

Promoção e Proteção da Saúde da Mulher



2026/1

Janete Vettorazzi
Júlia Figueiredo
Laura Pellenz Carvalhal
Marina Ribeiro de Matos
Rômulo Felipe Auler
Samuel Afonso de Freitas Toledo
Yohan Casiraghi
Edison Capp
Solange Garcia Accetta
organizadores

Alunos

Aboubakar Sadick Bodi
Ana Luiza Lopes Gomide
Ana Selma Bertelli Picoloto
Angélica Piovesana
Anna Luísa Weber
Augusto Bergozza Bonatto
Bernardo F. Rollemberg Leite
Bernardo Mendonça Camargo
Camilly Vitória Cansan Loss
Catarina Lugris Montagna
Davi Elias Sander
Diego Jardim Marra
Diogo Marth
Edimárlei Gonsales Valério
Eduarda O. Santayana de Lima
Enzo Helmich Corrêa
Fabricio da Cunha Moraes
Felipe S. Correa Zavadinack
Francisco Baguinski
Gabriel Calvet Machado
Gabriela dos Anjos Joner
Gabriela Gonzalez dos Santos
Gabriela J. Marafon Maino
Gabriela Menegaz Pretto
Gabrieli Amanda Bosa
Giovana Resende Silva
Grazielle Blume Sulzbach
Guilherme Carvalho Gadenz
Guilherme Jurado Forneck
Helen G. Veleda Araújo Cardoso
Julia de Paula Goulart Menezes
Julia Zanchettin Werlang
Juliana Resmer Duval da Silva
Juliana Rosset dos Santos
Katiery Lima dos Santos
Klênnyo Aguiar Pereira
Laura Pellenz Carvalhal
Leopoldo Martins Leal da Silva
Livia Eichenberg P. do Canto
Lucas Scherer Louzada
Luiza de Mendonça Veiga e Silva
Luiza de Oliveira Magalhães
Maria Eduarda Pereira Soarez
Maria Eduarda A. de Carvalho
Maria Eduarda Tomelero Cirne
Maria Luiza Rocha Roth
Marvin Rangel Schwengber
Miguel Resemini
Otávio A. Nichterwitz Medeiros
Pedro Ribeiro Eifler
Sarah Guerra de Oliveira
Silvia Talita de Souza Bonache
Soraya S. de Jesús Martínez Jara
Taís Losekann Zorrer
Thainá Lattuada Silveira
Valentina Fontana Isoppo
Victória B. Gonçalves de Souza
Vitor Rigon Sternberg

Monitores

Júlia Figueiredo
Laura Pellenz Carvalhal
Marina Ribeiro de Matos
Rômulo Felipe Auler
Samuel A. de Freitas Toledo
Yohan Casiraghi

Professores

Alberto Mantovani Abeche
Alessandra Borba A. de Souza
Ana Selma Bertelli Picoloto
Edimárlei Gonsales Valério
Helena von Eye Corleta
Janete Vettorazzi
José Antônio de A. Magalhães
José Geraldo Lopes Ramos
Suzana Arenhart Pessini

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

Promoção e Proteção da Saúde da Mulher 2026/1

Porto Alegre 2026
UFRGS

U58p Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia.
Promoção e proteção da saúde da mulher 2026/1 / Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina; organizadores: Janete Vettorazzi ...[*et.al*] – Porto Alegre: UFRGS, 2026.

154p.
E-Book: 978-65-02-37542-6

1. Saúde da mulher 2. Promoção da saúde 3. Ginecologia 4. Obstetrícia I. Vettorazzi, Janete, org. II. Figueiredo, Julia, org. III. Matos, Marina Ribeiro de, org. IV. Auler, Rômulo Felipe, org. V. Toledo, Samuel Afonso de Freitas, org. VI. Casiraghi, Yohan, org. VII. Capp, Edison, org. VIII. Accetta, Solange Garcia, org. IX. Título

NLM: WA309

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
(Bibliotecária Shirlei Galarça Salort – CRB10/1929)

Endereço:
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia
FAMED – UFRGS
Rua Ramiro Barcelos, 2400/4º andar
CEP 900035-003 – Porto Alegre – RS

Projeto gráfico, editoração, diagramação e capa: Edison Capp

Imagens da capa: www.pexels.com por Andrea Piacquadio, Ana Schvets, Christina Morillo, Dalila Dalprat, Edu Carvalho, Guilherme Almeida, Jonas Kakaroto, Jopwell, Kelvin Octa, Ketut Subiyanto, Luizmedeirosph, Mentatdgt, Picha Stock, Pixabay, Pragyan Bezbaruah, Radomir Jordanovic.

Adequação e procedência das citações e das ilustrações, considerações e conceitos contidos nos textos são de responsabilidade dos autores.

ESTE LIVRO ESTÁ LICENCIADO SOB UMA LICENÇA CREATIVE COMMONS
CC BY-NC-SA 4.0
Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir deste trabalho, exceto para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original.

Barreiras à busca por atendimento em mulheres com incontinência urinária: uma revisão narrativa sobre atraso diagnóstico, estigma e impacto na qualidade de vida

Ana Luiza Lopes Gomide
Helen Gabriele Veleda Araújo Cardoso
Katiery Lima dos Santos
Sarah Guerra de Oliveira
Silvia Talita de Souza Bonache
Soraya Soelí de Jesús Martínez Jara
Laura Pellenz Carvalhal
Ana Selma Bertelli Picoloto

A incontinência urinária (IU) é caracterizada por qualquer perda involuntária de urina e integra o grupo das disfunções do assoalho pélvico (DAP). Entre os tipos mais comuns em mulheres estão a incontinência urinária de esforço, desencadeada por atividades que aumentam a pressão abdominal, como tosse, espirro e exercício físico; a incontinência urinária de urgência, associada à urgência miccional; e a forma mista, que combina sintomas de ambas. A anatomia do trato urinário feminino contribui para a maior ocorrência da condição em comparação aos homens. Apesar das possibilidades de tratamento e reabilitação, muitas mulheres ainda não procuram assistência, o que favorece a subnotificação dos casos (2,6).

O diagnóstico da incontinência urinária é realizado, na maioria dos casos, por meio de avaliação clínica em consultório, incluindo anamnese, exame físico e análise da gravidade dos sintomas. Também são recomendados exames para excluir infecção urinária e avaliar o volume residual pós-miccional, além do teste de esforço com tosse nos casos suspeitos de incontinência urinária de esforço. Em situações mais complexas, podem ser necessários estudos urodinâmicos complementares (6).

A IU apresenta alta prevalência na população feminina, sendo mais frequente em mulheres brancas, e sua ocorrência aumenta com a idade, embora também possa acometer mulheres

jovens, especialmente atletas de alta performance. Estima-se que cerca de 25% das mulheres jovens e até 45% das mulheres acima dos 40 anos apresentam algum grau da condição. No Brasil, a prevalência varia entre 11% e 23%, embora muitos casos não sejam relatados devido ao constrangimento e à baixa procura por atendimento (1,2).

Os fatores de risco associados à IU são multifatoriais e envolvem alterações anatômicas, hormonais e hábitos de vida. Entre os principais estão obesidade, envelhecimento, gestação e histórico de parto vaginal, especialmente quando relacionados a traumas obstétricos. As alterações anatômicas podem estar relacionadas à hipermobilidade uretral, deficiência esfincteriana, modificações do assoalho pélvico, distensão das fibras musculares da uretra e instabilidade do músculo detrusor da bexiga. Também se destacam fatores potencialmente modificáveis, como tabagismo, consumo excessivo de cafeína, diabetes mellitus, constipação e depressão, além de condições como menopausa, atrofia vaginal, histerectomia e comprometimentos cognitivos e funcionais (1,2).

