



FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE (FPS)

MARIA EDUARDA SOUTO MACHADO

ALICE MEDEIROS DE FREITAS

**CORRELAÇÃO DA ANSIEDADE, DEPRESSÃO E PARÂMETROS DO SONO EM
MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE URGÊNCIA: UM ESTUDO
TRANSVERSAL**

Recife

2024

MARIA EDUARDA SOUTO MACHADO

ALICE MEDEIROS DE FREITAS

CORRELAÇÃO DA ANSIEDADE, DEPRESSÃO E PARÂMETROS DO SONO EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE URGÊNCIA: UM ESTUDO TRANSVERSAL

CORRELATION OF ANXIETY, DEPRESSION AND SLEEP PARAMETERS IN WOMEN WITH URGENCY URINARY INCONTINENCE: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Artigo apresentado como Conclusão do Projeto de Iniciação Científica (PIC) e Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do curso de Bacharelado em Fisioterapia da Faculdade Pernambucana de Saúde, sob orientação de Dra. Julianna Guendler e coorientação de Me. Priscila Bezerra, Dra. Leila Katz, e Dra. Juliany Vieira.

Recife

2024

IDENTIFICAÇÃO

ORIENTAÇÃO

Julianna de Azevedo Guendler

Doutora em Saúde Materno Infantil pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Mestrado em Patologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Coordenadora do setor de fisioterapia em saúde da mulher no IMIP. Docente da graduação em Fisioterapia da Faculdade Pernambucana de Saúde. Contato: (81) 99111-7072 E-mail: julianna@fps.edu.br

COORIENTAÇÃO

Priscila Bezerra Porto Carreiro

Doutoranda em Saúde Integral pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Mestrado em Fisioterapia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Contato: (81) 98857-1614 E-mail: priscilabezerra1382@gmail.com

Leila Katz

Doutora em em Tocoginecologia pela Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Mestrado em Saúde Materno-Infantil pelo IMIP, Residência Ginecologia e Obstetrícia no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Coordenadora do Setor de Gestação de Alto Risco do IMIP, Coordenadora da UTI Obstétrica do IMIP, Docente do programa de p s-gradua o stricto sensu em Saúde Integral do IMIP. Contato: (81) 98858-5977 E-mail: katzleila@gmail.com

Juliany Silveira Braglia Cesar Vieira

Pós-doutora em Saúde Integral pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Doutora em Nutri o pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Mestrado em Ciências Biológicas (Fisiologia) pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Coordenadora de tutor do 1  e 7  períodos da gradua o em Fisioterapia da FPS. Coordenadora adjunta do Mestrado Profissional em Educa o na área de Saúde pela FPS. Membro do colegiado do Mestrado Profissional em Educa o na área de Saúde pela FPS. Contato: (81) 99696-7765 E-mail: julianyvieira@fps.edu.br

AUTORA

Maria Eduarda Souto Machado

Acadêmica de Fisioterapia da Faculdade Pernambucana de Saúde. Contato: (81)99308-3636 E-mail: smachadoeduarda@gmail.com

CO-AUTORA

Alice Medeiros de Freitas

Acadêmica de Fisioterapia da Faculdade Pernambucana de Saúde. Contato: (81)99301-1191 E-mail: alicefreitas1907@gmail.com

COLABORADORAS

Maria Luiza Craveiro Benevides

Acadêmica de Fisioterapia da Faculdade Pernambucana de Saúde. Contato: (81)98225-1912 E-mail: maluubenevides@gmail.com

Heloisa de Moraes Silva

Acadêmica de Fisioterapia da Faculdade Pernambucana de Saúde. Contato: (81)99734-0462 E-mail: heloisamoraismh@gmail.com

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradecemos a Deus e a Nossa Senhora por nos guiarem e por concederem toda a força, perseverança e resiliência ao longo desses dois anos de dedicação a este trabalho. Que a fé e a proteção divina continuem iluminando nossos caminhos e inspirando-nos a superar desafios e a alcançar nossos sonhos. Sem essa constante presença, nada disso seria concretizado.

Aos nossos pais Ailton, Livia, Analúcia e Miguel, nossos irmãos, Maria Vitoria e Leonardo, nossos avós Maria do Socorro, José Alberto, Maria Emília, Ailton Machado, Luiza Medeiros, Severino, José Ivo, Maria Aparecida e nossas famílias, pelo apoio, incentivo e por sempre acreditarem no nosso potencial. Sem vocês, este trabalho não seria possível.

À nossa orientadora Julianna Guendler e às nossas co-orientadoras Priscila Bezerra, Julianny Vieira e Leila Katz, pelo auxílio e dedicação que foram fundamentais para a realização deste trabalho.

Às nossas colaboradoras, Maria Luiza e Heloísa que se dedicaram e nos auxiliaram em todas as etapas, enriquecendo esse processo com tanto comprometimento e responsabilidade.

Aos nossos colegas de curso, que sempre estiveram conosco, oferecendo apoio e motivação incondicionais ao longo dessa jornada, trazendo leveza aos momentos difíceis e compartilhando conosco cada conquista e desafio.

Por fim, gostaríamos de dizer que todos os sonhos são possíveis, basta acreditar e lutar para realizá-los. “Se você pode sonhar, você pode realizar” - Walt Disney.

RESUMO

Objetivos: Correlacionar a presença de ansiedade, depressão e parâmetros do sono em mulheres com incontinência urinária de urgência (IUU). **Métodos:** Estudo transversal realizado em dois ambulatorios de fisioterapia na região metropolitana do Recife, no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) e na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Os dados foram coletados por actigrafia para mensurar os parâmetros do sono e por questionários de ansiedade e depressão, utilizando The Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS), Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) e Escala de Sonolência de Epworth (ESE), em mulheres a partir de 18 anos com diagnóstico de IUU ou incontinência urinária mista (IUM), confirmado pelos questionários de bexiga hiperativa – Overactive Bladder Validated 8 Question Awareness Tool (OAB - V8) e ICIQ-OAB International Consultation On Incontinence Questionnaire Overactive Bladder. **Resultados:** Foram avaliadas 103 mulheres com IUU, sendo 35% com 60 anos ou mais e 51% obesas. A IUU foi classificada como muito grave em 40,8%. Sobre o tipo de incontinência, 76,7% eram mista. Em 48,5% das mulheres com IUU foi improvável o diagnóstico de ansiedade, e em 61,2%, de depressão. **Conclusão:** A associação entre ansiedade, depressão e gravidade da IUU não foi estatisticamente significativa. Não houve alteração na eficiência do sono devido à ansiedade e depressão.

