

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

MARCOS EDUARDO PORTO MELLO

REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS E FAMILIARES DA INCONTINÊNCIA
URINÁRIA FEMININA

Rio de Janeiro
2010

MARCOS EDUARDO PORTO MELLO

REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS E FAMILIARES DA INCONTINÊNCIA
URINÁRIA FEMININA

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Universidade Estácio de Sá, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador:

Prof. Dr. Luiz Guilherme Pessoa da Silva

Rio de Janeiro

2010

MARCOS EDUARDO PORTO MELLO

REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS E FAMILIARES DA INCONTINÊNCIA
URINÁRIA FEMININA

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa
de Pós-Graduação em Saúde da Família,
Universidade Estácio de Sá, como parte dos
requisitos para a obtenção do título de Mestre em
Saúde da Família

Aprovada em

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Guilherme Pessoa da Silva
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Mario Gáspare Gidordano
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Haroldo José de Matos
Universidade Estácio de Sá

Dedico este trabalho ao meu amado filho Pedro, que foi um presente de Deus nesta caminhada. À minha esposa Carolina, meu grande amor, companheira de tantas caminhadas, que me deu apoio e incentivo nas horas difíceis. Aos meus pais que são os pilares de minha educação, meu muito obrigado.

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por minha saúde.

À minha família pela força e amor para que eu terminasse este trabalho.

Ao orientador, Prof. Dr. Luiz Guilherme Pessoa da Silva, meu mestre e amigo, pelas incontáveis horas despendidas comigo e por suas preciosas sugestões e orientações. As pequenas palavras de agradecimento não são capazes de exprimir minha extrema gratidão.

Ao Professor e amigo Renato Ferrari pelos ensinamentos, amizade e constante presença, especialmente no momento de tamanha importância, o nascimento do meu filho Pedro.

Ao Professor Ricardo Oliveira e Silva pelo exemplo de vida, e por seus ensinamentos constantes

Aos colegas do Serviço de Ginecologia da Associação Pro Matre, em especial ao Professor Dr. Mario Vicente Giordano, Professora Dra. Michele Lopes Pedrosa, Professora Dra. Ana Teresa Derraik Barbosa, Professora Dra. Maria Jose Maisonnette e Dra. Janaína Henriques Sobrinho Ribeiro pela ajuda inestimável, disponibilizando tempo para me dedicar a esse projeto.

A Sra. Marcia Cristina dos Santos, secretária da divisão médica da Associação Pro Matre pela disponibilidade e paciência sempre presentes.

À direção e aos funcionários da Associação Pro Matre e Hospital dos Servidores do Estado, onde me foi permitido o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos Professores do curso de Mestrado em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá, pelos conhecimentos adquiridos.

Aos colegas Professores da Faculdade de Medicina da Universidade Estácio de Sá pelo estímulo e companheirismo.

Aos colegas de mestrado, pois compartilhamos as angústias e felicidades desta caminhada.

A Sra. Aline Luna, secretária da pós-graduação por sua paciência e presteza durante estes longos anos.

Ao Sr. Julio Diniz Dias Rodrigues por sua amizade e ajuda nas horas difíceis.

As muitas pacientes anônimas que durante nossa vida profissional tivemos a oportunidade de ajudar com nosso estudo e experiência, e principalmente aquelas que não tivemos a mesma felicidade de ajudar apesar da mesma dedicação e cuidado, pois elas nos estimulam a manter o espírito crítico.

A todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para a realização deste trabalho.

Epígrafe

“... Os homens perdem a saúde para juntar dinheiro, depois perdem o dinheiro para recuperar a saúde, e por pensarem ansiosamente no futuro esquecem-se do presente de forma que acabam por não viver nem no presente nem no futuro.

Vivem como se nunca fossem morrer... e morrem como se nunca tivessem vivido.”

Dalai Lama

RESUMO

Objetivo: O estudo visa avaliar a qualidade de vida em pacientes do sexo feminino com incontinência urinária e a possibilidade de associação com variáveis clínico-epidemiológicas que poderiam influenciar a percepção de qualidade de vida.

Material e Método: Através de estudo descritivo, observacional do tipo transversal, foram analisados dados de entrevistas, obtidos de 203 questionários estruturados e validados para o português (King's Health Questionnaire), aplicados no Ambulatório de Uroginecologia da Associação Pro Matre e Hospital dos Servidores do Estado, no Município do Rio de Janeiro, no período de março de 2008 a agosto de 2009.

Resultados: A idade variou de 27 e 87 anos, com média de $54,8 \pm 12,2$ anos. A escolaridade variou de 0 a 17 anos de estudo com média de $7,8 \pm 3,2$ anos. O relato de menopausa, esteve presente em 65% das respondentes, com variação de 0 e 31 anos, média de $8,3 \pm 9,2$ anos e 96,6% já passou pela experiência do parto. Foi observado que 42,4% das mulheres relataram como regular seu estado de saúde e o restante distribuiu-se de maneira equivalente entre as opções boa/muito boa (28,5%) e ruim/muito ruim (29,1%). Em relação à intensidade em que a incontinência urinária afeta suas vidas, 72,9% classificou-a entre moderada e intensa e 27,1% das mulheres negaram tamanha interferência (Nem um pouco/Um pouco). Na avaliação da intensidade da influência negativa sobre qualidade de vida causada pelos sintomas do trato urinário (opção muito), aqueles que mais se destacaram foram a urgência miccional (64,6%), seguido da frequência urinária (61,4%), urge-incontinência (55,1%), noctúria (51,3%) e incontinência urinária de esforço (46%). A distribuição dos escores dos diversos domínios do questionário KHQ estratificados em quartis, valorizando a concentração dos escores no terceiro e quarto quartis, o domínio "Medidas de Gravidade" concentrou 74% dos escores nos referidos quartis. O Domínio "Impacto do Problema Urinário" 73%, o Domínio "Percepção do Estado Geral de Saúde" 72%, o Domínio "Limitação Física" 71%, o Domínio "Limitação das Atividades Diárias" 63%, o domínio "Emoções" 50%, o Domínio "Sono/Energia" 44%, o Domínio "Limitação Social" 41% e o Domínio "Relações pessoais" 40%. No tocante a associação entre as variáveis de natureza clínico-epidemiológicas e as dimensões do questionário KHQ, observa-se que as pacientes mais jovens (<50 anos) têm melhor Percepção do Estado Geral de Saúde, do que as mais idosas; A escolaridade (> 9 anos) esteve associada a uma percepção de menor Limitação Física; tanto as pacientes com comorbidade clínica, como as com idade > 50 anos e as pacientes na menopausa perceberam menor comprometimento dos Relacionamentos Pessoais e por fim as pacientes com idade > 50 anos e na menopausa perceberam menor comprometimento no que se refere às medidas de gravidade. As demais variáveis não influenciaram significativamente os escores dos diversos domínios.

Conclusões: Os dados permitem concluir que a Incontinência Urinária causa expressivo impacto negativo sobre a qualidade de vida. Causa comprometimento das atividades físicas e sociais, além de também ser responsável por vultosos gastos diretos e indiretos. Devido a sua pouca visibilidade, cursa silenciosamente minando a saúde da população feminina e não ocupando espaço nos programas de atenção a saúde da mulher.

Palavras-chave: 1. Incontinência Urinária 2. Qualidade de vida 3. Mulheres

ABSTRACT

Objective: The aim of study was to measure the impact of urinary incontinence (UI) on women's health related quality of life (HRQoL) and to access the influence of clinical-epidemiological variables on the domains scores of the King's Health questionnaire. **Material and method:** Through an observatory, cross-sectional study, a total of 203 patients were submitted to the (HRQoL) questionnaire in an Urogynecology Ambulatory at Pro Matre Association and Servidores do Estado Hospital in Rio de Janeiro, from March 2008 to August 2009. **Result:** Age ranged from 27 to 87 yr, mean $54,8 \pm 12,2$ yr. Scholaryty ranged from 0 a 17yr, mean $7,8 \pm 3,2$ yr. Menopause was present in 65% of women, ranged from 0 to 31 yr, mean $8,3 \pm 9,2$ yr and 96,6% has experienced delivery. It was observed that 42,2% of women self-reported his health state as regular, 28,5% as good/very good and 29,1% as poor/very poor. Analyzing how much UI affect their lives, 72,9% of respondents ranged from moderately to a lot and 27,1% reported as not at all/a little. Analyzing the intensity of negative interference of urinary tract symptoms on quality of life (option: a lot), the most bothersome were: urgency (64,6%), increased urinary frequency (61,4%), urge urinary incontinence (55,1%), nocturnal enuresis (51,3%) and stress urinary incontinence (46%). The domains scores were stratified into quartiles, and highlighted the frequency of values in the third and fourth quartiles together. The "Severity Measures" domain concentrated 74% of score values into this two quartiles, the "Incontinence Impact" domain concentrated 73%, the domain "General Health Perception" concentrated 72%, the domain "Physical limitations" concentrated 71%, the domain "Role limitations" concentrated 63%, the domain "Emotions" concentrated 50%, the domain "Sleep/energy" concentrated 44%, the domain "Social limitations" concentrated 41%, the domain "Personal relationships" concentrated 40%. The analysis of the association between clinical-epidemiological variables and the domains scores of the questionnaire showed that youngest patients (<50 yr) had a better perception of general health status than older ones; a better scholaryty (> 9yr) was associated with a perception of less physical limitation; patient groups in menopause, over 50yr and that with at least one clinical comorbidity were associated with the same perception of less impairment of personal relationships; and patient groups in menopause and that over 50yr were associated with the lower score values on Severity Measures domain. All other variables weren't associated with differences between domain scores. **Conclusions:** It was concluded that urinary incontinence causes significant negative impact on quality of life. Causes impairment of physical and social activities, and is also responsible for bulky direct and indirect costs. Because of its low visibility, cruises quietly undermining the health of women and not taking up space in the programs of attention to women's health.

Key-words: 1. Urinary Incontinence. 2. Quality of Life. 3. Women

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	DISTRIBUIÇÃO DOS POSSÍVEIS VALORES DOS ESCORES DOS DOMÍNIOS DO KHQ DE ACORDO COM OS QUARTIS E CATEGORIZAÇÕES	45
TABELA 2	DISTRIBUIÇÃO DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES SEGUNDO OS INDICADORES, MEDIDAS E RESPOSTAS	45
TABELA 3	DISTRIBUIÇÃO DA CASUÍSTICA SEGUNDO CARACTERÍSTICAS DE NATUREZA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS.	50
TABELA 4	DISTRIBUIÇÃO DAS COMORBIDADES SEGUNDO SUAS PREVALÊNCIAS.	51
TABELA 5	DISTRIBUIÇÃO DA CASUÍSTICA SEGUNDO AUTO-AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE.	52
TABELA 6	DISTRIBUIÇÃO DA CASUÍSTICA SEGUNDO IMPACTO DO PROBLEMA URINÁRIO	52
TABELA 7	INFLUÊNCIA DOS SINTOMAS URINÁRIOS ASSOCIADOS À INCONTINÊNCIA URINÁRIA SOBRE A QUALIDADE DE VIDA	53
TABELA 8	DISTRIBUIÇÃO DOS ESCORES DOS DIVERSOS DOMÍNIOS DO KHQ ESTRATIFICADOS EM QUARTIS – ANÁLISE DE 203 CASOS	56
TABELA 9	ASSOCIAÇÃO ENTRE AS DIVERSAS DIMENSÕES DA QUALIDADE DE VIDA NAS PACIENTES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA E AS VARIÁVEIS DE NATUREZA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS - ANÁLISE DE 203 CASOS.	58
TABELA 10	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS MULHERES SEGUNDO A INTERFERÊNCIA DOS SINTOMAS URINÁRIOS NA QV	48

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	ALGORÍTMO DE DESENHO DO ESTUDO	42
FIGURA 2	CONCENTRAÇÃO DAS RESPOSTAS ENTRE O TERCEIRO E QUARTO QUÁRTIS ANALISADAS POR DOMÍNIOS	55

LISTA DE SIGLAS

ICS	International Continence Society
IMC	Índice de Massa Corpórea
IU	Incontinência Urinária
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
IUM	Incontinência Urinária Mista
IUU	Incontinência Urinária de Urgência
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	JUSTIFICATIVA	16
3	OBJETIVOS	18
3.1	OBJETIVO GERAL	18
3.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS	18
4	REFERENCIAL TEÓRICO	19
4.1	O SISTEMA DE CONTINÊNCIA URINÁRIA E SEUS INIMIGOS NATURAIS	23
4.2	QUALIDADE DE VIDA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA	28
5	METODOLOGIA	40
5.1	CAMPO DE PESQUISA	40
5.2	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	41
5.3	SELEÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO	41
5.4	FONTES DE INFORMAÇÃO	43
5.5	INSTRUMENTO DE PESQUISA	43
5.6	VARIÁVEIS INDEPENDENTES	45
5.7	DEFINIÇÕES DOS PRINCIPAIS SINTOMAS DO TRATO URINÁRIO BAIXO	46
5.8	MÉTODO DE AVALIAÇÃO	47
5.9	CONSIDERAÇÕES DE NATUREZA ÉTICA	48
6	RESULTADOS	50
7	DISCUSSÃO	59
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
9	REFERÊNCIAS	72
	ANEXO 1	84
	ANEXO 2	87

1. INTRODUÇÃO

A Incontinência urinária (IU) é uma doença crônica não-letal, caracterizada pela eliminação involuntária de urina, que acomete um grande número de mulheres em diversas faixas etárias e, invariavelmente, traz consigo uma grande carga de sofrimento a estas pessoas. Este sintoma causa intenso desconforto, vergonha e perda da autoconfiança, impondo muitas vezes o afastamento das atividades cotidianas. Afeta em diversos graus a vida social, psicológica, ocupacional, doméstica, física e sexual, determinando uma importante diminuição na qualidade de vida (QV). (KELLEHER, 2000)

Apesar de sua grande prevalência, a patologia ainda é pouco diagnosticada. Menos da metade das pacientes com o sintoma procuram assistência médica, pois subestimam seus sintomas urinários, considerando-os banais, normais para a idade ou não dignos de serem mencionados. Há ainda, pessoas que, mesmo diante de um sofrimento real, não querem revelar seus sintomas. O silêncio continua sendo prática comum, muitas vezes porque o profissional de saúde não tem a iniciativa de abordá-los.

A aceitabilidade de sintomas urinários como a incontinência, varia consideravelmente segundo as culturas, os países, os modos de vida e das faixas etárias. Atualmente, na mulher jovem, a incontinência, mesmo que mínima pode ser vivenciada de forma dramática, devido ao medo do constrangimento de ficar molhada, de cheirar mal e da possibilidade da necessidade do uso diário de fraldas.

Somando-se ao exposto, não podemos deixar de lembrar a dificuldade em nosso meio de acesso à rede pública de saúde, da qual depende a maioria da população brasileira.

A estimativa do custo direto do tratamento da IU em homens e mulheres de todas as idades nos EUA foi de 26,3 bilhões de dólares, valor que excede o custo direto anual para os cânceres de mama, ovário, útero e colo uterino combinados. (VARMUS, 1997)

A maior parte dos custos (50-75%) com a referida doença é atribuída aos cuidados de rotina, incluindo absorventes, protetores e lavanderia (WILSON, 2001) (WAGNER, 1996). O custo dos cuidados de rotina é relatado entre \$50 e \$1000 dólares por ano por pessoa, variando largamente entre os estudos. (TEDIOSI, 2000) (WYMAN, 1997)

A avaliação da severidade da IU usualmente envolve um escore de sintomas urinários, um diário urinário e o estudo urodinâmico. Apesar de serem medidas importantes, trazem pouca informação sobre o impacto desta patologia sobre a vida das mulheres.

