

ABORDAGENS DAS ALTERAÇÕES PSICOSSOCIAIS EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA – UMA REVISÃO INTEGRATIVA

APPROACHES TO PSYCHOSOCIAL CHANGES IN WOMEN WITH URINARY INCONTINENCE - AN INTEGRATIVE REVIEW

Kaio Klaywer Sousa da Silva¹; João Victor Bulhão de Moura¹, Adriano Stênio Genaro¹, Jesus Rodrigues Magalhães Filho¹, Aldicléya Lima Luz²

¹ Discente do curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz, Maranhão – Brasil

² Docente do curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz, Maranhão – Brasil

E-mail: sousa.kaio@discente.ufma.br

Editor Acadêmico: Gabriel da Silva Martins

Received: 11/11/2023 / Review: 14/11/2022 / Accepted: 02/01/2023

Como citar este artigo: Silva KKS, Moura JVB, Genaro AS, Filho JRM, Luz AL. ABORDAGENS DAS ALTERAÇÕES PSICOSSOCIAIS EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA – UMA REVISÃO INTEGRATIVA. RevICO. 2023; 23:e016. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7604473>

Resumo:

Introdução: A prevalência da incontinência urinária (IU) é tamanha que foi considerada fisiológica do envelhecimento, tornando-se comumente preterida no tratamento clínico e tema de pouco interesse para pesquisas, especialmente correlacionando-a com a qualidade de vida. **Objetivo:** Correlacionar os tratamentos da síndrome urinária com a qualidade de vida e outros fatores sociais em mulheres. **Metodologia:** Revisão de literatura integrativa. Utilizada plataforma eletrônica PubMed com os descritores “urinary incontinence” AND “psychology”, obtendo 3703 artigos. Houve os seguintes filtros com os respectivos resultados: artigos completos e de livre acesso (672), ensaios clínicos (96), últimos 5 anos (41); restrito ao sexo feminino (35) e Medline (32). 5 artigos entraram em critério de exclusão, assim, a amostra final compreendeu 27 artigos. **Resultados e Discussão:** Houve surgimento de inovadores tratamentos para a incontinência urinária, principalmente após ter sido considerada uma síndrome geriátrica. Porém, muitas das pesquisas e terapêuticas não correlacionam os resultados com a qualidade de vida e outros fatores sociais. Somente em 2015, com o surgimento do primeiro instrumento avaliativo que abrangesse tais valores, foi possível mensurá-los. Desde então, os fatores evidentes dessa correlação são vergonha, baixa avaliação da saúde, isolamento social, depressão, estresse, baixa produção, alteração de sono e da qualidade da saúde sexual, suscetibilidade a quedas, fraturas e até a morte. **Conclusão:** Há alta prevalência de incontinência urinária, especialmente em mulheres e idosos. Apesar do grande avanço no tratamento e o reconhecimento da IU com a perda da qualidade de vida geral, sua mensuração ainda é considerada um desafio, carecendo de muitos estudos no tema.

Descritores: Incontinência Urinária, Saúde Mental, Qualidade de Vida.

INTRODUÇÃO

Incontinência Urinária (IU) é caracterizada como condição de perda involuntária de urina. De acordo com a fisiopatologia, pode ser classificada em 5 tipos. 1) Incontinência Urinária por Esforço (IUE), 2) Incontinência Urinária de Urgência (IUU), 3) Incontinência Urinária de

Transbordamento (IUT), 4) Incontinência Urinária Funcional (IUF) e 5) Incontinência Urinária Mista (IUM) (LIM, R. *et al.*, 2015; BROWN, H.W. *et al.*, 2019).

A IUE se caracteriza por perda involuntária de urina aos esforços, exercícios físicos, tosse ou espirro. Dependendo da literatura, metodologia e público alvo, a IUE pode variar de 10 - 50% das incontinências urinárias. (LIM, R. *et al.*, 2015; SJÖSTRÖM, M. *et al.*, 2015). Apesar da grande importância, é necessário entender os outros tipos de IU que correspondem à outra metade da prevalência (BROWN, H.W. *et al.*, 2019).