Sabe-se que a incontinência urinária tem impacto significativo na qualidade de vida das mulheres, afetando aspectos físicos, emocionais, sociais e sexuais. A perda involuntária de urina pode gerar constrangimento, insegurança, medo de rejeição e baixa autoestima, contribuindo para ansiedade, tristeza, isolamento social e redução da participação em atividades cotidianas. Muitas mulheres passam a evitar exercícios físicos, encontros sociais e relações sexuais pelo receio de episódios de perda urinária, além de adotarem mudanças comportamentais, como restrição da ingestão de líquidos, busca constante por banheiros públicos e cuidados excessivos com a higiene íntima. Alterações no sono, fadiga, prejuízo no desempenho profissional e dificuldades no convívio familiar também são frequentemente relatados. Por se tratar de uma condição ainda estigmatizada, reforça-se a importância de estratégias de acolhimento, prevenção e identificação precoce durante a assistência em saúde (3-5). O tratamento da incontinência urinária deve ser individualizado conforme o seu tipo, a intensidade dos sintomas e o impacto na qualidade de vida. As medidas conservadoras representam a primeira linha terapêutica e incluem fisioterapia do assoalho pélvico, treinamento vesical e mudanças no estilo de vida, como perda de peso e redução do consumo de cafeína. Nos casos de incontinência urinária de urgência, pode haver indicação de tratamento farmacológico, com o uso de antimuscarínicos,

agonistas beta-3 adrenérgicos e estrogênio vaginal em mulheres na pós-menopausa. Já os procedimentos cirúrgicos, como o sling suburetral, são mais utilizados nos casos de incontinência urinária de esforço refratária ao tratamento conservador. Em situações específicas, também podem ser indicadas intervenções como toxina botulínica e neuromodulação sacral (2,6).

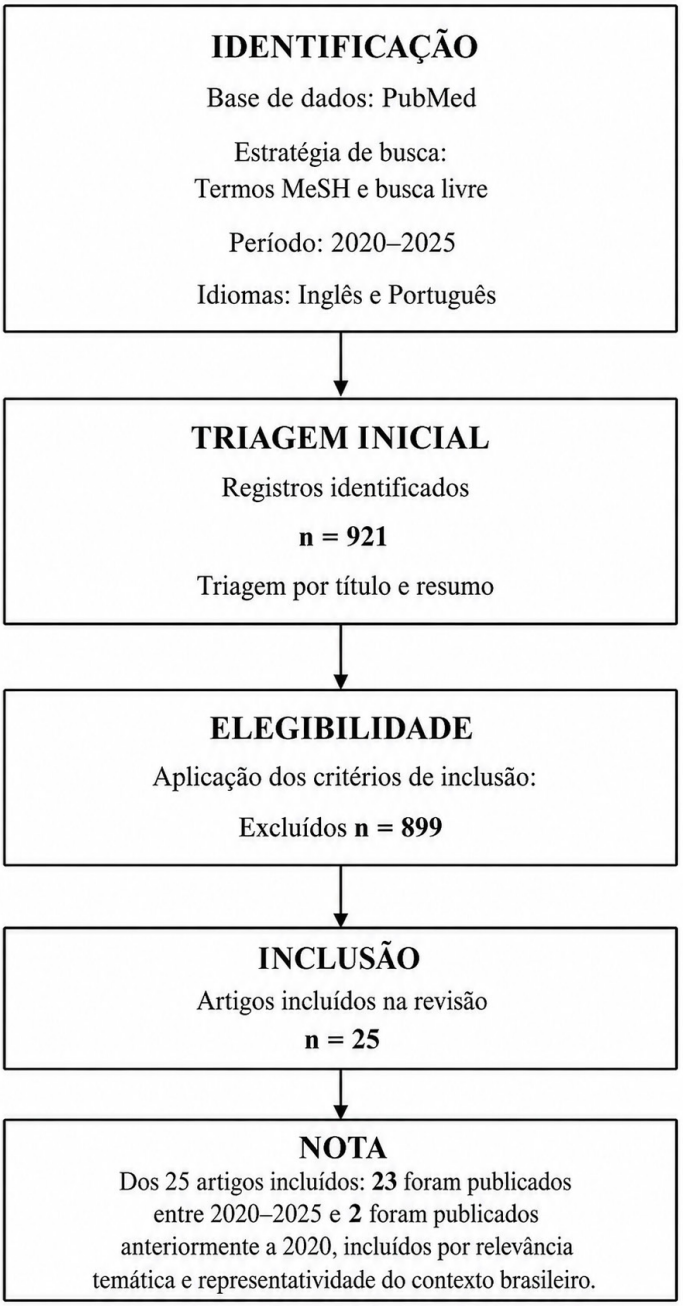
A relevância deste trabalho está relacionada aos fatores associados ao atraso na busca por atendimento por mulheres com incontinência urinária, e também analisar possíveis estratégias para minimizar esse problema, visando a melhora da qualidade de vida dessa população. Assim, o estudo teve como objetivo analisar pesquisas mundiais que abordam as barreiras relacionadas à procura por atendimento em saúde por essas pacientes.

Métodos

Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura realizada na base de dados PubMed com o objetivo de analisar criticamente as evidências acerca de fatores relacionados ao atraso na busca por atendimento por mulheres com incontinência urinária. A pesquisa incluiu artigos em inglês e português publicados entre 2020 e 2025. Como estratégia de busca, utilizaram-se os termos Mesh: “Time-to-treatment”, “Treatment delay”, “Urinary incontinence / epidemiology”, “Urinary incontinence / therapy”, “Help-seeking behavior”, “Attitude to health”, “Patient acceptance of health care”, “Women”, “Quality of life”, além da pesquisa de artigos por busca livre. Foram encontrados 921 registros, filtrados de acordo com o título e o resumo, sendo selecionados 22 artigos elegíveis aos critérios iniciais.

Durante a análise dos resultados, acrescentou-se 1 artigo brasileiro publicado em 2025, que não havia sido identificado na busca primária. Além disso, incluíram-se 2 novos artigos publicados anteriormente a 2020, devido à relevância temática e, um deles, pelo contexto nacional, já que se evidenciou carência de literatura brasileira dentro do período estabelecido. Assim, totalizaram-se 25 artigos selecionados de relevância para o tema em questão (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos.



Resultados

Os estudos demonstraram variação na prevalência da incontinência urinária (IU) feminina conforme a população analisada, o desenho amostral, os critérios de recrutamento e os métodos diagnósticos utilizados. Em grandes triagens populacionais, a prevalência de sintomas sugestivos de IU foi de aproximadamente 16% na China, correspondendo a 9.975 mulheres afetadas entre 54.337 avaliadas, e variou entre 16% e 16,5% nos Estados Unidos (EUA), onde uma coorte de 72.009 mulheres identificou 11.883 pacientes com rastreio positivo. Revisões gerais estimaram prevalência global entre 25% e 45% em mulheres adultas, podendo atingir cerca de 50% em mulheres acima de 50 anos ou em análises que consideraram ao menos um episódio de perda urinária ao longo da vida. Haylen et al., em relatório de consenso elaborado por comitês da International Urogynecological Association (IUGA) e da International Continence Society (ICS), com participação de países como Austrália, Reino Unido, EUA, Bélgica e Alemanha, estabeleceram uma terminologia padronizada voltada à mulher, abrangendo mais de 250 definições clínicas relacionadas a sintomas, sinais, diagnósticos e exames de imagem. Por não avaliar uma população geral, o documento não apresentou dados exatos de prevalência global, mas registrou que a incontinência urinária de esforço pode ocorrer em até 72% das pacientes que chegam para avaliação inicial.

Em populações específicas, os índices também variaram entre os estudos. No Brasil, Guarisi et al. realizaram um estudo transversal domiciliar em Campinas-SP com 456 mulheres entre 45 e 60 anos e identificaram prevalência de 35% de incontinência urinária de esforço (IUE), sendo 10,7% com perda contínua e 24,3% com perda esporádica. No Irã, a prevalência variou entre 26% e 31%, alcançando 46% em análises específicas. Uma meta-análise chinesa identificou prevalência de 24,5% para IUE, enquanto um estudo com idosas em Pequim encontrou IUE não grave em 53,1% das participantes. Na Índia, a prevalência entre mulheres com 45 anos ou mais em comunidade urbana vulnerável foi de 30,04% (143/476). Na Etiópia, a prevalência geral foi de 20%, sendo registrados sintomas urinários em 555 das 704 mulheres com distúrbios do assoalho pélvico (DAP). Entre indivíduos atendidos em serviços terciários por sintomas do trato urinário inferior (LUTS), a IU acometeu 87,2% das mulheres e 51,3% dos homens de uma amostra de 519 pacientes; nesse

grupo, 63% foram classificados como concordantes, 18% como alto incômodo e 19% como baixo incômodo.