O envolvimento do próprio paciente no seu tratamento e a necessidade de avaliação mais ampla de como e quando determinada doença ou intervenção médica atinge a qualidade de vida são fundamentais em qualquer serviço de saúde. A mensuração da QV ajuda a selecionar e monitorar problemas psicossociais de um paciente e demonstra a percepção da população sobre diferentes problemas de saúde e mede o resultado das intervenções médicas.

Muitos fatores além da severidade da incontinência e do peso dos sintomas contribuem para a morbidade, por este motivo a ICS (International Continence Society), sugere a inclusão da avaliação da QV em todo e qualquer estudo sobre incontinência urinária. (BLAIVAS, 1997)

2. JUSTIFICATIVA

De acordo com os estudos relatados na III Conferência Internacional de Incontinência realizada em Paris em 2005, esta patologia foi considerada como o terceiro maior problema de saúde, atrás apenas dos problemas cardíacos e do câncer (ICS, 2005).

Considerando que: a IU apresenta-se como condição crônica responsável por substancial impacto na qualidade de vida, tem um elevado custo direto e indireto de tratamento, sua prevalência aumenta com a idade e ocorre um envelhecimento progressivo da população brasileira, podemos esperar um crescente número de casos de IU e também do consumo de recursos destinados à saúde no que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde relacionada a esta condição. Especial atenção das autoridades responsáveis pelos programas de saúde é necessária hoje para que haja racionalização dos recursos no sentido de obter como resultado uma prestação de serviço de qualidade, humanizada, inserida no conceito de hierarquização, que utiliza equipe multidisciplinar, age de maneira regionalizada e organiza a demanda.

Atenta às transformações globais, a Organização Mundial de Saúde demonstrou sua preocupação relacionada aos cuidados com as condições crônicas. Em seu relatório Mundial de 2002 as descreveu como responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo e previne que o crescimento é tão vertiginoso que, no ano 2020, 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento devem advir de problemas crônicos. Neste sentido necessita-se um conhecimento da nossa realidade nacional para o planejamento da adequação da rede de atendimento à demanda da população.

O conhecimento do impacto da IU na QV pode contribuir sobremaneira para tornar esta condição, tão pouco discutida até mesmo pelos profissionais da área da saúde, mais visível aos gestores e legisladores, favorecendo elaboração de projetos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e no planejamento de políticas públicas de saúde para a alocação de recursos destinados ao tratamento desta patologia.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a qualidade de vida em pacientes do sexo feminino com incontinência urinária usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar através de instrumento validado a qualidade de vida na incontinência urinária através da análise das diferentes dimensões; a saber: **Percepção do estado geral de saúde, Impacto da Incontinência Urinária, Limitação das atividades diárias, Limitação física, Limitação Social, Relacionamento Pessoal, Emoções, Sono/Energia, Medidas de Gravidade e Escala de Sintomas**
- Analisar a influência das variáveis clínico-epidemiológicas: idade, escolaridade, paridade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, hipotireoidismo, cardiopatia, pneumopatia, doença articular, doença neurológica e status hormonal (climatério) sobre os escores dos domínios do questionário de qualidade de vida aplicado na população atendida.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

A incontinência urinária (IU) é definida como qualquer queixa de perda urinária. Em cada circunstância específica, a IU deve ser detalhadamente descrita, especificando fatores relevantes como tipo, frequência, severidade, fatores precipitadores, impacto social, efeito na higiene e qualidade de vida, medidas para conter a perda e se a paciente procura/deseja ajuda por causa da incontinência urinária. (ABRAMS, 2002)

A International Continence Society (ICS) define a incontinência urinária de esforço como toda perda de urina pelo meato externo da uretra, quando a pressão vesical excede a pressão máxima de fechamento da uretral, na ausência de contração do músculo detrusor.

Assim, o conceito de incontinência urinária de esforço baseia-se em dados clínicos e urodinâmicos, ou seja, corresponde a um sintoma: perda involuntária de urina durante esforço físico, a um sinal: identificação da perda da urina pela uretra, sincrônica ao aumento de pressão abdominal e a um diagnóstico: perda de urina quando a pressão vesical excede a pressão uretra, na ausência de atividade do detrusor. (MORENO, 2004)

O profissional de saúde deve investigar minuciosamente sobre o padrão de micção, estando alerta para as queixas tipo frequência, urgência, nictúria, uma vez que a perda de urina ao esforço nunca está associado ao ato da micção, mas é conseqüente sempre a um aumento da pressão intra-abdominal, condicionada por esforço físico, tosse, espiro. (RIBEIRO, 1999)

Os sintomas urinários irritativos foram definidos segundo o subcomitê de padronização da Sociedade Internacional de Continência: nictúria: acordar uma ou

mais vezes á noite para urinar; polaciúria: urinar com muita freqüência durante o dia; urgência: desejo súbito e incontrolável de urinar, difícil de ser adiado; urge-incontinência: perda involuntária de urina acompanhada ou imediatamente precedida por urgência; enurese noturna: perda urinaria que ocorre durante o sono (ABRAMS, 2002). Quanto ao surgimento de qualquer um dos tipos do sintoma, revela-se o fato de que os inúmeros fatores desencadeantes favorecem sua etiologia multifatorial. (GROSSE, 2002)

O assoalho pélvico é um conjunto de estruturas que se encontram entre o peritônio e a vulva, é composto pelos diafragmas pélvico e urogenital e pela fáschia endopélvica (LACERDA, 1999). A musculatura estriada do assoalho pélvico, juntamente com a fáschia endopélvica, exerce papel fundamental no suporte dos órgãos pélvicos e na manutenção da continência urinária (GÉO, 2000).

Para que ocorra continência urinária na mulher é necessária a integridade dos mecanismos esfinterianos intrínsecos e extrínsecos, com adequada pressão de fechamento uretral e sustentação do colo vesical. A competência do mecanismo esfinteriano depende da integridade dos tecidos de sustentação; assim durante o aumento da pressão intra-abdominal, a função de oclusão da uretra pode ser rápida e efetiva (WIJMA, 2001).

Nas últimas décadas muitos estudos têm sido conduzidos para acessar a prevalência da incontinência urinária na população geral. Estes estudos diferem em suas definições de IU, população estudada (idade, etnia, institucionalizada, comunidade), assim como o desenho dos estudos e na forma de coleta e acesso aos dados (questionário postal, entrevistas, consultas clínicas). Desta forma uma grande variação na prevalência da IU tem sido demonstrada.

A principal razão pela qual tem sido encontradas diferenças no relato da prevalência da IU é a definição utilizada em diferentes estudos. A IU tem sido definida nestes estudos de acordo com um período específico de tempo, por exemplo, episódios de perda na última semana, último mês, últimos 12 meses ou se já perdeu urina alguma vez na vida. Alguns estudos usam a severidade e a quantidade da perda.

A escolha de uma amostra representativa da população é muito importante para a generalização dos resultados de estudos. A idade, classe sócio-econômica, atividade laborativa e acesso à saúde podem afetar os resultados dos mesmos.

Os dois principais cenários utilizados na maioria dos estudos são os de populações da comunidade e institucionalizadas. A prevalência aumentada nas pacientes institucionalizadas pode ser confundida por vários fatores, principalmente pela maior presença de fatores predisponentes para incontinência. Quando pacientes jovens foram estudadas houve uma menor prevalência de IU comparadas com as mais idosas. Tem sido sugerido em estudos que a IU transitória responde por 25-50% das queixas de IU em pacientes durante internações hospitalares.

A incidência da IU varia consideravelmente dependendo da idade da população de estudo, sua metodologia e a definição utilizada do problema. Um estudo incluindo mulheres entre 20-80 anos reportou uma prevalência de IU de 53,2%. (MEMEL, 1994) Mesmo entre as mais jovens (20-49 anos) a prevalência foi de 47%. Em outro estudo envolvendo 2763 mulheres pós-menopausa (média de 67 anos), 56% reportaram IU de no mínimo um episódio semanal. (BROWN, 1996)

A prevalência de incontinência urinária de esforço aumenta com a idade e paridade de forma independente. (MILSOM, 1993). Em uma metanálise foram

avaliados 48 estudos epidemiológicos, no período de 1984 a 1995, e concluiu-se que a prevalência da incontinência em mulheres jovens (menos de 30 anos) varia de 5 a 16%; em mulheres de meia-idade (entre 30 a 60 anos) de 14 a 41% com média de 24,5%; e nas idosas (mais de 60 anos) de 4,5 a 44 % com média 23,5 %. (HAMPEL, 1997)

Em revisão da literatura Cheater *et al.* (2000) relataram prevalência entre 3-58% em estudos com populações da comunidade e 6-72% em institucionalizados. Minassian *et al.* (2003) revisando trabalhos publicados entre 1980 e 2002 mostraram uma média de prevalência de IU feminina de 27,6% (variando de 4,8-58,4%).

A maior parte dos trabalhos publicados concorda que a principal forma de IU feminina é a de incontinência urinária de esforço (IUE). Em um grande estudo o EPICONT, 50% teve diagnóstico de IUE, 36% de IU mista e 11% de IU de urgência. Este estudo mostrou que a prevalência de IUE era maior em mulheres entre 25 e 49 anos havendo um decréscimo com a idade. Em mulheres idosas a IUM tornava-se a mais prevalente. (HANNESTAD, 2000)

A maioria dos estudos indica que a IU se correlaciona com a idade, apesar da IU não ser parte do processo fisiológico de envelhecimento. Minassian *et al.* (2003) mostraram a relação entre idade e prevalência de IU em 2 picos, um na 5ª década (45-54 anos) e outro na 8ª década (75-84 anos).

4.1. O SISTEMA DE CONTINÊNCIA URINÁRIA E SEUS INIMIGOS NATURAIS

Os ligamentos e as fâscias são constituídos por tecido conjuntivo com elastina e fibras colágenas. Várias condições podem afetar sua integridade, uma vez que sua remodelação é constante, entre elas, destaca-se a idade, alterações hormonais, paridade, estado nutricional e exercícios físicos. (RIBEIRO, 2000)

De acordo com Falconer *et al.*, (1994) os elementos de suporte uretral e ligamentos são constituídos de tecido conjuntivo fibroso. A força tênsil do tecido depende principalmente das fibras colágenas. A função dos ligamentos e a condição do seu maior componente, o tecido conjuntivo fibroso pode ser um importante fator de manutenção dos órgãos pélvicos e para a continência urinária. Possivelmente, a incontinência urinária está relacionada a alterações do metabolismo do tecido conjuntivo. Foi observada a redução de 30% na produção e secreção de colágeno, em mulheres incontinentes, quando comparadas as continentas.

A diminuição da produção de colágeno pode estar acompanhada de fraqueza dos elementos de sustentação do sistema urogenital, aumentando a mobilidade e rotação descendente do colo vesical e da parte proximal da uretra em situações de esforço, como tossir, pular e quando a pressão intra-abdominal aumenta subitamente. (ULMSTEN, 1987)

O trabalho de parto e o período expulsivo são possíveis fatores predisponentes das lesões do assoalho pélvicos, responsáveis pelo aparecimento de incontinência urinária e fecal e outras afecções pélvicas. (MORENO, 2004)

O parto poderia provocar mudanças anatômicas e funcionais, como a descida perineal e alargamento vaginal, que não se restauram completamente,

mesmo depois de um longo período, dessa maneira, o parto vaginal é apontado como um dos fatores etiológicos da incontinência urinária de esforço (GROSSE, 2002).

Em um estudo realizado na Nova Zelândia, Wilson e Herbison (1996), observaram incontinência urinária resultante de lesão do assoalho pélvico em 20-34% das mulheres após o parto vaginal, sendo que 3% apresentam perda urinária diária ou com maior frequência.

Segundo Grosse (2002) as causas dos danos ao assoalho pélvico no parto vaginal são denervação do assoalho pélvico e lesão ou secção da musculatura estriada esquelética. A denervação do assoalho pélvico ocorre pela passagem do feto tracionando longitudinalmente a musculatura e o nervo pudendo. O peso do recém-nato e o segundo estágio do trabalho de parto podem agravar a denervação.

A episiotomia, utilizada em partos vaginais para proteger o assoalho pélvico, teve seu uso questionado por falta de evidências científicas. Mulheres que foram submetidas à episiotomia desenvolveram incontinência urinária mais freqüentemente que as que não foram submetidas (SKONER *et al.*, 1994).

Para Peschers *et al.*, (1997) a força de contração da musculatura do assoalho pélvico não foi alterada em mulheres que tiveram parto cesáreo. Para Chaliha (2002), após o parto cesáreo as alterações fisiopatológicas do assoalho pélvico são menos pronunciadas, esta forma de parto não previne totalmente o desencadeamento da incontinência. Para Van Kessel *et al.*, (2001) o parto cesáreo, realizado após o início do trabalho de parto, também é considerado um fator de risco para lesão das estruturas do assoalho pélvico.

Em um estudo prospectivo realizado em clinica terceirizada de um hospital público da Austrália, Dietz *et al.*, (2002) observaram os efeitos do parto na mobilidade dos órgãos pélvicos. Duzentas mulheres foram recrutadas no início de sua primeira gravidez sendo submetidas a um exame de ultra-som transvaginal em três momentos: no primeiro ou início do segundo trimestre; no último trimestre e com 2-5 meses de puerpério (84,5% retornaram). As modificações ocorridas próximas ao parto na mobilidade da uretra, bexiga, cérvix e ampola retal foram correlacionadas com o trabalho de parto e momento do parto. Encontrou-se um aumento significativo na mobilidade dos órgãos na manobra de Valsava após o parto vaginal, sendo que, o uso de fórceps demonstrou maiores danos. A duração do trabalho de parto, em especial a fase ativa, teve correlação com um aumento na descida dos órgãos. Não houve relação significativa com: idade gestacional, duração da etapa do trabalho de parto e peso do recém-nascido. O estudo conclui que o parto vaginal, em especial com uso de instrumentos, afeta negativamente o suporte dos órgãos pélvicos. Todas as formas de parto cesáreo foram relacionadas a uma descida menor dos órgãos pélvicos.

Partos repetidos podem lesar a musculatura do assoalho pélvico e modificar a posição anatômica da uretra, sendo um fator de risco para o surgimento do sintoma. O número de partos parece ter associação com uma maior prevalência de incontinência urinária, existindo um aumento da mesma a partir a partir do terceiro parto (PRAUN, 2001). Do mesmo modo, Minassian *et al* (2003) mostraram que a multiparidade aumentou o risco de IU em 61% dos estudos revisados.

O aparecimento de incontinência urinária durante a gravidez parece ser preditor do evento anos após o seu término. Viktrup (2001), analisando o resultado de um estudo com 278 gestantes divididas entre continentas e incontinentes,

mostrou que cinco anos após o parto 30% das que apresentaram IU durante a gestação sofriam de IUE, contra 17% das que eram continentas.

Além destes fatores obstétricos, a gestação em idade avançada também é considerada uma das causas da incontinência urinária. No estudo de Fritel *et al.*, (2004), foi observado que 29% das mulheres primíparas acima de 30 anos, tiveram incontinência urinária de esforço quatro anos após o parto. O mesmo foi confirmado nos estudos de Schytt *et al.* (2004) e de Mckinnie *et al.* (2005), onde ambos demonstraram haver risco aumentado de desenvolvimento de incontinência urinária em mulheres com idade acima de 35 anos e que tiveram o segundo parto após os 40 anos de idade.

No entender de Ribeiro (2000) as condições que produzem aumento crônico na pressão intra-abdominal tais como constipação, tosse crônica, tabagismo, doença pulmonar, obesidade e ocupações que exigem levantamento crônico de peso predispõem a distúrbios do assoalho pélvico, sobrecarregando os tecidos já danificados e contribuir para agravar a incontinência.

Em estudo com 8000 mulheres da comunidade, Brown *et al.* (1996) identificaram a obesidade como um fator de risco independente para IU diária. As que apresentavam um índice de massa corporal (IMC) maior que 30 (obesidade moderada) tinham um aumento de 40% no risco de IU diária comparada com aquelas com o índice normal (IMC<25).