A IUU se caracteriza por distúrbios no armazenamento da urina, resultando na sua perda antes mesmo de alcançar o banheiro. A IUT se dá pela saída involuntária de urina quando a bexiga está cheia. A funcional é devido a outras condições físicas do paciente que atrasa a chegada do indivíduo ao banheiro. Já a IUM pode ser entendida como associação de um ou mais tipos das IU (LIM, R. *et al.*, 2015; SJÖSTRÖM, M. *et al.*, 2015).

Independentemente do tipo são condições crônicas e complexas, comumente mal tratada (TALLEY, K.M.C. *et al.*, 2017). A prevalência afeta 15% da população adulta na América, sendo predominante nas mulheres, e acomete mais de 1/3 das mulheres acima dos 60 anos (ONG, T.A. *et al.*, 2015). Nesse contexto, duas situações são destaques.

A primeira é a negligência de sua importância. Muitos médicos e profissionais da saúde, até mesmo pacientes, ignoram a própria sintomatologia da IU e a consideram como fisiológica do envelhecimento (TANNENBAUM, C. *et al.*, 2015). Tal negligência resulta que menos de 30% das idosas frágeis buscam tratamento da IU e, mesmo quando o buscam, os clínicos não têm boa evidência para orientar no tratamento (TALLEY, K.M.C. *et al.*, 2017). Outro estudo confirma que no Canadá, Reino Unido e França, pouco mais de 15% das idosas buscam atendimento para esse fim (TANNENBAUM, C. *et al.*, 2015).

Isso refletiu na segunda situação importante. Perante a tal negligência e a elevada prevalência nos idosos, especialmente nas mulheres frágeis, a Incontinência Urinária foi caracterizada como uma das sete síndromes geriátricas, sendo impreterível sua avaliação médica (MUDGE, A.M. *et al.*, 2017).

A partir de então, com o resgate da geriatria do grau de importância da IU, muitas pesquisas foram desenvolvidas no assunto. Entendeu-se então, a IU também como condição onerosa, uma vez que mais da metade dos 16 bilhões de dólares gastos com as idosas são para tratar as complicações da incontinência urinária e menos de 10% incursa para sua resolução (TALLEY, K.M.C. *et al.*, 2017).

Assim, houve a necessidade no desenvolvimento de diversas terapêuticas para a IU. Atualmente, as modalidades de tratamentos já existentes são organizadas por diversos *guidelines* que orientam o escalonamento do tratamento, sendo exercícios musculares a primeira escolha, seguidos dos tratamentos medicamentosos, e por último, a abordagem cirúrgica (LIM, R. *et al.*, 2015).

Apesar dos grandes avanços nas modalidades de tratamentos da IU, muitos ainda estão em fase de testes e, outros, são onerosos que impossibilitam seu amplo acesso (LIM, R. *et al.*, 2015). Como consequência desse processo, os pacientes sofrem com os sintomas da incontinência urinária por muitos anos, afetando múltiplos componentes da vida (MUDGE, A.M. *et al.*, 2017).

Há repercussão negativa na clínica (NEWMAN, D.K; BORELLO-FRANCE, D; SUNG, V.W, 2017), nas condições físicas, nos aspectos psicológicos, sociais e econômicos (TANNENBAUM, C. *et al.*, 2015), afetando os comportamentos individuais, familiares e de grupos (MUDGE, A.M. *et al.*, 2017) e, conseqüentemente, diminuindo substancialmente a qualidade de vida (LIM, R. *et al.*, 2015).

No âmbito emocional, constitui uma enorme carga que, com pouca frequência, pode levar à depressão. A prevalência de depressão em pacientes com IU é três vezes maior do que em indivíduos sem doenças do trato urinário inferiores (PTAK, M. *et al.*, 2017).

Assim, o objetivo desse trabalho visa correlacionar os tratamentos da síndrome urinária com a qualidade de vida e outros fatores sociais em mulheres.

METODOLOGIA

Trabalho do tipo revisão de literatura integrativa. Usou-se para obtenção dos dados a plataforma eletrônica PubMed. Os descritores da pesquisa foram: “urinary incontinence” AND “psychology”, obtendo 3703 artigos. Foram filtrados apenas artigos completos e de livre acesso, restringindo a 672 documentos. Desses, selecionado ensaios clínicos (96 periódicos), últimos 5 anos (41 artigos); restrito ao sexo feminino (35 artigos) e Medline, obtendo 32 artigos finais.