Palavras-chave: Ansiedade; Depressão; Qualidade do Sono; Incontinência Urinária de Urgência; Mulheres.

ABSTRACT

Objectives: To correlate the presence of anxiety, depression, and sleep parameters in women with urgency urinary incontinence (UUI). **Methods:** A cross-sectional study was conducted in two physiotherapy clinics in the metropolitan region of Recife, at the Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) and the Federal University of Pernambuco (UFPE). Data were collected through actigraphy to measure sleep parameters and through anxiety and depression questionnaires, using The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), and the Epworth Sleepiness Scale (ESE). The study included women aged 18 years and older with a diagnosis of UUI or mixed urinary incontinence (MUI), confirmed by the overactive bladder questionnaires – Overactive Bladder Validated 8 Question Awareness Tool (OAB - V8) and ICIQ-OAB International Consultation On Incontinence Questionnaire Overactive Bladder. **Results:** A total of 103 women with UUI were evaluated, 35% of whom were 60 years or older, and 51% were obese. UUI was classified as very severe in 40.8% of the cases. Regarding the type of incontinence, 76.7% had MUI. In 48.5% of the women with UUI, anxiety was unlikely to be diagnosed, and in 61.2%, depression was unlikely. **Conclusion:** The association between anxiety, depression, and the severity of UUI was not statistically significant. There was no alteration in sleep efficiency due to anxiety and depression.

Keywords: Anxiety; Depression; Sleep Quality; Urinary Incontinence, Urge; Women.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Frequência de gravidade e caracterização clínica da IU em mulheres com incontinência urinária de urgência.	19
Tabela 2. Frequência dos sintomas da escala de HAD de ansiedade em mulheres com incontinência urinária de urgência.	20
Tabela 3. Frequência dos sintomas da escala de HAD de depressão em mulheres com incontinência urinária de urgência.	23
Tabela 4. Associação de ansiedade pela escala de HAD e gravidade da IU em mulheres com incontinência urinária de urgência.	25
Tabela 5. Associação de depressão pela escala de HAD e gravidade da IU em mulheres com incontinência urinária de urgência.	26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID	Classificação Internacional de Doenças
DSM-5	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
HADS	<i>The Hospital Anxiety And Depression Scale</i>
ESE	Escala de Sonolência de Epworth
ICS	<i>International Continence Society</i>
ICIQ-OAB	<i>International Consultation On Incontinence Questionnaire Overactive Bladder</i>
IMC	Índice de massa corporal
IU	Incontinência urinária
IUE	Incontinência urinária de esforço
IUGA	<i>International Urogynecological Association</i>
IUM	Incontinência urinária mista
IUU	Incontinência urinária de urgência
OAB - V8	<i>Overactive Bladder Validated 8 Question Awareness Tool</i>
QV	Qualidade de vida
SBH	Síndrome da bexiga hiperativa
SDE	Sonolência diurna excessiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
MÉTODOS	15
RESULTADOS	19
DISCUSSÃO	27
REFERÊNCIAS	30

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU), conforme definida pela International Continence Society (ICS) e pela International Urogynecological Association (IUGA), refere-se à queixa de qualquer perda involuntária de urina.¹ Essa condição é classificada em três tipos principais: a Incontinência Urinária de Esforço (IUE), que ocorre quando há perda de urina durante atividades que aumentam a pressão intra-abdominal, como tosse, espirro ou exercícios físicos; a Incontinência Urinária de Urgência (IUU), caracterizada pela perda de urina acompanhada de uma forte sensação de urgência para urinar; e a Incontinência Urinária Mista (IUM), que envolve queixas de perda associadas tanto à urgência quanto a esforços.²

Além dos tipos e sintomas de IU, é crucial entender os fatores que contribuem para o desenvolvimento da condição. Entre os tipos de IU, a Incontinência Urinária de Urgência (IUU) está frequentemente associada à Síndrome da Bexiga Hiperativa (SBH). A IUU se caracteriza pelo aumento involuntário da pressão na bexiga devido à contração do músculo detrusor, que é um dos principais sintomas da SBH. Segundo a International Continence Society (ICS), a SBH é uma condição clínica que engloba diversos sintomas urinários, como aumento da frequência urinária, urgência miccional, noctúria e incontinência urinária, podendo ocorrer com ou sem urgeincontinência. A causa mais comum da SBH é a hiperatividade do músculo detrusor, responsável pela contração e esvaziamento da bexiga. No entanto, em alguns casos, a condição pode ser de origem idiopática, ou seja, sem causa aparente.³

Além de compreender os tipos e sintomas de IU, é crucial identificar os fatores de risco que contribuem para o seu desenvolvimento. A maior prevalência de IU em mulheres pode ser explicada, em parte, pela anatomia feminina, como o comprimento reduzido da uretra e as características da musculatura do assoalho pélvico.⁴ A literatura aponta vários fatores de risco para a IU, incluindo: a idade avançada, obesidade, tabagismo, etilismo e o uso de alguns medicamentos, como ansiolíticos e diuréticos. Outros fatores incluem fraqueza dos músculos do assoalho pélvico, histórico familiar de hipertensão arterial e diabetes. Além disso, fatores ginecológicos e obstétricos também desempenham um papel significativo, tais como cirurgias

ginecológicas, menopausa, número de gestações e partos, peso do recém-nascido, episiotomia e pelo menos um parto vaginal mal conduzido.^{5,6}

Compreender a prevalência da IU é importante, pois os fatores de risco identificados influenciam significativamente a incidência dessa condição. Conforme a Sociedade Internacional de Continência (ICS), a prevalência de Incontinência Urinária (IU) na população feminina varia entre 25% e 45%, aumentando com a idade.⁵ Mundialmente, ela está presente em aproximadamente 20 a 23% das mulheres na faixa etária dos 30 aos 39 anos, crescendo para 25 a 30%, entre 40 e 49 anos, mantendo-se até entre 75 e 89 anos, quando ocorre um novo aumento para 30 a 35%. Após os 90 anos, a prevalência alcança 35%, podendo atingir até 50% das mulheres em alguma fase de suas vidas.⁷ Esse crescente número de casos reflete a necessidade de observar não apenas as questões clínicas, mas também os impactos na qualidade de vida.

