uma consequência natural da idade. Muitos desconhecem a atuação da fisioterapia, que é um tratamento pouco invasivo, pouco oneroso e com eficácia comprovada para a melhora e/ou a cura do desconforto sintomático (KLÜBER; MORIGUCHI; CRUZ, 2002, YIP; CARDOZO, 2007). Mesmo sendo a fisioterapia indicada como a primeira opção de tratamento, existem poucos serviços públicos de atendimento fisioterapêutico a pacientes incontinentes no Brasil (FIGUEIREDO et al, 2008).

Torna-se perceptível, em virtude dos fatos supracitados, que o fisioterapeuta, como membro integrante de equipes de saúde, deveria ampliar seu campo de atuação, desenvolvendo atividades para além da reabilitação. Ou seja, buscar inspiração nos pressupostos do campo da Saúde Coletiva que o estimule a realizar ações que previnam o aparecimento ou agravamento do problema, direcionando sua atuação para a coletividade

humana, buscando transformar hábitos e condições de vida, promovendo assim a saúde (KLÜBER; MORIGUCHI; CRUZ, 2002; BISPO JÚNIOR, 2010).

Justifica-se este estudo pela importância do reconhecimento do perfil do usuário com incontinência urinária que procura os centros de saúde e que precisam de encaminhamentos e orientações dos profissionais da saúde. A partir desse reconhecimento, esses profissionais, a exemplo dos fisioterapeutas, têm melhores subsídios para planejar e estruturar serviços que atendam tal demanda. Tendo em vista este cenário, o objetivo deste trabalho foi descrever o perfil clínico de usuários da atenção básica do Sistema Único de Saúde que buscaram o serviço de Fisioterapia para tratamento da IU e que foram assistidos por alunos do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, documental e retrospectivo, de abordagem quantitativa, em que foi realizada a análise descritiva das variáveis. A amostra foi composta pelas anamneses de 95 pacientes que buscaram atendimento fisioterapêutico para IU no Centro de Saúde Vila dos Comerciantes, em Porto Alegre (Rio Grande do Sul, Brasil), entre março de 2012 e abril de 2014, e que assinaram um termo de consentimento de uso dos dados de prontuário, o qual esclareceu que os participantes não teriam suas identidades divulgadas nos resultados e que as informações obtidas são de uso apenas para fins científicos.

Este estudo atende a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas de pesquisas que envolvam seres humanos e assegura aos indivíduos quatro preceitos éticos básicos: (a) autonomia - o participante deve ter consentimento com a pesquisa e ter a liberdade para desistir do estudo a qualquer momento; (b) não maleficência - qualquer dano previsível é evitado; (c) beneficência - ponderação de riscos e benefícios para haver o máximo de benefícios e o mínimo de riscos e danos; (d) justiça - relevância social da pesquisa e igualdade na consideração dos interesses dos envolvidos. As informações colhidas ficaram resguardadas à pesquisadora responsável e o uso das informações e a identidade dos participantes foram protegidos de revelação não autorizada. Os dados foram coletados durante práticas de disciplina do curso de Fisioterapia da UFRGS.

O instrumento de avaliação consistiu em fichas de avaliação urológicas femininas e masculinas, padronizadas, compostas por questões abertas e fechadas, elaboradas por graduandos do curso de Fisioterapia da UFRGS matriculados na disciplina Saúde e Cidadania V. Foram coletadas, a partir destas anamneses, informações relacionadas a antecedentes

peçoais, situações de ocorrência da perda de urina, intensidade e frequência da perda urinária, frequência da micção, antecedentes obstétricos, atividade sexual e ingestão de líquidos.

Uma ficha de coleta de dados foi elaborada para que as informações fossem padronizadas e organizadas pela pesquisadora. Os dados foram tabulados e analisados de acordo com as variáveis e apresentados quantitativamente por meio de tabelas e gráficos, com auxílio do programa Microsoft Office Excel 2013. A análise dos dados foi realizada de forma descritiva simples, onde as variáveis foram apresentadas por meio de frequências relativas (percentuais) ou por meio de médias, desvios-padrão, mínimo e máximo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisadas 95 anamneses coletadas entre março de 2012 e abril de 2014. Os dados dos questionários foram inseridos em uma planilha do programa Microsoft Excel 2013, e analisadas conforme a proposta do estudo.

