



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIAS E SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA

JENIFFER BUENO ORSO

**PERDA URINÁRIA E DEPRESSÃO EM MULHERES ADULTAS MAIS VELHAS:
EXISTE RELAÇÃO?**

Araranguá

2023

JENIFFER BUENO ORSO

**PERDA URINÁRIA E DEPRESSÃO EM MULHERES ADULTAS MAIS VELHAS:
EXISTE RELAÇÃO?**

Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Graduação em Fisioterapia, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.
Orientadora: Profa Dra Ione Jayce Ceola Schneider

Araranguá

2023

AGRADECIMENTOS

A Deus por permitir que tudo isso acontecesse, a todos os professores, especialmente à minha orientadora pela confiança, apoio e principalmente paciência na elaboração deste trabalho. Aos meus familiares por me darem a oportunidade de estudar e me incentivar a buscar meus sonhos. Ao meu companheiro de vida Giovane, por todo carinho e amor, e por compartilhar os inúmeros momentos de ansiedade e estresse. Obrigada por sua gentileza e compreensão mesmo com minha ausência em diversos momentos. A todos que direta ou indiretamente fizeram parte de minha formação, o meu muito obrigada.

Perda urinária e depressão em mulheres adultas mais velhas: existe relação?

Urinary losses and depression in older adult women: is there association?

Jeniffer Bueno Orso*, Ione Jayce Ceola Schneider**.

**Graduanda do Curso de Fisioterapia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Araranguá, Brasil; **Professora do Curso de Fisioterapia, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Araranguá, Brasil.*

*Autora correspondente: Jeniffer Bueno Orso, Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Jeniffer Bueno Orso: jeniffer.bueno@ufsc.br

Ione Jayce Ceola Schneider: ione.schneider@ufsc.br

RESUMO

Introdução: A incontinência urinária é uma condição na qual ocorre perda involuntária de urina. Impacta na qualidade de vida, alterações sociais e capacidade de viver independente, e podendo ser associada a sintomas depressivos. **Objetivo:** Identificar a associação entre incontinência urinária e depressão em mulheres mais velhas. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal com dados do Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil). Foram incluídos dados das mulheres respondentes, com 50 anos ou mais, e excluídas as que relataram incontinência fecal associada ou não a incontinência urinária. Foram consideradas com incontinência urinária o autorrelato de perda urinária. A exposição foi presença de 4 ou mais sintomas na escala CESD-8. Foram utilizadas frequências absolutas e relativas, juntamente com os intervalos de confiança de 95%. A regressão logística, bruta e ajustada, pelo conjunto mínimo de variáveis, foi utilizada para investigar a associação entre incontinência urinária e depressão. **Resultados:** A maior prevalência de incontinência urinária foi em mulheres de 80 anos e mais, com 2,76 mais chances que aquelas com 50 a 59 anos de apresentarem a condição. Entre as que tinham 4 ou mais sintomas depressivos, a prevalência de incontinência urinária foi de 10% e aumentou em 2,34 a chance de autorrelatar a ocorrência do desfecho em comparação com aqueles que tinham menor quantidade de sintomas. Mulheres com 4 ou mais sintomas depressivos tiveram prevalência 2,32 maior chance de incontinência urinária do que as que tinham 3 ou menos sintomas. **Conclusão:** Diversos fatores podem estar relacionados com a incontinência urinária em idosas. Este estudo teve como objetivo relacionar a depressão com a incontinência urinária. Essa relação é relevante pois impacta significativamente na qualidade de vida dessa população. O presente estudo apresenta algumas limitações e reconhecemos que essas limitações podem afetar a generalização de nossos achados, mas também oferecem oportunidades para pesquisas futuras.

Palavras Chaves: incontinência urinária, mulheres, fatores de risco, depressão, idosas.

ABSTRACT

Introduction: Urinary incontinence is a condition in which there is involuntary loss of urine. It impacts quality of life, social changes and ability to live independently, and can be associated with depressive symptoms. **Objective:** Identify the association between urinary incontinence and depression in elderly women. **Methods:** This is a cross-sectional study with data from the Longitudinal Health Study of Brazilian Elderly People (ELSI-Brasil). Data from female respondents aged 50 or over were included, and those who reported fecal incontinence associated or not with urinary incontinence were excluded. Self-report of urinary loss was considered urinary incontinence. Exposure was the presence of 4 or more symptoms on the CESD-8 scale. Absolute and relative frequencies were used, along with 95% confidence intervals. Logistic regression, crude and adjusted, using the minimum set of variables, was used to investigate the association between urinary incontinence and depression. **Results:** The highest prevalence of urinary incontinence was in women aged 80 and over, with 2.76 more chances than those aged 50 to 59 of presenting the condition. Among those who had 4 or more depressive symptoms, the prevalence of urinary incontinence was 10% and the chance of self-reporting the occurrence of the outcome increased by 2.34 compared to those who had fewer symptoms. Women with 4 or more depressive symptoms had a 2.32 higher chance of urinary incontinence than those with 3 or fewer symptoms. **Conclusion:** Several factors may be related to urinary incontinence in elderly women. This study aimed to relate depression with urinary incontinence. This association is relevant as it significantly impacts the quality of life of this population. The present study has some limitations, and we recognize that these limitations may affect the generalizability of our findings, but they also provide opportunities for future research.

Key Words: urinary incontinence, women, risk factors, depression, elderly.

INTRODUÇÃO

A Sociedade Internacional de Continência (ICS) e a Sociedade Internacional de Uroginecologia (IUGA)(2) definem incontinência urinária como condição na qual ocorre perda involuntária de urina, que é um problema social ou higiênico valorizando a queixa das pacientes. Ocorre quando não é possível controlar a bexiga, e varia de uma pequena perda de urina até a total incapacidade de controlar a micção.(1,3)

A incontinência urinária de urgência é caracterizada pelo vazamento de urina não controlado, de gotas ou grande volume, associada à necessidade irreprimível e urgente de urinar.(3) Pode ser causada por distúrbios neurológicos sensitivos ou hiperatividade motora do músculo detrusor.(4,5) A incontinência urinária de esforço ocorre pela perda de urina devido a aumentos abruptos na pressão intra-abdominal(3), por exemplo, com a tosse, o espirro, a risada, a flexão de tronco ou ao levantar peso.

Atualmente, a incontinência urinária afeta cerca de 200 milhões de pessoas de todas as idades em todo o mundo, principalmente do sexo feminino, especialmente as idosas.(6) Atribui-se essa prevalência ao fato de a mulher apresentar, além da uretra mais curta, duas falhas naturais no assoalho pélvico: o hiato vaginal e o hiato retal.(7) Isso faz com que as estruturas musculares que dão sustentação aos órgãos pélvicos e produzem a contração da uretra para evitar a perda urinária e o músculo que forma um pequeno anel em volta uretra sejam mais frágeis nas mulheres.(6,8,9)

Com o aumento progressivo da expectativa de vida da população, o número de mulheres na meia idade tende a aumentar.(10–12) Os estudos mostram que aproximadamente 12,4% das mulheres jovens, 45% das de meia-idade e pós-menopausa, e 75% das mais velhas experimentam alguma perda involuntária de urina.(10,13–15) As mais acometidas são entre 35 e 81 anos, devido à redução da capacidade da bexiga em armazenar urina.(6) A capacidade passa de 500 a 600ml para 250 a 300ml, o que contribui para o aumento da frequência urinária e da noctúria.(10)

Além disso, a capacidade de retardar a micção diminui, contrações da bexiga involuntárias ocorrem com mais frequência e as contrações da bexiga enfraquecem, alterações teciduais da senilidade que comprometem o trato urinário inferior e o assoalho pélvico que levam à ureterite atrófica, à vaginite atrófica e à diminuição de força do esfíncter uretral.(3) A estrutura pélvica pode ser afetada com as mudanças hormonais durante a menopausa, como o hipoestrogenismo que predispõe a mulher à incontinência urinária.(10)

Além do sexo feminino e idade,(8) outras causas comuns para incontinência urinária

são trauma ou fraqueza do assoalho pélvico, fatores hereditários, raça, alterações hormonais como a menopausa, paridade, tipo de parto, uso de anestesia no parto, cirurgias ginecológicas, doenças crônicas como hipertensão, diabetes, obesidade, alterações psicológicas, doenças concomitantes e efeitos colaterais, uso de alguns simpaticomiméticos e parasimpaticolíticos, constipação, tabagismo, consumo de cafeína, ingestão excessiva de álcool, indisponibilidade de banheiros, ansiedade extrema, infecção urinária ou vaginal e exercícios intensos mal orientado na região abdominal.(10) Em idosos, de forma geral, outros fatores associados merecem destaque, tais como: restrição de mobilidade que dificulte o acesso ao banheiro, alterações cognitivas, distúrbios funcionais como acidente vascular encefálico e demência em idosos, além de cirurgias e medicações que podem provocar redução do tônus da musculatura pélvica, ou gerar danos nervosos.(5,8)

