

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL
MESTRADO ACADÊMICO

GIOVANNA VALÉRIA BELO CORDEIRO

**QUALIDADE DE VIDA NA PERSPECTIVA DE MULHERES CLIMATÉRICAS
COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

São Luís - MA

2008

GIOVANNA VALÉRIA BELO CORDEIRO

**QUALIDADE DE VIDA NA PERSPECTIVA DE MULHERES CLIMATÉRICAS
COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do
Maranhão para a obtenção do Grau de Mestre.

Orientadora:

Profa. Dra. Luciane Maria Oliveira Brito

São Luís - MA

2008

GIOVANNA VALÉRIA BELO CORDEIRO

**QUALIDADE DE VIDA NA PERSPECTIVA DE MULHERES CLIMATÉRICAS
COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do
Maranhão para a obtenção do Grau de Mestre.

A Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado apresentada em sessão pública
considerou a candidata aprovada em ____/____/____.

Prof. Dra. Luciane Maria Oliveira Brito (Orientadora)
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Marcos Antonio Barbosa Pacheco (Examinador)
Centro de Ensino Unificado do Maranhão - UNICEUMA

Prof. Dr. Vinícius José da Silva Nina (Examinador)
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Raimundo Antonio da Silva (Examinador)
Universidade Federal do Maranhão

Cordeiro, Giovanna Valéria Belo

Qualidade de vida na perspectiva de mulheres climatéricas com incontinência urinária/Giovanna Valéria Belo Cordeiro – São Luís; UFMA, 2008.
48f.

Orientadora: Luciane Maria Oliveira Brito
Dissertação (Mestrado) Saúde Materno Infantil, Universidade Federal do Maranhão, 2008.

1. Qualidade de Vida. Climatério. Incontinência Urinária. I. Brito, Luciane Maria Oliveira II. Título.

CDU 618.1:616.6

À *Leticia*, que comecei a amar quando ainda pertencia ao silêncio: você me apresentou o amor pleno e absoluto e me faz percebê-lo diariamente em todas as suas nuances.

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte inesgotável de força e luz, que me faz acreditar que há sempre uma razão para tudo.

À meus pais e irmão, alicerces seguros, pelo amor incondicional e incentivo sempre presente.

À minha família, pelas horas compreensivamente furtadas quando tudo o que eu queria era o aconchego do convívio.

À Prof. Dra. Luciane Maria Oliveira Brito, pela orientação e tolerância.

À minha cunhada, Ms. Maria Eliana Alves Lima, pela inestimável colaboração na formatação deste trabalho.

Ao amigo Milton Ferreira, pela presteza e habilidade na recuperação dos meus arquivos. À você, minha gratidão e amizade.

À querida amiga Érika Krogh. Foram momentos muito difíceis, onde a vontade de desistir era maior que tudo. Dividimos as angústias dos prazos, das ausências, e dos porquês. Mas também rimos muito juntas e considerando a amizade que construímos, valeu à pena.

Às pacientes atendidas no Ambulatório de Urologia do Centro de Referência em Saúde da Mulher do Centro de Saúde Dr. Genésio Rego, que transformaram seu sofrimento em um aprendizado.

E como ninguém faz absolutamente nada sozinho, agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram com este trabalho.

“Faz escuro, mas eu canto.
Porque a manhã vai chegar.”

Thiago de Mello

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida de mulheres climatéricas com Incontinência Urinária (IU) por meio do Questionário de Qualidade de Vida (King's Health Questionnaire). A amostra foi composta por 98 mulheres climatéricas com queixas de incontinência urinária recrutadas em ambulatório de Urologia. As idades variaram de 35 a 58 anos e referiram restrições relativas à sua vida cotidiana como atividades físicas, sociais, domésticas, relações pessoais, relacionamento conjugal, atividade sexual e emoções. As estratégias mais utilizadas para minimizar a incontinência urinária foram o uso de absorventes higiênicos, a troca regular de roupa íntima e o controle da ingestão de líquidos. Concluiu-se que a IU impõe considerável sobrecarga emocional às pacientes climatéricas, limitando sua qualidade de vida e produzindo substancial impacto na vida cotidiana.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de vida; incontinência urinária; mulher; climatério.