De acordo com estudo de Brown *et al.* (1996) houve aumento de 40% no risco de IU nas mulheres submetidas a histerectomia. Neste estudo também foi demonstrada a associação entre constipação crônica com esforço freqüente e IU decorrente da neuropatia causada pelo dano ao nervo podendo levando a disfunção do assoalho pélvico.

Em recente revisão de estudos realizados em população da comunidade Minassian *et al* (2003) mostraram que ingestão de álcool, tabagismo, TH e renda não estavam relacionados significativamente com IU, no entanto, tosse crônica, depressão, debilidade motora ou funcional, estado geral, presença de sintomas do trato genital inferior e história de AVC estavam significativamente associados com IUE.

Segundo o estudo epidemiológico norueguês sobre incontinência urinária, o EPICONT, a história familiar também foi identificada como fator de risco para IUE e IUM.

O sistema de continência urinária é uma complexa rede de subsistemas cada qual contribuindo para alcançar o perfeito funcionamento do mecanismo de armazenamento e esvaziamento. O entendimento da fisiopatologia da incontinência em um nível anatômico nos ajudará a reconhecer defeitos específicos e permitir deste modo prover tratamento individualizado a cada paciente.

4.2. QUALIDADE DE VIDA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Qualidade de vida (QV) é um conceito abstrato e altamente subjetivo influenciado por valores pessoais, culturais, crenças, objetivos, idade, expectativa de vida, além de um amplo espectro de experiências humanas incluindo doenças, acidentes, tratamentos, relacionamentos interpessoais e apoio social. Pode ser medida através de questionários estruturados contendo diversos domínios que agregam informações focadas em aspectos particulares da saúde, incluindo

usualmente as funções física, emocional, social, performance global, dor, sono e sintomas doença-específicos. (STREINER, 1993)

A QV é habitualmente medida por questionários, preenchidos pelo paciente ou seu responsável. São freqüentemente constituídos de um número variável de domínios (ou seções), normalmente de 1-7, os quais agregam informações focadas em aspectos particulares da saúde e qualidade de vida, tais como: função física (mobilidade, cuidados próprios, exercícios), a função emocional (depressão, ansiedade, preocupação), a função social (intimidade, suporte social, lazer), os papéis sociais (trabalho, atividades domésticas, compras), a presença de dor, alterações do sono, presença de náuseas e presença de sintomas específicos da doença. (STREINER, 1993).

Existem dois grandes grupos de questionários de QV disponíveis, os genéricos e os do tipo doença-específico. Independentemente do tipo, todos devem ser previamente validados e testados em sua confiabilidade para garantir seu valor psicométrico. A boa prática médica recomenda que Questionários não validados não têm seu valor assegurado e não devem ser utilizados em estudos clínicos. (STREINER, 1993)

Questionários genéricos são desenhados como mensuradores gerais da qualidade de vida aplicáveis a uma gama de populações em diferentes condições clínicas, não sendo específicas para uma doença, tratamento ou faixa etária. Permite que comparações entre diferentes grupos de pacientes e entre pacientes com ou sem queixa médica. Pesquisas prévias utilizando estes questionários forneceram informação normativa e comparativa que são de valor em estudos de qualidade de vida. Dentre os mais conhecidos, destacam-se: Nottingham Health

Profile, UK Short Form 36 health status questionnaire, Sickness Impact Profile, Psychosocial Adjustment to Illness Scale. (STREINER, 1993)

Sabe-se que questionários genéricos necessitam de questionamento não-específico e sistema de pontuação aplicável a uma variedade de estados de saúde, e, desta maneira falta sensibilidade quando aplicado a mulheres com condições que não ameaçam a vida como a incontinência urinária. Isto é particularmente importante em respeito a sua inabilidade de detectar melhoras clinicamente importantes na qualidade de vida quando incorporados a ensaios clínicos. Por outro lado, Questionários específicos têm como objetivo superar estes problemas e são desenhados para acessar, com grande complexidade e acurácia, o impacto de queixas médicas específicas. (STREINER, 1993)

Um valor adicional das medidas de QV é sua habilidade em determinar a significância para os pacientes de mudanças em parâmetros clínicos objetivos, os quais apesar de alcançarem significação estatística são clinicamente irrelevantes. Um exemplo poderia ser uma mudança na noctúria de 6 para 5 episódios por noite, que apesar de gerar p valor significativo, confere pouca ou nenhuma melhora da paciente. Outro exemplo seria a avaliação de novos procedimentos para a cura cirúrgica da IUE onde apesar de tratar a incontinência, gera novos sintomas como hesitação (dificuldade em iniciar a micção) e instabilidade detrusora.

Além destas aplicações clínicas, a avaliação da QV pode se mostrar importante para a pesquisa em serviços de saúde e para a alocação de recursos financeiros. Avaliações econômicas no tratamento da incontinência têm sido concentradas em populações hospitalares, com poucas avaliações disponíveis do custo para a população geral. (HU, 1990; HU, 1996)

A QV é uma importante variável na avaliação econômica do tratamento da incontinência e é a medida de efetividade mais óbvia do tratamento pela perspectiva do paciente. Expressa um importante benefício econômico devendo ser levado em consideração tanto individualmente como coletivamente. Para que os instrumentos de avaliação de qualidade de vida sejam úteis para análise de custo-efetividade, um único escore para o questionário é necessário. Isto envolve a soma de todos os dados dos diferentes domínios do questionário para produzir um índice ou escore. Estes cálculos assumem que os domínios são pesados com respeito a sua importância individual para o escore, ou que os domínios contribuam de forma igual para o resultado. Os resultados dos questionários de QV não são normalmente apresentados na forma de um escore único, pois perderia informação valiosa relacionada aos domínios que são mais afetados pelas condições clínicas.

Uma vez que o gasto necessário para produzir certo nível de melhora na QV é conhecido, pode ser utilizado para comparar com os efeitos do gasto em outras áreas do tratamento da incontinência ou comparar com outras condições. Um exemplo desta forma de cálculo é o usado no Quality Adjusted Life Years (QALY), que é medido incorporando tanto a QV quanto a sobrevivência sendo obtido pela multiplicação da idade pelo escore refletindo a QV daquele ano. (KOBELT, 1997)

O nível de intenção de pagamento para redução do problema da continência é outra forma de análise de custo e pode ser uma indicação do peso físico e psicológico sobre os pacientes incontinentes. Questionários de "Intenção de pagamento" questionam sobre o montante de dinheiro que a paciente está disposta a pagar para conseguir determinada melhora em sua condição clínica. Um estudo Sueco mostrou que a severidade do sintoma de incontinência urinária, expressa em

freqüência e perdas urinárias, estão relacionadas com a QV, assim como quanto tem intenção de pagar por uma determinada porcentagem de redução do problema. (KOBELT, 1997) Não está claro se esta forma hipotética de análise seria aplicável a uma população onde o sistema de saúde é gratuito, pois os custos com saúde seriam raramente considerados pela população.

Questionários de QV seriam úteis em pesquisas populacionais para determinar o peso da incontinência urinária e calcular o gasto necessário para o seu adequado tratamento.

As medidas de qualidade de vida são aplicadas no rastreamento e monitoramento de problemas psicossociais, no estudo populacional de percepção de problemas de saúde, auditoria médica, resultados em serviços de saúde e pesquisa de avaliação, ensaios clínicos, análise custo-utilidade e associação com entrevista clínica.

A incontinência urinária resulta em um impedimento de muitos aspectos da QV dos afetados, no entanto é impossível predizer o impacto baseado nos sintomas urinários ou nos achados urodinâmicos. (JARVIS, 1980)

Pouco se sabe sobre o efeito da idade na subjetividade da severidade da incontinência, Gjorp *et al.* (1987) encontraram que 72% de uma amostra de mulheres idosas acreditavam que seus sintomas eram normais para a idade. Em adição, Norton *et al.* (1988) demonstraram que mulheres idosas tendem a procurar mais tardiamente por ajuda médica, apesar de haver evidências insuficientes de que seus sintomas sejam menos importantes.

A IU está freqüentemente associada à disfunção sexual e restrição de exercícios físicos, o que pode ser mais problemático para uma mulher mais jovem. (SUTHERST, 1979; KELLEHER, 1994; HILTON, 1988)

Apesar da expectativa de que a duração dos sintomas e a severidade da perda fossem os principais fatores de interferência negativa sobre a qualidade de vida, estes não se parecem se correlacionar com a QV.

O tipo da incontinência, determinado por estudo urodinâmico influencia de maneira decisiva a qualidade de vida das mulheres, especialmente na presença de instabilidade detrusora. (GRIMBY, 1993; HUNSKAAR, 1991). A propósito disto Wyman *et al.* (1987) atribuíram este maior comprometimento ao fato de que as pacientes com instabilidade detrusora apresentam menor possibilidade de prever os eventos de perda urinária, possuem maior número de eventos precipitadores, perda mais severa e desta forma possui menor sentimento de controle das funções vesicais. Em adição, problemas sexuais e interpessoais parecem ser particularmente freqüentes entre mulheres com incontinência urinária e é maior para a paciente com instabilidade detrusora. (KELLEHER, 1994; HILTON, 1998)

No geral, tem sido demonstrado um fraco e pequeno relacionamento entre a presença de sintomas urinários (incluindo a incontinência) e medidas clínicas como a urodinâmica. Os sintomas urinários baixos são desapontadores do ponto de vista do diagnóstico, e, informações da urodinâmica são importantes para o correto diagnóstico e proposta terapêutica. (JARVIS, 1980; VERSI, 1991; BERGMAN, 1990)

Acessar o impacto da IU no bem-estar dos indivíduos pode ser realizado utilizando uma avaliação de impacto de sintomas ou um questionário QV.

O questionário de impacto de sintoma mede o grau de incomodo do paciente pelo sintoma mais do que se o sintoma está presente ou não.

Comparar o impacto do sintoma com sua presença é um conceito importante. Em um estudo de Jolleys *et al.* (1994) a prevalência de sintomas não se

correlacionaram com o grau de incômodo dos sintomas. Enquanto 14% das mulheres apresentaram noctúria, 67% consideraram incômodo o sintoma. Em contraste 78% apresenta gotejamento terminal, porém apenas 19% acham incômodo. As visões particulares de incômodo variam significativamente e são modificadas por diversos fatores. O grau objetivo da severidade da perda é menos importante do que a percepção individual do problema. Este é um conceito importante quando se acessa questionários condição-específico que avaliam o impacto de sintomas específicos.

O impacto de sintomas é utilizado para comparar indivíduos com diferentes problemas urinários, desta maneira um sistema para medir a significância de sintomas individuais é essencial para validar comparações em diferentes grupos. Seria difícil comparar o impacto do sintoma para mulheres com sintomas predominantemente irritativos com aquelas que apresentam IUE quando ambas são pontuadas em uma mesma escala. Isto é particularmente importante quando o questionário é utilizado como medida de desfecho em ensaios clínicos ou ocorre mudança no sintoma. Neste contexto a apreciação da QV ou do impacto da presença de determinado sintoma em vários aspectos da vida da paciente permite uma comparação entre pacientes e entre a mesma paciente antes e após o tratamento.

Uma gama de estudos tem tentado medir a qualidade de vida em pacientes com IU. Eles variam em seus desenhos, metodologia, critérios diagnósticos para a IU, e, quando mencionado, na definição de QV. A maioria dos estudos não tentou diagnosticar objetivamente a causa ou a presença da IU devido ao fato dos sintomas urinários e o diagnóstico urodinâmico terem pouca correlação.

A incontinência, no entanto tem mostrado reduzir o relacionamento social e atividades, interferindo no bem estar emocional, psicológico e sexual. (LOSIF, 1981; BREAKWELL, 1988; KUTNER, 1994; SUTHERST, 1979; KELLEHER, 1994; HILTON, 1988) Alguns estudos demonstram que as pacientes evitam sair e planejam previamente suas saídas para evitar episódios de incontinência ou seu próprio embaraço, sendo a baixa estima muito freqüente entre estas. (NOCHAJSKI 1993; LAGRO-JANSSEN, 1992; OUSLANDER, 1986)

A maioria dos estudos de QV inclui um questionário genérico de QV isoladamente ou em combinação com um condição-específico. O mais comumente utilizado é o "SF-36 Health Status Questionnaire" que foi validado. (JENKINSON, 1993) Este questionário é suficientemente curto para ser utilizado em conjunto com outras medidas e tem sensibilidade maior a mudanças que outros questionários.

Hunskar (1991) utilizaram o "Sickness Impact Profile" (SIP) um questionário de 136 perguntas para avaliar 70 mulheres em unidade de demanda espontânea para incontinência urinária. (BERGNER, 1981) As mulheres foram divididas em dois grupos de acordo com a idade (meia-idade, 40-60 anos; idosas >70 anos) e de acordo com o tipo de queixa do questionário em IUE e IUU. As mulheres foram solicitadas a responder somente se considerassem as perguntas se relacionassem com seus sintomas. Os escores médios foram baixos em ambos os grupos, porém o estudo concluiu que o impacto da IU na QV era idade e sintoma dependente. As mulheres mais jovens pontuaram mais não questionário assim como as pacientes com IUU. Sono, descanso, comportamento emocional, mobilidade, interação social e atividades recreacionais foram comumente afetadas. Infelizmente faltou ao estudo o diagnóstico objetivo urodinâmico, as amostras eram pequenas e não se levou em consideração a idade das pacientes. Similarmente,

encorajar a paciente a preencher somente itens do questionário que se relacionassem com seus sintomas urinários podem interferir na acurácia do escore e interpretação das medidas de QV. Isto é particularmente problemático na população mais idosa que pode não estar certa de qual a causa de seu impedimento de QV e quais sintomas são atribuíveis a IU e quais a outras comorbidades.

Grimby *et al.* (1993) examinaram o “Nottingham Health Profile” (NHP) escores de 120 mulheres idosas (65-84 anos) com IU comparadas a 313 mulheres de 76 anos sem sintomas urinários. Seus dados foram obtidos de um estudo com uma população de estudo de 6000 mulheres residentes na cidade de Göteborg na Suécia sendo de 70,1% a proporção de mulheres que responderam o questionário. As mulheres mais idosas (com mais de 70 anos de idade) com queixa de IU foram divididas em: IUU (48 mulheres, 40%), IUE (34 mulheres, 28,3%) ou IUM (38 mulheres, 31,7%) com base no teste do absorvente, diário urinário, teste provocativo com tosse e história clínica, porém sem o benefício do estudo urodinâmico. A idade média do grupo incontinente foi de 75,4 anos e do grupo controle continente 76 anos. Infelizmente o número total de mulheres incontinentes no estudo não foi definido, e as mulheres incluídas neste estudo foram as primeiras 120 mulheres que tiveram incontinência demonstrada pelo teste do absorvente ou pelo teste provocativo com tosse. Nenhuma tentativa de demonstrar a incontinência no grupo controle pelos mesmos testes foi realizada, sendo a continência assumida somente pela negativa do sintoma. Idealmente para um grupo controle verdadeiro, o teste provocativo pela tosse ou o teste do absorvente deveriam ser realizados e o número de mulheres no grupo teste e no grupo controle deveria ser equivalente.

Usando o Nottingham Health Profile, Grimby *et al.* (1993) demonstraram um aumento significativo do impacto emocional e do isolamento social entre as incontinentes. Também demonstraram um grau mais alto de distúrbio emocional entre as mulheres com IUU (Incontinência Urinária de Urgência) e IUM (Incontinência Urinária Mista) que nas mulheres com IUE (Incontinência Urinária de Esforço). Mulheres com IUU tiveram significativamente mais distúrbios do sono que as mulheres controle.