A procura por assistência médica apresentou baixos índices nos diferentes cenários analisados. Na China, 10,7% das mulheres com IU e 7,61% das idosas com IUE não grave procuraram atendimento médico. Em uma coorte retrospectiva chinesa com 1.400 mulheres com IUE, 58% demoraram mais de seis meses para realizar a primeira consulta. Na Índia, apenas 7% das mulheres acometidas buscaram atendimento profissional. Na Turquia, entre 148 mulheres com IU leve a moderada, 18,2% buscaram cuidados de saúde. Na Hungria, 16,9% das 248 participantes com histórico de IU recorreram a atendimento médico. Na Dinamarca, observou-se ausência de procura médica em 76,3% dos casos de incontinência urinária de urgência (IUU), 70% na IUE e 64% na IU sem esforço ou urgência. Na Etiópia, a taxa global de procura por assistência foi de 32% (225/704), correspondendo a 40,3% entre mulheres com prolapso de órgãos pélvicos (POP), 25,9% entre aquelas com sintomas urinários isolados e 10,4% entre mulheres com incontinência anal. O atraso médio para busca de atendimento foi de três anos, sendo que 71% recorreram a serviços públicos de saúde e 15,5% à medicina tradicional. No Irã, 38,4% das mulheres sintomáticas procuraram atendimento, e 33,9% aguardaram entre um e cinco anos até a primeira consulta, direcionando-se inicialmente a ginecologistas em 58,3% dos casos e a urologistas em 10,9%. Nos EUA, apenas 13% das mulheres identificadas com sintomas de IU recebiam tratamento antes da triagem clínica, embora 6.578 demonstrassem interesse em opções terapêuticas.

Os modelos estatísticos identificaram associação entre maior gravidade clínica e maior procura por atendimento. Mulheres com perdas severas apresentaram 2,57 vezes mais chances de buscar assistência em comparação àquelas com perdas leves, com Odds Ratio (OR) de até 7,4 para severidade em alguns modelos multivariados. A necessidade de troca frequente de roupas foi relatada em 64,7% dos casos, enquanto o sintoma de urina molhar as roupas foi registrado em 67,86%. Na Etiópia, impacto grave na qualidade de vida aumentou em 40% a procura por atendimento (APR 1,4). Na China, o impacto na qualidade de vida elevou em 2,24 vezes a chance de procura por assistência. No Irã, cada aumento de uma unidade na escala de impacto na vida elevou a chance de busca em 4% (OR 1,04). Também foram registrados sofrimento emocional, impacto do

cheiro urinário na vida social em 50% dos casos, preocupação ou medo de piora da condição variando de 42,86% a 63,5%, e impacto nas práticas religiosas islâmicas em 66,8% dos pacientes da Arábia Saudita. Mulheres com maior conhecimento sobre IU apresentaram probabilidade 4,08 vezes maior de buscar atendimento profissional. A taxa de consulta foi maior em mulheres com incontinência urinária mista, alcançando 19% na China e 41% nos EUA, em comparação à IUE pura, com 8,3% na China e 27,5% nos EUA, e à IUU isolada, com 12,8% na China e 27,4% nos EUA.

Variáveis socioeconômicas e demográficas também foram avaliadas nos estudos. Maior renda, maior escolaridade, menor índice de massa corporal (IMC), vínculo empregatício, maior duração dos sintomas e autonomia para tomada de decisões sobre a própria saúde associaram-se à maior procura por atendimento. Na Etiópia, duração dos sintomas superior a cinco anos apresentou APR de 1,5, enquanto no Irã o aumento da duração dos sintomas apresentou OR de 1,07. A autonomia feminina aumentou a procura por assistência em cerca de 30% na Etiópia (APR 1,3). Na Dinamarca, aposentadoria por invalidez aumentou a probabilidade de consulta para IUE e IUU, enquanto maior escolaridade associou-se à menor procura para IUE. No Brasil, no estudo de Guarisi et al., idade, escolaridade, obesidade, paridade, menopausa e cirurgias prévias não demonstraram associação significativa com aumento do risco de IU. Na Tailândia, um vídeo educativo de animação de 4,5 minutos elevou a proficiência em conhecimento de 35,6% para 81,4% após três meses, resultando em 31,1% de busca por tratamento médico, em comparação a 14,7% no grupo de educação convencional. Na Arábia Saudita, 40,3% das pacientes procuraram assistência após a conversa ter sido iniciada pelo médico durante consultas de rotina, e 52,2% relataram preferência por especialista do mesmo sexo. Nos EUA, 50% das mulheres relataram desejo de receber orientações durante consultas de saúde.

As barreiras relatadas nos estudos incluíram vergonha, ansiedade, embaraço, evitação social, baixa autoestima e constrangimento social. Na Turquia, 59,5% das mulheres citaram barreiras emocionais ou culturais, incluindo relutância em consultar médicos do sexo masculino. Na Arábia Saudita, o medo de constrangimento social foi registrado em 61,4% dos casos. No Brasil, Mendonça et al. realizaram estudo transversal com abordagem qualitativa em 796 mulheres brasileiras e

identificaram, por análise lexical, que as palavras centrais associadas à IU foram “urina”, “vergonha”, “desconforto”, “dor”, “infecção” e “medo”. O estudo também registrou associação da condição com isolamento social, ansiedade e problemas na saúde sexual. Também foram relatadas crenças de que a IU seria consequência inevitável do envelhecimento ou do parto, percepção de sintomas pouco graves, expectativa de melhora espontânea, desconhecimento sobre opções terapêuticas e falta de informação sobre qual profissional procurar. Em um estudo húngaro, a proficiência em conhecimento sobre IU foi de 27,7%. Restrições financeiras, custos de transporte, dependência familiar, longas esperas, pouca capacitação profissional, fluxos complexos de encaminhamento e baixa disponibilidade de serviços especializados também foram descritos.

Entre as mulheres que receberam atendimento estruturado, 78,57% obtiveram recomendações formais de tratamento, incluindo treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) em 53,57%, eletroestimulação em 46,43% e mudanças no estilo de vida em 42,86%. Na Noruega, 37,3% das mulheres nunca haviam recebido tratamento formal. Embora 74,5% relatassem realizar exercícios para o assoalho pélvico regularmente, apenas 33% realizaram treinamento supervisionado por fisioterapeuta. Mais de 35% relataram nunca terem tido a capacidade de contração dos músculos do assoalho pélvico avaliada clinicamente, 37% não conseguiam interromper o jato urinário e 52% realizavam manobra de co-contração prévia ao esforço frequentemente, mas apenas 15,7% relataram percepção de auxílio do procedimento nos sintomas. Falta de motivação, desconhecimento da técnica correta, ausência de orientação profissional e descrença na eficácia do tratamento também foram relatados.

Quadro 1. Resumo dos artigos.