A amostra total foi composta por 84 (88,42%) pacientes do sexo feminino e 11 (11,57%) pacientes do sexo masculino. A média de idade ficou entre 63,6 (DP: 4,24) anos para as pacientes de sexo feminino e 65,5 (DP: 11) anos para os homens, não havendo nenhum paciente com menos de 40 anos de idade. Estes dados corroboram com a maioria expressiva dos estudos, que demonstra que a IU afeta significativamente os mais idosos, sobretudo mulheres, em geral a partir do climatério/menopausa, com índices de 43% na faixa etária de 35 a 81 anos, e aumentando com o envelhecimento (HIGA; LOPES; REIS, 2008).

Entre as mulheres, a média de tempo do início dos sintomas foi de 25 anos (DP: 7,07) e entre os homens, de 10,68 meses (DP: 1,76). Silva e Lopes (2009) realizaram um estudo objetivando identificar as razões da não procura pelo tratamento entre mulheres incontinentes de uma Unidade Básica de Saúde e obtiveram como resultados que grande parte não conhecia nenhuma forma de tratamento e ainda, que a maioria das pacientes não buscou tratamento por acharem que a perda urinária é uma condição normal, por não considerarem a IU algo importante e também porque o médico disse não haver necessidade. Conforme Kubagowa et al (2006), o tempo de início de tratamento após a cirurgia de prostatectomia varia de imediatamente após a retirada da sonda vesical até semanas posteriormente a cirurgia. Contudo, ainda são escassos estudos que abordem e comparem a demora de início de tratamento entre homens e mulheres.

Em relação aos antecedentes obstétricos, a média do número de gestações foi de 7,5

(DP: 2,20), com média de 6,5 (DP: 1,83) partos por mulher, sendo que 59,52% realizaram apenas parto normal, 26,19% realizaram tanto parto normal como cesariano e apenas 9,52% realizaram apenas parto cesariano. Apenas quatro (4,76%) pacientes não possuíam histórico de parto. Pode-se supor, em virtude desses fatos, que a gestação e paridade estão associadas com o desenvolvimento da IU e, ainda, que o parto vaginal se relaciona com o aumento de casos.

Porém, de acordo com Higa; Lopes; Reis (2008), o parto vaginal não é considerado o causador da IU isoladamente, mas sim as lesões perineais que podem ocorrer em função do parto. E ainda, segundo estes mesmo autores, o peso do recém-nascido influencia o aumento da prevalência de IU. Na amostra avaliada neste estudo, a média de peso do maior recém-nascido foi 3,65kg. O percentual das pacientes que fizeram uso de fórceps foi de 30,95% e 64,28% realizaram episiotomia. No entanto, estudos apresentam resultados discrepantes, não encontrando relação entre o parto de bebês com mais de quatro quilos ao nascimento e a IU (KRUE et al, 1997).

A respeito dos antecedentes pessoais, nas pacientes de sexo feminino, 14,45% eram fumantes, 13,25% apresentavam Diabete Mellito (DM), 48,80% possuíam Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 48,80% já haviam realizado alguma cirurgia ginecológica. Entre o público masculino, 54,54% eram portadores de HAS, 36,36% possuíam DM, e 9,09% eram tabagistas. Constatou-se, ainda, que 72,72% haviam realizado prostatectomia. Esta intervenção cirúrgica, amplamente utilizada para o tratamento do câncer de próstata, é identificada em estudos como importante fator de risco para a IU masculina (SOUSA, et al 2012).