Embora seja mais comum entre os idosos, é muitas vezes erroneamente interpretada como parte natural do envelhecimento.(8) Este é um importante fator de risco, contudo, como fenômeno isolado, não é causa deste transtorno, apesar de induzir as modificações funcionais e estruturais no sistema urinário as quais predisõem ao problema.(9)

Essa condição de saúde leva a pessoa a passar por situações constrangedoras com grande impacto na sua qualidade de vida, mudanças de rotina, autoestima e capacidade de viver de forma independente.(16) Alterações que comprometem o convívio social como vergonha, depressão e isolamento, frequentemente fazem parte do quadro clínico, causando grande transtorno a ela e aos familiares.(15,17) Estudos mostraram maior prevalência de depressão e autopercepção negativa de saúde entre os indivíduos com incontinência urinária quando comparados aos sem incontinência.(11,18–20) Atividades comuns como trabalhar, viajar, praticar atividades físicas, participar de eventos sociais, relacionamento sexual e até mesmo o sono podem ser dificultados.

A presença de depressão em idosos aumenta a chance de incontinência urinária, especialmente se associada a outras condições. Estudo mostrou que idosos com depressão moderada a grave apresentaram 2,5 vezes mais chance de incontinência urinária, enquanto o fato de já ter sofrido um acidente vascular encefálico ou ser diabético multiplica o risco do problema por 1,69 e 1,56, respectivamente.(16)

A incontinência urinária geralmente não é relatada espontaneamente pela mulher durante as consultas médicas. Vários fatores contribuem como a crença de que não é doença ou problema a ser tratado e sim consequência natural da idade. Além disso, soma-se a questão do tabu, que associa os órgãos e condições genitais ao tabu e à vergonha de se expor, principalmente em idosas,(4,9), mas que podem estar associadas a consequências negativas à

saúde. Este trabalho tem como objetivo identificar a associação entre autorrelato de perda urinária e depressão em mulheres brasileiras a partir de 50 anos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal com dados do Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil). O ELSI-Brasil é uma pesquisa, de base domiciliar, projetada para ser representativa da população brasileira, com 50 anos ou mais. Tem como objetivo investigar os determinantes e suas consequências no envelhecimento dos brasileiros. A linha de base foi coletada nos anos de 2015 e 2016, em 70 diferentes municípios brasileiros, selecionados por meio da base de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). As principais unidades amostrais foram os municípios, seguidos pelos setores censitários e domicílios. Os municípios foram agrupados em quatro estados, conforme o tamanho populacional (≤ 26.700 habitantes; de 26.701 até 135 mil habitantes; de 135.001 a 750 mil habitantes; e >750 mil habitantes). Em seguida, foram escolhidos os setores censitários, sendo oito em cada município, finalizando com a seleção dos domicílios. O tamanho amostral seguiu um método de amostragem reversa, no qual os pesquisadores estipularam quantas entrevistas precisavam ter para obter um determinado número de entrevistas realizadas. Com isso, visitaram domicílios previamente selecionados até que a quantidade de entrevistas desejadas fosse atingida. A meta de entrevistas era de 10 mil.(21)

Entre os 9.412 participantes do ELSI-Brasil, para o presente estudo foram incluídos apenas os participantes do sexo feminino com dados completos entre as variáveis de interesse.

A variável exposição utilizada foi a depressão, sendo investigada pela versão curta da escala do Center for Epidemiological Scale - Depression (CES-D8), com oito itens, que se referem ao afeto deprimido, afeto positivo e itens somáticos. As questões referem-se aos sintomas da semana anterior à entrevista, com opções dicotômicas de resposta (sim/não).(17) O ponto de corte para depressão é estabelecido em quatro ou mais sintomas depressivos.(18,19)

A variável desfecho foi a perda urinária definida a partir da pergunta “No ÚLTIMO MÊS, alguma vez, o(a) Sr(a) perdeu o controle da urina ou das fezes sem querer?” As opções de resposta foram “não”, “sim, de urina”, “sim, de fezes” e “sim, de urina e fezes”. Foi considerado para o presente estudo, a presença de incontinência urinária nas mulheres que responderam que têm perda de urina. As respondentes com perda de fezes e urina e fezes foram excluídas do estudo.

As variáveis complementares incluídas neste trabalho foram as sociodemográficas,

hábitos de vida e condições de saúde.

As condições sociodemográficas foram avaliadas por meio de questões com respostas autorreferidas, pelas variáveis idade em anos completos na data da entrevista, situação conjugal [com companheiro (casado, união estável) e sem companheiro (solteiro, viúvo, divorciado)], cor/raça (branca, parda, preta, amarela, indígena), escolaridade (sem escolaridade formal, 1 a 4, 5 a 8, 9 a 11, 12 anos ou mais) e renda per capita (em tercís). Essa última foi estimada a partir da renda recebida por todos os residentes dividida pela quantidade de pessoas residentes no domicílio e categorizada em tercís.

Os hábitos de vida foram analisados pelas variáveis tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas e atividades físicas realizadas na semana anterior à entrevista.(17) O tabagismo foi considerado como fumante o indivíduo que respondeu que fumava atualmente, ex-fumante, o que respondeu que fumava no passado, e não fumante, o que respondeu que nunca fumou.(17,20)

Para definir o consumo de bebidas alcoólicas foram utilizados os padrões de consumo de álcool estabelecidos pelo National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), com os valores de referência: não uso, consumo leve/moderado (entre 1 a 7 doses/semana) e o consumo de risco (mais de 7 doses/semana).(20,22)

A atividade física coletada utilizando a versão reduzida do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), para determinar o nível de atividade física, com perguntas que avaliam a frequência e duração das atividades físicas praticadas por pelo menos 10 minutos contínuos na semana anterior à entrevista.(17) A versão curta do IPAQ traz questões que avaliam o tempo semanal investido em diferentes atividades físicas, entre as intensidades leve, moderada e vigorosa.(23,24) Foram consideradas ativas as pessoas que realizaram ≥ 150 minutos de atividades semanais, calculados pelo somatório dos tempos gastos nas atividades leves, moderadas e vigorosas (o tempo em minutos gasto foi duplicado).(17) Quem não atingiu esse tempo foi classificado como insuficientemente ativo.(17,25,26) O comportamento sedentário refere-se a atividades realizadas com gasto mínimo de energia. Evidências científicas indicam que períodos prolongados de comportamento sedentário estão associados a um aumento significativo no risco de mortalidade, além do desenvolvimento de diabetes, doenças cardiovasculares e câncer.(28)

A multimorbidade incluiu as seguintes doenças crônicas: hipertensão arterial sistêmica, problemas cardíacos (infarto, angina e insuficiência cardíaca), doenças pulmonares (asma, enfisema, bronquite crônica ou doença pulmonar obstrutiva crônica), acidente vascular encefálico, insuficiência renal crônica, doença de Parkinson, doença de Alzheimer,

reumatismo, osteoporose, câncer, Diabetes Mellitus. Todas foram avaliadas através da pergunta “Algum médico lhe disse que você tem...?”, no questionário do entrevistado. A presença de multimorbidade foi considerada de acordo com o ponto de corte de duas ou mais das doenças crônicas.(27,28)

A paridade foi definida através do número de partos que a mulher relatou ter na vida, como opção de resposta “nenhum parto, 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou mais”.