Referência (Autor; Ano)	País	Metodologia	Principais achados (se não se encaixar nos outros)	Prevalência de UI	Fatores preditores de procurar atendimento	Barreiras para a procura de atendimento	Conclusão dos autores
Haiyu Pang et al., 2025.	China	A análise incluiu 54.337 mulheres com idade igual ou superior a 20 anos. Os sintomas de Incontinência Urinária (IU) foram avaliados por meio da versão chinesa do International Conference on Incontinence Questionnaire Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-UI SF).	Embora 65,4% das mulheres tivessem uma atitude positiva (concordavam que deveriam procurar um médico), apenas 10,7% das que sofriam de IU efetivamente buscaram assistência profissional. Mulheres com alto nível de conhecimento sobre IU tiveram uma probabilidade 4,08 vezes maior (OR 4.08) de buscar atendimento em comparação àquelas com baixo conhecimento. A busca por ajuda foi significativamente maior em mulheres com IU Mista (19,0%) do que naquelas com IU de Esforço (8,3%) ou IU de Urgência (12,8%). Além disso, quem relatou um "grande impacto" na vida diária teve uma chance 2,24 vezes maior de procurar médico.	A prevalência de IU em mulheres adultas na China é de aproximadamente 16%. No estudo específico, a população com IU analisada foi de 9.975 mulheres de um total de 54.337.	Conhecimento sobre a IU (o fator mais significativo). Impacto geral da IU na qualidade de vida.	A idade atuou como uma barreira física ou psicológica no acesso aos cuidados. Fatores sociais e culturais, tais como, sentimentos de vergonha e constrangimento dificultaram a disposição das pacientes em buscar ajuda.	Embora a maioria das mulheres chinesas acredite que é necessário buscar ajuda médica para a IU, a taxa de procura real permanece muito baixa (10,7%). Os autores enfatizam que hospitais e instituições de saúde devem realizar campanhas de educação pública para disseminar conhecimento, aumentar a conscientização e reduzir o estigma associado à condição.
Komon et al., 2025.	Tailândia	As participantes com Incontinência Urinária (IU) foram divididas em dois grupos: um grupo de intervenção, que assistiu a um vídeo de animação educativa de 4,5 minutos sobre IU, e um grupo controle, que recebeu uma sessão de educação em saúde convencional. O conhecimento e o comportamento de busca por ajuda foram avaliados no início e após 3 meses.	No grupo que assistiu ao vídeo de animação, a taxa de "proficiência em conhecimento" subiu de 35,6% para 81,4% após 3 meses. No grupo controle (educação tradicional), o aumento foi irrelevante (36,7% para 42,4%). Após a intervenção, 31,1% das mulheres do grupo do vídeo buscaram tratamento médico real, comparado a apenas 14,7% no grupo controle (p < 0,001). A disposição para buscar ajuda no futuro (help-seeking intention) aumentou significativamente apenas no grupo da intervenção (de um escore de 13,22 para 14,35 em uma escala específica).	O estudo não foca na prevalência global na população geral, mas recrutou especificamente mulheres que já apresentavam sintomas de IU. Entretanto, o artigo cita na introdução que a IU é uma condição prevalente que afeta a qualidade de vida de muitas mulheres mundialmente.	O aumento do entendimento sobre a condição e os tratamentos disponíveis foi o principal motor para a busca por auxílio. O impacto na qualidade de vida e a percepção de que a IU não é uma parte normal do envelhecimento. A exposição a materiais educativos claros e culturalmente adaptados.	Falta de Conhecimento: Muitas mulheres acreditam que a IU é uma consequência inevitável do envelhecimento ou do parto. Estigma e Vergonha: Sentimentos de embaraço que impedem a discussão do problema com profissionais de saúde. Baixo Acesso a Informações: Dificuldade em compreender termos médicos complexos (especialmente em populações com menor nível de instrução).	O vídeo de animação educativa é uma ferramenta eficaz, de baixo custo e escalável para melhorar o conhecimento sobre a Incontinência Urinária e incentivar as mulheres a buscarem tratamento médico. Os autores recomendam a integração de tais ferramentas audiovisuais em programas de saúde pública para superar barreiras de comunicação e melhorar o autocuidado em mulheres com IU.
Rashidi Fakari et al., 2023.	Irã	Estudo realizado com 500 mulheres com Incontinência Urinária (IU) recrutadas em centros de saúde vinculados à Universidade de Ciências Médicas Shahid Beheshti, em Teerã. Foram utilizados questionários validados para avaliar o comportamento de busca por ajuda, o impacto na qualidade de vida (I-QOL) e a gravidade da IU (ICIQ-UI SF). A análise estatística utilizou regressão logística multivariada.	Apenas 38,4% (192 de 500) das mulheres com sintomas de IU buscaram atendimento médico. Entre as que buscaram ajuda, 33,9% esperaram entre 1 a 5 anos após o início dos sintomas para consultar um médico. A maioria das mulheres (58,3%) procurou inicialmente um ginecologista, enquanto apenas 10,9% procuraram um urologista. Houve uma correlação significativa entre a pontuação total de qualidade de vida e a busca por ajuda (p < 0,001). Para cada aumento de uma unidade na pontuação de impacto na vida, a chance de procurar atendimento aumentou em 4% (OR 1,04).	O estudo não mediu a prevalência na população geral (pois recrutou apenas mulheres que já tinham o diagnóstico ou sintomas), mas cita que a prevalência de IU no Irã, conforme estudos anteriores referenciados, varia entre 26% e 31%.	Gravidade: Mulheres com perda urinária severa tiveram 2,57 vezes mais chances de buscar ajuda do que aquelas com perda leve. Frequencia: Perdas urinárias mais frequentes (ex: uma vez ao dia ou mais) aumentaram significativamente a busca por atendimento. Duração dos Sintomas: Quanto maior o tempo convivendo com a condição, maior a probabilidade de busca (OR 1,07).	Normalização: A crença de que a IU é uma "parte natural do envelhecimento" ou uma consequência inevitável do parto. Fatores Culturais e Vergonha: Muitas mulheres consideram o assunto tabu ou sentem-se constrangidas em discutir sintomas urinários. Autogestão: Uso de estratégias paliativas (como protetores diários ou restrição de líquidos) em vez de tratamento médico.	A taxa de busca por atendimento para IU entre as mulheres iranianas é baixa. A decisão de procurar ajuda é motivada principalmente pela gravidade física dos sintomas e pelo impacto negativo na qualidade de vida, e não por uma atitude preventiva. Os autores sugerem que políticas de saúde pública devem focar em desmistificar a IU como algo normal da idade e treinar profissionais de saúde primária para questionar ativamente as pacientes sobre sintomas urinários.
Bø Kari et al., 2024	Noruega	Questionário realizado em 102 mulheres com idade idade ≥ 18 anos com queixa predominante de IU e/ou POP atendidas em um ambulatório ginecológico para coletar dados sobre TMAP atual e anterior e outros tratamentos em mulheres com IU e POP.	37,3% das participantes nunca haviam recebido nenhum tratamento para sua condição antes, embora 74,5% relatassem ter treinado os músculos do assoalho pélvico regularmente, apenas 33% treinaram com um fisioterapeuta, mais de 35% das mulheres relataram que sua capacidade de contrair os MAP não havia sido avaliada ou que não sabiam, 37% não conseguiam interromper o jato urinário, 52% relatavam realizar o "truque" frequentemente ou sempre, mas apenas 15,7% consideravam que ele ajudava a prevenir os sintomas e 6 das 11 operadas nunca haviam feito fisioterapia para o assoalho pélvico.	IU foi o sintoma mais predominante (tabela 1).	—	Falta de motivação, não saber como fazer o TMAP, não ter recebido orientação/recomendação e não acreditar que pudesse ajudar (razões para não ter feito TMAP antes). Além de falta de avaliação clínica adequada, baixa taxa de treinamento supervisionado e ausência de encaminhamento adequado.	Há necessidade de melhoria nos serviços de atenção primária à saúde para mulheres com predominância de IU e POP.