O impacto significativo da IU na vida das mulheres pode ser melhor compreendido ao examinar como a condição afeta a qualidade de vida. A qualidade de vida (QV) é um conceito multidimensional que incorpora aspectos sociais, físicos e mentais do indivíduo. As ferramentas para mensurar QV, geralmente, incluem duas áreas: aspectos gerais sobre relatos de saúde e aspecto específico sobre os efeitos que determinada doença ou disfunção causam sobre o estilo de vida de determinada pessoa.⁸ Os efeitos psicossociais podem ser mais devastadores que as consequências sobre a saúde física, podendo influenciar nas atividades diárias, interação social e a autopercepção do estado de saúde. Problemas de ordem social, ocupacional, doméstica e sexual podem ser observados em mulheres com IU, sendo causas significativas de morbidade, estresse e debilidade.⁹

A qualidade de vida pode ser profundamente afetada por fatores psicológicos, como ansiedade e depressão, que são frequentemente observados em mulheres com IU. Comumente tem-se observado que pacientes com IU apresentam diversas alterações psicológicas tais como: alterações no ciclo de sono, desconforto, perda da autoconfiança, isolamento social, vergonha, autoimagem prejudicada, e conseqüentemente baixa percepção de saúde, ansiedade e depressão.¹⁰

Entre os sintomas psicológicos observados em pacientes com IU, a ansiedade e a depressão são particularmente prevalentes e têm um impacto significativo na vida dessas mulheres. A ansiedade, conforme definido pelo DSM-5, é caracterizada por distúrbios que envolvem medo excessivo e apreensão em relação a ameaças futuras. O medo é uma resposta emocional a uma ameaça imediata, real ou percebida, enquanto a ansiedade se refere à antecipação de perigos futuros. Embora a ansiedade possa ser uma resposta normal e adaptativa a situações desconhecidas, ela também pode manifestar-se em transtornos mentais quando se torna excessiva e persistente.^{11,12}

A depressão, por sua vez, é um conjunto de perturbações psicopatológicas que variam em sintomas, gravidade e prognóstico. A característica comum da depressão é a presença de um humor triste, vazio ou irritável, frequentemente acompanhada de alterações somáticas e cognitivas que afetam a capacidade de funcionamento do indivíduo. Essas perturbações estão associadas a desequilíbrios nos neurotransmissores que regulam o humor, como serotonina e noradrenalina. O tratamento geralmente envolve antidepressivos que ajudam a restaurar esses desequilíbrios. Os sintomas mais comuns incluem uma sensação avassaladora de amargura ou vazio, perda de prazer nas atividades diárias e uma diminuição do interesse pelo ambiente, acompanhados por cansaço extremo, falta de energia e fadiga.^{13,14}

Alguns sintomas associados à IU afetam a qualidade do sono das mulheres, como a noctúria e a enurese noturna. A noctúria é a necessidade de levantar-se da cama mais de uma vez à noite para urinar, após ter ido deitar com a expectativa de só se levantar pela manhã. A enurese noturna significa a ocorrência de micção durante o sono.¹⁵ O sono é um estado comportamental reversível de desligamento da percepção e de relativa hiperresponsividade ao ambiente. Os processos neurobiológicos que ocorrem no sono são necessários para a manutenção da saúde física e cognitiva.¹⁶

No entanto, os transtornos do sono podem trazer prejuízos em diversas áreas, como nos estudos, no trabalho, nas relações sociais, além de estarem associados ao maior risco de acidentes, tanto de trabalho quanto automobilísticos. Assim, uma boa saúde do sono com quantidade e qualidade adequadas é um indicador de vitalidade, saúde mental, bem-estar fisiológico, emocional, cognitivo e físico, levando a uma boa qualidade de vida.¹⁶ Para a

investigação adequada dos transtornos do sono, podem-se utilizar, além da avaliação clínica, medidas objetivas e subjetivas, como índices e escalas validadas.¹⁶

Diante do exposto, a hipótese do presente estudo é que existe uma relação entre a ansiedade, depressão e os parâmetros do sono em mulheres com IUU. Entretanto, atualmente são poucos os estudos que abordam este tema. Portanto, o objetivo do presente trabalho é correlacionar a incidência da ansiedade, depressão e parâmetros do sono em mulheres com IUU.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal em um ambulatório de fisioterapia de saúde da mulher na região metropolitana do Recife: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) e no Laboratório de Fisioterapia de Saúde da mulher e assoalho pélvico (LAFISMA) e Laboratório de Eletrotermofototerapia (LETTER) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Essa pesquisa foi vinculada a um ensaio clínico randomizado, do programa de pós-graduação do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, intitulado de “Efeito da eletroestimulação transcutânea tibial em mulheres com incontinência urinária de urgência comparadas a um grupo *sham*: ensaio clínico randomizado.” no período de janeiro a dezembro de 2023. A presente pesquisa seguiu os termos preconizados pelo Conselho Nacional de Saúde (resolução 466/2012) para pesquisa em seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP (CAAE: 60589522.9.0000.5201).

Participaram do estudo mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, com diagnóstico de IUU ou IU mista (IUM) confirmado pelos questionários de bexiga hiperativa – *Overactive Bladder Validated 8 Question Awareness Tool* (OAB - V8) e *ICIQ-OAB International Consultation On Incontinence Questionnaire Overactive Bladder* que estavam na lista de espera do Ambulatório de Fisioterapia de Saúde da Mulher do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP).