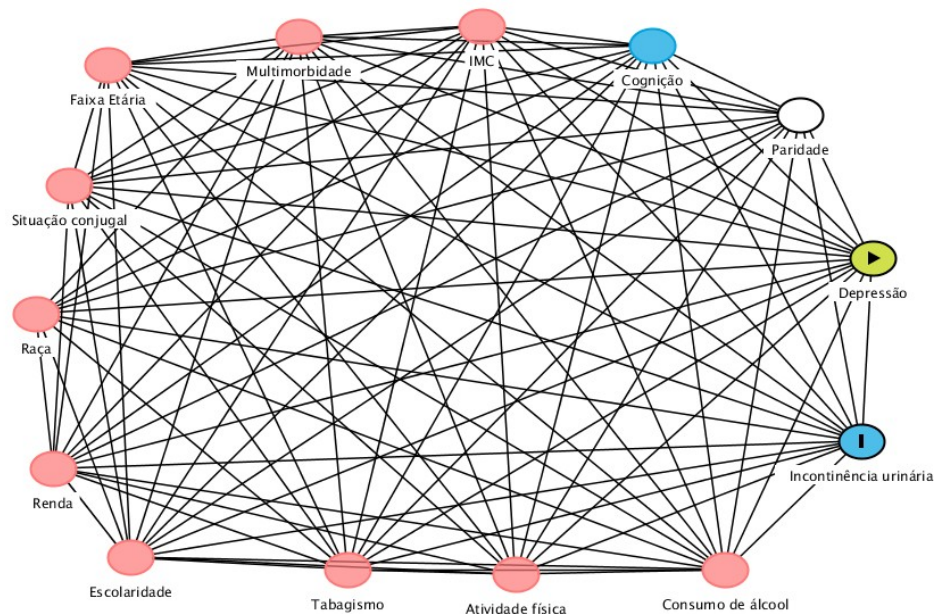
A função cognitiva foi avaliada através da orientação temporal, memória e fluência verbal. A orientação temporal foi avaliada pelas perguntas sobre a data, envolvendo o dia, mês, ano e dia da semana extraídos do Mini Exame do Estado Mental.(29) Foi somada a quantidade de respostas corretas. Para avaliar a memória, o entrevistador realizou a leitura de 10 palavras esperando 2 segundos entre a reprodução de cada uma das palavras. Ao término da leitura, o indivíduo avaliado deveria repetir as palavras que se recordar. O tempo máximo para a execução foi de 2 minutos. Após cinco minutos, o entrevistado foi convidado a repetir as palavras. Entre os testes, o indivíduo foi mantido ocupado respondendo outras perguntas. Dessa forma, avalia-se memória imediata e tardia.(17,30) A pontuação se dá combinando a memória tardia e imediata, somando-se o número de palavras recordadas pelo entrevistado. A fluência verbal foi avaliada através da quantidade de nomes de animais que o participante recordasse, durante um minuto(31). As pontuações dos três testes foram transformadas em escore z, levando em consideração idade, sexo e escolaridade. Para isso, é realizada a subtração da pontuação do teste do participante da média da pontuação da amostra, dividido pelo desvio padrão da amostra. Após, foi realizada a média dos escores z dos três testes que também padronizados pela média da amostra e desvio padrão para criação da variável escore de memória. Participantes com um escore z de <-1 DP foram considerados com comprometimento cognitivo. Isso indica que o participante teve desempenho cognitivo 1 desvio padrão abaixo da média da amostra que realizou o teste.

O Índice de Massa Corpórea foi estimado através das medidas antropométricas de peso e altura coletadas na entrevista domiciliar foi calculado o índice de massa corporal. A variável numérica contínua foi categorizada em normal ($>18,5$ a <25 kg/m²), baixo peso ($\leq 18,5$ kg/m²); sobrepeso (25 a 29,9 kg/m²) e obesidade (>30 kg/m²). (32)

A análise descritiva utilizou frequências absolutas e relativas de todas as variáveis do estudo, com os respectivos intervalos de confiança (IC95%). Para estimar a prevalência de ocorrência do desfecho, e os IC95%, segundo as demais variáveis, foi empregada análise bivariada com o teste qui-quadrado (χ^2).

As análises para estimar a chance de ocorrência do desfecho, com os respectivos IC95%, incontinência urinária, segundo as variáveis, foi realizada por regressão logística bruta. A definição das variáveis de ajuste da regressão logística ajustada foi definida pelo conjunto mínimo para confundimento determinado pelo gráfico acíclico direcionado (DAG) feito programa DAGitty, versão 3.0 (<http://www.dagitty.net/>). O diagrama causal é aplicado com o objetivo de auxiliar nas escolhas de variáveis incluídas para minimizar possíveis vieses. A Figura 1 apresenta o DAG da presente análise. A análise final foi ajustada por atividade física, consumo de álcool, faixa etária, Índice de Massa Corpórea, multimorbidade, paridade, raça e tabagismo.

Figura 1: Diagrama acíclico direcionado



Fonte: Elaboração da autora (2023).

Legenda: 🟡 Exposição; 🟦 Desfecho; 🟦 Variáveis do desfecho; ◻ Variáveis de ajuste;
 🔴 Variáveis da exposição e do desfecho;

Todas as análises consideram os pesos amostrais com a utilização do comando `svy` e foram realizadas no pacote estatístico Stata SE versão 16 (StataCorp (2019). Statistical Software: Release 16. College Station, TX: StataCorp LP).

O ELSI-Brasil foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), de Minas Gerais, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 34.649.814.0000.5091. Todos os participantes entrevistados na pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido para participar do estudo (ANEXO

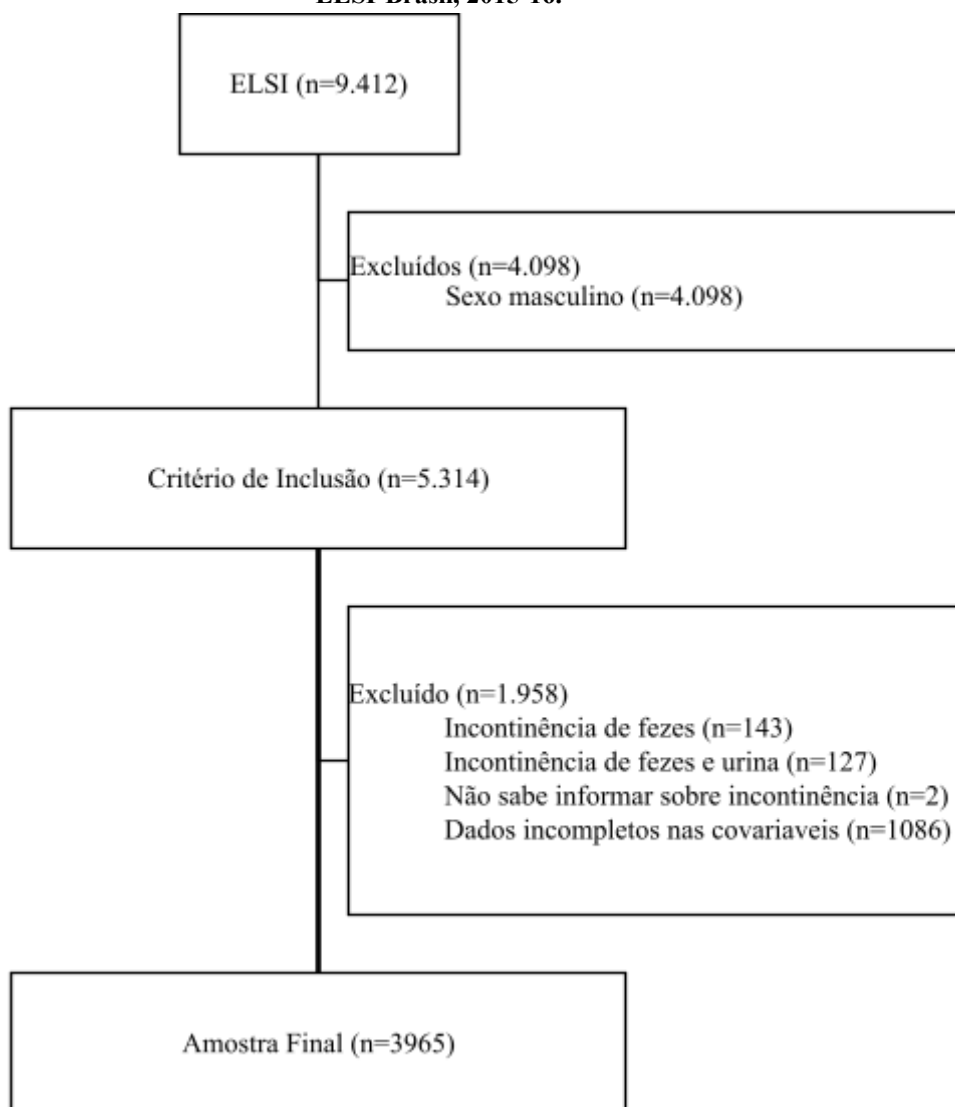
A).

O ELSI-Brasil foi financiado pelo Ministério da Saúde: DECIT/SCTIE (Processos: 404965/2012-1 e TED 28/2017); COPID/DECIV/SAPS (Processos: 20836, 22566, 23700, 25560, 25552 e 27510).(27–29)

RESULTADOS

A Figura 2 apresenta os critérios de inclusão e exclusão utilizados neste estudo com base no banco de dados do ELSI-Brasil. Inicialmente, a amostra era composta por 9.412 indivíduos. Foram excluídos 4.098 indivíduos do sexo masculino. Dos 5.314 indivíduos restantes, 134 foram excluídos devido à incontinência fecal, 127 devido à incontinência de fezes e urina, 2 não souberam informar sobre a incontinência e 1.086 devido a covariáveis. Isso foi examinado em uma amostra final de 3.965 indivíduos.