Sand *et al.* (1994) foram um dos primeiros a utilizar o “SF36 Health Status Questionnaire” para avaliar a QV de pacientes com IU no contexto de um ensaio clínico. Eles verificaram a eficácia do tratamento de mulheres com IUE em um estudo prospectivo, randomizado, comparando um estimulador elétrico do assoalho pélvico com a utilização de procedimento cirúrgico através da inserção de faixa suburetral. Concluíram haver benefício significativo do dispositivo elétrico demonstrado objetivamente (através do teste do absorvente, do diário urinário e da medida da força da musculatura vaginal) e subjetivamente (através do questionário de sintomas urinários e da medida da severidade da IU por escala visual).

O SF36 foi integrado a dois grandes estudos do tipo Intenção-de-Pagamento (associação entre o incômodo gerado pelo sintoma e o recurso monetário que dispõe a empenhar na resolução do problema) realizados na Suécia e nos USA com pacientes apresentando IUU e IUM. (JOHANNESSON, 1997; O'CONNOR, 1998)

Em todos estes estudos, a maioria dos domínios mostrava uma pior qualidade de vida entre pacientes com sintoma urinários comparados com aqueles da população normal. Uma análise de diferentes faixas etárias mostrou que o impacto dos sintomas foi maior nas pacientes mais jovens apesar dos dados não

serem controlados para comorbidades. Apesar do fato que a intervenção tratamento tenda a melhorar os escores do SF36, as melhoras não foram estatisticamente significativas e refletem a sensibilidade limitada dos questionários genéricos quando utilizados para avaliar pacientes com IU.

Apesar dos questionários de QV não serem suficientemente sensíveis à melhora clínica para a inclusão em pequenos ensaios clínicos, podem ter valor na predição de sucesso e por isto na seleção de um tratamento para pacientes com IU. Tem sido demonstrado que em mulheres com instabilidade detrusora, uma pior QV medida usando o “Psychosocial Adjustment to Illness Scale” (PAIS) pode prever quais delas tem menor probabilidade de sucesso com terapia anticolinérgica. (DEROGATIS, 1990). Isto pode refletir uma maior severidade da instabilidade detrusora nestas mulheres cujo sintoma seria mais difícil de obter a cura. É interessante especular que se fosse possível iniciar o tratamento precocemente na história natural desta patologia, quando o impacto sobre a QV é menor, o resultado do tratamento seria melhor. Interessantemente, utilizando-se o mesmo questionário, foi demonstrado que mulheres com grande redução na QV atribuída a IUE têm maior chance de considerar subjetivamente a colposuspensão um sucesso. Isto reflete o sucesso deste tipo de cirurgia para mulheres com IUE severa, mas também o valor da seleção e priorização das mulheres que apresentam maior chance de responder à cirurgia.

A QV é uma importante variável em ensaios clínicos sobre a continência urinária, e a International Continence Society (ICS) recomendou que a medida da QV fosse incluída em todos os estudos de IU como complemento das medidas clínicas. (BLAIVAS, 1997)

Em reconhecimento a pouca sensibilidade dos questionários genéricos um grande número de questionários específicos foi desenvolvido. Infelizmente nem todos apresentam apropriado desenho metodológico com testagem psicométrica validada e de confiança.

Alguns questionários [e.g. Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms (BFLUTS)] são essencialmente uma avaliação do impacto dos sintomas urinários. Em contraste a um questionamento tradicional de sintomas, as questões focam no grau de incômodo causado por um sintoma, e não pela presença, ausência ou variação de severidade.

Estes questionários de QV avaliam o impacto dos sintomas urinários da paciente como um todo. Isto é alcançado focando questões nos principais domínios da QV, mas construídos especificamente para pacientes com IU e evitando medir o impacto na QV atribuído a outras comorbidades. O Kings Health Questionnaire (KHQ) utiliza ambas as formas de avaliação. (KELLEHER, 1997)

O questionamento dos dois tipos tem seu mérito. A avaliação do incômodo de um sintoma urinário específico identifica quais sintomas são mais problemáticos para as pacientes e como ambos os sintomas e seus impactos relativos mudam como resultado do tratamento. O que deixa de ser medido é a forma complexa na qual o peso geral dos sintomas impacta na qualidade de vida de um indivíduo. O KHQ supera este problema identificando o incômodo de sintomas individuais em seções separadas do questionário.

Apesar de ter sido desenvolvido para pacientes do sexo feminino, o KHQ foi validado também para uso em pacientes do sexo masculino. (KOBELT, 1999)

O KHQ é um dos poucos questionários específicos para IU com dados de resposta de ensaios clínicos disponíveis. Durante os estudos iniciais de validação

do questionário, ficou demonstrado que mulheres com instabilidade detrusora têm maior impacto na QV atribuído a seus sintomas urinários que pacientes com IUE ou pacientes com sintomas urinários e urodinâmica normal.

5. METODOLOGIA

Realizou-se um estudo descritivo, observacional, do tipo transversal, com base em dados de entrevistas de 203 mulheres com queixa de incontinência urinária atendidas no setor de Ginecologia da Associação Pro Matre e do Hospital dos Servidores do Estado no período de março de 2008 a agosto de 2009.

O estudo foi realizado através da aplicação de questionário, baseado em informações fornecidas pelos próprios respondentes e se propôs a clarear o conhecimento sobre a qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária usuárias do SUS.

5.1 CAMPO DE PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida nas dependências da Pro Matre e do Hospital dos Servidores do Estado, Instituições tradicionais na prestação de assistência à população de baixa renda do Estado do Rio de Janeiro, vinculadas ao Sistema Único de Saúde.

Há 84 anos a Associação PRO MATRE vem priorizando o atendimento da mulher carente, desassistida, excluída e tão pouco cônica de seus direitos elementares como cidadã.

Assim, a PRO MATRE consegue oferecer à mulher necessitada, mais sofrida, uma acolhida carinhosa e humanitária que a surpreende e supera todas as expectativas que ela possa ter quanto a um tratamento da mais alta dignidade, propiciando um resgate, ainda que não definitivo, de sua cidadania e auto-estima.

A Pro Matre, localizada estrategicamente no centro da cidade do Rio de Janeiro, próximo da área portuária, atende pacientes dos bairros da Saúde, Centro, São Cristóvão, Bonsucesso, Laranjeiras e baixada fluminense, além de outros bairros ou municípios quando referenciadas ou trazidas em ambulâncias. Com efeito, grande parte da clientela atendida relata ter conhecido o trabalho assistencial da Instituição, seja como paciente, acompanhante ou visitante.

Atualmente a Pro Matre dispõe de 105 leitos para internações, distribuídos em enfermarias amplas e arejadas, disponibilizados exclusivamente para o Sistema Único de Saúde (SUS). Conta ainda com aproximadamente 80 profissionais de saúde que convergem suas ações na assistência à saúde da mulher e da criança, atuando nos setores de pronto atendimento e internação hospitalar, além de atividades nos consultórios de obstetrícia (pré-natal de baixo e alto-risco) e de ginecologia (geral, adolescente, patologia do trato genital inferior, uroginecologia, climatério, mastologia, histeroscopia, cirurgia endoscópica, planejamento familiar e infertilidade).

5.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídas nesta pesquisa Mulheres com queixa de incontinência urinária, independentemente da idade, cor, paridade e condição clínica, atendidas no setor de Ginecologia da Pro Matre e do Hospital dos Servidores do Estado no período de tempo descrito. Foram excluídas do estudo as mulheres que apresentassem alterações cognitivas e aquelas que se recusaram a participar da mesma.

5.3 SELEÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO

Consideramos como população fonte toda paciente cadastrada no ambulatório de Ginecologia da Pro Matre e do Hospital dos Servidores do Estado.

A população base é representada pela população fonte após a validação dos critérios de inclusão.

FIGURA 1 - ALGORÍTMO DO DESENHO DE ESTUDO



5.4 FONTES DE INFORMAÇÃO

Os dados da pesquisa foram coletados diretamente em entrevista com as usuárias da Associação Pro Matre e do Hospital dos Servidores do Estado cadastradas no ambulatório de Uroginecologia, mediante aplicação questionário estruturado, validado para o português. (ANEXO 1)

As entrevistas foram conduzidas pelo mestrando em ambiente tranquilo e confortável, após esclarecimentos acerca dos objetivos da pesquisa e assinatura da entrevistada no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO B), garantindo-lhe o sigilo e o anonimato, conforme os termos da Resolução CNS 196/96 do Ministério da Saúde que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

5.5 INSTRUMENTO DE PESQUISA

Foi utilizado como instrumento de pesquisa o questionário de qualidade de vida – King's Health Questionnaire (KHQ) (ANEXO 1), validado para o português por Fonseca *et al.*, (2005), específico para avaliação de pacientes com incontinência urinária.

O KHQ é composto por 30 perguntas que são arranjadas em nove domínios. Relatam, respectivamente, a percepção da saúde (um item), o impacto da incontinência (um item), as limitações no desempenho das tarefas (dois itens), a limitação física (dois itens), a limitação social (dois itens), o relacionamento pessoal (três itens), as emoções (três itens), o sono e a energia (dois itens) e as medidas de

gravidade (quatro itens). Existe também uma escala de sintomas que é composta pelos seguintes itens (dez itens): freqüência urinária, noctúria, urgência, hiperreflexia vesical, incontinência urinária de esforço, enurese noturna, incontinência no intercurso sexual, infecções urinárias e dor na bexiga. Há, também, um espaço para a paciente relatar qualquer outro problema que ela possa ter relacionado com a bexiga.

O KHQ é pontuado por cada um de seus domínios; as pontuações variam de 0 a 100 e quanto maior a pontuação obtida, pior é a QV relacionada àquele domínio.

As escalas são graduadas em quatro opções de respostas: “nem um pouco, um pouco, moderadamente, muito” ou “nunca, às vezes, freqüentemente, o tempo todo”, exceto ao domínio ‘percepção geral de saúde’, com cinco opções de respostas (“muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim”) e ao domínio ‘relações pessoais’ (“não aplicável, nem um pouco, um pouco, moderadamente e muito”).

Para fins de análise os valores obtidos como escores de cada domínio (podem variar entre 0-100) serão estratificados em quartis (0-25, 26-50, 51-75 e 76-100) sendo que os escores acima de 50 (terceiro e quarto quartis) serão considerados os piores no contexto da qualidade de vida.

Dentre os questionários específicos o KHQ se destaca por avaliar tanto a presença dos sintomas de incontinência, quanto seu impacto relativo, permitindo avaliação do impacto dos sintomas nos vários aspectos da individualidade na qualidade de vida.

Tabela 1 - Distribuição dos possíveis valores dos escores dos domínios do KHQ de acordo com os quartis e categorizações

Quartil	Valor do Escore	Categorização
1°	0-25	Menor interferência sobre qualidade de vida
2°	26-50	Menor interferência sobre qualidade de vida
3°	51-75	Maior interferência sobre qualidade de vida
4°	76-100	Maior interferência sobre qualidade de vida

5.6 VARIÁVEIS INDEPENDENTES

Tabela 2 - Distribuição das variáveis independentes segundo os Indicadores, medidas e respostas

Indicadores	variáveis	medidas	resposta
Sócio-demográfico	*Escolaridade	≤ 9 anos de estudo	Sim/não
Sócio-demográfico	*Idade	Anos de Vida	numérica
Gineco/obstétrico	Gestações	Número de vezes que engravidou	numérica
Gineco/obstétrico	Paridade	Número de vezes que pariu	numérica
Gineco/obstétrico	*Menopausa	Ausência de menstruação ≥ 1 ano	Sim/não
Gineco/obstétrico	*Tempo de menopausa	Tempo em anos	≥10 anos
Comorbidades	*Uma ou mais (abaixo)	Segundo prontuário médico	Sim/não
Clínico	HAS	Segundo prontuário médico	Sim/não
Clínico	Doença Neurológica	Segundo prontuário médico	Sim/não
Clínico	Diabetes Melito	Segundo prontuário médico	Sim/não
Clínico	Cardiopatia	Segundo prontuário médico	Sim/não
Clínico	Hipotireoidismo	Segundo prontuário médico	Sim/não
Clínico	Doença articular	Segundo prontuário médico	Sim/não
Clínico	Pneumopatia	Segundo prontuário médico	Sim/não

* Variáveis utilizadas na fase analítica da dissertação

5.7 DEFINIÇÕES DOS PRINCIPAIS SINTOMAS DO TRATO URINÁRIO BAIXO

- Polaciúria: é a queixa do paciente que acha que urina com muita frequência durante o dia.
- Nictúria: é a queixa do indivíduo que acorda uma ou mais vezes à noite para urinar.
- Urgência: é a queixa de um súbito e incontrolável desejo de urinar, difícil de ser adiado.
- Urge-incontinência: é a queixa de perda involuntária de urina ou imediatamente procedida, por urgência.
- Enurese noturna: é a queixa de perda involuntária de urina que ocorre durante o sono.
- Jato intermitente: é o termo usado quando o indivíduo descreve que o fluxo de urina para e recomeça, em uma ou mais ocasiões, durante a micção.
- Hesitação ou dificuldade de iniciar a micção: é o termo usado quando o indivíduo descreve dificuldade para iniciar a micção, causando retardo para o início do fluxo, quando o indivíduo já está pronto para urinar.
- Gotejamento terminal: é o termo usado quando o indivíduo descreve final de micção prolongado, quando o fluxo diminui para gotas.
- Sensação de esvaziamento incompleto: é um termo auto-explicativo para uma sensação experimentada pelo indivíduo após a micção.
- Incontinência urinária durante ato sexual: é a ocorrência da perda de urina durante o ato sexual.

5.8 MÉTODO DE AVALIAÇÃO

Após processo de validação interna os dados serão submetidos à análise estatística subordinada as seguintes etapas:

1ª etapa: Análise descritiva

Caracterização da população estudada, bem como a distribuição dos fatores já explicitados, estratificando e quantificando variáveis segundo critérios hierárquicos em: sócio-demográfica; gineco-obstétrica e clinica

2ª etapa: Estudo analítico (Análise bivariada)

Os resultados da análise dos domínios do questionário de Qualidade de Vida (percepção da saúde, impacto da incontinência, limitações no desempenho das tarefas, limitação física, a limitação social, relacionamento pessoal, emoções, sono e a energia e as medidas de gravidade) aplicados na população estudada foram cotejados com as diversas informações de natureza clínico-epidemiológicas, na premissa de avaliar possíveis influências no desfecho em apreço*

Nesta fase do estudo as variáveis dependentes (de exposição) foram confrontadas uma a uma, em tabelas 2X2, com os respectivos desfechos. Os testes estatísticos freqüentemente elegíveis são o Qui-quadrado não corrigido ou o teste de Fisher bilateral, quando as exigências do teste Qui-quadrado não puderam ser satisfeitas, considerando ambos como significativos quando $p \leq 0,05$. Os resultados foram expressos através do cálculo da razão de chances (ODDS RATIO) e de seus intervalos de confiança a 95%.

Os dados foram extraídos das entrevistas da população estudada, tabulados e analisados, de forma a permitir a obtenção de prevalências, estimativas

de parâmetros como médias, proporções e dispersões (desvio-padrão e variância) das diversas variáveis que foram cristalizadas através da exibição de gráficos e tabelas.

Foram utilizados para o processamento dos dados e análise dos resultados os softwares EPI-Info 7.0 e SPSS 13.0

5.9 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES DE NATUREZA ÉTICA

Para a execução da presente investigação, o projeto foi apreciado pela douta Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Estácio de Sá. Do mesmo modo foi autorizado pela Chefia da Divisão Médica da Pro Matre e pela Chefia do Serviço de Ginecologia do Hospital dos Servidores do Estado, as quais estão lavradas em documento formal que estarão disponíveis no anexo A.

Por ocasião da apresentação dos resultados, nenhum dos dados de relevância para a pesquisa será divulgado ou exposto em público vinculado a qualquer referência que permita identificar ou deixar de assegurar o sigilo das pacientes envolvidas.