McKinney Jessica et al., 2022	Estados Unidos	Sintetizou achados de diretrizes de sociedades, declarações de posicionamento e literatura do PubMed em um infográfico para descrever os fatores de risco para IU feminina, as influências sobre a busca e a oferta de cuidados, o rastreamento, a avaliação e uma abordagem terapêutica passo a passo.	Recomenda-se rastreamento anual para mulheres a partir dos 18 anos com questionários validados, o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) tem nível I de evidência, o atendimento remoto é eficiente (exceto em suspeita de causa complicada) e tomada de decisão compartilhada deve ocorrer em todas as etapas .	Aproximadamente 50% das mulheres com idade >50 anos apresentam IU e mais de 20 milhões de mulheres nos EUA têm IU incômoda.	—	Paciente: constrangimento, falta de conhecimento sobre tratamento, percepção que os sintomas não são suficientemente graves e falta de vontade de abordar o assunto sem ser perguntado pelo seu PS. Sistema de saúde: restrições de tempo, prioridades concorrentes, força de trabalho de saúde insuficiente e barreiras socioculturais que limitam a acessibilidade dos pacientes aos serviços de saúde.	A IU feminina é altamente prevalente, mas o diagnóstico e o tratamento são subótimos. E, o infográfico é uma ferramenta útil para a educação de pacientes e para tomada de decisão compartilhada entre profissionais da saúde e suas pacientes mulheres.
Szatmári et al., 2023	Hungria	Técnica de amostragem por conveniência através de um questionário online autoaplicável (Microsoft Forms) divulgado por e-mail e mídias sociais (Facebook, Telegram, WhatsApp) para mulheres com 18 anos ou mais que soubessem ler e escrever húngaro. Foram incluídas 596 mulheres e avaliou conhecimento sobre IU e prolapso de órgãos pélvicos por meio do Prolapse and Incontinence Knowledge Questionnaire (PIKQ).	27,7% das participantes tinham proficiência no conhecimento sobre IU e 40,4% em prolapso de órgãos pélvicos. De 248 com histórico de IU, apenas 42 (16,9%) buscaram atendimento médico.	Das 587 que responderam, 248 participantes havia IU (42,2%).	Maior conhecimento sobre IU e maior gravidade dos sintomas.	Concepções errôneas e conhecimento inadequado, vergonha, constrangimento, falta de tempo, medo do médico ou da cirurgia, custos.	As mulheres húngaras tinham conhecimento limitado sobre incontinência urinária e prolapso de órgãos pélvicos. A procura por cuidados de saúde entre mulheres com incontinência urinária foi baixa.
Zhang, D., et al. 2023.	China	Entrevistas presenciais com 368 mulheres ≥60 anos com incontinência urinária de esforço não grave. Aplicação de questionários sociodemográficos, ICIQ-SF, I-QOL e questionário sobre procura por ajuda, com análise estatística pelo SPSS 25.0 e teste U de Mann–Whitney.	Das 28 mulheres que buscaram atendimento, 78,57% receberam recomendação de tratamento, principalmente treinamento dos músculos do assoalho pélvico (53,57%), eletroestimulação (46,43%) e mudanças no estilo de vida (42,86%). Mulheres que procuraram assistência apresentaram maior impacto psicossocial e mais limitações nas atividades diárias relacionadas à IU. A taxa de procura por atendimento em Pequim (7,61%) foi inferior à observada em países como Emirados Árabes Unidos, Alemanha e Reino Unido.	53,1% em mulheres ≥60 anos; 89,13% (328 de 368) com IUE leve e 10,87% (40 de 368) com IUE moderada.	Maior gravidade da IU, pior qualidade de vida, impacto psicossocial e em atividades diárias, urina molhar as roupas (67,86%), cheiro urinário afetando a vida social (50%), medo de piora da condição (42,86%) e desejo de receber orientações em consulta de saúde (50%).	A crença de que a IU faz parte do envelhecimento, expectativa de melhora espontânea e desconhecimento sobre opções de tratamento ou sobre qual profissional procurar dificultaram a busca por atendimento. Sentimentos de vergonha e constrangimento, e também custos financeiros e dificuldades de transporte atuaram como barreiras de acesso aos serviços de saúde.	Taxa de procura por atendimento entre mulheres idosas com IUE não grave foi baixa (7,61%). A maior gravidade dos sintomas e pior qualidade de vida estiveram associadas à busca por assistência médica. A crença de que a perda urinária faz parte do envelhecimento foi a principal barreira para a procura de tratamento. Os autores reforçam a importância da educação em saúde e do diagnóstico precoce para prevenir a progressão da doença.
Dheresa, M., et al. 2020.	China	Aplicação de questionários por entrevistadoras treinadas em 704 mulheres com sintomas de distúrbios do assoalho pélvico. Avaliação do comportamento de procura por atendimento, qualidade de vida (PFIQ-7) e fatores sociodemográficos, com análise estatística pelo STATA 14 e regressão de Poisson com variância robusta.	Entre as mulheres que procuraram atendimento, 71% buscaram serviços públicos de saúde e 15,5% recorreram à medicina tradicional. A procura por assistência foi maior em mulheres com prolapso de órgãos pélvicos (40,3%), seguida por sintomas urinários (25,9%) e incontinência anal (10,4%). Apenas 19,8% das participantes possuíam autonomia para decisões sobre a própria saúde, e 85% não tinham educação formal. Os distúrbios do assoalho pélvico estiveram associados a impacto físico, psicossocial e econômico importante, incluindo infecções urinárias, depressão, estigma social e atraso médio de três anos para busca por tratamento.	20% na população feminina do distrito de Kersa; entre as 704 mulheres com distúrbios do assoalho pélvico, 555 apresentavam sintomas urinários.	Impacto grave na qualidade de vida (80% maior procura por atendimento), autonomia para tomada de decisões sobre a própria saúde (30%), nível socioeconômico médio (40%), duração dos sintomas entre 1–5 anos (70%) e >5 anos (50%). Mulheres com prolapso de órgãos pélvicos apresentaram maior taxa de procura por atendimento (40,3%) em comparação às com sintomas urinários (25,9%) e incontinência anal (10,4%).	A crença de que a condição não possui tratamento, limitações financeiras e dificuldade de acesso aos serviços de saúde atuaram como importantes barreiras para a procura de atendimento. Fatores sociais e culturais, como vergonha, constrangimento, tabus relacionados aos distúrbios do assoalho pélvico e falta de autonomia feminina na tomada de decisões sobre a própria saúde, também dificultaram essa busca.	Apenas 32% das mulheres com distúrbios do assoalho pélvico procuraram atendimento. Pior impacto na qualidade de vida, maior duração dos sintomas, autonomia feminina e melhor condição socioeconômica estiveram associados à maior procura por assistência médica. Tabus culturais, desconhecimento sobre tratamentos e limitações financeiras foram as principais barreiras identificadas. Os autores destacam a necessidade de educação em saúde, ampliação do acesso ao tratamento e suporte financeiro para melhorar a procura por atendimento.