O instrumento utilizado para a coleta de dados foram questionários estruturados através do *Google Forms* e coletados pelos pesquisadores integrantes do estudo. O diagnóstico inicial de IUU foi confirmado pelo questionário Bexiga Hiperativa - *Validated 8 Question Awareness Tool* (OAB-V8).

Para a avaliação da bexiga hiperativa, foram utilizados o OAB-V8 e o *International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder* (ICIQ-OAB). O OAB-V8 é um instrumento traduzido e validado para o português, que contém oito questões e seis opções de respostas para cada uma das questões. A pontuação do questionário é calculada pela soma dos pontos e pode variar de 0 a 40¹⁷. Se o resultado for maior ou igual a oito, indica a bexiga hiperativa. O OAB – V8 (*overactive bladder – version 8*) é um questionário validado em português e composto por 8 questões, cada uma variando de 0 a 5. O provável

diagnóstico de bexiga hiperativa é dado quando no somatório das respostas de cada questão a paciente atinge o escore de 8 ou mais.

O *International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder* (ICIQ-OAB) é um questionário breve e com alta capacidade psicométrica para avaliar especificamente a bexiga hiperativa, em homens e mulheres. É proveniente da classe ICIQ da ICS, totalmente validado e capaz de fornecer uma medida para avaliar o impacto dos sintomas de frequência urinária, urgência, noctúria e incontinência¹⁸.

Para avaliar a ansiedade e depressão, foi utilizado o *The Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS)¹⁹. A escala é validada para o português e foi desenvolvida para identificar possíveis casos de ansiedade e depressão por meio de um questionário estruturado e de fácil aplicação. A HADS consiste em duas subescalas de 14 questões variadas: 7 questões que medem a ansiedade (HADS-A) e 7 que medem a depressão (HADS-D). Cada questão tem quatro respostas possíveis e uma pontuação de 0 a 3 é dada. A pontuação total é, então, calculada e pode variar entre 0 e 21 pontos em cada subescala, com uma pontuação mais alta indicando sintomas mais graves. A pontuação limite para “casos possíveis” de ansiedade e depressão é de 8 pontos ou mais, que é o limite identificado para fornecer o equilíbrio ideal entre especificidade e sensibilidade. Isso foi observado em uma grande revisão da literatura, em que a sensibilidade e especificidade foram de aproximadamente 0,80 para HADS-A e HADS-D [23]. Um escore de corte ≥ 8 foi usado para comparar a prevalência de ansiedade e depressão em mulheres com diferentes tipos de IU²⁰.

A gravidade da IU foi avaliada através do *Incontinence Severity Index* (ISI) (SANDIVK *et al.*, 1993), traduzido e validado para a língua portuguesa por Pereira e cols. em 2011. Este instrumento é composto por duas questões referentes à frequência (1-4 pontos) e quantidade (1-3 pontos) de perda urinária. Para obtenção do escore final, multiplicam-se os escores de frequência de perda urinária e quantidade de perda urinária²¹.

Para a avaliação da qualidade subjetiva do sono, foi utilizado o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (*Pittsburgh Sleep Quality Index* - PSQI). É um questionário específico e validado para a língua portuguesa por Bertolazi²² e será utilizado com o propósito de avaliar a qualidade subjetiva do sono (Apêndice 1). A partir de 19 questões auto administradas, o PSQI

avalia a qualidade do sono em relação ao último mês, sendo clinicamente útil na avaliação da qualidade de sono de vários transtornos do sono, fornecendo um índice de gravidade e natureza do transtorno, combinando informações quantitativas e qualitativas sobre o sono. As 19 questões são agrupadas em 7 componentes com pesos distribuídos em uma escala de zero a três. São eles: (1) qualidade subjetiva do sono, (2) latência para o sono, (3) duração do sono, (4) eficiência habitual do sono, (5) transtornos do sono, (6) uso de medicamentos para dormir e (7) disfunção diurna. As pontuações destes componentes são, então, somadas, com vistas à produção de um escore global, que varia de 0 a 21, no qual quanto maior a pontuação, pior a qualidade do sono²².

Para a avaliação da sonolência diurna excessiva (SDE), será utilizada a escala de sonolência de Epworth (ESE). A ESE é baseada em oito situações do cotidiano, e o indivíduo avaliado responde qual a probabilidade de cochilar ou adormecer nessas situações. A pontuação para cada resposta varia de 0 a 3, sendo 0 nenhuma chance, 1 pequena chance, 2 chance moderada e 3 altas chance de cochilar. A soma das 8 situações do cotidiano pode alcançar 24 pontos. O escore final considera o indivíduo com SDE (≥ 10 pontos) ou normal (< 10 pontos)²².

Para avaliação dos parâmetros objetivos do sono, será usada a actigrafia, que é um método de avaliação objetiva do ciclo sono-vigília e da atividade motora, a partir dos movimentos dos membros durante 24 horas. Um actígrafo (Fitbit) será colocado no punho não dominante (como um relógio de pulso) para realizar a detecção dos movimentos. Os dados foram coletados por sete dias consecutivos e, durante esse período, as participantes dormirão em casa e serão convidadas a aderir as suas atividades diárias normais e horários de sono-vigília. Os dados do actígrafo serão recuperados e analisados com o software próprio da marca Fitbit (<https://www.fitbit.com>), por meio do qual os dados de cada paciente serão baixados e gerada uma planilha automática para análise.

A respeito da elegibilidade para participação da pesquisa, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: sexo feminino; idade a partir de 18 anos; diagnóstico de IUU ou IUM; pontuação maior ou igual a 8 no questionário Bexiga Hiperativa - Validated 8 Question Awareness Tool (OAB-V8).