A confrontação teórica dos postulados científicos atuais da literatura médica consultada com os achados práticos dessa pesquisa deverá submeter cada variável dos domínios do questionário dispostos nos itens anteriores, visando delinear as constatações científicas, alvo desse trabalho, condizentes ao tema em estudo.

Por ocasião da apresentação dos resultados, nenhuma informação que atente contra o anonimato das pacientes envolvidas nessa pesquisa será divulgada

ou veiculada.

Esse trabalho não apresentava riscos envolvidos devido ao fato da pesquisa ser abastecida de informações prestadas pela própria paciente em ambiente tranqüilo e acolhedor, enquanto aguardava a hora do atendimento médico nas dependências da Pro Matre e do Hospital dos Servidores do Estado.

Foi pertinente a pesquisa em apreço a utilização de termo de **consentimento livre e esclarecido** (ANEXO B), a fim de caracterizar que as informações foram prestadas espontaneamente pelos sujeitos da pesquisa.

A investigação realizada teve como objetivo servir de dados importantes para o conhecimento do impacto relativo da IU sobre os diversos domínios da QV, os resultados obtidos neste trabalho serão expostos para a sociedade e espera-se que estimule o desenvolvimento de ações de promoção de saúde, prevenção e recuperação específicas para esse grupo de mulheres que apresentam grande padecimento pela incontinência urinária e que ao mesmo tempo têm pouca visibilidade.

Esta pesquisa foi avaliada pelo comitê de ética da Universidade Estácio de Sá (CAAE – 4141.0.000.308-07) e está em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), desta maneira, os resultados desta pesquisa poderão ser divulgados em reuniões científicas, artigos, jornadas, congressos etc.

6 RESULTADOS

Os dados da presente investigação constam de 203 entrevistas realizadas na Associação Pro Matre e no Hospital dos Servidores do Estado no aludido período. A idade dos entrevistados variou de 27 e 87 anos, com média de $54,8 \pm 12,2$ anos, sendo que a maioria concentrou-se na faixa etária superior a 50 anos. Quanto a escolaridade, houve variação de 0 a 17 anos de estudo com media de $7,8 \pm 3,2$ anos, tendo número expressivo de casos formado por mulheres sem o ensino fundamental completo. Os antecedentes obstétricos mostraram que quase a totalidade das mulheres entrevistadas (96,6%) já passou pela experiência do parto, independente da via de nascimento. O relato de menopausa, esteve presente em 65% das respondentes, com variação de 0 e 31 anos, média de $8,3 \pm 9,2$ anos.

Tabelas 3 – Distribuição da casuística segundo características de natureza clínico-epidemiológicas.

Características da população	Discriminação (Categorias)	Absoluto (n)	Relativo (%)
Idade (anos)	Até 50	87	42,9
	≥ 51	116	57,1
Escolaridade (anos de estudo)	Até 9	155	76,2
	10-12	45	22,1
	>12	3	1,4
Paridade	0	7	3,4
	≥ 1	196	96,6
Menopausa	Sim	132	65,0
	Não	71	34,8
Tempo de Menopausa (anos)	Até 10	126	62,1
	>10	77	37,9

Em relação às comorbidades, foi observado que 53,7% das entrevistadas revelaram ser portadoras de uma ou mais comorbidades clínicas. Destas a mais freqüente foi a Hipertensão Arterial Sistêmica, presente em 43,3% das pacientes, seguido por doença articular (14,8%), Diabetes Melito (11,3%), Cardiopatia (4,9%),

Hipotireoidismo (4,9%), desordem Neurológica (1,5%) e Pneumopatia (1%)
(Tabela4)

Tabela 4 – Distribuição das comorbidades segundo suas prevalências.

Comorbidade	Absoluto (n)	Relativo (%)	IC (95%)
HAS	88	43,3	36,4 - 50,5
Patologia Articular	30	14,8	10,2 - 20,4
Diabetes Melito	23	11,3	7,3 - 16,5
Cardiopatía	10	4,9	2,4 - 8,9
Hipotireoidismo	10	4,9	2,4 - 8,9
Patologia Neurológica	3	1,5	0,3 - 4,3
Pneumopatia	2	1	0,1 - 3,5

A avaliação da distribuição da casuística em relação à auto-avaliação de seu estado de saúde no momento da entrevista revela um padrão semelhante a uma curva de distribuição normal, com 42,4% das mulheres relatando como regular seu estado de saúde naquele momento e o restante distribuindo-se de maneira equivalente entre as opções boa/muito boa (28,5%) e ruim/muito ruim (29,1%).
(Tabela 5)

Tabela 5 – Distribuição da casuística segundo auto-avaliação da condição de saúde.

Auto-avaliação de saúde	Absoluto (n)	Relativo (%)	IC (95%)
Muito boa	8	3,9	1,7 – 7,6
Boa	50	24,6	18,9 – 31,2
Regular	86	42,4	35,5 – 49,5
Ruim	58	28,6	22,5 – 35,3
Muito ruim	1	0,5	0,0 – 2,7
Total	203	100	

No tocante à avaliação subjetiva da intensidade em que a incontinência urinária afeta suas vidas, a maioria das respondentes (72,9%) classificou-a entre moderada e intensa, refletindo um importante impacto negativo em suas qualidades de vida. Em contrapartida, 27,1% das mulheres questionadas negaram tamanha interferência desta condição em suas vidas (Nem um pouco/Um pouco) (Tabela 6)

Tabela 6 – Distribuição da casuística segundo impacto do problema urinário

A Incontinência Urinária afeta sua vida?	Absoluto (n)	Relativo (%)	IC (95%)
Nem um pouco	5	2,5	0,8 – 5,7
Um pouco	50	24,6	18,9 – 31,2
Moderadamente	43	21,2	15,8 – 27,5
Muito	105	51,7	44,6 – 58,8

Na avaliação da intensidade da influência negativa sobre qualidade de vida causada pelos sintomas do trato urinário (opção muito), aqueles que mais se destacaram foram a urgência miccional (64,6%), seguido da frequência urinária (61,4%), urge-incontinência (55,1%), noctúria (51,3%) e incontinência urinária de esforço (46%). Com menor proporção de respostas de maior intensidade foram os sintomas incontinência durante relação sexual (38%), Infecções urinárias freqüentes (30,7%), dificuldade para urinar (20%), dor na bexiga (18,1%) e enurese noturna (13,7%) (Tabela 7)

Tabela 7 - Influência dos sintomas urinários associados à Incontinência Urinária sobre a Qualidade de Vida

Sintomas	Escala de Interferência dos Sintomas sobre a Qualidade de Vida						
	Um pouco		Moderadamente		Muito		Total
	n	%	n	%	n	%	n
Frequência	24	13,0	47	25,5	113	<u>61,4</u>	184
Noctúria	35	18,7	56	29,9	96	<u>51,3</u>	187
Urgência	23	12,5	42	22,8	119	<u>64,6</u>	184
Urge-incontinência	45	24,3	38	20,5	102	<u>55,1</u>	185
Incontinência de Esforço	45	25,3	51	28,6	82	<u>46,0</u>	178
Enurese noturna	43	53,7	26	32,5	11	13,7	80
Incontinência durante relação sexual	25	35,2	19	26,7	27	38,0	71
Infecções urinárias freqüentes	20	30,7	25	38,4	20	30,7	65
Dor na bexiga	47	50,0	30	32,2	17	18,1	94
Dificuldade para urinar	15	60,0	5	20	5	20	25

Os dados da tabela 8 e da Figura 2 expõem a distribuição dos escores dos diversos domínios do questionário KHQ estratificados em quartis, valorizando a concentração dos escores no terceiro e quarto quartis, que representam um maior comprometimento da qualidade de vida. Neste sentido o domínio “Medidas de Gravidade” que aborda questões de necessidade íntima (uso de fralda, forro, absorvente para manter-se seca; controle da ingestão de líquidos e da necessidade da troca da roupa íntima quando fica molhada, etc.), teve o maior comprometimento da QV no domínio, totalizando 74% dos escores nos referidos quartis. O Domínio “Impacto do Problema Urinário” que se refere à percepção da entrevistada em relação ao grau de incomodo gerado pela IU revelou 73% das respostas do domínio estavam contidas na faixa que revela maior comprometimento da QV. Quanto ao Domínio “Percepção do Estado Geral de Saúde”, que considera a auto-avaliação global da saúde teve 72% dos escores contidos entre o terceiro e quarto quartil. O Domínio “Limitação Física” que aborda a interferência no desempenho de atividades físicas (ex. fazer caminhada, correr, fazer algum esporte, limitação para viagens, etc.), teve concentração de 71% das respostas nesta faixa de maior comprometimento. O Domínio “Limitação das Atividades Diárias” que avalia a interferência na realização de atividades cotidianas (dentro de casa: lavar cozinhar, etc.; e fora de casa: fazer compras, levar filho a escola, etc.), concentrou 63% dos escores nesta faixa. O domínio “Emoções”, que avalia os sentimentos de angústia, tristeza ou depressão relacionada à incontinência urinária revelou ter sido menos afetado, concentrando 50% de seus escores entre o terceiro e quarto quartil. Quanto ao domínio “Sono/Energia” que questiona a interferência sobre o sono e se a paciente se sente desgastada ou cansada, concentrou 44% das respostas entre o terceiro e quarto quartil. A análise do domínio “Limitação Social” que avalia a

interferência na realização de atividades sociais (ir à igreja, reunião, festa, fazer visitas ou evitá-las por causa do problema) apresentou 41% dos escores dentro da faixa de maior comprometimento da qualidade de vida e o domínio “Relações pessoais” que avalia a interferência da IU na vida sexual e no relacionamento com o companheiro e familiares revelou 40% das respostas entre o terceiro e quarto quartil.

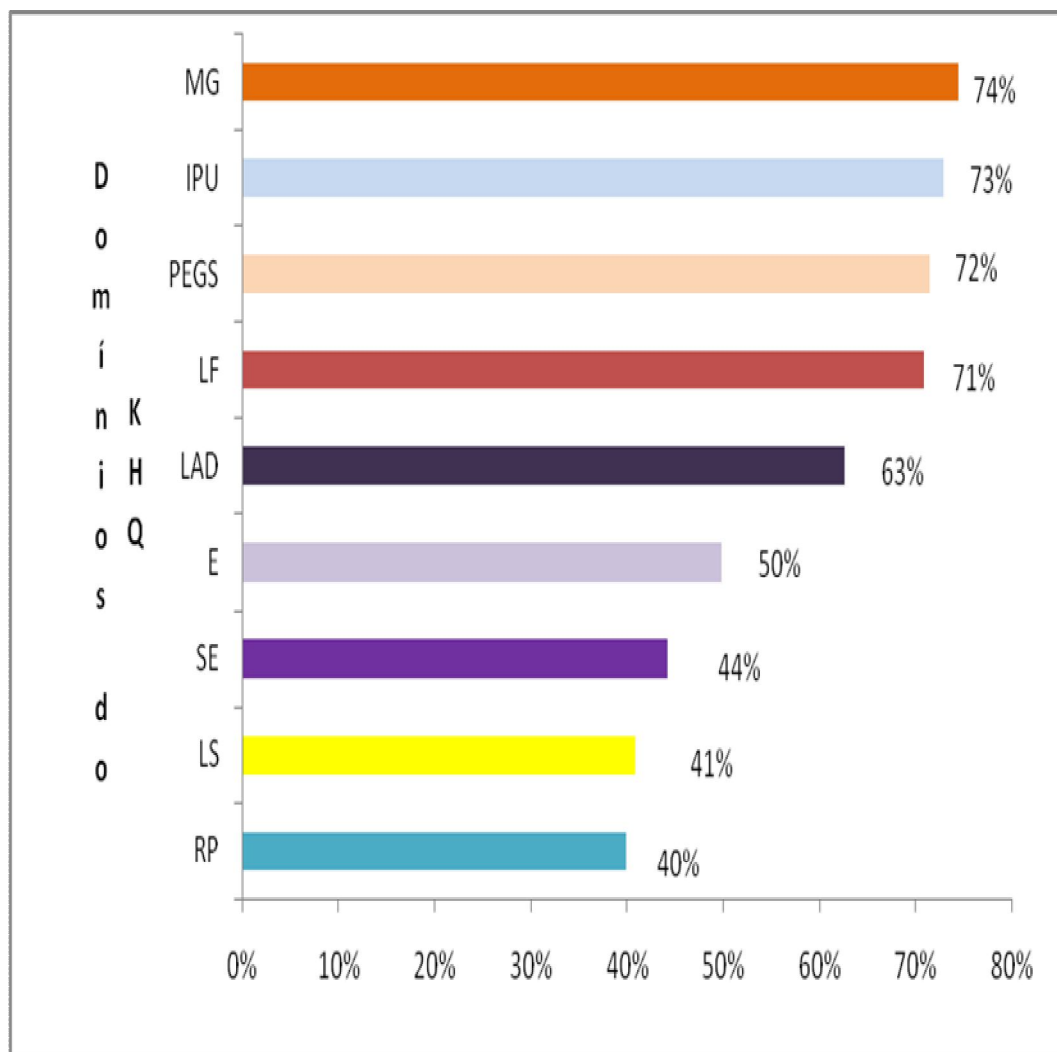


FIGURA 2 – Concentração das respostas entre o terceiro e quarto quartis analisadas por domínios. MG: Medidas de gravidade; IPU: Impacto do problema urinário; PEGS: Percepção do estado geral de saúde; LF: Limitação física; LAD: Limitação das atividades diárias; E: Emoções; SE: Sono/Energia; LS: Limitação social; RP: Relacionamento pessoal

Tabela 8- Distribuição dos escores dos diversos domínios do KHQ estratificados em quartis – análise de 203 casos

		DOMÍNIOS								
		Percepção do estado de saúde	Impacto no problema urinário	Limitação das atividades diárias	Limitação física	Limitação Social	Relacionamento pessoal	Emoções	Sono/energia	Medidas de gravidade
1° Quartil (0-25) (maior QV)	Caos (n)	8	5	19	14	26	13	29	31	3
	Relativo (%)	3,9	2,5	9,4	6,9	12,8	6,4	14,3	15,3	1,5
	IC (95%)	1,7–7,6	0,8–5,7	5,7–14,2	3,8–11,3	8,5–8,2	3,5–10,7	9,8–19,9	10,6–21,0	0,3–4,3
2° Quartil (26-50)	Casos (n)	50	50	57	45	94	109	73	62	49
	Relativo (%)	24,6	24,6	28,1	22,2	46,3	53,7	36,0	30,5	24,1
	IC (95%)	18,9–31,2	18,9–31,2	22,0–34,8	16,7–28,5	39,3–53,4	46,6–60,7	29,4–43,0	24,3–37,4	18,4–30,6
3° Quartil (51-75)	Casos (n)	85	43	73	68	47	50	44	71	96
	Relativo (%)	41,9	21,2	36,0	33,5	23,2	24,6	21,7	35,0	47,3
	IC (95%)	35,0–49,0	15,8–27,5	29,4–43,0	27,0–40,4	17,5–29,6	18,9–31,2	16,2–28,0	28,4–42,0	40,3–54,4
4° Quartil (76-100) (Menor QV)	Casos (n)	60	105	54	76	36	31	57	39	55
	Relativo (%)	29,6	51,7	26,6	37,4	17,7	15,3	28,1	9,2	27,1
	IC (95%)	23,4–36,3	44,6–58,8	20,7–33,2	30,8–44,5	12,7–23,7	10,6–21,0	22,0–34,8	14,0–25,3	21,1–33,8

No tocante à associação entre as variáveis de natureza clínico-epidemiológicas e as dimensões do questionário KHQ (Tabela. 7), observa-se que na avaliação do domínio “Percepção do Estado Geral de Saúde” as pacientes com idade <50 anos tiveram escore significativamente menores que as pacientes com idade >50 anos, assim como as que encontravam-se no menacme (não menopausa). Em relação ao domínio “Limitação Social” as que tinham >9 anos de estudo obtiveram escores significativamente menores do que as com <9 anos de estudo ($p=0,029$). Na avaliação do domínio “Relacionamento Pessoal” as pacientes que continham alguma comorbidade clínica obtiveram escores significativamente menores do que as que não possuíam qualquer comorbidade ($p=0,0002$), da mesma forma as pacientes com >50 anos obtiveram valores significativamente menores do que as com <50 anos (0,000) e as pacientes que encontravam-se na

menopausa obtiveram escores menores do que as pacientes que encontravam-se no menacme ($p=0,000$). Em relação ao domínio “Medidas de Gravidade” as pacientes com >50 anos obtiveram valores de escores significativamente menores do que as pacientes com <50 anos idade ($p=0,002$) e as pacientes que encontravam-se na menopausa também obtiveram escores significativamente inferiores aos das pacientes no menacme ($p=0,012$). Na avaliação dos demais domínios não houve influência sobre seus escores relacionada às variáveis clínico-epidemiológicas estudadas que alcançassem significância estatística.