Quadro 1. Resumo dos artigos (continuação).

Referência (Autor; Ano)	País	Metodologia	Principais achados (se não se encaixar nos outros)	Prevalência de UI	Fatores preditores de procurar atendimento	Barreiras para a procura de atendimento	Conclusão dos autores
Alshehri, M., et al. 2025.	Arábia Saudita	Aplicação de questionário estruturado em 241 adultos com incontinência urinária atendidos em ambulatórios de urologia e uroginecologia. Avaliação de dados sociodemográficos, ICIQ-UI-SF e fatores motivadores para busca de tratamento, com análise estatística pelo SPSS 27 e regressão logística binária.	Entre os 241 pacientes com IU, 61% apresentavam doenças crônicas, principalmente diabetes e hipertensão. A perda urinária foi geralmente de pequeno volume (64,7%) e desencadeada por tosse ou espirro (55,2%). Menos da metade conhecia opções de tratamento, e 40,3% buscaram assistência após abordagem do médico durante consultas de rotina.	A prevalência de IUE variou entre 3,3%–50%. Apenas 28% das mulheres com IU procuraram atendimento médico.	Idade mais jovem, estado civil viúvo (AOR 8,37), nível socioeconômico intermediário, menor IMC, impacto nas práticas religiosas islâmicas (66,8%), troca frequente de roupas por perda urinária (64,7%), preocupação com piora da condição (63,5%), medo de constrangimento social (61,4%), acesso a especialista do mesmo sexo (52,2%) e conversa iniciada pelo médico durante consultas de rotina (40,3%). Frequência das perdas urinárias e necessidade de uso de absorventes/fraldas também estiveram associadas à maior procura por atendimento.	A normalização dos sintomas urinários, o desconhecimento sobre possibilidades de tratamento e a priorização de outras doenças dificultaram a procura por atendimento. Fatores sociais e culturais, como vergonha, constrangimento e relutância em consultar médicos do sexo masculino também reduziram a disposição das pacientes em buscar ajuda. Além disso, limitações financeiras e falta de informação sobre opções terapêuticas atuaram como barreiras ao acesso aos cuidados de saúde.	A procura por atendimento para IU foi influenciada por fatores físicos, emocionais, sociais e culturais. Sofrimento emocional, impacto nas atividades diárias e maior conscientização sobre a doença estiveram associados à busca por assistência médica. Os autores destacam que abordagens culturalmente sensíveis, maior educação em saúde e participação ativa dos profissionais ao questionar sintomas urinários durante consultas de rotina podem aumentar o diagnóstico precoce e o acesso ao tratamento.
Seda Yakit, H., et al. 2025.	Turquia	148 mulheres turcas com IU leve a moderada foram avaliadas. O processo foi conforme as diretrizes COMSMIN. Para a validade foi usado itens do estudo de El-Azab e Shaaban, que medem barreiras para buscar cuidados para incontinência, foram adaptados para este questionário autoaplicável (BICS-Q), e suas associações com o escore total.	As análises mostraram que a versão turca do BICS-Q possui alta consistência interna, com Alfa de Cronbach de 0,846. O questionário também apresentou alta confiabilidade teste-reteste, com coeficiente de correlação intraclasse de 0,854.	Prevalência de IU em mulheres é de 25% a 45%, aumentando com a idade. Apenas 18,2% (27 mulheres das 148) procuraram atendimento médico. Além disso, 50% das mulheres relatam vivenciar incontinência em algum momento da vida.	Só 27 mulheres das 148 procuraram atendimento médico. Níveis mais altos de renda, maior escolaridade e estar empregada reduzem significativamente as barreiras, facilitando a busca por cuidados.	Das 121 mulheres que não buscaram ajuda, 59,5% citaram barreiras emocionais ou culturais, 38% barreiras internas e 1,7% barreiras médicas. O constrangimento, as preocupações financeiras e as baixas expectativas com a consulta médica foram classificados como as barreiras mais importantes.	Este estudo demonstrou a aplicabilidade do BICS-Q turco tanto para fins de pesquisa clínicos, enfatizando seu papel na identificação de desigualdades em cuidados de saúde e na orientação de melhorias nas políticas para mulheres com IU, é uma ferramenta apropriada para avaliar barreiras na busca de cuidados para incontinência, que pode ser usada para impulsionar pesquisas e intervenções voltadas a superar essas barreiras na Turquia.
Dorte Ejg, P., et al. 2021.	Dinamarca	Baseado em questionário na web sobre a ocorrência de sintomas entre 51.090 mulheres selecionadas aleatoriamente. Este estudo investiga os sintomas relatados de três tipos de IU (IU de esforço, IU de urgência e IU sem esforço ou urgência) e barreiras relatadas para o contato com o médico de família combinadas com dados de registro sobre SES.	Mulheres mais jovens tinham maiores chances de relatar barreiras, e as barreiras de vergonha e preocupação com o que o médico poderia descobrir foram significativamente associadas a um nível educacional mais baixo.	Um total de 16,4% das mulheres (4.051) relatou incômodo por IU, sendo 9,1% por IU de esforço, 4,0% por urgência e 2,4% sem esforço ou urgência.	Receber aposentadoria por invalidez aumentou a probabilidade de consultar o médico para IU de esforço e urgência. Por outro lado, ter alta escolaridade associou-se a uma menor procura de atendimento para IU de esforço.	A maioria não contatou o médico (76,3% na urgência, 70% no esforço e 64% sem esforço/urgência). As barreiras mais frequentes foram constrangimento (19,3% no esforço e 19% na urgência) e falta de tempo (18,4% no esforço).	Mulheres com menor nível educacional têm um risco aumentado de não procurar atendimento médico para sintomas de IU. O médico de família deve estar ciente da necessidade de identificar mulheres incomodadas pela IU para as quais opções de tratamento eficazes para aliviar os sintomas estão disponíveis.
Fahimeh Rashidi, S., et al. 2021.	Irã (Teerã)	O estudo foi conduzido entre dezembro de 2018 e agosto de 2019 em Teerã, Irã. As participantes foram 34 mulheres com IU (idades entre 29 e 75 anos) selecionadas por meio de um método de amostragem intencional. A abordagem foi baseada no método de Graneheim e Lundman, e um software de gerenciamento de dados qualitativos foi utilizado para a análise.	A análise das entrevistas gerou 60 códigos classificados em dois grandes temas centrais (facilitador e inibidor), evidenciando que questões culturais, tabu sobre a área genital e atitudes de desrespeito no atendimento afetam a decisão das pacientes.	Prevalência média global de 27,6% em mulheres, enquanto a prevalência geral de IU especificamente entre as mulheres iranianas é elevada, chegando a 46%.	A redução da qualidade de vida (exaustão e agravamento dos sintomas) e o apoio positivo de pessoas importantes (encorajamento e relatos de tratamentos bem-sucedidos) estimularam a busca por ajuda dessas mulheres.	Falta de percepção da doença (achar que é do envelhecimento), vergonha (especialmente de exames com médicos homens), falta de apoio familiar/dependência financeira e falhas no sistema de saúde (altos custos e longas esperas).	Os autores sugeriram que os profissionais de saúde considerem um diálogo aberto com as pacientes e levem em conta suas crenças subjetivas e contexto de vida durante as consultas de rotina, a fim de facilitar o diagnóstico precoce da doença e, em última instância, levar a uma melhoria na qualidade de vida da mulher.
Luebke et al., 2024	EUA	Estudo de métodos mistos realizado em clínicas de atenção primária do Meio-Oeste dos EUA. Incluiu varredura ambiental em 21 clínicas, entrevistas qualitativas com profissionais e um estudo piloto com 15 pacientes com UI.	Muitas clínicas não possuíam ultrassom vesical funcional nem fisioterapia do assoalho pélvico disponível. Pacientes relataram pequenas melhoras dos sintomas após intervenções educativas.	Cerca de 50% das mulheres adultas apresentaram ao menos um episódio de UI.	Interesse em conversar com médico da APS, encaminhamento especializado e acesso a estratégias de autocuidado.	Falta de tempo nas consultas, pouca capacitação profissional, dificuldade de encaminhamento, custo e baixa disponibilidade de fisioterapia pélvica.	A simplificação do fluxo de atendimento da UI na atenção primária pode facilitar o diagnóstico e o tratamento inicial.
Luo et al., 2025	China	Coorte retrospectiva realizada em um hospital terciário no sudoeste da China entre 2019 e 2023. Foram analisados prontuários de 1.400 mulheres adultas com incontinência urinária de esforço.	58% das mulheres demoraram mais de 6 meses para procurar atendimento médico. Fatores psicossociais tiveram forte relação com o atraso na busca por ajuda.	Meta-análise chinesa citada encontrou prevalência de 24,5% de IUE em mulheres.	Maior escolaridade, tratamento conservador prévio e baixa autoestima, baixa escolaridade e percepção de que a condição era "normal".	Vergonha, ansiedade, evitação social, baixa autoestima, baixa escolaridade e percepção de que a condição era "normal".	Fatores clínicos e psicossociais influenciam significativamente o atraso na procura de atendimento, sendo importante identificar precocemente mulheres de maior risco.
Sharma, K.; Khandhedia, P.; Dave, V. R. 2022	Índia	Estudo de método misto, quantitativo e qualitativo, realizado em favelas urbanas de Ahmedabad. Incluiu 476 mulheres ≥45 anos. Usou questionário baseado no ICIQ-UI SF e grupos focais com mulheres com IU.	Das 476 participantes, 143 tinham incontinência urinária. A IU mista foi o tipo mais comum. Houve associação significativa com idade, estado civil, classe socioeconômica, paridade ≥3, histórico de aborto e episódios de ITU no último ano. Apenas 7% das mulheres com IU procuraram médico.	30,04% — 143 de 476 mulheres	O artigo não avaliou diretamente preditores estatísticos de procurar atendimento. Apenas descreveu que 10 mulheres, ou 7%, consultaram médico.	Achar que resolveria sozinha; acreditar que é fenômeno normal da idade; vergonha de falar com médicos homens ou familiares; motivos financeiros; dependência de filhos/marido para ir ao hospital.	A prevalência de IU foi alta entre mulheres ≥45 anos em área urbana vulnerável. A maioria nunca procurou atendimento, principalmente por mitos, vergonha e normalização do problema. Os autores reforçam a necessidade de educação em saúde, diagnóstico e encaminhamento adequado.
Dheresa, M.; Worku, A.; Oljira, L.; Mengistie, B.; Assefa, N.; Berhane, Y. 2020	Etiópia	Estudo transversal comunitário realizado entre agosto e setembro de 2016 com 704 mulheres casadas que apresentavam distúrbios do assoalho pélvico (PFDs). Dados coletados por entrevista estruturada. Foi utilizada regressão de Poisson robusta para identificar fatores associados à procura de atendimento.	Apenas 225 mulheres procuraram atendimento. Mulheres com prolapso de órgão pélvico procuraram mais assistência do que aquelas com sintomas urinários. A maioria buscou serviços públicos. Melhor condição econômica, autonomia para decidir sobre a própria saúde, maior duração dos sintomas e maior impacto na qualidade de vida aumentaram a procura por atendimento.	32% das mulheres com PFD procuraram atendimento (225 de 704). Entre sintomas urinários, 25,9% buscaram atendimento.	Classe econômica intermediária (APR 1,4); autonomia para decidir sobre a própria saúde (APR 1,3); sintomas há mais de 5 anos (APR 1,5); impacto severo na qualidade de vida (APR 1,4).	Acreditar que o problema não tem tratamento; incapacidade financeira para pagar tratamento; vergonha de expor o problema; dificuldade de acesso aos serviços; comportamento inadequado de profissionais de saúde; ausência de profissionais mulheres.	Grande parte das mulheres com distúrbios do assoalho pélvico não procura assistência médica. Barreiras culturais, econômicas e falta de informação dificultam o cuidado. Os autores defendem intervenções educativas, fortalecimento do acesso aos serviços e empoderamento feminino para melhorar a busca por atendimento.
Bernard T. Haylen, et al., 2009	Austrália, Reino Unido, EUA, Bélgica, Alemanha, etc.	Trata-se de um relatório de consenso elaborado por comitês da IUGA e da ICS. O grupo realizou 15 rodadas de revisão rigorosa (interna e externa) para aprovar as definições de forma coletiva.	O documento estabeleceu uma terminologia padronizada focada exclusivamente na mulher, englobando mais de 250 definições clínicas para sintomas, sinais, diagnósticos e exames de imagem.	Como o estudo não avalia a população geral, não há dados exatos de prevalência global. Apenas menciona que a incontinência de esforço ocorre em até 72% das pacientes que chegam para avaliação inicial.	-	-	Os autores concluem que este relatório de terminologia baseada em consenso será um grande auxílio para a prática clínica diária e um forte estímulo para padronizar pesquisas futuras.
Telma Guarisia, et al., 2001	Brasil (Campinas-SP)	Estudo de corte transversal (inquérito populacional domiciliar) que aplicou questionários estruturados em 456 mulheres com idades entre 45 e 60 anos.	Nenhum dos fatores estudados (idade, escolaridade, obesidade, paridade, menopausa ou cirurgias) demonstrou aumentar significativamente o risco de ter a doença.	A prevalência de incontinência urinária de esforço foi de 35% entre as entrevistadas (sendo 10,7% com perda contínua e 24,3% esporádica).	-	-	Embora a ocorrência de incontinência urinária seja alta no climatério (35%), ela não apresentou associação com os fatores socioeconômicos e reprodutivos abordados.
Manuela de Mendonça, et al., 2025	Brasil	Estudo transversal focado em abordagem qualitativa que aplicou questionários online em 796 mulheres brasileiras. Utilizou-se análise lexical de palavras associadas à doença usando os softwares EVOC 2000 e IRAMUTEQ.	As palavras centrais utilizadas pelas mulheres para representar a IU foram "urina", "vergonha", "desconforto", "dor", "infecção" e "medo". Além do dano físico, a condição liga-se fortemente a isolamento social, ansiedade e problemas na saúde sexual.	O estudo se baseia na literatura global para afirmar que a IU afeta entre 20% e 45% das mulheres, dependendo do grupo e critério diagnóstico.	O estudo não focou nos facilitadores que levam ao tratamento, investigando apenas as emoções e significados associados à condição.	O estigma social, a vergonha, o medo de julgamento profissional e a normalização cultural de que a IU é uma consequência "inevitável" do envelhecimento ou da maternidade impedem a busca por tratamento.	A incontinência urinária afeta múltiplos aspectos da vida das mulheres, impondo representações negativas nas esferas física e emocional. Há uma urgência em desestigmatizar a doença e promover um cuidado mais integral e humanizado.