Segundo Marini et al (2011), por existir forte relação entre a gênese da IU e da DM ela representa um fator de risco para IU. No mesmo sentido, Tamanini et al (2006) observaram que a DM triplica a chance de aparecimento do sintoma de perda urinária. E ainda, Danforth et al (2006) verificaram que há relação entre tabagismo e DM tipo II com a IU. Embora os resultados a respeito do tabagismo não tenham sido expressivos neste estudo, Higa, Lopes e Reis (2008) identificaram que este também é considerado fator de risco significativo. Em contrapartida, Guarisi et al (2001b) não observaram alteração do risco de IUE ao tabagismo.

Artigos corroboram com a presente pesquisa quanto ao elevado percentual de pessoas incontinentes que apresentam HAS associada (BERLEZI et al, 2009). As cirurgias ginecológicas também são apontadas como fatores de risco significativos para o desenvolvimento da IU, sobretudo a histerectomia, sobre a qual alguns autores encontraram resultados expressivos na associação com a patologia (KUBAGOWA et al, 2006).

No que diz respeito ao tipo de incontinência, entre as pacientes do sexo feminino, 60,71% relataram IUM, 16,66% relataram IUU e 3,57% IUE. Estudos que avaliaram o tipo de incontinência urinária em diferentes faixas etárias e populações encontraram resultados divergentes, porém muitos verificaram constataram uma prevalência maior de IUE em relação aos outros tipos de incontinência (FOLDSPANG et al, 1992; O'BRIEN et al, 1991) diferindo deste estudo.

Já para os homens, classificaram-na como IUE 9,09%, IUU foi relatada por 45,45% dos pacientes e 45,45% relataram IUM. São extremamente escassos os estudos que avaliam a prevalência dos diferentes tipos de IU nos homens.

A respeito da sintomatologia das mulheres avaliadas, 41,66% apresentou intensidade mínima de perda, 38% moderada, 15,5% intensa e 4,76% não souberam classificar. Os episódios de perda eram esporádicos para 40,47%, várias vezes ao dia para 44,04% e 7,14% relataram que a perda ocorria sempre, sendo que 8,33% não souberam especificar. A média da frequência da micção ficou em 12 (DP: 4,24) vezes ao dia. Entre os pacientes do sexo masculino, 45,45% referem intensidade da perda como mínima, moderada para 36,36% e intensa para 9,09% (um paciente não soube classificar). A perda urinária apresentou frequência de diversas vezes ao dia para 63,63% dos pacientes. Frequência esporádica foi relatada por 27,27% e 9,09% consideram que sempre perdem urina. A frequência da micção durante um período de 24 horas apresentou média de nove vezes (DP: 5,22) entre estes pacientes. De acordo com a literatura, a intensidade de ocorrência da IU tende a aumentar com o tempo e é influente na qualidade de vida, com maiores implicações quanto maior for o volume urinário perdido (BUTLER et al, 1999).

Entre o público feminino, 54,76% consideraram sua vida sexual não ativa, enquanto 30,94% consideraram como ativa/normal, apresentaram dor 13,09% e 1,19% não soube classificar. Entre os homens, classificaram-na como não ativa 27,27% dos entrevistados. Outros 27,27% referiram disfunção erétil e 36,36% consideraram ativa/normal. Portanto, nesta amostra estudada, percebe-se a presença de distúrbios na vida sexual que pode comprometer a qualidade de vida destas pessoas.

Os estudos que tratam da relação entre IU e satisfação sexual não são frequentes e divergem em seus resultados. Enquanto alguns associam a IU com a baixa qualidade de vida e com impactos negativos na sexualidade (BERGLUNDER; FUGL-MEYER, 1996; LALOS, BERGLUND, LALOS, 2001), outros relatam que a IU não tem consequências negativas significativas neste aspecto (DUGAN et al, 1998; RIBEIRO; RAIMUNDO, 2005). De fato, é necessário avaliar os múltiplos fatores que podem levar a disfunção sexual para poder associá-

la ou não a IU.