5 artigos entraram em critério de exclusão por não se enquadrarem no tema ou abordagem desejada. Desse modo, a amostra final compreendeu 27 artigos.

RESULTADOS

Tabela 1: Relação do tratamento de Incontinência urinária e a qualidade de vida

Níveis de tratamento	Modalidade de tratamento	Resultado do tratamento	Descrição direta com elementos da qualidade vida	
Não invasivo	Primeira camada	Exercícios de fortalecimento musculares (EFM) (NEWMAN, D.K; BORELLO-FRANCE, D; SUNG, V.W, 2017)	Promissor	Não
		EFM + Perda de peso (BREYER, B. N. <i>et al.</i> , 2017)	Promissor	Não
		EFM + Vídeo de 9 minutos com depoimento e lembrete (SACOMORI, C. <i>et al.</i> , 2015)	Não Promissor	Não
		EFM + Aplicativo móveis (SJÖSTRÖM, M. <i>et al.</i> , 2015; HOFFMAN, V; SÖDERSTROM, L; SAMUELSSON, E., 2017; JONES, G. <i>et al.</i> , 2018; GRANT, A. <i>et al.</i> , 2019)	Promissor	Sim
		EFM + plano de exercícios para comprometimento funcional (TALLEY, K.M.C. <i>et al.</i> , 2017)	Promissor	Sim
		Pilates Modificado (LAUSEN, A. <i>et al.</i> , 2018)	Promissor	Sim
		Yoga (HUANG, A.J. <i>et al.</i> , 2019)	Promissor	Sim
		Vibrance Kegel Device (ONG, T.A. <i>et al.</i> , 2015)	Promissor	Não
		Inervação magnética extracorpórea (ExMI) (WEBER-RAJEK, M. <i>et al.</i> , 2018)	Promissor	Não
		Segunda camada	Antimuscarínicos (KHULLAR, V. <i>et al.</i> , 2016)	Promissor
Agonista β 3-adrenérgico (KHULLAR, V. <i>et al.</i> , 2016)	Promissor		Não	
Invasivo	Terceira camada	Toxina Botulínica A (HUI, C. <i>et al.</i> , 2016; TULLMAN, M. <i>et al.</i> , 2018)	Promissor	Não
		Fita vaginal livre de tensão transobturadora (TO-TVT) (KARMAKAR, D; MOSTAFA, A; ABDEL-FATTAH, M., 2017)	Promissor	Sim
		InterStim® (NOBLETT, K. <i>et al.</i> , 2016)	Promissor	Não
		Dispositivos flexíveis usados na vagina para suporte de órgãos pélvicos (MERIWETHER, K.V. <i>et al.</i> , 2017)	Promissor	Sim

		Dispositivos flexíveis + EFM pré-operatório (WEIDNER, A. C. <i>et al.</i> , 2017)	Não Promissor	Não
--	--	--	---------------	-----

Fonte: Autoria do autor.

DISCUSSÕES

Existem diversos tratamentos para a IU sendo, portanto, divididas em camadas. As terapias de primeira camada, também chamadas de comportamentais, caracterizada com estímulos de fortalecimento musculares, especialmente dos músculos pélvicos, bexiga e esfíncter (NEWMAN, D.K; BORELLO-FRANCE, D; SUNG, V.W, 2017; STASKIN, D. *et al.*, 2018).

A técnica de fortalecimento muscular se destaca por não ser invasiva e isenta de riscos. Todavia, suas indicações são, exclusivamente, destinadas para pacientes adultos altamente motivados, sem déficit cognitivo ou deficiência física (NEWMAN, D.K; BORELLO-FRANCE, D; SUNG, V.W, 2017).

Outras limitações dessa metodologia são adesão ao tratamento. Como orientação, o Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica recomenda pelo menos oito contrações três vezes ao dia durante um período de três meses (SJÖSTRÖM, M. *et al.*, 2015).