Quanto aos critérios de exclusão, foram estes: infecção urinária ativa nas últimas quatro semanas; alcoolismo, tabagismo ou dependência de drogas; lesões e alteração da sensibilidade cutânea no local onde será aplicada a eletroterapia; tratamento medicamentoso e/ou fisioterapêutico para IUU; qualquer doença neurológica (esclerose múltipla, doença de Alzheimer, acidente vascular cerebral e doença de Parkinson); uso de drogas anticolinérgicas, antagonistas do cálcio, antagonistas β e antagonistas da dopamina; presença de prolapso de órgãos pélvicos (POP), medido por um escore maior que III pelo sistema POP-Q; qualquer dificuldade de compreensão ou déficit cognitivo que impossibilite a realização da pesquisa; período gestacional ou puerperal.

Na análise dos dados, inicialmente foram descritas as características sociodemográficas, clínicas e relacionadas à gravidade da IU, por meio de distribuição de frequência. Para a variável do escore de ansiedade e depressão, foram apresentadas as medidas da média e desvio padrão, tendo as variáveis distribuição normal. Na análise da associação de ansiedade pela escala de HAD, assim como de depressão e gravidade da IU, foi aplicado o teste Qui-Quadrado de Pearson para a comparação das distribuições de frequência. Para a avaliação da variável quanto a condição de distribuição normal, foi aplicado o teste Komogorov-Smirnov. A significância estatística adotada no estudo foi de 5% ($p < 0,05$), sendo utilizado o software Stata versão 14 para a realização de todas as análises do presente estudo.

As mulheres preencheram os critérios de elegibilidade e concordaram em participar do estudo. Após receberem informações sobre os objetivos da pesquisa, elas forneceram seu consentimento ao assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por meio do Google Forms.

RESULTADOS

O presente estudo tem como objetivo analisar a associação entre a gravidade da incontinência urinária e sintomas de ansiedade, depressão e parâmetros do sono em mulheres com incontinência urinária de urgência. Foram incluídas no estudo 103 pacientes com IUU, das quais 35% tinham 60 anos ou mais. Em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC), 51% das participantes eram obesas. Quanto ao estado civil, 23,3% eram solteiras, 57,3% estavam casadas ou viviam em união estável, e 19,4% eram separadas ou viúvas. No que diz respeito ao nível de escolaridade, 47,5% das mulheres haviam completado ou estavam em processo de completar o ensino fundamental. Além disso, 37,9% estavam empregadas no momento da pesquisa.

De acordo com o escore ISI, 40,8% das pacientes apresentaram IU em um grau grave. Em relação ao tipo de incontinência, 76,7% das mulheres foram diagnosticadas com IUM. No que diz respeito à frequência de perda de urina, 74,8% relataram perda diária ou noturna. Além disso, em termos de quantidade de urina perdida, 44,7% das participantes experienciaram perdas em pequeno jato (tabela 1).

Tabela 1. Frequência de gravidade e caracterização clínica da IU em mulheres com incontinência urinária de urgência.

Características	Número (%)
Gravidade da IU	
Leve	5 (4,8%)
Moderada	29 (28,2%)
Grave	42 (40,8%)
Muito grave	27 (26,2%)
Tipo de IU	
Urgência	24 (23,3%)

Mista	79 (76,7%)
Frequência de perda de urina	
Menos de uma vez por mês	1 (1,0%)
Algumas vezes por mês	6 (5,8%)
Algumas vezes na semana	19 (18,4%)
Todos dias ou noites	77 (74,8%)
Quantidade de urina que perde	
Gotas	23 (22,3%)
Pequeno jato	46 (44,7%)
Muita quantidade	34 (33,0%)

A tabela 2 apresenta a frequência dos itens da escala de HAD de ansiedade. Quando questionadas se sentem-se tensas ou contrariadas, 58,2% responderam de vez em quando. Se sentia medo que alguma coisa aconteça, 46,6% afirmaram que sim, sendo que 29,1% descreveram esse medo como não tão forte. Sobre preocupações, 44,7% responderam de vez em quando. No que diz respeito à sensação de conforto, 42,7% das participantes indicaram que se sentiam à vontade apenas poucas vezes. Em relação ao medo ou sensação ruim, 87,4% das mulheres relataram nunca ter sentido ou ter sentido raramente, o mesmo ocorrendo com a inquietação, onde 86,4% não se sentiam inquietas ou sentiam-se assim apenas em poucas ocasiões. A partir da classificação da escala, 48,5% das mulheres com IUU foram classificadas como improváveis de apresentar diagnóstico de ansiedade.

Tabela 2. Frequência dos sintomas da escala de HAD de ansiedade em mulheres com incontinência urinária de urgência.

Sintomas	Número (%)
Sente-se tensa ou contrariada	
Nunca	15 (14,6%)
De vez em quando	60 (58,2%)

Boa parte do tempo	11 (10,7%)
--------------------	------------

Maior parte do tempo	17 (16,5%)
----------------------	------------

Sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer

Não sinto nada disso	19 (18,4%)
----------------------	------------

Um pouco, mas isso não importa	36 (35,0%)
--------------------------------	------------

Sim, mas não tão forte	30 (29,1%)
------------------------	------------

Sim, de jeito muito forte	18 (17,5%)
---------------------------	------------

Estou com a cabeça cheia de preocupação

Raramente	15 (14,6%)
-----------	------------

De vez em quando	46 (44,7%)
------------------	------------

Boa parte do tempo	16 (15,5%)
--------------------	------------

A maior parte do tempo	26 (25,2%)
------------------------	------------

Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado

Sim, quase sempre	38 (36,9%)
-------------------	------------

Muitas vezes	18 (17,5%)
--------------	------------

Poucas vezes	44 (42,7%)
--------------	------------

Nunca	3 (2,9%)
-------	----------

Tenho uma sensação ruim de medo, com um frio na barriga ou um aperto no estômago

Nunca	32 (31,1%)
-------	------------

De vez em quando	58 (56,3%)
------------------	------------

Muitas vezes	6 (5,8%)
--------------	----------

Quase sempre	7 (6,8%)
--------------	----------

Sinto inquieta, como se eu não pudesse ficar parada em lugar nenhum

Não me sinto assim	41 (39,8%)
--------------------	------------

Um pouco	48 (46,6%)
----------	------------

Bastante	6 (5,8%)
Sim, demais	8 (7,8%)
De repente, tenho a sensação de entrar em pânico	
Não senti isso	55 (53,4%)
De vez em quando	41 (39,8%)
Várias vezes	2 (1,9%)
A quase todo momento	5 (4,9%)
Pontuação do escore de ansiedade	
Média ± desvio padrão	7,7 ± 4,2
Diagnóstico de ansiedade	
Improvável	50 (48,5%)
Possível	36 (35,0%)
Provável	17 (16,5%)