Discussão

A análise dos estudos selecionados para esta revisão narrativa revela um panorama epidemiológico crítico: embora a Incontinência Urinária apresente prevalência elevada em diversas populações, a taxa de procura por auxílio profissional se mantém baixa, variando entre 7% e 12% (12,14,22,23). Este subdiagnóstico ganha contornos específicos na população brasileira em fase de transição hormonal, na qual inquéritos populacionais domiciliares apontam que a prevalência de queixas urinárias pode ser expressiva entre mulheres climatéricas, o que correlaciona-se diretamente a fatores de risco como a multiparidade e o próprio envelhecimento biológico (16). Esse cenário de subdiagnóstico é representado por uma brecha temporal significativa entre o início das manifestações e a primeira consulta médica 20,24. Tal demora é o principal determinante para que o resultado no primeiro atendimento médico seja a presença de sintomas já em estágio severo, o que reduz a eficácia de tratamentos conservadores e eleva a necessidade de intervenções mais invasivas e custosas (5,9,20).

O comportamento na busca por ajuda é predominantemente impulsado pela gravidade e não pela prevenção, conforme foi evidenciado na correlação direta entre a severidade física e a probabilidade de consulta (7,8,20,26). De acordo com os critérios estabelecidos pelo relatório conjunto da IUGA e da ICS, a correta organização dos sintomas baseada em termos objetivos, diferenciando perdas ao esforço físico daquelas associadas à urgência miccional, é crucial, uma vez que a diferença na manifestação clínica dita o começo da tolerância da paciente (17). Este padrão na procura por ajuda indica que a barreira do silêncio só é rompida quando a patologia atinge um limite de tolerância física ou social (3,7,12,20).

Essa demora na busca por atendimento pode ser considerada profundamente influenciada por fatores de risco psicossociais, sendo a mais prevalente a normalização dos sintomas como parte inevitável do envelhecimento ou do parto (10,15,25). Essa percepção errônea é intensificada por barreiras culturais, vergonha e estigma, impedindo o relato dos sintomas até mesmo durante consultas de rotina (10,11,15). No contexto sócio-histórico das mulheres brasileiras, esse momento de ocultar o problema reflete na estrutura das representações sociais das pacientes, que frequentemente recorrem a estratégias silenciosas

e passivas de autogestão, tais como o uso contínuo de protetores diários de calcinha e a restrição voluntária de ingesta de líquidos para mascarar socialmente a perda de urina e assim postergar o confronto clínico da condição (10). Além disso, o baixo nível de conhecimento da população geral sobre a condição acaba atuando como uma barreira direta; observa-se que mulheres com alto nível de informação apresentam uma probabilidade maior de buscar atendimento profissional (8,22).

O impacto dessa demora na assistência médica se reflete na progressão da doença e na deterioração da qualidade de vida (3,4,13). A IU não tratada evolui para quadros de maior complexidade, como a IU mista, que apresenta maior taxa de consulta em comparação a IU de esforço isolada 23. O desfecho clínico negativo incluiu não apenas a piora da disfunção, mas também o surgimento de comorbidades secundárias, como a depressão, ansiedade, vergonha, falta de apoio familiar, dependência financeira, falhas no sistema de saúde e isolamento social, criando um ciclo onde a exaustão emocional se torna tanto uma consequência quanto um motivador para o prolongamento na busca de ajuda (3,12,13,24,25). Esse ciclo é agravado por barreiras institucionais e operacionais do próprio serviço de saude, incluindo a escassez de profissionais do sexo feminino nas equipes de triagem e o acolhimento inadequado, fatores que pontencializam o constrangimento e reforçam o distanciamento das mulheres ao cuidado adequado (10,15,19,25).

Diante desta situação, as estratégias de intervenção deveriam ser focadas na quebra do ciclo de desinformação. Ferramentas audiovisuais educativas, como vídeos de animação de baixo custo, se mostraram extremamente eficazes (18). Tais estratégias facilitam a busca por médicos e desmistificam a ideia que a perda urinária é intratável, incentivando a busca precoce e o autocuidado (18,21).

Os estudos também reforçam a necessidade de estratégias de rastreamento ativo na atenção primária, especialmente para mulheres a partir dos 18 anos ou na pós-menopausa (11,21). Dados indicam que cerca de 40,3% das mulheres aceitam o atendimento quando o médico inicia a conversa proativamente durante as consultas de rotina (11,23). A implementação de questionários validados e simplificados, como o BICS-Q, permitiu identificar barreiras emocionais e financeiras, facilitando o diagnóstico precoce e a orientações adequadas antes que a progressão

da doença exija tratamentos cirúrgicos, que muitas vezes são realizados sem preparo prévio da musculatura pélvica (11,19,28).