Tabela 9 - Associação entre as diversas dimensões da qualidade de vida nas pacientes com incontinência urinária e as variáveis de natureza clínico-epidemiológicas - Análise de 203 casos

Dimensões do KHQ	Morbidade		Escolaridade		Paridade		Idade		Menopausa	
	sim	não	< 9	>9	Até 2	> 2	<50	>50	sim	não
Percepção do Estado de Saúde Valor médio do escore. P valor	61,8349 NS	56,5957	59,3548 NS	59,5833	62,0253 NS	57,7419	55,81 0,0072	62,06	62,2727	54,0845 0,0007
Impacto do Problema Urinário Valor médio do escore. P valor	79,5872 NS	81,6489	81,6129 NS	77,0833	81,0127 NS	80,2419	82,1839 NS	79,3103	79,7348	82,0423 NS
Limitação das Atividades Diárias Valor médio do escore. P valor	65,3670 NS	64,4947	65,9677 NS	61,7188	63,4494 NS	65,9274	61,9253 NS	67,2414	66,9508	61,2676 NS
Limitação Física Valor médio do escore. P valor	68,6927 NS	71,5426	70,7258 NS	67,7083	70,7278 NS	69,5565	70,9770 NS	69,2888	75,0000	62,5000 NS
Limitação Social Valor médio escore P valor	56,7819 NS	55,2752	57,6613 0,0297	50,5208	55,5380 NS	56,2500	59,3391 NS	53,4483	55,3977	57,0423 NS
Relacionamento Pessoal Valor médio do escore. P valor	44,4037 0,0002	54,5390	48,2151 NS	51,9444	48,2700 NS	49,6237	58,6973 0,0000	41,8966	43,7879	58,9671 0,0000
Emoções Valor médio do escore. P valor	58,4098 NS	58,8652	58,8710 NS	57,8125	56,8565 NS	59,7446	58,2375 NS	58,9080	59,6591	56,6901 NS
Sono/Energia Valor médio do escore. P valor	57,9128 NS	59,8404	60,6452 NS	52,8646	54,1139 NS	61,7944	60,4885 NS	57,5431	59,7538	57,0423 NS
Medidas de Gravidade Valor médio do escore. P valor	63,4748 NS	68,2181	65,4435 NS	66,4063	64,3196 NS	66,5323	70,1149 0,0022	62,3384	63,3996	69,8944 0,0124

7 DISCUSSÃO

A classificação internacional de deficiências e incapacidades, proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), descrita por Minaire *et al.* (1998), define a incontinência urinária como uma incapacidade, de qualquer origem, traduzida por uma deficiência do aparelho urinário, com reflexo na vida social, nas atividades profissionais, escolares e no plano econômico. Neste contexto, insere-se a qualidade de vida, que pode ser avaliada por um questionário com informações sobre o meio profissional, social, atividades diárias e, estado de saúde de cada indivíduo.

Na realidade, boa qualidade de vida ou bem-estar, são percepções de estados nos quais as pessoas se encontram quando gozam de boa saúde. Refere-se também à qualificação subjetiva de uma série de outras condições pessoais e sociais que as deixam satisfeitas, confiantes e seguras. O termo qualidade de vida segundo a OMS leva em conta os critérios de subjetividade e multidimensionalidade, sendo estas dimensões qualificadas entre positivas ou negativas. Portanto, o termo se refere à percepção do indivíduo quanto a sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive, levando em conta suas metas, suas expectativas, seus padrões e suas preocupações. A QV pode ser afetada pela interação entre a saúde, o estado mental, a espiritualidade, os relacionamentos do indivíduo e os elementos do ambiente (NERI, 2004).

No que se refere aos critérios de inclusão, foi valorizado apenas a queixa clínica de incontinência urinária, informada aos ginecologistas no momento da primeira consulta, sem que houvesse qualquer tipo de seleção relacionada à

gravidade do sintoma. Nesse sentido, Robinson *et al.* (1998) avaliando 384 mulheres com idade maior ou igual a 60 anos, também deram destaque ao sintoma clínico na valorização da qualidade de vida. Reforça a atitude tomada nesse sentido, ao observar que Tamanini *et al.* (2003) utilizaram este mesmo critério quando da validação do KHQ da língua inglesa para portuguesa.

No que tange o instrumento de estudo, o *King's Health Questionnaire* (KHQ) pode ser considerado como um questionário completo, dado que objetiva avaliar o impacto da incontinência nos diferentes aspectos da QV, assim como os sintomas do trato urinário baixo (AUGE, 2006; RETT, 2007). Foi desenvolvido inicialmente na língua inglesa por Kelleher *et al.* (1997), e, devido a sua popularidade e pelo fato de já estar em uso, após processos de tradução e validação em diversos idiomas, a Sociedade Internacional de Continência recomenda seu uso em pesquisas clínicas além de classificá-lo como nível "A" (ABRAM, 2001). Dado suas propriedades, este instrumento foi adotado na presente pesquisa, na premissa de avaliar em detalhes a interferência dos sintomas urinários da população feminina sobre os domínios relacionados à qualidade de vida.

A presente investigação objetivou analisar o comportamento das pacientes vitimadas pela incontinência urinária em população atendida em unidades públicas de saúde no Estado do Rio de Janeiro, com intuito de obter validade externa para população com características semelhantes. Com efeito, tanto as pacientes estudadas no HSE quanto as na Associação Pro Matre representaram amostra de população, constituída em sua maioria por mulheres com mais de 50 anos, de baixa escolaridade e com pelo menos 1 filho. Estas usuárias são, em sua maioria, oriundas de famílias de baixa renda, e que, após atendimento inicial foram encaminhadas das unidades básicas de saúde ou das unidades constituintes do

PSF para estes hospitais que dispunham de atendimento especializado na área de uroginecologia.

Quanto à avaliação da distribuição etária da população estudada, observamos que 57,1% tinham mais de 50 anos, e 65% já se encontravam na menopausa. Do ponto de vista clínico, o climatério é uma etapa marcante do envelhecimento feminino, caracterizada pelo estabelecimento de estado fisiológico de hipoestrogenismo progressivo, culminando com a interrupção definitiva dos ciclos menstruais (menopausa). Inicia-se normalmente entre 35 e 40 anos, estendendo-se até os 65 anos, sendo freqüentemente acompanhado por sintomas característicos e dificuldades na esfera emocional e social. (DE LORENZI, 2005)

No presente estudo observou-se que mais da metade das entrevistadas revelaram ser portadoras de uma ou mais comorbidades clínicas, no entanto, não houve diferença estatisticamente significativa entre os escores dos diversos domínios das pacientes que apresentavam uma ou mais comorbidades clínicas quando comparadas às sem nenhuma comorbidade.

Teng *et al* (2005) em revisão da literatura demonstraram que a síndrome depressiva é uma companheira freqüente de quase todas as doenças crônicas, e, quando presente, acaba levando a piores evoluções, pior aderência aos tratamentos propostos, pior qualidade de vida, e maior morbimortalidade como um todo. A depressão e as doenças clínicas quase sempre se retroalimentam, interagindo para criar uma situação deteriorante.

Em estudo transversal avaliando 69.003 mulheres objetivando avaliar a associação entre Incontinência Urinária e Depressão Maior, Vigod (2006) demonstrou uma maior prevalência de depressão entre as mulheres incontinentes com idades entre 18-44 anos sendo esta 3 vezes maior do que nas ≥ 45 anos.

Em contrapartida Dennerstein (2002), avaliando mulheres no climatério, observou maior tendência à depressão nesta fase da vida da mulher, fato que tem sido atribuído ao medo de envelhecer e à percepção de proximidade da morte; sentimentos que são agravados pela sensação de inutilidade ou carência afetiva. Neste sentido o climatério pode ser vivenciado negativamente como uma fase de transição física e social, podendo coincidir com outros fatores agravantes tais como a independência dos filhos, a morte de familiares e a aposentadoria, circunstâncias que exigem ajustes emocionais difíceis para a mulher.

Conhecimentos no campo da psicologia dão conta de que pessoas pertencentes aos estratos econômicos mais baixos têm um menor acesso ao apoio social, e quando se encontram sob situações de estresse, como a incontinência urinária, facilmente o perdem. Habitualmente restringem suas redes pessoais sociais mais facilmente, se tornam dependentes e demonstram um estilo de vida menos saudável. (LOPES, 2007)

No que se refere à escolaridade, um maior número de anos estudados aumentaria a chance de adaptação às mudanças trazidas pelo envelhecimento e suas comorbidades associadas principalmente por um acesso maior a informação. De maneira oposta, a adaptação de uma pessoa com pouca/nenhuma escolaridade é muito mais difícil. (LOPES, 2007)

Os sintomas urinários que mais prevaleceram nas entrevistas foram urgência, frequência, urge-incontinência, noctúria e incontinência urinária de esforço. Estes sintomas se destacaram pelo grau de impacto negativo sobre a QV. Resultados semelhantes aos apresentados também foram encontrados em estudo de BORGES, (2009) que demonstraram serem os mesmos sintomas os que mais interferiram negativamente sobre a qualidade de vida (Tabela. 8)

Tabela 08 - Distribuição percentual das mulheres segundo a interferência dos sintomas urinários na QV

Sintomas	Um pouco		Moderadamente		Muito		Ausência do sintoma	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Aumento da freqüência urinária	7	14	12	24	28	<u>56</u>	3	6
Noctúria	13	26	7	14	21	<u>42</u>	9	18
Urgência	9	18	4	8	26	<u>52</u>	11	22
Urge-incontinência	11	22	7	14	21	<u>42</u>	11	22
Incontinência de esforço	9	18	11	22	21	<u>42</u>	9	18
Enurese noturna	5	10	5	10	8	16	32	64
Incontinência durante relação sexual	4	8	3	6	6	12	37	74
Infecções urinárias freqüentes	7	14	10	20	10	20	23	46
Dor na bexiga	12	24	8	16	11	22	19	38
Dificuldade para urinar	4	8	3	6	6	12	37	74

Apud. Borges, 2009

Os domínios “Limitação Física”, “Limitação das Atividades Diárias” e “Emoções” foram os mais afetados. Sabe-se, no entanto, que a exposição à perda urinária ao longo do tempo acaba por afetar os diversos aspectos da vida, não só o físico, mas também o social, psicológico, ocupacional, doméstico e sexual. Muitas mulheres acabam mudando sua rotina de vida diária, fazem uso freqüente de perfumes de odor forte, utilizam roupas escuras, diminuem a ingesta hídrica, suspendem por conta própria os fármacos que estimulam a eliminação urinária, utilizam absorventes ou protetores para controle da perda urinária, realizam procura imediata pelo banheiro em locais públicos, além de evitarem o convívio social deixando de freqüentar festas, casas de amigos e familiares; muitas vezes impedindo visitas a sua própria casa, com receio de que as pessoas percebam o odor de urina tendo como trágico resultado final o isolamento.

Fultz *et al.* (2003) em estudo transversal avaliando 605 mulheres norte-americanas não institucionalizadas com objetivo de analisar o grau de incômodo subjetivo da IU e seu impacto sobre a qualidade de vida, observaram ser a esfera das relações sociais a mais afetada. Esta diferença em relação ao nosso estudo poderia ser explicada por um menor nível socioeconômico e menor grau de escolaridade da população estudada no Rio de Janeiro.

No que se refere à associação entre as variáveis clínico-epidemiológicas e o escore obtido nas diversas dimensões do constructo, observa-se que:

Em relação ao domínio “Percepção do Estado Geral de Saúde” houve associação significativa das variáveis “idade >50 anos” e “estado menopausal” com escores mais elevados (pior QV) nas mulheres incontinentes.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2004) a partir desta idade ocorrem mudanças dos hábitos de saúde que tornam os indivíduos mais expostos a um padrão alimentar inadequado, que aliado ao sedentarismo e ao consumo das substâncias nocivas, nomeadamente o álcool e tabaco, poderiam levar ao aumento no número de condições crônicas.

Vecchia, (2005) em estudo nacional do tipo qualitativo avaliando 365 idosos com objetivo de compreender os significados individuais de “qualidade de vida” concluiu que este conceito está relacionado à saúde, ao nível de independência, ao estilo de vida, às relações sociais, à capacidade funcional, à satisfação com a vida, dentre outros fatores.

Em estudo transversal, Teleman *et al.* (2005) avaliaram 2682 mulheres suecas com objetivo de determinar a prevalência e grau de incômodo subjetivo da IU, onde também demonstraram, à semelhança de nossa investigação, haver prejuízo da QV em mulheres de meia idade (50-59 anos).

Abreu *et al.* (2007) indicaram em seus estudos que quando os idosos são o foco, a QV se relaciona com a preservação das relações interpessoais, saúde, equilíbrio emocional, estabilidade financeira e trabalho e espiritualidade.

Menéndez (2005), em estudo transversal avaliando 10891 indivíduos em 7 centros urbanos da América Latina e Caribe com objetivo de identificar relação entre enfermidades crônicas e a limitação funcional concluiu que a presença destas condições está associada a complicações e seqüelas que dificultam a independência e a autonomia das pessoas, interferindo nas suas aspirações, estilo de vida e realização de atividades. Em adição, conforme pensamento de Sebastiani (2001), as condições crônicas produzem no indivíduo uma quebra na sua dinâmica de desenvolvimento, exigindo uma reestruturação da sua vida, para que possa viver com qualidade, mesmo com as limitações e perdas impostas pela enfermidade.

Neste contexto, observando a associação entre idade, menopausa, doenças crônicas e limitações funcionais descritas na literatura, os dados obtidos em nosso estudo corroboram com a expectativa de escores mais elevados na avaliação do domínio “Percepção do Estado Geral de Saúde” entre grupo das mulheres incontinentes acima dos 50 anos e que estivessem na menopausa.

No que se refere à avaliação do domínio “Limitação Social” apenas na variável escolaridade foi constatada diferença significativa entre os escores, onde pacientes com escolaridade inferior a 9 anos de estudo (fundamental incompleto) obtiveram escores significativamente maiores (pior QV). Esta diferença poderia estar relacionada a uma maior compreensão das mudanças corporais, melhor autocuidado e menor nível de ansiedade.

De acordo com a teoria do capital humano, espera-se que a parcela da população, com mais anos de estudo perceba maiores salários. Desta maneira, a

população mais escolarizada teria maior possibilidade de acesso a recursos “paliativos” (utilização de protetores higiênicos de melhor qualidade, possibilidade de utilização de sanitários em locais mais bem conservados e em uma maior frequência durante o dia, etc.) que diminuiriam por sua vez o grau de preocupação/padecimento das pacientes em relação à frequência de episódios de IU. (FRANÇA, 2005)

No tocante ao domínio “Relacionamento Pessoal” demonstrou-se que as pacientes que apresentavam pelo menos uma comorbidade clínica obtiveram escores significativamente menores do que as que não possuíam qualquer comorbidade, da mesma maneira as pacientes com >50 anos obtiveram valores significativamente menores do que as com <50 anos. Em consonância observou-se que as pacientes que se encontravam na menopausa também obtiveram escores menores quando comparadas às pacientes do grupo no menacme.