Figura 2: Fluxograma de seleção da amostra considerando os critérios de inclusão deste estudo, ELSI-Brasil, 2015-16.



Fonte: Elaboração da autora (2023)

A Tabela 1 destaca os participantes incluídos no estudo. A maioria encontra-se na faixa etária de 50 a 59 anos, brancas e pardas, possui baixa escolaridade, baixa renda,

apresenta menos de três sintomas depressivos, não é fumante nem consome álcool, não possui multimorbidade, apresenta problemas de memória, teve dois partos, é insuficientemente ativa e se dividiu igualmente entre aquelas com sobrepeso e obesidade.

A prevalência de incontinência urinária foi de 6,8%. Entre as que tinham 4 ou mais sintomas depressivos, a prevalência de incontinência urinária foi de 10% e aumentou em 2,34% a chance de autorrelatar a ocorrência do desfecho em comparação às que tinham menor quantidade de sintomas (Tabela 1). Na análise ajustada por atividade física, consumo de álcool, faixa etária, Índice de Massa Corpórea, multimorbidade, paridade, raça e tabagismo, foram associados ao desfecho. Em relação às mulheres com 4 ou mais sintomas depressivos, essas tiveram 2,32 (IC95%: 1,71-3,15) maior chance de incontinência urinária que as que tinham 3 ou menos sintomas (Figura 3).

A incontinência urinária foi associada, na análise bivariada, à faixa etária, renda, depressão, paridade e Índice de Massa Corpórea. A maior prevalência de incontinência urinária foi em mulheres de 80 anos e mais, com 2,76 mais chances que aquelas com 50 a 59 anos de apresentarem o desfecho. Em relação à renda, ser do tercil inferior apresentou-se com menor chance de ocorrência do desfecho, reduzindo em 35% o autorrelato em relação às do tercil superior. As que tinham multimorbidade tiveram prevalência de 11,4% de incontinência urinária, o que duplicou a chance de incontinência urinária em relação às que não tinham. A paridade foi associada ao aumento da chance de ocorrência do desfecho, mas sem uma tendência conforme o aumento do número de partos. Em relação ao Índice de Massa Corpórea, as com obesidade tiveram prevalência de incontinência urinária de 8,6%, com aumento de 60% em relação às com índice normal (Tabela 1).

Tabela 1: Análise descritiva, prevalências e razão de chances em relação à incontinência urinária, ELSI-Brasil, 2015-16

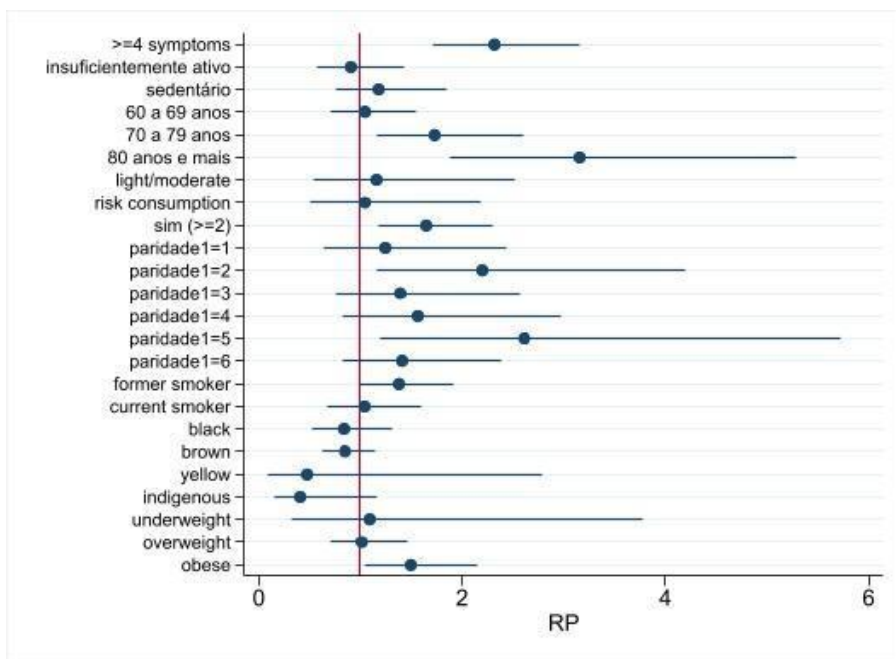
Variáveis	n	% (IC95%)	Incontinência urinária		
			% (IC95%)	valor de p	OR Bruta (IC95%)
Incontinência urinária					
Não	3692	93,2 (92,1-94,2)			
Sim	273	6,8 (5,8-7,9)			
Faixa etária				<0,001	
50 a 59 anos	1686	50,1 (46,7-53,5)	6,0 (4,9-7,3)		1
60 a 69 anos	1309	30,4 (28,5-32,4)	5,7 (4,2-5,7)		0,95 (0,64-1,42)
70 a 79 anos	739	14,6 (13,0-16,4)	8,9 (6,9-11,5)		1,53 (1,06-2,21)
80 anos ou mais	231	4,9 (4,0-5,9)	15,0 (9,1-23,6)		2,76 (1,55-4,90)
Raça				0,623	
Branca	1538	41,6 (36,1-47,4)	7,5 (6,0-9,3)		1
Preta	422	10,5 (8,1-13,2)	6,8 (4,5-10,2)		0,90 (0,55-1,47)
Parda	1868	44,9 (40,6-49,3)	6,3 (5,1-7,8)		0,83 (0,61-1,12)
Amarela	37	1,1 (0,8-1,5)	4,5 (0,6-26,8)		0,58 (0,07-4,57)
Indígena	100	1,9 (1,4-2,7)	3,8 (1,5-9,7)		0,50 (0,18-1,37)
Situação conjugal				0,558	
Sem companheiro	2038	43,6 (40,6-46,7)	7,1 (5,9-8,5)		1
Com companheiro	1927	56,4 (53,3-59,4)	6,5 (5,1-8,2)		0,90 (0,66-1,25)
Escolaridade				0,819	
12 anos ou mais	278	7,4 (6,1-8,9)	6,3 (4,5-11,6)		1
9 a 11 anos	814	22,1 (22,2-24,2)	7,3 (5,4-9,7)		1,00 (0,55-1,99)
5 a 8 anos	780	21,3 (18,6-23,9)	6,4 (4,6-8,8)		0,86 (0,47-1,59)
1 a 4 anos	1526	37,6 (34,6-40,7)	7,0 (5,5-9,0)		0,96 (0,51-1,81)
Nunca estudou	567	11,6 (9,4-14,2)	5,4 (3,3-8,8)		0,73 (0,36-1,47)
Renda por tercil				0,036	
Tercil superior	1372	35,3 (31,6-39,1)	8,4 (6,8-10,1)		1
Tercil intermediário	1283	32,2 (30,3-34,1)	6,2 (4,7-8,1)		0,73 (0,51-1,03)
Tercil inferior	1310	32,5 (28,7-36,6)	5,6 (4,3-7,4)		0,65 (0,47-0,91)
Depressão				<0,001	
<=3 sintomas	2326	58,8 (56,5-61,1)	4,5 (3,5-5,9)		1
>=4 sintomas	1639	41,2 (38,9-43,5)	10,0 (8,5-11,8)		2,34 (1,71-3,21)
Status tabagismo				0,089	
Nunca fumante	2157	54,3 (51,4-57,2)	6,2 (5,0-7,7)		1
Ex fumante	1228	31,0 (28,2-33,8)	8,3 (6,6-10,4)		1,37 (0,99-1,88)
Fumante atual	580	14,7 (13,0-16,6)	5,8 (3,9-8,4)		0,93 (0,61-1,40)
Frequência do consumo de álcool				0,979	
Nunca	3606	90,0 (88,2-91,5)	6,8 (5,8-8,0)		1
Leve/moderado	204	5,7 (4,6-7,1)	6,5 (3,3-12,4)		0,95 (0,45-2,00)