As limitações do presente estudo também devem ser consideradas na análise das evidências. Destaca-se a heterogeneidade metodológica dos estudos encontrados e seus desenhos predominantemente observacionais, além das diferenças culturais inerentes entre os países analisados. Ainda, considerando o método de avaliação de grau de doença da maioria dos estudos, pondera-se a possibilidade de viés de autorrelato.

Dessa forma, as evidências sugerem que o enfrentamento da incontinência urinária feminina requer que o sistema de saúde deixe de ser reativo e passe a ser proativo. É necessário incentivar as mulheres com conhecimento e assegurar que o profissional de saúde esteja apto para realizar o diagnóstico precoce, utilizando ferramentas de rastreio e educação em saúde (1,11,21). Torna-se claro, nesse cenário, a importância da atenção primária como acesso inicial das pacientes ao diagnóstico, atuando ativamente na educação de mulheres na perimenopausa, triagem em consultas de prevenção primária e direcionamento efetivo ao tratamento especializado (1,2,19).

A presente revisão narrativa evidenciou que a incontinência urinária feminina permanece como um importante problema de saúde pública, apresentando elevada prevalência e impacto significativo na qualidade de vida, saúde mental, convívio social e bem-estar sexual das mulheres. Apesar da disponibilidade de métodos diagnósticos e terapêuticos eficazes, os estudos analisados demonstraram baixa procura por atendimento profissional, favorecendo o subdiagnóstico, o atraso terapêutico e a progressão dos sintomas.

Conclusão

Os dados apresentados demonstraram que os fatores associados à demora na busca por assistência são multifatoriais, envolvendo principalmente a normalização da perda urinária como consequência natural do envelhecimento, da gestação e do parto, além de sentimentos de vergonha, constrangimento e estigma relacionados à condição. Também foram identificadas barreiras estruturais importantes, como dificuldades de acesso aos serviços de saúde, limitações financeiras, falhas nos sistemas

de encaminhamento e ausência de abordagem proativa dos sintomas durante as consultas de rotina. Dessa forma, muitas mulheres procuram atendimento apenas em estágios mais avançados da doença, quando os sintomas apresentam maior gravidade e impacto funcional.

Além das repercussões físicas, a permanência da incontinência urinária sem tratamento adequado mostrou-se associada à piora progressiva da doença e ao desenvolvimento de alterações emocionais relevantes. Os estudos também evidenciaram que o atraso no diagnóstico reduz a efetividade das medidas conservadoras, aumentando a necessidade de intervenções mais complexas e invasivas.

As evidências encontradas reforçam a importância clínica da educação em saúde, do rastreamento precoce e da atuação proativa dos profissionais da atenção primária na identificação dos sintomas urinários. Estratégias educativas, especialmente recursos audiovisuais e instrumentos de rastreamento validados, mostraram resultados positivos na

ampliação do conhecimento sobre a condição e no incentivo à busca precoce por tratamento. Dessa forma, o fortalecimento de ações preventivas e de acolhimento pode contribuir para o diagnóstico precoce, melhora da adesão terapêutica e redução do impacto da incontinência urinária na qualidade de vida das pacientes.

Referências

1. Benício CDAV, Luz MHBA, Lopes MHBM, Carvalho NAR. Incontinência urinária: prevalência e fatores de risco em mulheres em uma unidade básica de saúde. Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy. 2016;14(4):161-8. doi:10.5327/Z1806-3144201600040002.

2. Silva CHM, Laranjeira CLS, Paula LB. Manual SOGIMIG – uroginecologia [e-book]. Rio de Janeiro: MedBook; 2018. p. 99.

3. Rosa L, Zanini MTB, Zimermmam KCG, Ghisi MG, Policarpo CM, Dagostin VS, et al. Impacto no cotidiano de mulheres com incontinência urinária. Revista de Enfermagem da UFPI. 2017;6(3):63-71. doi:10.5327/Z1806-3144201700030003.

4. Santin ACW, Jorge LB, Arruda LKA, Seleme MR, Latorre GFS. Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida sexual da mulher. Femina. 2016;44(4):270-5.

5. Pedro AF, Ribeiro J, Solder ZASG, Bugdan AP. Qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas. 2011;7(2):63-70.

6. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin no. 155: urinary incontinence in women. Obstetrics & Gynecology. 2015;126(5):e66-81. doi:10.1097/AOG.0000000000001148.

7. Agochukwu-Mmonu N, et al. Discrepancies between patient-reported symptom severity and bother in lower urinary tract symptoms. Neurourology and Urodynamics. 2020;39(6):1718-26.

8. Alshehri M, et al. Factors motivating health-seeking behavior among women with urinary incontinence in Saudi Arabia. International Urogynecology Journal. 2025;36(2):115-24.

9. Bø K, et al. Pelvic floor muscle training and other treatments for urinary incontinence and pelvic organ prolapse: a survey in a gynecological outpatient clinic. International Urogynecology Journal. 2024;35(4):501-9.

10. Coelho MMF, et al. Structural analysis of women's social representations of urinary incontinence. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2025;59:e20240433.

11. Collins SA, et al. Impact of universal screening implementation on time to diagnosis and specialist referral for female urinary incontinence. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2026;234(1):45-53.

12. Dheresa M, et al. Help-seeking behavior and associated factors among women with pelvic floor disorders in Kersa District, Eastern Ethiopia. BMC Women's Health. 2020;20(1):182-91.

13. Dheresa-Worku M, et al. Pelvic floor disorders and its impact on quality of life of married women in eastern Ethiopia. BMC Women's Health. 2020;20(1):250-9.

14. Dorte EJG P, et al. Barriers to consulting a general practitioner for urinary incontinence among Danish women: a web-based cross-sectional study. Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2021;39(3):289-98.

15. El-Azab AS, Shaaban OM. Measuring barriers to seek care for urinary incontinence among Egyptian women. Neurourology and Urodynamics. 2018;37(2):765-72.

16. Guarisi T, et al. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. Revista de Saúde Pública. 2001;35(5):428-35.

17. Haylen BT, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. International

Urogynecology Journal. 2010;21(1):5-26.

18. Komon T, et al. Effectiveness of a low-cost educational animation video on help-seeking behavior and knowledge regarding urinary incontinence among Thai women: a randomized controlled trial. International Journal of Nursing Studies. 2025;161:e104600.

19. Luebke M, et al. Barriers and facilitators to managing urinary incontinence in primary care clinics: a mixed-methods environmental scan. BMC Health Services Research. 2024;24(1):112-21.

20. Luo X, et al. Clinical and psychosocial factors associated with delay in seeking medical care among women with stress urinary incontinence: a retrospective cohort study. Journal of Advanced Nursing. 2025;81(3):654-63.

21. McKinney J, et al. Female urinary incontinence: a clinical infographic guide for risk assessment, screening, and stepwise conservative management. Journal of Women's Health Physical Therapy. 2022;46(3):142-51.

22. Pang H, et al. Knowledge, attitude, and help-seeking behavior regarding urinary incontinence among adult women in China: a multicenter cross-sectional study. International Urogynecology Journal. 2025;36(1):89-98.

23. Pedersen LS, et al. Help-seeking behavior and consultation rates among women with urinary incontinence in Germany and Denmark. Neurourology and Urodynamics. 2017;36(6):1590-8.

24. Rashidi Fakari F, et al. Help-seeking behavior, time delay and associated factors among Iranian women with urinary incontinence symptoms. BMC Urology. 2023;23(1):112-20.

25. Rashidi FS, et al. Facilitators and inhibitors of help-seeking behaviors in Iranian women with urinary incontinence: a qualitative study. Journal of Qualitative Research in Health Sciences. 2021;10(4):241-50.

26. Sharma K, Khandhedia P, Dave VR. Prevalence and help-seeking behavior for urinary incontinence among women aged 45 years and older in urban slums of Ahmedabad, India: a mixed-methods study. Journal of Family Medicine and Primary Care. 2022;11(9):5432-40.

27. Szatmári O, et al. Knowledge and help-seeking behavior regarding urinary incontinence and pelvic organ prolapse among Hungarian women: an online cross-sectional survey. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2023;288:114-21.

28. Yakit SH, et al. Validity and reliability of the Turkish version of the Barriers to Incontinence Care-seeking Questionnaire (BICS-Q). Neurourology and Urodynamics. 2025;44(2):302-11.