Em relação ao domínio “Medidas de Gravidade” a diferença entre os escores foi significativa quando comparado o grupo das pacientes com >50 anos com as de idade <50 anos, sendo menor o valor (melhor QV) do escore entre as mais idosas. Este resultado pode ser explicado pela crença em mitos muito difundidos em nossa sociedade que se referem à incontinência urinária como uma condição que “faz parte do envelhecimento” ou que “não tem cura”, deste modo, muitos assumem atitudes conformistas, optando pelo sofrimento em detrimento da busca de soluções paliativas ou definitivas. (HONORIO, 2009).

Ao abordar o eixo temático, repercussões psicossociais e familiares, relacionadas à incontinência urinária, não se pretendeu esgotar as questões que circundam a esta condição crônica. Objetivou-se trazer à tona discussões

importantes e estimular a reflexão acerca deste problema tão complexo e, ao mesmo tempo, tão pouco discutido pelos profissionais da saúde.

No caso da incontinência urinária, para uma ação efetiva, é de mister a intervenção de uma equipe interdisciplinar composta de médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais e psicólogos. Contribuem também com grande importância além do aspecto biológico, o entendimento da questão social e do direito ao cuidado e a preservação da saúde e qualidade de vida, cláusulas pétreas da Constituição concedida a todos os cidadãos brasileiros. Portanto, todo estudo relativo à incontinência urinária deve mostrar não só as implicações técnicas e biológicas, do problema, mas sim a interseção entre estes, com as questões culturais e sociais.

Acredita-se que esta investigação possa ter alguma limitação para população em geral, dado o predomínio de pacientes pertencentes a estrato socioeconômico baixo e com escolaridade concentrada no ensino fundamental. Além disso, essas condições poderiam conduzir a alguma dificuldade no entendimento do questionamento por parte das respondentes, a despeito do mesmo ter sofrido adaptação satisfatória para a língua pátria

Deve-se, no entanto, considerar a grande reprodutibilidade do questionário KHQ ao pretender-se avaliar populações com característica semelhante, especialmente as assistidas pelo Sistema Único de Saúde que, a despeito da universalidade, atende sobretudo as camadas mais carentes do território nacional.

Ademais, levando-se em consideração que as entrevistadas foram realizadas no momento do início do acompanhamento médico, é possível ainda, que tenha havido valorização da queixa urinária, refletindo-se na avaliação subjetiva do estado geral de saúde onde 71,5% das respondentes classificaram sua condição

entre regular/muito ruim e na percepção do impacto da incontinência urinária sobre a QV, onde 72,9% das clientes classificaram esta interferência entre moderado/intenso.

Ao transformar o entendimento das questões relativas à IU, ampliando sua divulgação, expondo-a como um problema que atinge milhões de pessoas, que existe cura e que não é inerente ao envelhecimento, será possível sensibilizar os órgãos responsáveis para que a mesma seja inserida na pauta das políticas públicas. Além disto, por meio da educação em saúde será possível introduzi-la nos aspectos culturais da população, valorizando principalmente os aspectos relacionados à sua prevenção, contribuindo sobremaneira para que a incontinência urinária seja vista por uma nova perspectiva, incentivando a modificação de hábitos, originando como consequência a melhora da qualidade de vida de indivíduos e coletividades.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

1- Os dados da presente investigação dão conta que as mulheres que apresentam sintomas de incontinência urinária estão notadamente na quinta década de vida, a maioria na pós-menopausa, com predominância da escolaridade em torno do ensino fundamental completo, que passaram pela experiência de parto e que são na maioria, portadoras de comorbidades clínicas, tais: hipertensão Arterial Sistêmica, patologia articular, Diabetes Melito. Cardiopatia. A maioria relata como regular seu estado de saúde, sendo o restante distribuído de maneira equivalente, entre as opções boa/muito boa e ruim/muito ruim.

2- No tocante a avaliação subjetiva do quanto à intensidade da incontinência urinária afeta suas vidas, a maioria classificou-a entre moderada intensa, refletindo um importante impacto negativo em suas qualidades de vida. Dentre os sintomas urinários, os que mais se destacaram foram: urgência miccional, seguido da frequência urinária, urge-incontinência, noctúria e a incontinência urinária de esforço.

3- O KHQ mostrou-se um importante instrumento na avaliação da qualidade de vida na população estudada através da valorização de seus diversos domínios. Neste sentido observou-se que os domínios mais afetados negativamente pela incontinência Urinária, com mais da metade dos escores nos terceiros e quartos quartis, foram: Medidas de Gravidade, Impacto do Problema Urinário, Percepção do Estado Geral de Saúde, Limitação Física, Limitação das Atividades Diárias, Emoções.

4- Através dos resultados do referido instrumento pode se estabelecer associação entre variáveis e os escores dos domínios. As variáveis de natureza clínico-epidemiológicas que influenciaram de modo significativo para uma pior qualidade de vida nos domínios a seguir, foram: **“Percepção do Estado Geral de Saúde”** (idade >50 anos e menopausa presente) **“Limitação Social”** (<9 anos de estudo), **“Relacionamento Pessoal”** (ausência de comorbidades, idade >50 anos e menopausa ausente) **“Medidas de Gravidade”** (<50 anos idade e menopausa ausente).

REFERÊNCIAS

ABRAMS, P. *et al.* The standartization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub committee of the international continence society. **Neurourology and Urodynamics**, 21:1676-8, 2002.

ABRAMS P. *et al.* Symptom and quality of life assessment; **Incontinence** 3rd ed. p. 267-315. Plymouth: Plymbridge; 2001

ABREU N.S., *et al.* Quality of life from the perspective of elderly women with urinary incontinence. **Revista brasileira de fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n. 6, p. 429-436, nov./dec. 2007

APPELL, R.A. Clinical efficacy and safety of tolterodine in the treatment of overactive bladder. A pooled analysis. **Urology**, 50: 90-96, 1997

AUGE A.P., *et al.* Comparações entre os índices de qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária submetidas ou não ao tratamento cirúrgico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 28(6):352-7, 2006.

BERGMAN, A. Reliability of the patients history in the diagnosis of urinary incontinence. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics**, 32: 255-259, 1990

BERGNER, M. The sickness impact profile development and final revision of a health status measure. **Medical Care**, 19: 787-805, 1981.

BLACK, N. Development of a symptom severity index and a symptom impact index for stress incontinence in women. **Neurourology and Urodynamics**, 15: 630-640, 1996

BLAIVAS, J.G. Standards of efficacy for evaluation of treatment outcomes in urinary incontinence: recommendations of the Urodynamic society. **Neurourology and Urodynamics**, 16: 145-147, 1997.

BORGES J.B.R., *et al.* Avaliação da qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária pelo uso do Kings Health questionnaire. **Einstein**. 7(3 Pt 1):308-13, 2009.

BREAKWELL, S.L. Differences in physical health, social interaction, and personal adjustment between continent and incontinent housebound aged women. **Journal of Community Health Nursing**, 5: 19-31, 1988.

BROWN, J.S. Urinary incontinence in older women: who is at risk? **Obstetrics and Gynecology**, 87:715-21, 1996.

BURGIO, K.L. Prevalence, incidence, and correlates of urinary incontinence in healthy, middle-aged women. **Journal of Urology**, 146: 1255-9, 1991.

BURGIO, K.L. Treatment seeking for urinary incontinence in older adults. **Journal of the American Geriatric Society**, 42: 208-212, 1994.

CHALIHA, C. Urological problems in pregnancy. **British Journal of Urology International**, 89:469-76, 2002

CHEATER, F.M.; CASTLEDEN, F.M. Epidemiology and classification of urinary incontinence. **Best Practice Research Clinical Obstetrics and Gynaecology**, 14:183-205, 2000

COUTER, A. Measuring quality of life. In Kinmonth AL & Jones R (eds) **Critical Reading in General Practice**. Oxford: Oxford University Press, 1993.

DeLANCEY, J.O.L. Anatomy and biomechanics of genital prolapse. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, 36:897-909, 1993

DeLANCEY, J.O.L. Pathophysiology of adult urinary incontinence. **Gastroenterology**, 126: s23-s32, 2004.

DE LORENZI, D.R.S.; DANELON, C., SACILOTO, B.; PADILHA JR, I. Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 27:12-9, 2005.

DENNERSTEIN, L.; LEHERT, P.; GUTHRIE J.. The effects of the menopausal transition and biopsychosocial factors on well-being. **Arch Women Ment Health** 5:15-22, 2002;

DEROGATIS, L.R. The Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS and PAIS SR) Administration, Scoring and Procedures Manual - II. **Clinical Psychometric Research**, Inc. Towson, Maryland 21204, USA, 1990.

DIETZ, H.P.; SCHIERLITZ, L. Pelvic floor trauma in childbirth-myth or reality? **Aust N Z J Obstet Gynaecol**. 45(1):3-11, 2005

FALCONER, C. *et al* Decreased collagen synthesis in stress-incontinent women. **Obstetrics and Gynecology**, 84:583-6, 1994.

FANTL, J.A; NEWMAN, D.K; COLLING, J. Urinary incontinence in adults: acute and chronic management. Clinical practice guideline No. 2, 1996 update. Washington DC: **US Public Health service**. Agency for Health care Policy and Research, 1996 AHCPR Publication 96-0682, 1996

FELDNER-JUNIOR P.C., *et al*. Valor da queixa clínica e exame físico no diagnóstico da incontinência urinária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 24(2):87-91, 2002.

FONSECA, E.S.M. *et al* Validation of a quality of life questionnaire (King's Health Questionnaire) in Brazilian women with urinary incontinence **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 27(5): 235-422, 2005

FRANÇA, G.N. **Relação entre Escolaridade e Renda no Brasil na Década de 1990**. 2005. 106f. Dissertação (Mestrado em Economia de Empresas) Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2005

FRITEL, X. *et al.* Mode of delivery and severe stress incontinence. A cross-sectional study among 2,625 perimenopausal women. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**. December 112(12): 1646–1651, 2005

FULTZ, N.H., *et al.* Burden of stress urinary incontinence for community-dwelling women. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**. 189(5):1275-82, 2003.

GUARISI, T., *et al.* Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. **Revistas de Saúde Pública**. 35(5):428-35, 2001.

GÉO, M.S. *et al.* Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida. **Jornal da Incontinência Urinária Feminina**, vol. 6, ago/dez 2002.

GREEN, T.H. Urinary stress incontinence: differential diagnosis, pathophysiology and management. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**. 122: 368-, 1975.

GJORP, T. *et al.* Is growing old a disease? A study of the attitudes of elderly people to physical symptoms. **Journal of Chronic Disease**, 40: 1095-1098, 1987.

GRIMBY, A. *et al.* The influence of urinary incontinence on the quality of life of women. **Age and Ageing**, 22: 82-89, 1993.

GROSSE, D.; SENGLER, J. **Reeducação Perineal**, 1ª ed. São Paulo: Manole, 2002.

HAMPEL C., *et al.* Definition of overactive bladder and epidemiology of urinary incontinence. **Urology**. 50(suppl 6A):4-14, 1997.

HANNESTAD Y.S., *et al.* A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. **Journal of Clinical Epidemiology**, 53(11): 1150-7, 2000.

HERMANN, V.; PALMA, P.R. Incontinência Urinária. In: NETTO, N.J.; WROCLAWSKI, E.R. **Urologia: Fundamentos para o clínico**. São Paulo: Sarvier, 2001.

HILTON, P. Urinary incontinence during sexual intercourse: a common but rarely volunteered symptom. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, 95: 377-381, 1988.

HONÓRIO M.O.; SANTOS S.M.A. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida **Revista Brasileira de Enfermagem**, 62(1): 51-6, 2009.

HU, T.W. The impact of urinary incontinence on healthcare costs. **Journal of the American Geriatric Society**, 38: 292-295, 1990.

HU, T.W. The economic impact of urinary incontinence. **Clinical Geriatric Medicine**, 2: 673-687, 1996.

HUNSKAAR, S.; VINSNES, A. The quality of life in women with urinary incontinence as measured by the sickness impact profile. **Journal of the American Geriatric Society**, 39: 378-382, 1991.

HUNT, S.M.; McEWEN, J.; McKENNA, S.P.. Measuring health status. A new tool for clinicians and epidemiologists. **Journal of the Royal College of General Practitioners**, 35: 185-188, 1985.

INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY COMMITTEE. The standardisation of terminology of lower urinary tract function. In: OSTRGARD, D.R. & BENT. A. E. (eds). **Urogynecology and urodynamics: theory and practice**. 3. ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1991.

INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY COMMITTEE – 3rd International Consultation on Incontinence – Editors Abrams, Paul et al. **Incontinence**, 2005.

JACKSON, S. *et al.* The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms questionnaire: development and psychometric testing. **British Journal of Urology**, 7: 805-812, 1996.

JARVIS, G.J. *et al.* An assessment of urodynamic examination in incontinent women. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, 87: 893-896, 1980.

JEFFCOATE, T.N.A.; ROBERTS, H. Observations on stress incontinence of urine. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, 64: 721-, 1952.

JENKINSON, C.; COULTER, A.; WRIGHT, L. Short Form 36 (SF-36) health survey questionnaire. Normative data for adults of working age. **British Medical Journal** 1993; 306: 1437-1440.

JOHANNESSON, M. *et al.* Willingness to pay for reduced incontinence symptoms. **British Journal of Urology**, 80: 557-562, 1997.

JOLLEYS, J.V. *et al.* Urinary symptoms in the community: how bothersome are they? **British Journal of Urology**, 74: 551-555, 1994.

KELLEHER, C.J.; CARDOZO, L.D. Sexual dysfunction and urinary incontinence. **Journal of Sexual Health**, 3:186-191, 1994.

KELLEHER, C.J. *et al.* A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, 104: 1374-1379, 1997.

KELLEHER, C.J. Quality of life and urinary incontinence. **Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology**, 14(2): 363-379, 2000

KOBELT, G.; KIRCHBERGER, I.; MALONE-LEE, J. Quality of Life aspects of the overactive bladder and the effect of treatment with tolterodine. **British Journal of Urology**, 83: 583-590, 1999.

KOBELT, G. Economic considerations and outcome measurement in urge incontinence. **Urology**, 50:100-107, 1997.

KUTNER, N.G. *et al.* Older adults perceptions of their health and functioning in relation to sleep disturbance, falling, and urinary incontinence. **Journal of the American Geriatric Society**, 42: 757-762, 1994.

LACERDA, C.A.M. Estrutura anatômica do assoalho pélvico feminino. In: RUBINSTEIN, I. **Urologia feminina**. São Paulo: BYK, 1999. p. 17-27.

LAGRO-JANSSEN, T. Women with urinary incontinence: self-perceived views and general practitioners' knowledge of the problem. **British Journal of General Practice**, 40: 331-334, 1990.

LAGRO-JANSSEN, T.; SMITHS, A.; vanWEEL, C. Urinary incontinence in women and the effects on their lives. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, 10: 211-216, 1992.

LEE, P.S. *et al.* Measuring the psychosocial impact of urinary incontinence. The York Incontinence Perceptions Scale (YIPS). **Journal of the American Geriatric Society**, 43:1275-1278, 1995.

LOPES, A.F.A. Generalidades e singularidades da doença em família: Percepção da qualidade de vida, stress e coping. (2007) Disponível em <http://www.psicologia.com.pt/teses/>. Acessado em 17/3/2010 às 16: 43h.

LOSIF, S.; HENDRIKSSON, L.; ULMSTEN, U. The frequency of disorders of the lower urinary tract, urinary incontinence in particular, as evaluated by a questionnaire survey in a gynaecological health control program. **Acta Obstetrica et Gynaecologica Scandinavica**, 60: 71-76, 1981.