A Tabela 3 apresenta a frequência dos itens da escala de HAD de depressão. Quando questionadas sobre se ainda gostavam das mesmas coisas de antes, 43,7% das mulheres relataram que não gostavam tanto quanto antes. Em relação ao sentimento de rir ao ver coisas engraçadas, 54,4% afirmaram que se comportavam da mesma forma que antes. Sobre a sensação de alegria, 42,7% disseram que se sentiam alegres apenas ocasionalmente. No que diz respeito à lentidão para pensar e realizar atividades, 46,6% das participantes indicaram que isso acontecia poucas vezes. Em relação à perda de interesse em cuidar da aparência, 38,8% relataram que talvez não se dedicassem tanto quanto antes. Quando perguntadas sobre a expectativa de eventos positivos futuros, 41,7% afirmaram que estavam tão animadas quanto antes. No tocante ao prazer de assistir a um bom programa, 44,6% responderam que experimentavam prazer quase sempre. A pontuação média na escala de depressão foi de 7,2 pontos, e, com base nessa classificação, 61,2% das mulheres com IUU foram consideradas improváveis de apresentar diagnóstico de depressão.

Tabela 3. Frequência dos sintomas da escala de HAD de depressão em mulheres com incontinência urinária de urgência.

Sintomas	Número (%)
Ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes	
Sim, do mesmo jeito que antes	30 (29,1%)
Não tanto quanto antes	45 (43,7%)
Só um pouco	22 (21,4%)
Já não consigo ter prazer em nada	6 (5,8%)
Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas	
Do mesmo jeito que antes	56 (54,4%)
Atualmente um pouco menos	32 (31,1%)
Atualmente bem menos	13 (12,6%)
Não consigo mais	2 (1,9%)
Me sinto alegre	
A maior parte do tempo	37 (35,9%)
Muitas vezes	21 (20,4%)
Poucas vezes	44 (42,7%)
Nunca	1 (1,0%)
Estou lenta para pensar e fazer as coisas	
Nunca	13 (12,6%)
Poucas vezes	48 (46,6%)
Muitas vezes	19 (18,5%)
Quase sempre	23 (22,3%)
Perdi o interesse em cuidar da minha aparência	
Cuido do mesmo jeito que antes	29 (28,2%)
Talvez não tanto quanto antes	40 (38,8%)

Não estou mais me cuidando como deveria	26 (25,2%)
Completamente	8 (7,8%)
Fico animada esperando as coisas boas que estão por vir	
Do mesmo jeito que antes	43 (41,7%)
Um pouco menos que antes	41 (39,8%)
Bem menos que antes	14 (13,6%)
Quase nunca	5 (4,9%)
Consigo ter prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa	
Quase sempre	46 (44,6%)
Várias vezes	21 (20,4%)
Poucas vezes	29 (28,2%)
Quase nunca	7 (6,8%)
Pontuação do escore de depressão	
Média ± desvio padrão	7,2 ± 3,9
Diagnóstico de depressão	
Improvável	63 (61,2%)
Possível	28 (27,2%)
Provável	12 (11,6%)

A associação entre o diagnóstico de ansiedade e a gravidade da Incontinência Urinária (IU) não apresentou significância estatística ($p = 0,221$). No entanto, observou-se uma maior prevalência de IU muito grave entre as mulheres com provável diagnóstico de ansiedade, atingindo 47,1%. Em relação aos sintomas de enurese e frequência miccional, não foi encontrada uma associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$). Ainda assim, notou-se uma maior frequência de enurese entre as mulheres com diagnóstico provável, correspondendo a 52,9%.

Tabela 4. Associação de ansiedade pela escala de HAD e gravidade da IU em mulheres com incontinência urinária de urgência.

Variáveis	Improvável (n = 50)	Possível (n = 36)	Provável (n = 17)	p-valor
Enurese				0,102
Sim	16 (32,0%)	19 (52,8%)	9 (52,9%)	
Não	34 (68,0%)	17 (47,2%)	8 (47,1%)	
Frequência miccional				0,812
Normal	28 (56,0%)	19 (52,8%)	8 (47,1%)	
Aumentada (>8 episódios diários)	22 (44,0%)	17 (47,2%)	9 (52,9%)	
Gravidade da IU				0,221
Leve ou moderada	19 (38,0%)	12 (33,3%)	3 (17,6%)	
Grave	19 (38,0%)	17 (47,2%)	6 (35,3%)	
Muito grave	12 (24,0%)	7 (19,4%)	8 (47,1%)	

A análise da associação entre o diagnóstico de depressão e a gravidade da Incontinência Urinária (IU) não revelou significância estatística ($p = 0,330$). No entanto, foi observada uma maior prevalência de IU muito grave entre as mulheres com diagnóstico provável de depressão, alcançando 50%. Quanto aos sintomas de enurese e a frequência miccional, não foi encontrada uma associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$). Ainda assim, notou-se uma maior frequência de aumento da frequência miccional entre as mulheres com diagnóstico provável, correspondente a 66,7%.

Tabela 5. Associação de depressão pela escala de HAD e gravidade da IU em mulheres com incontinência urinária de urgência.