Estudos de STASKIN *et al.* (2018) afirmam que, menos da metade das mulheres realizam técnicas para fortalecimento muscular, enquanto outros estudos evidenciaram que aproximadamente 30% das mulheres são incapazes de realizar uma contração isolada do assoalho pélvico após instrução oral ou verbal, não garantindo boa adesão ao tratamento (ONG, T.A. *et al.*, 2015).

Mesmo nesse debate científico, sem conclusões aparentes, o treinamento de bexiga é preconizado desde o final da década de 1960 com taxa de cura de até 80% em 1 a 5 anos (NEWMAN, D.K; BORELLO-FRANCE, D; SUNG, V.W, 2017).

Diante disso, buscando melhores resultados de adesão, a primeira mudança de abordagem foram sessões supervisionadas. Essas podem oferecer as maiores melhorias, mas os folhetos de autoajuda com instruções para treinamento em casa, que são frequentemente usados na prática diária, demonstraram reduzir o número de episódios de vazamento em 50% (SJÖSTRÖM, M. *et al.*, 2015).

Outros estudos randomizados evidenciaram resultados semelhantes para intervenções supervisionadas e não supervisionadas (SACOMORI, C. *et al.*, 2015). Apesar disso, a falta de padronização da maioria dos acompanhamentos metodológicos das pesquisas não é capaz de afirmar qual melhor sessão terapêutica (NEWMAN, D.K; BORELLO-FRANCE, D; SUNG, V.W, 2017).

A primeira intervenção supervisionada pode ser citada por BREYER *et al.* (2017) que demonstrou que a abordagem de perda de peso associada aos exercícios é benéfica nas mulheres com sobrepeso ou obesas que sofrem de IU. Os resultados são significativamente após 6 meses, independentemente da atribuição do grupo de tratamento, quantidade de peso perdido ou atividade física.

Uma das possibilidades de supervisão foi mencionada por SACOMORI *et al.* (2015), que demonstrou em seu estudo, que a realização de vídeo de 9 minutos com depoimentos e lembretes não aumentam a adesão ao tratamento dos exercícios.

Já SJÖSTRÖM *et al.* (2015) avaliaram o uso de tratamento por aplicativos móveis, substituindo os folhetos de autoajuda de modo sustentável. Os resultados foram promissores e eficazes, apesar da limitação no acesso à internet, aumentou o acesso aos cuidados, facilitou o autogerenciamento e melhorou a adesão com resultados positivos durante ou após o tratamento.

HOFFMAN; SÖDERSTROM e SAMUELSSON (2017) concluiu que inserção de metodologias digitais facilita o monitoramento. Em 2018, JONES *et al.* relataram o estudo da experiência da clínica virtual como uma forma de medida terapêutica para casos menos graves

de IU. Houve aumento das entrevistas e do monitoramento, garantindo melhor qualidade de vida. Já em 2019, GRANT *et al.* alcançou monitoramento e biofeedback satisfatório para concluir que abordagem do treinamento muscular do assoalho pélvico é mais eficaz a curto prazo.

Outra abordagem ocorreu para idosos frágeis, uma vez que se deve levar em consideração o comprometimento funcional, assim, tratamentos exclusivamente de estímulo para fortalecimento dos músculos geniturinários são insuficientes. TALLEY *et al.* (2017) cria e avalia um programa de treinamento físico que combinam estilo de vida e comportamento à atividade física.

Dentre suas abordagens, por exemplo, está melhorar a habilidade de transferência para o banheiro. Apesar da amostra reduzida, após 12 semanas, seus resultados foram promissores, melhorando a clínica e gravidade, além do equilíbrio, habilidades de higiene e marcha (TALLEY, K.M.C. *et al.*, 2017).

Existem também, duas alternativas que abrangem diferentes abordagens para os exercícios musculares. Uma delas é o Pilates Modificado (PM). É considerada uma abordagem holística e, por não ter relação específica com a incontinência, é classificada como abordagem não tradicional (LAUSEN, A. *et al.*, 2018).

Não foi possível concluir se o PM em conjunto com exercícios terapêuticos padronizados para o fortalecimento do assoalho pélvico é benéfico para o tratamento de mulheres com UI. Apesar disso, sua prática apresentou scores positivos em testes de qualidade de vida e autoestima nessas mulheres (LAUSEN, A. *et al.*, 2018).