Risco	155	4,3 (3,5-5,2)	6,5 (3,4-12,2)		0,96 (0,47-1,94)
Multimorbidade				<0,001	
Não	3125	79,3 (77,3-81,1)	5,5 (4,6-6,7)		1
Sim	840	20,7 (18,8-22,7)	11,4 (9,2-14,2)		2,20 (1,6-3,0)
Escore de memória				0,796	
DP>1	3465	87,5 (85,3-89,4)	6,7 (5,7-7,9)		1
DP<=1	500	12,5 (10,6-14,7)	7,2 (4,6-11,1)		1,07 (0,64-1,79)
Paridade				0,043	
Nenhum parto	516	14,1 (11,5-17,1)	4,1 (2,6-6,4)		1
1	321	8,5 (7,3-9,7)	5,3 (3,1-8,8)		1,32 (0,67-2,60)
2	749	21,0 (18,6-23,6)	8,1 (5,8-11,2)		2,09 (1,13-3,87)
3	754	19,8 (18,0-21,9)	5,6 (3,9-8,1)		1,41 (0,77-2,56)
4	415	10,2 (9,1-11,3)	7,6 (4,9-11,4)		1,93 (1,03-3,61)
5	285	7,6 (6,5-8,9)	11,0 (7,0-16,9)		2,92 (1,34-6,37)
6 ou mais	925	18,8 (16,2-21,8)	7,1 (5,3-9,4)		1,81 (1,09-3,01)
Índice de Massa Corpórea (Kg/m ²)				0,028	
Normal	985	25,0 (23,3-26,7)	5,5 (4,2-7,2)		1
Baixo peso	80	1,9 (1,4-2,5)	6,5 (2,1-18,3)		1,18 (0,34-4,14)
Sobrepeso	1496	37,0 (35,3-38,7)	5,9 (4,5-7,7)		1,06 (0,74-1,54)
Obesidade	1404	36,1 (34,0-38,3)	8,6 (7,2-10,3)		1,60 (1,15-2,23)
Atividade física				0,529	
Insuficientemente ativo	2699	69,1 (65,9-72,1)	6,5 (5,6-7,7)		1
Ativo	1266	30,9 (27,9-34,1)	7,3 (5,3-9,9)		1,12 (0,78-1,62)

Fonte: Elaboração da autora (2023)

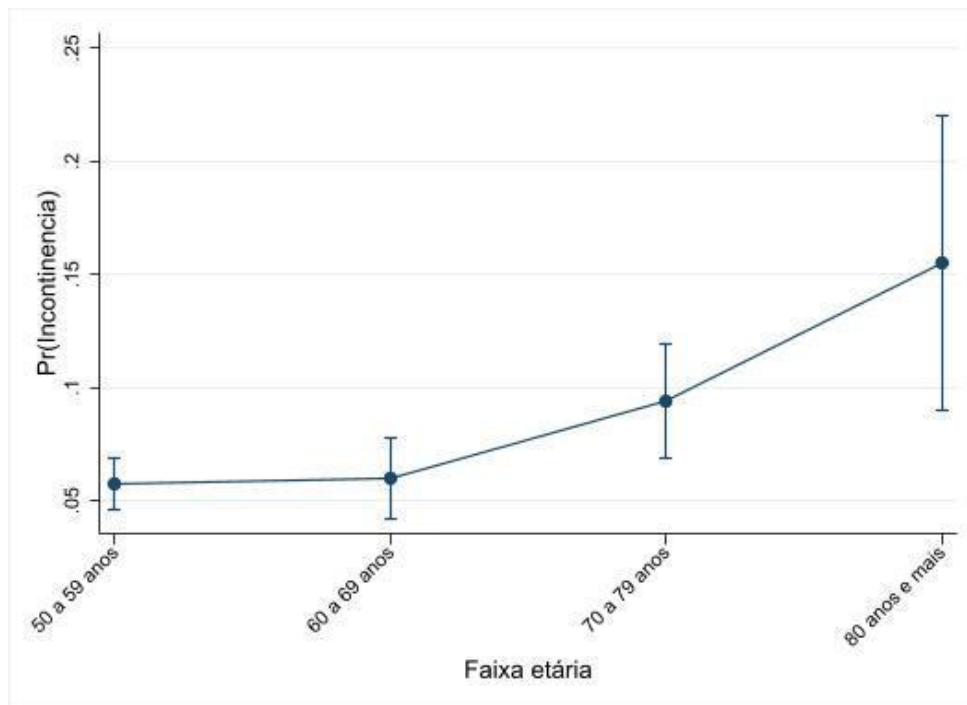
A Figura 4 mostra a prevalência da incontinência urinária de acordo com a idade. O eixo x representa a idade, variando de 50 até 80 anos ou mais. O eixo representa a incidência de incontinência urinária, expressa em uma medida relativa. À medida que a idade aumenta, observa-se um aumento na incidência de incontinência urinária, indicando uma possível relação entre envelhecimento e esse problema de saúde.

Figura 3. Razão de chances ajustada para a ocorrência da incontinência urinária, ELSI-Brasil, 2015-16



Fonte: Elaboração da autora (2023)

Figura 4. Prevalência da ocorrência da incontinência urinária de acordo com a faixa etária, ELSI-Brasil, 2015-16



Fonte: Elaboração da autora (2023)

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos apontam para uma prevalência elevada da incontinência urinária aumenta com o avanço da idade, mais predominante na população acima de 80 anos em condições socioeconômicas desfavoráveis, que apresentaram multimorbidades, obesidade e sintomas depressivos. Elevado número de sintomas depressivos mostram-se como fator independente ao aumento da chance de incontinência urinária.

A idade é considerada o principal fator de risco para o surgimento da incontinência urinária em mulheres.(4,6) Cestari et al. apresentam que a prevalência de incontinência urinária é de 44% a 53% em mulheres com 65 anos ou mais.(4) Os autores consultados concordam que a redução dos níveis de estrogênio e alterações na estrutura do trato urinário que surgem com o envelhecimento, como atrofia da musculatura local, hiper mobilidade da uretra, contribuem para a prevalência de incontinência urinária.(10,33–36) Embora vários fatores contribuam para que a incontinência urinária não seja um problema a ser tratado, não deve ser considerada um processo natural do envelhecimento.(4)

A amostra deste estudo identificou que mulheres com baixa renda têm mais risco de apresentar incontinência urinária. Os estudos corroboram que condições socioeconômicas desfavoráveis, baixa escolaridade, sem companheiros e renda mensal predispõem a presença de incontinência urinária em idosas.(9,37) Cavalcante et al. identificaram 83,7% das idosas com baixa renda, recebendo mensalmente até 1 salário mínimo.(37)

A incontinência urinária é um problema de saúde comum entre mulheres idosas, e embora suas causas sejam variadas, pode estar associada com a presença de doenças crônicas, como diabetes e doença pulmonar obstrutiva crônica.(10,38) O presente estudo em particular revelou que as mulheres com multimorbidades têm o dobro de chances de desenvolver incontinência urinária em comparação com aquelas que não têm essas condições. Dentre as doenças crônicas correlacionadas com a incontinência urinária, o diabetes mellitus é frequentemente mencionado como o mais prevalente. A associação entre diabetes e incontinência urinária sugere que a vulnerabilidade do assoalho pélvico pode ser aumentada devido a presença de glicosúria (a eliminação da glicose na urina) e aos elevados níveis glicêmicos, prejudicando o mecanismo de enchimento e esvaziamento vesical.(10,38) Isso pode ocorrer devido a lesões nas inervações neuropáticas da bexiga ou ao aumento da frequência urinária causada pela hiperglicemia e pelo consequente aumento do volume urinário.(37,39)

Além das doenças crônicas, outros fatores também estão relacionados a uma maior

ocorrência de incontinência urinária em mulheres idosas, incluindo o histórico de gravidez, o aumento do índice de massa corporal nessa faixa etária e a obesidade.(9,10,37)

É interessante notar que, assim como os resultados encontrados neste estudo, a paridade também tem sido discutida como um possível fator de risco para a incontinência urinária em diversas literaturas. No entanto, é importante destacar que existe um debate em curso sobre essa associação, com algumas divergências nos resultados e contribuições entre diferentes pesquisas. Estudos anteriores sugeriram que o aumento do número de partos está diretamente correlacionado com maior risco de incontinência urinária.(40–46) Pregazzi et al. apresentaram que a incontinência urinária esteve presente em maior ocorrência em múltiparas, tanto de esforço como de urgência.(47) Moraes et al. relacionaram o estresse da musculatura pélvica durante a gravidez e o parto como fatores que podem contribuir para a incontinência.(48)

No entanto, é importante mencionar que outros trabalhos de pesquisa não encontraram uma relação estatisticamente significativa que justificasse a associação entre paridade e incontinência urinária.(48–51) Essas pesquisas argumentaram que outros fatores, como predisposição genética, idade materna, obesidade, incontinência urinária pré existente, estilo de vida, também desempenham um papel importante no desenvolvimento da incontinência urinária, tornando a relação com a paridade mais complexa.(44,52) Apesar de não ser a principal causa, a paridade é um fator de extrema relevância. Portanto, a relação entre paridade e incontinência urinária continua sendo um tema de pesquisa ativo e sujeito a discussão.