Variáveis	Improvável (n = 63)	Possível (n = 28)	Provável (n = 12)	p-valor
Enurese				0,500
Sim	26 (41,3%)	11 (39,3%)	7 (58,3%)	
Não	37 (58,7%)	17 (60,7%)	5 (41,7%)	
Frequência miccional				0,279
Normal	34 (54,0%)	17 (60,7%)	4 (33,3%)	
Aumentada (>8 episódios diários)	29 (46,0%)	11 (39,3%)	8 (66,7%)	
Gravidade da IU				0,330
Leve ou moderada	21 (33,3%)	10 (35,7%)	3 (25,0%)	
Grave	26 (41,3%)	13 (46,4%)	3 (25,0%)	
Muito grave	16 (25,4%)	5 (17,9%)	6 (50,0%)	

Considerando as variáveis relacionadas a eficiência do sono e classificação do sono, sendo elas: tempo de sono, tempo na cama, eficiência do sono e classificação do sono pela escala Epworth, não houve associação com ansiedade e depressão em nenhuma das variáveis analisadas, ou seja, a condição de ansiedade e depressão não interferiu na qualidade do sono das mulheres com IU de urgência.

DISCUSSÃO

Os impactos da IUU, como ansiedade, depressão e alterações no sono, continuam sendo amplamente relatados na literatura, e, quando presentes, podem comprometer a qualidade de vida das pacientes, afetando não apenas seu bem-estar físico, mas também seu equilíbrio emocional e social.

Este estudo revelou que a maioria das mulheres com IUU é de idade avançada, com 67% tendo 50 anos ou mais. Esses dados corroboram a literatura existente que sugere um aumento na prevalência de IUU com o avanço da idade. Em um estudo brasileiro, foi visto que em até 37% das mulheres na meia-idade e até 72% das idosas podem ser afetadas por IU.²³ O envelhecimento está associado a alterações no trato urinário inferior, como a redução da capacidade vesical e aumento do volume residual pós-miccional, que podem contribuir para a gravidade da IUU.²⁴

A prevalência de obesidade entre as participantes foi de 51%, alinhando-se com pesquisas anteriores que associam obesidade à incontinência urinária. Os estudos de Ribeiro AWS, et al. e Ardila OR, mostram que mulheres obesas têm uma maior probabilidade de apresentar IU devido ao aumento da pressão intra-abdominal, que pode sobrecarregar os músculos e ligamentos do assoalho pélvico.^{25,26}

40,8% das participantes apresentaram IU em grau muito grave, e 76,7% foram diagnosticadas com incontinência mista. Esses dados são consistentes com a alta prevalência de incontinência mista na literatura.²³ A frequência diária ou noturna de perda de urina, relatada por 74,8% das mulheres, também é consistente com os estudos de Calamita Z e Pedro et. al, que apontam para uma alta carga de sintomas entre mulheres com IUU.^{23,27}

Embora a maioria das mulheres não tenha sido diagnosticada com ansiedade (48,5%) ou depressão (61,2%) com base na escala HAD, a presença dessas condições foi associada a uma maior gravidade da IU. Porém, vale ressaltar que uma parcela expressiva das participantes tiveram um possível e provável diagnóstico dessas condições, sendo 47,5% de ansiedade e 38,8% de depressão. No entanto, as análises estatísticas não mostraram associações significativas pela escala HAD (ansiedade: $p = 0,221$; depressão: $p = 0,330$) com a gravidade

da IU. Esses achados sugerem que, apesar da alta prevalência de sintomas de ansiedade e depressão entre as participantes, essas condições não têm uma relação direta significativa com a severidade da IU, o que está em linha com alguns estudos que relatam variabilidade nos efeitos dessas condições na IU.^{10,28}

Em relação à qualidade do sono, os resultados indicam que não houve uma associação direta significativa entre os níveis de ansiedade e depressão com parâmetros específicos do sono, como tempo total de sono e tempo na cama. No entanto, a eficiência do sono mostrou variação de acordo com os níveis de ansiedade e depressão. Mulheres com IUU apresentaram pior qualidade do sono, o que está de acordo com o estudo de Verônica da Luz et.al, que sugere que a IU pode impactar negativamente a qualidade do sono, especialmente em populações mais velhas.²⁹

Além disso, mulheres mais velhas com frequente perda urinária relataram pior qualidade do sono, o que sugere que a gravidade da IU pode afetar tanto o sono noturno quanto a disfunção diurna. A relação entre IU e qualidade do sono destaca a necessidade de considerar a IUU como um fator que pode exacerbar problemas relacionados ao sono e ao bem-estar geral.²⁹

Conclui-se que os achados deste estudo ressaltam a necessidade de estratégias integradas que abordem tanto a IU quanto os aspectos emocionais e psicossociais das pacientes. Intervenções direcionadas à gestão da ansiedade e da depressão, juntamente com o tratamento da IU, podem ser benéficas para melhorar a qualidade de vida das mulheres com essa condição. Além disso, futuras pesquisas devem explorar mais detalhadamente a relação entre a gravidade da IU e a qualidade do sono, especialmente em diferentes faixas etárias e com diferentes tipos de IU.

Este estudo contribui para a compreensão da complexa interação entre a incontinência urinária, a saúde mental e a qualidade do sono. A descoberta de uma maior prevalência de IUU muito grave entre mulheres com sintomas de ansiedade e depressão destaca a importância de um manejo integrado que considere a saúde emocional e psicológica na abordagem da IUU.

Ademais, os resultados reforçam a necessidade de mais pesquisas na área para explorar como estratégias de intervenção que abordem simultaneamente a incontinência urinária e o bem-estar psicológico podem melhorar significativamente a qualidade de vida das pacientes. Tais estudos poderão fornecer insights valiosos para o desenvolvimento de tratamentos mais eficazes e para a promoção de melhorias substanciais na saúde e no bem-estar das mulheres afetadas pela IUU.