MALONE-LEE, J.G. *et al* Tolterodine versus oxybutynin Study group. The comparative tolerability and efficacy of tolterodine 2 mg bd versus oxybutynin 2.5/5 mg bd in the treatment of the overactive bladder. **Proceedings of the ICS**, 220: 163-164, 1998.

MCKINNIE, V. *et al.* The effect of pregnancy and mode of delivery on the prevalence of urinary and fecal incontinence. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, 193: 512-518, 2005

MEMEL, D.S.; HARRISSON, G.L. Urinary incontinence in women: its prevalence and its management in a health promotion clinic. **British Journal of General Practice**, 44: 149-152, 1994.

MENÉNDEZ, J., *et al.* Enfermedades Crónicas y Limitación Funcional en Adultos Mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. **Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal Public Health**, 17: 5-6, 2005

MILSOM, I. *et al.* The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. **Journal of Urology**, vol. 149, p. 1459-1462, 1993.

MINAIRE, P.; SENGLER, J.; JACQUETIN, B. Epidémiologie de l'incontinence urinaire. In: Société International Francophone D'Urodynamique. **Actualités en Urodynamique. L'incontinence urinaire féminine**. Paris: Elsevier, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis**: Brasil, 15 Capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Ed. INCA, Rio de Janeiro, 2004

MINASSIAN, V.A.; DRUTZ, H.P.; AL-BADR, A. Urinary incontinence as a worldwide problem. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, 82: 327- 38, 2003.

MOORE, K.H.; HAY, D.M.; IMRIE, A.H. Oxybutynin chloride (3 mg) in the treatment of women with idiopathic detrusor instability. **British Journal of Urology**, 66: 479-485, 1990.

MOORE, K.H. *et al.* Is severe wetness associated with severe madness in detrusor instability? **Neurourology and Urodynamics**, 11: 460-461, 1992.

MORENO, A. L. **Fisioterapia em Uroginecologia**. 1ª ed. São Paulo: Manole, 2004.

NERI, A. L. **Qualidade de vida na velhice**. In: REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. da S. 1 ed. São Paulo: Manole, 2004.

NOCHAIISKY, T.H. *et al.* Dimensions of urine loss among older women with genuine stress incontinence. **Neurourology and Urodynamics**, 12: 223-233, 1993.

NORTON, P.A. *et al.* Distress and delay associated with urinary incontinence, frequency and urgency in women. **British Medical Journal**, 297: 1187-1189, 1988.

NORTON, P.A. Pelvic floor disorders: the role of fascia and ligaments. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, 36:926-38, 1993.

OUSLANDER, J.G. *et al.* Genitourinary dysfunction in a geriatric outpatient population. **Journal of the American Geriatric Society**, 54: 507-514, 1986.

O'CONNOR, R.M. *et al.* Urge incontinence: quality of life and patients valuation of symptom reduction. **Pharmacoeconomics**, 14: 153-159, 1998.

PAPANICOLAOU S., *et al.* Assessment of bothersomeness and impact on quality of life of urinary incontinence in women in France, Germany, Spain and the UK. **British Journal of Urology**. 96(6):831-8, 2005.

PESCHERS, U.M. *et al.* Urinary and anal incontinence after vacuum delivery. **Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, Amsterdam, v.110, n.1 p. 39-42, Sep. 2003.

PESCHERS, U.M. *et al.* Levator ani functions before and after childbirth. **British Journal of Obstetrics and Gynecology**, 104:1004- 8, 1997.

PETRUS, P.E.; ULMSTEN, U. An Anatomical Classification – A new paradigm for management of urinary dysfunction in the female. **International Urogynecology Journal**, 10: 29-35, 1999.

POLDEN, M.; MANTLE, J. **Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia**. 2ª ed. São Paulo: Santos, 2002.

PRAUN, O.H.J.; BUSATO, W.F.S.; PRAUN,L.H. Epidemiologia da Incontinência Urinária. In: RUBINSTEIN, I. **Clínicas Brasileiras de Urologia: incontinência urinária na mulher**. São Paulo. Atheneu, 2001.Cap.7, p.59-65

RETT M.T., *et al.* Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 29(3):5-9, 2007

RIBEIRO, R. M.; ROSSI, P. Diagnóstico clínico e radiológico da incontinência urinária de esforço. In: MONTELLATO, N.; BARACAT, F.; ARAP, S. **Uroginecologia**. São Paulo: Roca, p. 55-64, 2000.

RIBEIRO, R. M.; ROSSI, P. Incontinência urinária de esforço. In: HALBE, H. W. **Tratado de Ginecologia**. 3 ed. São Paulo: Roca, p. 662-678. 1 v., 1999

ROBINSON D., *et al.* Relationship between patient reports of urinary incontinence symptoms and quality of life measures. **Obstetrics and Gynecology**. 91(2):224-8,1998

SAND, P.K. *et al.* Pelvic floor stimulation in the treatment of genuine stress incontinence: a multicentre placebo controlled trial. **Neurourology and Urodynamics**, 13: 356-357, 1994.

SCHYTT, E, LINDMARK, G, WALDENSTRÖM, U. Symptoms of stress incontinence 1 year after childbirth: prevalence and predictors in a national Swedish sample **Acta Obstetricia et Gynaecologica Scandinavica**. October, 83(10):928-36, 2004

SEIM, A.; HERMSTAD, R.; HUNSKAAR, S. Management in general practice significantly reduces psychosocial consequences of female urinary incontinence. **Quality of Life Research**, 6: 257-264, 1997.

SHUMAKER, S.A. *et al.* Health related quality of life measures for women with urinary incontinence. The Urogenital Distress Inventory and the Incontinence Impact Questionnaire. **Quality of Life Research**, 3: 291-306, 1994.

SKONER, M.M. *et al.* Factors associated with risk of urinary incontinence in women. **Nursing Research**, 1994.

STEPHENSON, R.G.; O'CONNOR, L. J. **Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia**. 2ª ed. São Paulo: Manole, 2004.

STREINER, D.L.; NORMAN G.R. Health Measurement Scales, a Practical Guide to their Development and Use. Oxford: **Oxford Medical Publications**, 1993.

SUTHERST, J.R. Sexual dysfunction and urinary incontinence. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, 86: 387, 1979.

TAMANINI J.T.N., *et al.* Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. **Revista de Saúde Pública**, 37(2):203-11, 2003

TEDIOSI, F., *et al.* The cost of urinary incontinence in Italian women. A cross-sectional study. Gruppo di Studio Incontinenza. **Pharmacoeconomics**, 17: 71-76, 2000.

TELEMAN P, *et al.* Lower urinary tract symptoms in middle-aged women-prevalence and attitude towards mild urinary incontinence: a community based population study. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**. 84(11):1108-12, 2005.

TENG, C.T.; HUMES, E.C.; DEMETRIO, F.N.. Depressão e comorbidades clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 32 (3); 149-159, 2005

ULMSTEN, U. *et al.* Different biochemical composition of connective tissue in continent and stress incontinent women. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, 66:455-7, 1987.

VAN KESSEL, K. *et al* The second stage of labour and stress urinary incontinence. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, 184:1571-5, 2001.

VARMUS, H. Disease-specific estimates of direct and indirect costs of illness and NIH support. Department of Health and Human Services, **National Institutes of Health**; Bethesda (MD): 1997.

VECCHIA R., RIUZ T., BOCCHI S., CORRENTE J. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 8(3):246-53, 2005.

VERSI, E. *et al*/Symptoms analysis for the diagnosis of genuine stress incontinence. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, 98: 815-819, 1991.

VIGOD, S.N, STEWART, D.E.. Major Depression in Female Urinary Incontinence. **Psychosomatics**, 47:147–151, 2006.

VIKTRUP, L.; LOSE, G. The risk of stress incontinence 5 years after first delivery. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, 185(1): 82-87, 2001.

WAGNER, T.H. *et al*. Quality of life in persons with urinary incontinence, development of a new measure. **Urology**, 47: 67-72, 1996.

WALL, L. The muscles of the pelvic floor. **Clinical Obstetrics Gynecology**, 36:910-25, 1996.

WIJMA, J. *et al*.. Anatomical and functional changes in the lower urinary tract during pregnancy. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology** 108(7):726-732, 2001.

WILSON, L., *et al*. Annual direct cost of urinary incontinence. **Obstetrics and Gynaecology**, 98: 398-406, 2001

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition of health from preamble to the constitution of the WHO basic documents**, 28th edition. Geneva: WHO p1, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília: WHO, 2003

WYMAN, J.F. *et al*. Psychosocial impact of urinary incontinence in women. **Obstetrics and Gynaecology**, 70: 378-380, 1987.

ANEXO 1

Associação Pro Matre
Questionário de Qualidade de Vida
Versão 2.0

Hospital dos Servidores do Estado
Prontuário: _____

Nome: _____ Idade: _____ anos – Data: _____
Gesta: _____ Para: _____ Escolaridade: _____ Menopausa: () sim () não - tempo: _____

Morbidades: () HAS () DM () Dça Neurológica () Hipotireoidismo () Dça Osteoarticular
() cardiopatia () pneumopatia () outras Qual: _____

1) Como você avaliaria sua saúde hoje?

Muito boa () Boa () Normal () Ruim () Muito ruim ()

2) Quanto você acha que seu problema de bexiga atrapalha sua vida?

Não () Um pouco () Mais ou menos () Muito ()

Abaixo estão algumas atividades que podem ser afetadas pelos problemas de bexiga. Quanto seu problema de bexiga afeta você? Gostaríamos que você respondesse todas as perguntas. Simplesmente marque com um “X” a alternativa que melhor se aplica a você.

Limitação no desempenho de tarefas

3) Com que intensidade seu problema de bexiga atrapalha suas tarefas de casa (ex., limpar, lavar, cozinhar, etc.)

Nenhuma () Um pouco () Mais ou menos () Muito ()

4) Com que intensidade seu problema de bexiga atrapalha seu trabalho, ou suas atividades diárias normais fora de casa como: fazer compra, levar filho à escola, etc.?

Nenhuma () Um pouco () Mais ou menos () Muito ()

Limitação física/social

5) Seu problema de bexiga atrapalha suas atividades físicas como: fazer caminhada, correr, fazer algum esporte, etc.?

Não () Um pouco () Mais ou menos () Muito ()

6) Seu problema de bexiga atrapalha quando você quer fazer uma viagem?

Não () Um pouco () Mais ou menos () Muito ()

7) Seu problema de bexiga atrapalha quando você vai a igreja, reunião, festa?

Não () Um pouco () Mais ou menos () Muito ()

8) Você deixa de visitar seus amigos por causa do problema de bexiga?

Não () Um pouco () Mais ou menos () Muito ()

Relações pessoais

- 9) Seu problema de bexiga atrapalha sua vida sexual?
Não se aplica () Não () Um pouco () Mais ou menos () Muito ()
- 10) Seu problema de bexiga atrapalha sua vida com seu companheiro?
Não se aplica () Não () Um pouco () Mais ou menos () Muito ()
- 11) Seu problema de bexiga incomoda seus familiares?
Não se aplica () Não () Um pouco () Mais ou menos () Muito ()

Gostaríamos de saber quais são os seus problemas de bexiga e quanto eles afetam você. Escolha da lista abaixo **APENAS AQUELES PROBLEMAS** que você tem no momento. Quanto eles afetam você?

- 12) Frequência: Você vai muitas vezes ao banheiro?
Um pouco () Mais ou menos () Muito ()
- 13) Noctúria: Você levanta a noite para urinar?
Um pouco () Mais ou menos () Muito ()
- 14) Urgência: Você tem vontade forte de urinar e muito difícil de controlar?
Um pouco () Mais ou menos () Muito ()
- 15) Bexiga hiperativa: Você perde urina quando você tem muita vontade de urinar?
Um pouco () Mais ou menos () Muito ()
- 16) Incontinência urinária de esforço: Você perde urina com atividades físicas como: tossir, espirrar, correr?
Um pouco () Mais ou menos () Muito ()
- 17) Enurese noturna: Você molha a cama à noite?
Um pouco () Mais ou menos () Muito ()
- 18) Incontinência no intercurso sexual: Você perde urina durante a relação sexual?
Um pouco () Mais ou menos () Muito ()
- 19) Infecções frequentes: Você tem muitas infecções urinárias?
Um pouco () Mais ou menos () Muito ()
- 20) Dor na bexiga: Você tem dor na bexiga?
Um pouco () Mais ou menos () Muito ()
- 21) Outros: Você tem algum outro problema relacionado a sua bexiga?
Um pouco () Mais ou menos () Muito ()

Emoções

- 22) Você fica deprimida com seu problema de bexiga?
Não () Um pouco () Mais ou Menos () Muito ()
- 23) Você fica ansiosa ou nervosa com seu problema de bexiga?
Não () Um pouco () Mais ou Menos () Muito ()
- 24) Você fica mal com você mesma por causa do seu problema de bexiga?
Não () Às vezes () Várias vezes () Sempre ()

Sono/Energia

25) Seu problema de bexiga atrapalha seu sono?

Não () Às vezes () Várias vezes () Sempre ()

26) Você se sente desgastada ou cansada?

Não () Às vezes () Várias vezes () Sempre ()

Algumas situações abaixo acontecem com você? Se tiver, o quanto?

27) Você usa algum tipo de protetor higiênico como: fralda, forro, absorvente tipo Modess para manter-se seca?

Não () Às vezes () Várias vezes () Sempre ()

28) Você controla a quantidade de líquido que bebe?

Não () Às vezes () Várias vezes () Sempre ()

29) Você precisa trocar sua roupa íntima (calcinha), quando fica molhada?

Não () Às vezes () Várias vezes () Sempre ()

30) Você se preocupa em estar cheirando urina?

Não () Às vezes () Várias vezes () Sempre ()

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO Versão 3.0 – 24/11/08

Hospital Pró Matre/Hospital dos Servidores do Estado (HSE)

Título do projeto:

Qualidade de Vida em Mulheres com Incontinência Urinária Usuárias do Sistema Único de Saúde

Como voluntária a Senhora está sendo solicitada a participar de uma pesquisa científica, que está sendo desenvolvida em dois hospitais ao mesmo tempo, que tem como objetivo principal, a obtenção de informações sobre aspectos relacionados a qualidade de vida em mulheres que apresentam incontinência urinária (perda de urina).

Para participar, a senhora deverá responder um questionário sobre sua saúde, e sobre quanto a perda de urina interfere em sua vida. Estes dados serão arquivados de maneira apropriada.

A Senhora pode recusar-se a participar da pesquisa, ou mesmo, dela se afastar em qualquer tempo, sem que este fato lhe venha causar qualquer constrangimento ou penalidade por parte da Instituição, não influenciando de nenhuma maneira seu tratamento.

Os investigadores se obrigam a não revelar a identidade em qualquer publicação resultante do estudo. Poderão também interromper a participação da Senhora, a qualquer momento, contanto que a senhora e o comitê de ética (grupo de profissionais que fiscalizam pesquisas científicas para proteger os direitos das pessoas) sejam informados dos motivos.

Antes de assinar o termo, a senhora deve retirar suas dúvidas sobre qualquer ponto que não tenha sido adequadamente esclarecido

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento, decidindo participar da investigação proposta, depois de ter feito perguntas e ter recebido respostas satisfatórias a todas elas, e, ciente que poderei voltar a fazê-las a qualquer tempo, assim como abandonar a entrevista caso queira. Declaro dar o meu consentimento para participar desta investigação.

Nome da Entrevistada _____

Assinatura da Entrevistada _____

Assinatura do investigador _____

Assinatura do Pesquisador Principal _____

Telefone para contato: 2187-1900 (Hospital Pro Matre) / 2291-3131 Ramal 3544 (Comitê de Ética do Hospital dos Servidores do Estado)

Assinaturada Testemunha _____

Local e data: _____, _____ / _____ / _____