A incontinência urinária, semelhante aos esportes de alto impacto, pode ser causada e agravada pela obesidade, onde a pressão intra-abdominal e intravesical é elevada, levando ao enfraquecimento e ao alongamento dos músculos do exercício pélvico.(33,53) No presente estudo, avaliou-se que a prevalência da incontinência urinária é mais elevada em indivíduos obesos, isso também se observa em outros achados da literatura (11,54–58) além de relacionarem diretamente o Índice de Massa Corpórea elevado e circunferência abdominal ≥ 80 cm com a gravidade e intensidade da incontinência urinária apresentada.(59–62) Nygaard et al. corroboram que a incontinência urinária agravada pela obesidade prejudica significativamente a qualidade de vida desta população.(55)

Este estudo apresenta associação significativa entre a prevalência de incontinência urinária em mulheres que apresentaram quatro ou mais sintomas depressivos. Além disso, revelou que as mulheres que experimentaram esse número mais elevado de sintomas depressivos tinham maior chance de relatar incontinência urinária em comparação com

aquelas que apresentavam um menor número de sintomas. Semelhante aos achados do estudo conduzido por Ko et al., mulheres com incontinência urinária tinham até o dobro da probabilidade de desenvolver depressão em comparação com o grupo sem essa condição.(63) Essas constatações são de extrema importância, destacando que a depressão é significativamente mais frequente em mulheres que sofrem de incontinência urinária.(12,63–70)

De fato, Alencar-Cruz e Lira-Lisboa também observaram alta prevalência de depressão e ansiedade em mulheres com incontinência urinária, com 45,0% delas apresentando sintomas depressivos e 50,0% relatando ansiedade.(71) Outra pesquisa realizada por Watson et al. analisou o grau de gravidade da incontinência urinária em relação à ansiedade e depressão. Embora tenham constatado que a depressão não estava diretamente relacionada ao grau de severidade da incontinência urinária, observaram que mulheres ansiosas apresentaram menos episódios de perda urinária.(72) No entanto, a relação entre sintomas depressivos e incontinência urinária permanece um tópico de divergência na literatura, e não é claro qual condição pode predispor a outra.

Diversos achados indicam que a depressão, assim como a incontinência urinária, representam problemas cada vez mais prevalentes, afetando principalmente a população feminina.(4,12,73) Neste cenário, é evidente que pessoas que sofrem de incontinência e depressão necessitam de uma abordagem integrada, considerando que a presença de sintomas depressivos e ansiedade frequentemente desencadeia tanto reações físicas quanto as emocionais que podem impactar adversamente o avanço do tratamento.(69,71,74,75)

A incontinência urinária pode desencadear situações constrangedoras e estressantes, exercendo um impacto negativo na autoestima, percepção da saúde e bem-estar pessoal dessa população.(11,16,63,65,71,76) Além disso, estudos indicam que a incontinência urinária tem uma influência importante na qualidade de vida, afetando os aspectos físicos, psicológicos, sociais, sexuais e econômicos.(4,6,11,77–79) Cândido et al. observaram que o isolamento social e a depressão são resultados comuns, devido às limitações impostas pela condição e à expectativa reduzida de satisfação com a vida cotidiana.(73)

Cestari et al. reforçam que a qualidade de vida piora à medida que a incontinência urinária se agrava, considerado além de um problema físico, com repercussões significativas nas atividades diárias, nos aspectos sociais e emocionais. Isso muitas vezes se traduz em isolamento social, sensação de incapacidade e vergonha.(4) Nygaard et al. afirmam que idosos afetados pela incontinência urinária tendem a evitar a participação em atividades sociais devido ao constrangimento associado à sua condição, o que reduz suas interações sociais e

tem um impacto negativo em sua saúde mental.(66) Em outra pesquisa, Ko et al. constataram que idosos com incontinência urinária apresentam probabilidade maior de manifestar sintomas depressivos e percepção negativa de sua saúde.(63)

CONCLUSÃO

A literatura apontou vários fatores de risco que podem estar relacionados para o desenvolvimento da incontinência urinária e a população mais acometida por essa condição. Ao longo dessa pesquisa, buscamos identificar a possível relação da depressão com a incontinência urinária e, por meio de uma análise aprofundada, chegamos a diversas discussões interessantes.

Podemos destacar a prevalência de incontinência urinária de 44% a 53% em mulheres com 65 anos ou mais, apontando uma importante relação com mulheres que apresentaram um número maior de sintomas depressivos. Essa relação é relevante pois impacta significativamente na qualidade de vida dessa população. Além disso, também tem grande influência de outros fatores, como condições socioeconômicas desfavoráveis, comorbidades e cirurgias ginecológicas.

O presente estudo apresenta algumas limitações. Por se tratar de estudo transversal, não pode-se inferir em causalidade. Trata-se de uma amostra domiciliar, e muitas pessoas com o desfecho podem ser institucionalizadas e não participaram da pesquisa. Além disso, pelo desfecho ser autorrelatado, devido ao estigma do desfecho, os dados de prevalência podem ser subestimados. Reconhecemos que essas limitações podem afetar a generalização de nossos achados, mas também oferecem oportunidades para pesquisas futuras.

Este projeto foi uma jornada desafiadora e gratificante, e esperamos que as descobertas contribuam para o avanço do conhecimento e inspirem novas neste campo em constante evolução.

REFERÊNCIAS

1. Caetano AS, Tavares M da CGCF, Lopes MHB de M. Incontinência urinária e a prática de atividades físicas. *Rev Bras Med Esporte*. agosto de 2007;13:270–4.
2. Bt H, Gn S. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction.
3. Manuais MSD edição para profissionais [Internet]. [citado 22 de outubro de 2023]. Incontinência urinária em adultos - Distúrbios geniturinários. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-geniturin%C3%A1rios/dist%C3%BArbios-miccionais/incontin%C3%A1ncia-urin%C3%A1ria-em-adultos>
4. Cestari CE, Souza THC, Silva AS da. Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de idosas. *Rev Ciênc E Estud Acadêmicos Med* [Internet]. 30 de novembro de 2017 [citado 22 de outubro de 2023];(07). Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/1773>
5. Freitas CV, Capela ILB, Caldas SACSD, Almeida TMG. Abordagem fisioterapêutica da incontinência urinária em idosos na atenção primária em saúde. *Fisioter E Pesqui*. julho de 2020;27(3):264–70.
6. Araujo FJS, Sousa GB, Teixeira MDBR, Tavares FS, Santos VM, Moraes CF. INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO EM MULHERES IDOSAS: UM OLHAR ATUAL. *Brasília Médica* [Internet]. 2017 [citado 22 de outubro de 2023];54. Disponível em: <http://www.rbm.org.br/previous-numbers>
7. Alves B/ O/ OM. Incontinência urinária | Biblioteca Virtual em Saúde MS [Internet]. [citado 22 de outubro de 2023]. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/incontinencia-urinaria/>
8. Reis RB dos, Cologna AJ, Martins ACP, Paschoalin EL, Tucci Jr S, Suaid HJ. Incontinência urinária no idoso. *Acta Cirúrgica Bras*. 2003;18:47–51.
9. Silva VAD, D'Elboux MJ. Fatores associados à incontinência urinária em idosos com critérios de fragilidade. *Texto Contexto - Enferm*. junho de 2012;21(2):338–47.
10. Higa R, Lopes MHB de M, Reis MJ dos. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enferm USP*. março de 2008;42:187–92.
11. Evangelista DR, Gazetta FADA, Assis LC de. Prevalência de incontinência urinária em idosas e impacto na qualidade de vida/ Prevalence of urinary incontinence in elderly women and impact on quality of life. *Braz J Health Rev*. 19 de janeiro de 2021;4(1):1588–602.
12. Kessler M, Facchini LA, Soares MU, Nunes BP, França SM, Thumé E. Prevalence of urinary incontinence among the elderly and relationship with physical and mental health indicators. *Rev Bras Geriatr E Gerontol*. agosto de 2018;21(4):397–407.
13. Björnsdóttir LT, Geirsson RT, Jónsson PV. Urinary incontinence and urinary tract infections in octogenarian women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. janeiro de 1998;77(1):105–9.
14. Da Rosa PV, De Vargas PA, Keller KD, Lazarotto De Lima CH, Klahr PDS, Da Rosa LHT. Prevalência de incontinência urinária em mulheres praticantes de jump. *Fisioter Bras*. 16 de junho de 2016;17(1):46–9.
15. Saboia DM, Firmiano MLV, Bezerra KDC, Vasconcelos Neto JA, Oriá MOB, Vasconcelos CTM. Impacto dos tipos de incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 21 de dezembro de 2017 [citado 22 de outubro de 2023];51(0). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100473&lng=pt&tlng=pt
16. Tamanini JTN, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Laurenti R. Analysis of the

- prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brazil: SABE Study (Health, Wellbeing and Aging). *Cad Saúde Pública*. agosto de 2009;25(8):1756–62.
17. ELSI-Brasil – Estudo longitudinal da saúde dos idosos brasileiros [Internet]. [citado 22 de outubro de 2023]. Disponível em: <https://elsi.cpqrr.fiocruz.br/>
 18. Demakakos P, Zaninotto P, Nouwen A. Is the association between depressive symptoms and glucose metabolism bidirectional? Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychosom Med*. setembro de 2014;76(7):555–61.
 19. Dias NS, Barbosa IG, Kuang W, Teixeira AL. Depressive disorders in the elderly and dementia: An update. *Dement Neuropsychol*. 16 de março de 2020;14:1–6.
 20. de Almeida MGN, Nascimento-Souza MA, Lima-Costa MF, Peixoto SV. Lifestyle factors and multimorbidity among older adults (ELSI-Brazil). *Eur J Ageing*. dezembro de 2020;17(4):521–9.
 21. Lima-Costa MF, de Melo Mambrini JV, Bof de Andrade F, de Souza PRB, de Vasconcellos MTL, Neri AL, et al. Cohort Profile: The Brazilian Longitudinal Study of Ageing (ELSI-Brazil). *Int J Epidemiol*. 8 de fevereiro de 2023;52(1):e57–65.
 22. Noronha BP, Nascimento-Souza MA, Lima-Costa MF, Peixoto SV. Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre idosos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde (2013). *Ciênc Saúde Coletiva*. 28 de outubro de 2019;24:4171–80.
 23. Matsudo SM, Matsudo VKR, Araújo T, Andrade D, Andrade E, Oliveira L, et al. Nível de atividade física da população do estado de São Paulo: Análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. *Rev Bras Ciênc E Mov* [Internet]. 2002 [citado 22 de outubro de 2023];10(4). Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rbcm/article/view/469>
 24. Mazo GZ, Benedetti TRB. Adaptação do questionário internacional de atividade física para idosos. *Rev Bras Cineantropometria Desempenho Hum*. dezembro de 2010;12:480–4.
 25. Andrade FB de, Duarte YA de O, Souza Junior PRB de, Torres JL, Lima-Costa MF, Andrade FCD. Inequalities in basic activities of daily living among older adults: ELSI-Brazil, 2015. *Rev Saúde Pública*. 25 de outubro de 2018;52:14s.
 26. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*. agosto de 2003;35(8):1381–95.
 27. Nunes BP, Batista SRR, Andrade FBD, Souza Junior PRBD, Lima-Costa MF, Facchini LA. Multimorbidity. *Rev Saúde Pública*. 24 de janeiro de 2019;52(Suppl 2):10s.
 28. APP. RELATÓRIO MUNDIAL DE ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2015 [Internet]. APP - Associação Portuguesa de Psicogerontologia. 2016 [citado 22 de outubro de 2023]. Disponível em: <https://app.com.pt/relatorio-mundial-de-envelhecimento-e-saude-da-organizacao-mundial-da-saude-oms-2015/>
 29. Almeida OP. Mini exame dos estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. setembro de 1998;56:605–12.
 30. Caldas CP, Conceição IR da S, José RM da C, Silva BMC da. Terapia comportamental para incontinência urinária da mulher idosa: uma ação do enfermeiro. *Texto Contexto - Enferm*. dezembro de 2010;19:783–8.
 31. Castro-Costa E, Lima-Costa MF, Andrade FB de, Souza Junior PRB de, Ferri CP. Função cognitiva entre adultos mais velhos: resultados do ELSI-Brasil. *Rev Saúde Pública*. 25 de outubro de 2018;52:4s.
 32. World Health Organization. World health statistics 2008. 2008;110.
 33. Wood LN, Anger JT. Urinary incontinence in women. *BMJ*. 15 de setembro de 2014;349:g4531.

34. Butler RN, Maby JI, Montella JM, Young GP. Urinary incontinence: keys to diagnosis of the older woman.1. *Geriatrics*. outubro de 1999;54(10):22–6, 29–30.
35. Penn C, Lekan-Rutledge D, Joers AM, Stolley JM, Amhof NV. Assessment of urinary incontinence. *J Gerontol Nurs*. janeiro de 1996;22(1):8–19.
36. Fantl JA, Cardozo L, McClish DK. Estrogen therapy in the management of urinary incontinence in postmenopausal women: a meta-analysis. First report of the Hormones and Urogenital Therapy Committee. *Obstet Gynecol*. janeiro de 1994;83(1):12–8.
37. Cavalcante KVM, Silva MIG da C, Bernardo ASF, Souza DE, Lima TC da GC, Magalhães AG. Prevalência e fatores associados à incontinência urinária em mulheres idosas. *Rev Bras Em Promoção Saúde*. 11 de novembro de 2014;27(2):216–23.
38. Wang R, Lefevre R, Hacker MR, Golen TH. Diabetes, glycemic control, and urinary incontinence in women. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2015;21(5):293–7.
39. Brown JS, Seeley DG, Fong J, Black DM, Ensrud KE, Grady D. Urinary incontinence in older women: who is at risk? Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *Obstet Gynecol*. maio de 1996;87(5 Pt 1):715–21.
40. Komeilifar R, Javadifar N, Afshari P, Haghighizade MH, Honarmandpour A. The Prevalence, Subtypes and Obstetric Risk Factors of Urinary Incontinence in Reproductive Age Women Referred to Community Health Care Centers of Dezful, Iran- 2015. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. julho de 2017;5(3):275–83.
41. Dellú MC, Zácara PMD, Schmitt ACB. Prevalência de sintomas urinários e fatores obstétricos associados em mulheres adultas. *Braz J Phys Ther*. dezembro de 2008;12:482–7.
42. Milsom I, Ekelund P, Molander U, Arvidsson L, Areskoug B. The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. *J Urol*. junho de 1993;149(6):1459–62.
43. Brown JS, Grady D, Ouslander JG, Herzog AR, Varner RE, Posner SF. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in postmenopausal women. Heart & Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS) Research Group. *Obstet Gynecol*. julho de 1999;94(1):66–70.
44. Cerruto MA, D’Elia C, Aloisi A, Fabrello M, Artibani W. Prevalence, Incidence and Obstetric Factors’ Impact on Female Urinary Incontinence in Europe: A Systematic Review. *Urol Int*. 3 de agosto de 2012;90(1):1–9.
45. Rocha J, Brandão P, Melo A, Torres S, Mota L, Costa F. Avaliação da Incontinência Urinária na Gravidez e no Pós-Parto: Estudo Observacional. *Acta Médica Port*. 31 de agosto de 2017;30(7–8):568–72.
46. Arrue M, Ibañez L, Paredes J, Murgiondo A, Belar M, Sarasqueta C, et al. Stress urinary incontinence six months after first vaginal delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. junho de 2010;150(2):210–4.
47. Pregazzi R, Sartore A, Troiano L, Grimaldi E, Bortoli P, Siracusano S, et al. Postpartum urinary symptoms: prevalence and risk factors. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 10 de julho de 2002;103(2):179–82.
48. Moraes B dos SM, Mendes A, Santos BC dos, Sousa AR da S, Matos NAF, Figueiredo CS, et al. PREVALÊNCIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA RELACIONADA A PARIDADE. *Cad Educ SAÚDE E Fisioter* [Internet]. 2017 [citado 2 de novembro de 2023];4(8). Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/1753>
49. Borges JBR, Guarisi T, Camargo ACM de, Gollop TR, Machado RB, Borges PC de G. Incontinência urinária após parto vaginal ou cesáreo. *Einstein São Paulo*. junho de 2010;8:192–6.