No que concerne ao consumo de líquidos considerados irritativos vesicais nas últimas 24 horas, apenas 4,76% das mulheres não havia consumido nenhum. O consumo de café preto foi feito por 13,09% das pacientes do sexo feminino, 4,76% haviam tomado suco de frutas ácidas, 3,95% tomaram chá preto ou verde, 3,57% haviam tomado chimarrão (bebida típica regional) e 56,66% haviam tomado ao menos dois dos tipos de bebida supracitados (uma paciente não soube responder). Entre os pacientes do sexo masculino, tomaram sucos de frutas ácidas 18,18% dos entrevistados, chimarrão 9,09%, chá preto ou verde 9,09% e mais de um dos listados 54,54% (um paciente não soube responder). Estes dados tornaram visível a interferência do consumo destes líquidos na IU e assinalam que o chá, o café e bebidas a base de cola contêm cafeína, considerada fator de risco para IU, devendo seu consumo ser reduzido ou eliminado.

4 CONCLUSÕES

Este estudo demonstra que a população que buscou tratamento fisioterapêutico para IU em um Centro de Saúde de Porto Alegre é, em sua maioria, do sexo feminino e apresenta idade avançada. Houve evidência de que que a IU pode ter relação com a história obstétrica, com as cirurgias pélvicas e com a HAS. Nos homens, está expressivamente relacionada com a realização de prostatectomia. Também se verificou que o consumo de líquidos irritativos vesicais está relacionado com o problema. Tornou-se perceptível, ainda, que este distúrbio pode comprometer a vida sexual dos pacientes, podendo representar um problema para a sua qualidade de vida.

Além disso, verificou-se de forma expressiva o elevado tempo de convívio com a IU, principalmente entre as mulheres, provavelmente devido ao fato de que as mesmas considerem que a IU é uma condição normal e que faça parte do envelhecimento. Este fator demonstra nitidamente a necessidade de maior esclarecimento da população acerca do tema.

Levantamento de dados como este que foi apresentado neste artigo são necessários para a construção de estratégias preventivas e reabilitadoras na saúde no Sistema de Saúde Pública. Faz-se necessário os profissionais da saúde estarem atentos aos sinais e sintomas de distúrbios urinários apresentados pelos usuários e construir ações que atendam à essa demanda. Os profissionais fisioterapeutas, por exemplo, precisam investir na atenção às disfunções pélvicas, reconhecidas por ser de baixo custo, pouco invasivas e de eficácia comprovada nos sintomas de perda urinária e na qualidade de vida.

PROFILE OF USERS SEEKING PHYSICAL THERAPY FOR URINARY INCONTINENCE IN A HEALTH CENTER IN THE CITY OF PORTO ALEGRE

ABSTRACT

The Urinary Incontinence (UI), defined as any involuntary loss of urine, is recognized as a multifactorial problem of public health and has therapeutic option physiotherapy. This paper aims to describe the user's profile of primary care of the *Sistema Único de Saúde* who sought physical therapy for UI in a Porto Alegre Health Centre and were attended by students of the Physical Therapy School of the *Universidade Federal do Rio Grande do Sul*, between March 2012 and April 2014. It is a documentary study with descriptive analysis of the variables. The case histories of 95 patients (84 women and 11 men) were analyzed. The average age of women was 63 years and 65.5 years for men. The time from onset of symptoms had an average of 25 years for women and 11 months among men. Among women, 13.2% have Diabetes Mellitus (DM), 48.8% reported systemic arterial hypertension (SAH) and 48.8% had pelvic surgery. The average number of births was 6.5 (59.5% vaginal delivery - 30.9% to 64.3% with forceps and episiotomy - 9.5% caesarean section and 26.2% both). Among men, 36.3% had DM, hypertension 54.5% and 72.7% underwent prostatectomy. The results show that the UI may be related to obstetric history, pelvic surgery and hypertension. There was the high convivial time with the UI, especially among women, because they consider part of aging, demonstrating the need for further clarification of the population on the subject.

Keywords: Urinary incontinence. Physical therapy Specialty. Aging. Unified health system.

REFERÊNCIAS

ABRAMS, P. et al. The standardization of terminology in lower urinary tract function: Report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. **Neurology and Urodynamics**, v. 21, n. 2, p. 167-78, 2002.