A outra alternativa não tradicional é o Yoga. Essa prática apresenta boa tolerância e acessibilidade, sendo desenvolvida com ênfase na conscientização de estruturas corporais específicas, ajudando as mulheres a identificar e controlar seus músculos do assoalho pélvico. (HUANG, A.J. *et al.*, 2019).

Apesar de poucas pesquisas certificarem sua eficácia na IU, estudos relatam melhoria em 76%, especialmente no controle do desequilíbrio autonômico que precipitam ou pioram a incontinência de urgência. Suas práticas também têm o potencial de reduzir a ansiedade e o estresse percebido. (HUANG, A.J. *et al.*, 2019).

Uma abordagem inovadora foi demonstrada na pesquisa de ONG *et al.* (2015), que desenvolveram equipamento pequeno e portátil, chamado de Vibrance Kegel Device, que emite pulsos vibratórios ao ser usado durante os exercícios de fortalecimento dos músculos pélvicos,

A vibração estimula os músculos pélvicos que geram feedback positivo durante os exercícios. Os resultados parecem ser promissores como tratamento coadjuvante na prática clínica durante treinamento muscular do assoalho pélvico (ONG, T.A. *et al.*, 2015).

Além do estímulo vibratório, o magnetismo também tem sido estudado no tratamento de primeira camada. Foi evidenciado por WEBER-RAJEK *et al.* (2018) o uso da inervação magnética extracorpórea (ExMI) que, por meio de um campo magnético penetrante nos órgãos menores da pelve, atua diretamente nas fibras motoras dos nervos viscerais e pudendos. A inervação magnética é uma abordagem recente, não configura parâmetros estáveis e os resultados não são evidentes na abordagem psicossocial.

Como opção terapêutica de segunda camada da IU está o uso de medicamentos. A primeira linha de tratamento farmacológico é, sem dúvidas, medicamentos antimuscarínicos. Todavia, seus efeitos colaterais, como xerostomia, constipação, alteração cognitiva e visão turva, especialmente em idosos, têm sido preocupantes (KHULLAR, V. *et al.*, 2016).

Desse modo, pesquisas alcançaram outro medicamento com atividade agonista β 3-adrenérgico que possui mecanismo diferente dos agentes antimuscarínicos, porém com mesmos resultado e menor efeito colateral (KHULLAR, V. *et al.*, 2016).

Mais invasivo que o uso de medicamentos, outra alternativa terapêutica não cirúrgica é inserção de toxina botulínica A (Botox®; Allergan®), que age por meio da inibição da liberação

de acetilcolina. É indicado como injeções combinadas no detrusor-trígono em pacientes de IUT e IUU ou para pacientes intolerantes ao medicamento anticolinérgico (HUI, C. *et al.*, 2016).

Os resultados são promissores. TULLMAN *et al.* (2018) demonstrou benefícios em mais da metade dos pacientes (53%) tratados com toxina botulínica em baixas doses (100UI) na sexta semana após o tratamento.

A partir das terapêuticas supramencionadas com sucesso insuficiente, a abordagem se torna invasiva, caracterizando a terceira camada como opção no tratamento para a IU. KARMAKAR, MOSTAFA e ABDEL-FATTAH (2017) realizam o maior e mais longo ensaio clínico randomizado sobre o longo prazo do uso de fita vaginal livre de tensão transobturadora (TO-TVT) no tratamento cirúrgico da IUE.

Seus estudos concluem que a taxa de sucesso do TOTVT é quase estável após 3 anos, cerca de 71%, e o risco de dor na virilha crônica é de 4%, sendo que 1,4% exige tratamento médico ou cirúrgico (KARMAKAR, D; MOSTAFA, A; ABDEL-FATTAH, M, 2017).

Outra modalidade terapêutica dessa última camada é o InterStim® que funciona fornecendo impulsos elétricos leves às raízes do nervo sacral por meio de um neuroestimulador implantado, tipicamente colocado adjacente à 3ª raiz do nervo sacral, o que permite a comunicação com o sistema neural que controla os órgãos efetores (bexiga) e os músculos (esfíncteres) inervados pela nervos sacrais (NOBLETT, K. *et al.*, 2016).