REFERÊNCIAS

1. Tomasi AVR, Honório GJS, Santos SMA, BrongholiK. Eletroestimulação no tratamento da incontinência urinária. *Rev Enferm UERJ*. 2014;22(5):597-602.
2. Piassarolli VP, Hardy E, Andrade NF, Ferreira NO, Osis MJD. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. *Rev BrasGinecol Obstet*. 2010;32(5):234-40.
3. Corcos J, Schick E, Arrabal-Polo MA. Diretrizes da Associação Canadense de Urologia sobre a Síndrome da Bexiga Hiperativa. *Can Urol Assoc J*. 2017;11(5):E150-E172.
4. Silva AG, Carvalho RRC, Ferreira S de A, Valença MP, Silva Filho JC, Santos ICRV. Incontinência urinária em mulheres: fatores de risco segundo tipo e gravidade. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2020 [acesso em 15/04/2022]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.68514>.
5. Alves CA, et al. Prevalência de incontinência urinária, impacto na qualidade de vida e fatores associados em usuárias de Unidades de Atenção Primária à Saúde. *Fisioterapia Mov*. 2022;35(Esp):e35604.
6. Nascimento FH, Brito DA. Incontinência urinária: aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e manejo terapêutico. *Braz J Dev*. 2022;8(10):65563-76. DOI: 10.34117/bjdv8n10-042.
7. Benício CDAV, Luz MHBA, Lopes MHBM, Carvalho NAR. Incontinência Urinária: Prevalência e Fatores de Risco em Mulheres em uma Unidade Básica de Saúde. *Estima*. 2016;14(4):161-8. DOI: 10.5327/Z1806-3144201600040002.
8. Dedicção AC, Haddad M, Saldanha MES, DriussoP. Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. *Rev BrasFisioter*. 2009;13(2):XX-XX.
9. Arruda RM, Kopelman A, Ferreira Sartori MGF, Lima GR, Baracat EC, Girão MJBC. Bexiga hiperativa. UNIFESP - Escola Paulista de Medicina; 2006. Disponível em: <http://www.uroginecologia.com.br/index/?q=node/9>. Acessado em 05/01/2009.
10. Alencar-Cruz JM, 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*. 2019;21(4).
11. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª Edição DSM-5. 2014.
12. Frota I, Fé A, Paula F, Moura V, Campos E. Transtornos de ansiedade: histórico, aspectos clínicos e classificações atuais. *J Health Biol Sci*. 2022;10(1):1-8. DOI: 10.12662/2317-3076jhbs.v10i1.3971.p1-8.2022.
13. Oliveira LA, Oliveira VC. Os transtornos depressivos: um olhar sobre a reestruturação dos cuidados em saúde mental. *Psicodebate* [Internet]. 2018 [citado 16º de abril de 2023];4(3):96-109. Disponível em: <http://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/V4N3A9>.

14. Porto JA Del. Conceito e diagnóstico. *Depressão* - vol. 21 - maio 1999, Rev Bras Psiquiatr.
15. Alves DAG, et al. Qualidade do sono e sonolência diurna em mulheres idosas com incontinência urinária. *Rev Neurociências*. 2010;18(3):294-9.
16. Freitas JP, Silvestri MP, Fernandes CE, Oliveira E. Avaliação da qualidade do sono em mulheres com incontinência urinária antes e depois da correção cirúrgica. *Einstein (São Paulo)*. 2018;16(2):1-5.
17. Wolz-Beck M, Reisenauer C, Kolenic GE, Hahn S, Brucker SY, Huebner M. Physiotherapy and behaviortherapy for the treatment of overactive bladdersyndrome: a prospective cohort study. *Arch GynecolObstet*. 2017 May;295(5):1211-1217. doi: 10.1007/s00404-017-4357-1. Epub 2017 Mar 30. PMID: 28361203.
- 18 . Snaith P. The Hospital Anxiety And DepressionScale [Internet]. 2003.
- 19 . Hansson Vikström N, Wasteson E, Lindam A, Samuelsson E. Anxiety and depression in womenwith urinary incontinence using E-health.
- 20 . Pereira SB. Validação do International Consultationon Incontinence Questionnaire Overactive Bladder(ICIQ-OAB) para a língua portuguesa Validation ofthe International Consultation on IncontinenceQuestionnaire Overactive Bladder (ICIQ-OAB) for Portuguese Palavras-chave Transtornos urinários Bexiga urinária hiperativa Questionários Qualidade de vida.
- 21 . Tyagi S, Perera S, Clarkson BD, Tadic SD, ResnickNM. Nocturnal Polyuria in Older Women with Urge Urinary Incontinence: Role of Sleep Quality, Time in Bed and Medications Used. *Journal of Urology*[Internet]. 2017;197(3):753–8.
22. Bertolazi AN. Tradução , Adaptação Cultural E Validação De Dois Instrumentos De Avaliação Do Sono : Escala De Sonolência De Epworth E Índice De Qualidade Tradução , Adaptação Cultural E Validação De Dois Instrumentos De Avaliação Do Sono : Escala. *Neurologia*. 2008;92.
23. Calamita Z. Prevalência de incontinência urinária em idosas e impacto na qualidade de vida. *Braz J Health Rev*. 2021;4(1):1588-602. ISSN 2525-8761.
24. Reis RB, Cologna AJ, Martins ACP, Tucci Jr S, Suaid HJ. Incontinência urinária no idoso. *Acta CirBras*. 2003;18(Supl. 5):47-51.
25. Ribeiro AWS, et al. Influência da obesidade na incontinência urinária em mulheres e sua relação com a qualidade de vida - Revisão de Literatura. *RevMaster*. 2020;6(12).
26. Ardila OR. Caracterización clínica de laincontinencia urinaria y factores asociados enusuarias de la Unidad de la Mujer del Centro de Salud Familiar “Ultraestación” en la ciudad de Chillán, Chile. *Rev Méd Chile*. 2015;143(1):203-12.
27. Pedro AF, Ribeiro J, Soler ZASG, Bugdan AP. Qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2011;7(2):63-70. Disponível em: www.eerp.usp.br/resmad.

28. Bradley CS, Nygaard IE, Mengeling M a, TornerJC, Stockdale CK, Booth BM, et al. Urinaryincontinence, depression and posttraumatic stress disorder in women veterans. *Am J ObstetGynecol.*2012;206(6):502.1-8.
29. Verônica da-Luz D, Fank F, Pereira F da S, Mazo GZ. Sleep quality and urinary incontinence in elderlyfemale exercise practitioners. *Sleep Sci.* 2022;15(Special 2):333-338. doi:10.5935/1984-0063.20210003.