BERGLUND, A. L.; FUGL-MEYER, K. Some sexological characteristics of stress incontinence women. **Scandinavian Journal of Urology and Nephrology**, v. 30, p. 207-212, 1996.

BERLEZI, E. M. et al. Incontinência Urinária em mulheres pós-menopausa: um problema de saúde pública. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 159-173, 2009.

BUTLER, R. N. et al. Urinary incontinence: keys to diagnosis of the older woman. **Geriatrics**, v. 54, n. 10, p. 29-30, 1999.

DANFORTH, K. et al. F. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 194, n. 2, p. p. 339-145, 2006.

DUGAN, E. et al. The quality of life of older adults with urinary incontinence: Determining generic and condition specific predictors. **Quality of Life Research**, Oxford, UK, v. 7, p. 337-344, 1998.

FIGUEIREDO, E. M. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de Serviço de Fisioterapia Uroginecológica da rede pública. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, SP, v. 12, n. 2, p. 136-142, 2008.

FOLDSPANG, A. et al. Parity as a correlate of adult female urinary incontinence prevalence. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 46, n. 6, p. 595-600, 1992.

GUARISI, T. et al. Procura de serviço médico por mulheres com incontinência urinária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 23, n. 7, p. 439-443, 2001a.

GUARISI, T. et al. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, p. 428-435, 2001b.

HIGA, R.; LOPES, M. H. B.; REIS, M. J. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 42, 1, p. 187-192, 2008.

BISPO JÚNIOR, J. P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1627-1636, 2015.

KLÜBER, L.; MORIGUCHI, E.; CRUZ, I. B. M. A influência da fisioterapia na qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária: revisão. **Revista de Medicina da PUCRS**, Porto Alegre, v. 12, n. 3, p. 243-249, 2002.

KRUE, S. et al. The influence of infant birth weight on post-partum stress incontinence in obese women. **Archives Gynecology and Obstetrics**, Berlin, v. 259, n. 3., p. 143-5, 1997.

KUBAGOWA, L. M. et al. A eficácia do tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária masculina após prostatectomia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 52, n. 2, p. 179-183, 2006.

LALOS, O.; BERGLUND, A.; LALOS, A. Impact of urinary and climacteric symptoms on social and sexual life after surgical treatment of stress urinary incontinence in women: a long-term outcome. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 33, n. 3, p. 316-327, 2001.

LOPES, M. H. B. L.; HIGA, R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 34-41, 2006.

MARINI, G. et al. Importância do modelo animal para testar hipóteses sobre a Fisiopatologia do binômio diabetes e incontinência urinária feminina. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 21, n. 4, p. 191-195, 2011.

O'BRIEN, J. et al. Urinary incontinence: prevalence, need for treatment, and effectiveness of intervention by nurse. **British Medical Journal**, v. 303, n. 23, p. 1308-1312, 1991.

RIBEIRO, J.; RAIMUNDO, A. Satisfação sexual e percepção de saúde em mulheres com incontinência urinária. **Análise Psicológica Lisboa**, Porto, v. 3, n. 23, p. 305-314, 2005.

SILVA, L.; LOPES, M. H. B. M. Incontinência Urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, 2009.

SOUSA, C. A. P. B. et al. A prevalência da incontinência urinária em pacientes prostatectomizados. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 16, n. 6, p. 129-139, 2012.

TAMANINI, J. T. et al. Incontinência urinária: prevalência e fatores de risco em mulheres atendidas no Programa de Prevenção do Câncer Ginecológico. **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 3, p. 17-24, 2006.

WEINBERGER, M. W. Differential diagnosis of urinary incontinence. In: OSTEGARD D. R., BENT A. E.; (Orgs). **Urodynamics: theory and practice**. Baltimore: Williams, 1997. p. 83-99.

Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 45-54, set./dez. 2015.

YIP, S. K.; CARDOZO, L. Psychological morbidity and female urinary incontinence. **Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 21, n. 2, p. 321-329, 2007.

Submetido em: 02/09/2015
Aceito para publicação em: 29/11/2015