Outra modalidade invasiva é a inserção de dispositivos flexíveis usados na vagina para suporte de órgãos pélvicos. São usados por 75% dos médicos especialistas que tratam IU. Em estudo feito por MERIWETHER *et al.* (2015) concluíram que a função sexual não é modificada devido a inserção do dispositivo, entretanto, os escores satisfatórios são enfatizados após 3 meses de sua inserção.

Vale destacar que WEIDNER *et al.* (2017) não comprovou melhora no resultado cirúrgico quando associado a um programa rigoroso de terapia comportamental pré-operatória de treinamento dos músculos do assoalho pélvico.

Apesar de todos os avanços nas três camadas do tratamento para a IU, muitas das pesquisas e terapêuticas não correlacionam os resultados com a qualidade de vida e outros fatores sociais (NEWMAN, D.K; BORELLO-FRANCE, D; SUNG, V.W, 2017). Desse modo, a criação de instrumento avaliativo que abrangesse tais valores, foi crucial para o entendimento da relação do tratamento de IU aos aspectos psicossociais (CASTEJÓN, N. *et al.*, 2015).

CASTEJÓN *et al.* (2015) testaram instrumento avaliativo de IU que levam em consideração o valor social dos estados de saúde, além de oferecer informações adicionais aos pesquisadores e permitir avaliar os benefícios de intervenções urológicas para problemas de IU.

Um dos resultados foi entender a relação da IU com diversos fatores que culminam na perda de qualidade de vida. Dentre os fatores estão vergonha, baixa avaliação da saúde, isolamento social, depressão, estresse, baixa produção e diminuição da qualidade da saúde sexual (KHULLAR, V. *et al.*, 2016).

No que tange ao aspecto sexual, MERIWETHER *et al.* (2015) evidenciou em seu estudo sobre inserção de dispositivos flexíveis, que as mulheres estão mais preocupadas com a condição sexual do parceiro, levando em consideração a experiência dele no gerenciamento do dispositivo. Portanto, cabe ao profissional o empoderamento dessas mulheres na tomada de suas próprias decisões e ao que funciona bem a própria vida sexual.

Outro potencial fator adverso da IU, especialmente a IUU, é a interrupção do sono. Muitas mulheres que experimentam episódios de IU à noite podem ter dificuldade em iniciar o sono ou entrarem em sono profundo após adormecerem (WARSI, Q. A. *et al.*, 2018).

Além disso, a IU também está relacionada à maior probabilidade de dependência e institucionalização, até mesmo maior predisposição a quedas, fraturas e morte (NEWMAN, D.K; BORELLO-FRANCE, D; SUNG, V.W, 2017).

Isso é desastroso, uma vez que a maioria das IU é tratável, com curas e melhorias obtidas em várias faixas etárias, mesmo com manejo conservador (TANNENBAUM, C. *et al.*, 2015). É particularmente importante oferecer uma abordagem holística e buscar potenciais recursos mentais necessários para que as pessoas cuidem ativamente e melhorem sua própria saúde (WEBER-RAJEK, M. *et al.*, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A IU é uma síndrome vastamente presente na população, acometendo principalmente mulheres. Novas tecnologias dispõe o arsenal de tratamento em três camadas, muitos resolutivos. Todavia, apesar do grande avanço no tratamento, sua procura e é baixa, principalmente em idosos, uma vez que é culturalmente considerada fisiológica do envelhecimento.

Apesar do reconhecimento da IU com a perda da qualidade de vida geral, sua mensuração ainda é considerada um desafio, carecendo de muitos estudos no tema.

SUPORTE FINANCEIRO

O presente estudo foi feito com orçamento próprio.

CONFLITOS DE INTERESSE

O pesquisador declara que não houve conflito de interesses.