50. Bertacini DMM. Efeito da paridade a longo prazo sobre a função da musculatura do assoalho pélvico. 21 de fevereiro de 2017 [citado 2 de novembro de 2023]; Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/8823>
51. Scarpa KP, Herrmann V, Palma PCR, Riccetto CLZ, Morais SS. Sintomas urinários irritativos após parto vaginal ou cesárea. *Rev Assoc Médica Bras.* 2009;55:416–20.
52. Leroy LDS, Lúcio A, Lopes MHBDM. Risk factors for postpartum urinary incontinence. *Rev Esc Enferm USP.* abril de 2016;50(2):200–7.
53. Santana AAC, Machado KDG, Henrichs M de FB, Aguiar IO de, Nunes EFC, Latorre GFS. Incontinência urinária em mulheres praticantes de Cross Fit. *Arq Ciênc Esporte [Internet].* 2019 [citado 31 de outubro de 2023];7(3). Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/aces/article/view/3948>
54. Bezerra ACS. Prevalência de incontinência urinária e associação com a obesidade em mulheres cadastradas em uma unidade docente assistencial de Maceió- AL. *Rev Científica Multidiscip Núcleo Conhecimento.* 22 de outubro de 2020;09(10):91–113.
55. Nygaard CC, Schreiner L, Morsch TP, Saadi RP, Figueiredo MF, Padoin AV. Incontinência urinária e qualidade de vida em pacientes femininas com obesidade. *Rev Bras Ginecol E Obstetria.* setembro de 2018;40:534–9.
56. Leirós-Rodríguez R, Romo-Pérez V, García-Soidán JL. Prevalence of urinary incontinence and its relation with sedentarism in Spain. *Actas Urol Esp.* dezembro de 2017;41(10):624–30.
57. Carvalho MP de, Andrade FP, Peres W, Martinelli T, Simch F, Orcy RB, et al. O impacto da incontinência urinária e seus fatores associados em idosas. *Rev Bras Geriatr E Gerontol.* dezembro de 2014;17:721–30.
58. Santos WN dos, Feitosa JA, Oliveira F das C, Oliveira Filho M, Almeida FML, Medeiros F das C. Efeitos da obesidade sobre a função urinária da mulher. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 1994;175–8.
59. Silva RL da C de A, Pinto SV de O, Nascimento SL do, Moreira MA. Provável sarcopenia e obesidade em mulheres com incontinência urinária no climatério. *Fisioter Em Mov.* 16 de setembro de 2022;35:e356013.
60. PARK S, BAEK KA. Association of General Obesity and Abdominal Obesity with the Prevalence of Urinary Incontinence in Women: Cross-sectional Secondary Data Analysis. *Iran J Public Health.* junho de 2018;47(6):830–7.
61. Park YW, Lee JH. Female urinary incontinence and obesity assessed by anthropometry and dual-energy X-ray absorptiometry: Analysis from the 2008-09 Korean National Health and Nutrition Examination Survey. *Low Urin Tract Symptoms.* abril de 2019;11(2):O28–33.
62. Guedes PF, Felipetto N, Frigo LF, Moraes CB de, Colpo E. Sobrepeso e obesidade em mulheres com incontinência urinária e a repercussão na qualidade de vida. *Discip Sci Saúde.* 2017;18(3):539–50.
63. Ko Y, Lin SJ, Salmon JW, Bron MS. The impact of urinary incontinence on quality of life of the elderly. *Am J Manag Care.* julho de 2005;11(4 Suppl):S103-111.
64. Meade-D'Alisera P, Merriweather T, Wentland M, Fatal M, Ghafar M. Depressive symptoms in women with urinary incontinence: a prospective study. *Urol Nurs.* dezembro de 2001;21(6):397–9.
65. Knorst MR, Resende TL, Goldim JR. Clinical profile, quality of life and depressive symptoms of women with urinary incontinence attending a university hospital. *Rev Bras Fisioter.* abril de 2011;15(2):109–16.
66. Bradley CS, Nygaard IE, Mengeling MA, Torner JC, Stockdale CK, Booth BM, et al. Urinary incontinence, depression and posttraumatic stress disorder in women veterans. *Am J Obstet Gynecol.* junho de 2012;206(6):502.e1-8.
67. Moghaddas F, Lidfeldt J, Nerbrand C, Jernström H, Samsioe G. Prevalence of urinary

- incontinence in relation to self-reported depression, intake of serotonergic antidepressants, and hormone therapy in middle-aged women: a report from the Women's Health in the Lund Area study. *Menopause N Y N*. 2005;12(3):318–24.
68. Vigod SN, Stewart DE. Major depression in female urinary incontinence. *Psychosomatics*. 2006;47(2):147–51.
69. Nygaard I, Turvey C, Burns TL, Crischilles E, Wallace R. Urinary incontinence and depression in middle-aged United States women. *Obstet Gynecol*. janeiro de 2003;101(1):149–56.
70. Stickley A, Santini ZI, Koyanagi A. Urinary incontinence, mental health and loneliness among community-dwelling older adults in Ireland. *BMC Urol*. 8 de abril de 2017;17:29.
71. Alencar-Cruz JM de, Lira-Lisboa L. O impacto da incontinência urinária sobre a qualidade de vida e sua relação com a sintomatologia depressiva e ansiedade em mulheres. *Rev Salud Pública*. 3 de fevereiro de 2023;21:390–7.
72. Watson AJ, Currie I, Curran S, Jarvis GJ. A prospective study examining the association between the symptoms of anxiety and depression and severity of urinary incontinence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. janeiro de 2000;88(1):7–9.
73. Cândido FJLF, Matnei T, Galvão LC, Santos VLDJ, Santos MCD, Sarris AB, et al. INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES: BREVE REVISÃO DE FISIOPATOLOGIA, AVALIAÇÃO E TRATAMENTO. *Visão Acadêmica* [Internet]. 29 de setembro de 2017 [citado 3 de novembro de 2023];18(3). Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/academica/article/view/54506>
74. Fleck MP de A, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA, Juruena MF. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Braz J Psychiatry*. junho de 2003;25:114–22.
75. Milsom I, Gyhagen M. The prevalence of urinary incontinence. *Climacteric J Int Menopause Soc*. junho de 2019;22(3):217–22.
76. Cardoso JDC, Azevedo RC de S, Reiners AAO, Louzada CV, Espinosa MM. Poor self-rated health and associated factors among elderly urban residents. *Rev Gaúcha Enferm*. dezembro de 2014;35:35–41.
77. Lopes MHBDM, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev Esc Enferm USP*. março de 2006;40(1):34–41.
78. Oliveira LDR de, Lopes MHB de M. Validation of the Brazilian version of the *Gaudenz-Fragebogen*: used in the differential diagnosis of female urinary incontinence. *Esc Anna Nery*. junho de 2016;20:332–6.
79. Menezes GMD, Pinto FJM, Silva FAA da, Castro ME de, Medeiros CRB de. Queixa de perda urinária: um problema silente pelas mulheres. *Rev Gaúcha Enferm*. março de 2012;33:100–8.

ANEXO A– Aspectos Éticos ELSI-Brasil

04/09/2020

Aspectos éticos – ELSI-Brasil

ESTUDO LONGITUDINAL DA SAÚDE DOS IDOSOS BRASILEIROS

Idioma: Português English

Aspectos éticos

O ELSI-Brasil cumpre todos os preceitos éticos requeridos para estudos científicos realizados com seres humanos, tais como a participação voluntária, a privacidade dos participantes e a confidencialidade das informações.

Os procedimentos da pesquisa incluem: (1) entrevista sobre as características gerais do domicílio e condições socioeconômicas dos demais moradores; (2) entrevista individual sobre condições de saúde física e mental e outros aspectos relevantes; (3) aferição da pressão arterial, medidas antropométricas e medidas da capacidade funcional; (4) coleta de sangue e exames laboratoriais. Um morador adulto é convidado a responder à entrevista (1), acima mencionada. Todos os moradores com idade igual ou superior a 50 anos são convidados a participar dos demais procedimentos, com exceção do procedimento (4), que foi conduzido em uma sub-amostra dos participantes do estudo.

Aqueles que concordaram em participar do estudo assinaram Termo de Consentimento Livres e Esclarecido específico para cada um dos procedimentos acima mencionados. Esse documento assegura os direitos e deveres dos participantes. A equipe de campo foi treinada para esclarecer as dúvidas dos participantes e a estes está assegurado o direito de consulta a terceiros antes da assinatura do documento.

Os entrevistadores foram treinados e certificados antes do início do trabalho de campo. Todas as medidas físicas obedecem rigorosamente às normas de proteção à saúde vigente no país e a protocolos previamente estabelecidos. Os resultados das medidas de pressão arterial são entregues ao participante. Caso apresente algum problema, durante as medidas físicas, que exija atendimento de urgência ou emergência, o participante é avisado e encaminhado para assistência na rede credenciada do município. O mesmo procedimento é adotado com referência aos exames laboratoriais.

A confidencialidade dos dados obtidos nas entrevistas e exames está garantida em todas as fases do estudo. As informações são arquivadas sem identificação nominal e são utilizadas exclusivamente para fins de investigação científica.

No tocante aos aspectos regulatórios e legais, o ELSI-Brasil cumpre as resoluções do Conselho Nacional de Saúde, como a 196/96 e suas complementares, entre elas a 292/99, 340/2004, 346/2005, 347/2005 e 466/2012. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz e o processo está cadastrado na Plataforma Brasil (Protocolo no. 886.754).