ABSTRACT

Introduction: The prevalence of urinary incontinence (UI) is of such size that was considered physiological in nursing, being commonly treated as clinical treatment and a topic of little interest for research, correlating it with quality of life. **Objective:** To correlate treatments for urinary syndrome with quality of life and other social factors in women. **Methodology:** Integrative literature review. PubMed electronic platform was used with the keywords "urinary incontinence" AND "psychology", obtaining 3703 articles. There were the following filters with the following results: free full text (672), clinical trial (96), last 5 years (41); female (35) and Medline (32). 5 articles entered the exclusion criterion, the final sample comprised 27 articles. **Results and Discussion:** There were emergencies of controlled innovators for urinary incontinence, mainly after being considered a geriatric syndrome. However, many of the research and therapies do not correlate the results with quality of life and other social factors. Only in 2015, with the appearance of the first evaluated instrument that covers these values, it was possible to measure them. Since then, the factors show a correlation between the variables, low health assessment, social isolation, depression, stress, low production, altered sleep and quality of sexual health, susceptibility to falls, fractures and even death. **Conclusion:** There is a high prevalence of urinary incontinence, especially in women and the elderly. Despite great progress in the treatment and recognition of UI with loss of general quality of life, its measurement is still considered a challenge, the lack of many studies without a theme.

KEYWORDS: Urinary incontinence; Mental health; Quality of life.

REFERÊNCIAS

1. BREYER, B. N. *et al.* A Behavioral Weight Loss Program and Nonurinary Incontinence Lower Urinary Tract Symptoms in Overweight and Obese Women with Urinary Incontinence: A Secondary Data Analysis of PRIDE. **J Urol**, v. 199, n. 1, p. 215-222. Jan. 2018.
2. BROWN, H. W. *et al.* Small-Group, Community-Member Intervention for Urinary and Bowel Incontinence: A Randomized Controlled Trial. **Obstet Gynecol**, v. 134, n. 3, p. 600–610. Set. 2019.
3. CASTEJÓN, N. *et al.* Psychometric properties of the incontinence utility index among patients with idiopathic overactive bladder: data from two multicenter, double-blind, randomized, Phase 3, placebo-controlled clinical trials. **Health Qual Life Outcomes**. v. 1, n. 113, p. 1-13, Ago. 2015.
4. GRANT, A. *et al.* Effectiveness and cost-effectiveness randomised controlled trial of basic versus biofeedback-mediated intensive pelvic floor muscle training for female stress or mixed urinary incontinence: protocol for the OPAL (optimising pelvic floor exercises to achieve long-term benefits) trial mixed methods longitudinal qualitative case study and process evaluation. **BMJ Open**, v. 9, n. 2, p. 19. Fev. 2019.
5. HOFFMAN, V; SÖDERSTROM, L; SAMUELSSON, E. Self-management of stress urinary incontinence via a mobile app: two-year follow-up of a randomized controlled trial. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v. 96, n. 10, p. 1180-1187. Out. 2017.
6. HUANG, A. J. *et al.* A group-based yoga program for urinary incontinence in ambulatory women: feasibility, tolerability, and change in incontinence frequency over 3 months in a single-center randomized trial. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 220, n. 1, p. 87. Jan. 2019.
7. HUI, C. *et al.* Combined detrusor-trigone BTX-A injections for urinary incontinence secondary to neurogenic detrusor overactivity. **Spinal Cord**. v. 54, n. 1, p. 46-50, Jan. 2016.
8. JONES, G. *et al.* Evaluating the impact of a 'virtual clinic' on patient experience, personal and provider costs of care in urinary incontinence: A randomised controlled trial. **PLoS One**, v. 13, n. 1, p. 0189174. Jan. 2018.
9. KARMAKAR, D; MOSTAFA, A; ABDEL-FATTAH, M. Long-term outcomes of transobturator tapes in women with stress urinary incontinence: E-TOT randomised controlled trial. **BJOG**. v. 124, n. 6, p. 973-981, Mar. 2017.
10. KHULLAR, V. *et al.* Patient-reported outcomes with the $\beta(3)$ -adrenoceptor agonist mirabegron in a phase III trial in patients with overactive bladder. **Neurourol Urodyn**. v. 35, n. 8, p. 987-994, Nov. 2016.

11. LAUSEN, A. *et al.* Modified Pilates as an adjunct to standard physiotherapy care for urinary incontinence: a mixed methods pilot for a randomised controlled trial. **BMC Womens Health**, v. 18, n. 1, p. 16. Jan. 2018.
12. LIM, R. *et al.* Magnetic stimulation for stress urinary incontinence: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**. v. 21, n. 16, p. 1-11. Jun. 2015
13. MERIWETHER, K.V. *et al.* Sexual Function and Pessary Management among Women Using a Pessary for Pelvic Floor Disorders. **J Sex Med**. v. 12, n. 12, p. 2339-2340, Dez. 2015.
14. MUDGE, A.M. *et al.* CHERISH (collaboration for hospitalised elders reducing the impact of stays in hospital): protocol for a multi-site improvement program to reduce geriatric syndromes in older inpatients. **BMC Geriatr**. v. 9, n. 17, p. 1-11. Jan. 2017.
15. NEWMAN, D.K; BORELLO-FRANCE, D; SUNG, V.W. Structured behavioral treatment research protocol for women with mixed urinary incontinence and overactive bladder symptoms. **Neurourol Urodyn**. v. 37, n. 1, p. 14-26, Jun. 2017.
16. NOBLETT, K. *et al.* Results of a prospective, multicenter study evaluating quality of life, safety, and efficacy of sacral neuromodulation at twelve months in subjects with symptoms of overactive bladder. **Neurourol Urodyn**. v. 35, n. 2, p. 246-251. Fev. 2016.
17. ONG, T.A. *et al.* Using the Vibrance Kegel Device With Pelvic Floor Muscle Exercise for Stress Urinary Incontinence: A Randomized Controlled Pilot Study. **Urology**. v. 86, n. 3, p. 487-491, Set. 2015.
18. PTAK, M. *et al.* Quality of Life in Women with Stage 1 Stress Urinary Incontinence after Application of Conservative Treatment-A Randomized Trial. **Int J Environ Res Public Health**, v. 14, n. 6, p. 577. Mai. 2017.
19. SACOMORI, C. *et al.* Strategies to enhance self-efficacy and adherence to home-based pelvic floor muscle exercises did not improve adherence in women with urinary incontinence: a randomised trial. **J Physiother**. v. 61, n. 4, p. 190-198, Out. 2015.
20. SJÖSTRÖM, M. *et al.* Internet-based treatment of stress urinary incontinence: 1- and 2-year results of a randomized controlled trial with a focus on pelvic floor muscle training. **BJU Int**. v. 116, n. 6, p. 955-964. Jun. 2015.
21. STASKIN, D. *et al.* A prospective, double-blind, randomized, two-period crossover, multicenter study to evaluate tolerability and patient preference between mirabegron and tolterodine in patients with overactive bladder (PREFER study). **Int Urogynecol J**, v. 29, n. 2, p. 273-283. Fev. 2018.
22. TALLEY, K.M.C. *et al.* Defeating Urinary Incontinence with Exercise Training: Results of a Pilot Study in Frail Older Women. **J Am Geriatr Soc**. v. 65, n. 6, p. 1321-1327, Mai. 2017.
23. TANNENBAUM, C. *et al.* Continence Across Continents To Upend Stigma and Dependency (CACTUS-D): study protocol for a cluster randomized controlled trial. **Trials**. v. 16, n. 565, p. 1-11, Dez. 2015.

24. TULLMAN, M. *et al.* Low-dose onabotulinumtoxinA improves urinary symptoms in noncatheterizing patients with MS. **Neurology**, v. 91, n. 7, p. 657-665. Ago. 2018.
25. WARSI, Q. A. *et al.* Association of Pharmacologic Treatment of Urgency Urinary Incontinence With Sleep Quality and Daytime Sleepiness. **Obstet Gynecol**, v. 131, n. 2, p. 204-211. Fev. 2018.
26. WEBER-RAJEK, M. *et al.* A randomized-controlled trial pilot study examining the effect of extracorporeal magnetic innervation in the treatment of stress urinary incontinence in women. **Clin Interv Aging**, v. 4, n. 13, p. 2473-2480. Dez. 2018.
27. WEIDNER, A. C. *et al.* Perioperative Behavioral Therapy and Pelvic Muscle Strengthening Do Not Enhance Quality of Life After Pelvic Surgery: Secondary Report of a Randomized Controlled Trial. **Phys Ther**, v. 97, n. 11, p. 1075-1083. Nov. 2017.