SUMMARY

Our purpose with this study was to verify the quality of life in climacterical women with urinary incontinence by Quality Life Questionnaire (King's Health Questionnaire). Interviews were held with 98 climacterical women with urinary incontinence enrolled from an Urology Ambulatory. Ages ranging from 35 to 58 years old and indicated restrictions regarding their daily life activities such physical activities, social, domestic, personal and conjugal relationships, sexual and emotions. The most employed strategies in dealing urinary incontinence was the disposable pad system, the regular replace of underwear and control the liquid ingestion. It was concluded that urinary incontinence impose a considerable emotional surcharge to climacterical women, limiting their quality of life and producing substantial impact on the daily life.

KEY WORDS: Quality of life; urinary incontinence; woman; climacteric.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição das pacientes de acordo com a avaliação pessoal do estado de saúde. São Luís, 2008.....	25
Tabela 2. Distribuição das pacientes com incontinência urinária de acordo com as limitações no desempenho das tarefas. São Luís, 2008.....	26
Tabela 3. Distribuição das pacientes com incontinência urinária de acordo com as limitações físicas e sociais. São Luís, 2008.....	27
Tabela 4. Distribuição das pacientes com incontinência urinária de acordo com as limitações nas relações pessoais. São Luís, 2008.....	28
Tabela 5. Distribuição das pacientes de acordo com os sintomas urinários. São Luís, 2008.....	30
Tabela 6. Distribuição das pacientes de acordo com as alterações emocionais causadas pela incontinência urinária. São Luís, 2008.....	32
Tabela 7. Distribuição das pacientes de acordo com as situações de constrangimento relacionadas à incontinência urinária. São Luís, 2008.....	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IU	– Incontinência Urinária
ICS	– International Continence Society
OMS	– Organização Mundial de Saúde
CID 10	– Classificação Internacional de Doenças
IUE	– Incontinência Urinária de Esforço
UI	– Urge-Incontinência
IM	– Incontinência Mista
TIC	– Teoria Integral da Continência
TVT	– Tension-Free Vaginal Tape
QV	– Qualidade de Vida
WHO	– World Health Organization
QVRS	– Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SF-36	– Short Form Health Survey
KHQ	– King's Health Questionnaire

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO-----	12
2. OBJETIVO -----	22
3. METODOLOGIA -----	23
3.1. Tipo de Estudo -----	23
3.2. Local e Período -----	23
3.3. Amostra-----	23
3.4. Instrumento de Coleta de Dados-----	24
3.5. Limitações-----	24
3.6 Análise e Tabulação de dados -----	24
3.7. Aspectos Éticos-----	24
4. RESULTADOS -----	25
5. DISCUSSÃO-----	34
6. CONCLUSÃO -----	39
REFERÊNCIAS -----	40
ANEXOS -----	40

1. INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) foi definida pela Sociedade Internacional de Continência (International Continence Society - ICS) como "perda involuntária de urina que é um problema social ou higiênico" (ABRAMS et al, 2003). A definição como um problema social ou higiênico tem sido consistente em vários estudos realizados, no entanto, pode ou não se tornar um problema higiênico ou social, porque nem todas as mulheres consideram que a IU interfere nas atividades diárias (BUTLER, 1999).

Recentemente, a ICS publicou novas definições dos sintomas, sinais, observações urodinâmicas e condições associadas com as disfunções do trato urinário baixo e do estudo urodinâmico. Estas definições foram adotadas para serem compatíveis com as publicações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), promovendo melhor comunicação e entendimento entre clínicos, pesquisadores e o público em geral (ABRAMS et al, 2003). Desta forma podemos ter: incontinência urinária (IU), como a queixa de perda involuntária de urina; incontinência urinária de esforço (IUE), como a queixa de perda involuntária de urina sincrônica ao esforço, espirro ou tosse; incontinência de urgência, como a queixa de perda involuntária de urina associada ou imediatamente precedida por urgência miccional; incontinência urinária mista, como a queixa de perda involuntária de urina associada com urgência e também com o esforço, espirro ou tosse (ABRAMS et al, 2003).

Na população feminina, a experiência com episódios de perda urinária é uma condição que ocorre não somente entre mulheres idosas, mas também entre mulheres

jovens e na meia-idade. Os problemas urinários não são conseqüências naturais da idade e nem exclusivos do envelhecimento (AHCPR, 1996).

A IU é uma condição que afeta a população mundial, principalmente a feminina. Nos Estados Unidos da América, aproximadamente 13 milhões de adultos já vivenciaram algum episódio de IU, entre os quais 11 milhões (85%) são mulheres (AHCPR, 1996).

Alguns fatores influenciam os índices de prevalência da IU na mulher, fazendo com que os resultados não tenham a mesma consistência nos diversos estudos. Estes índices variam de acordo com a metodologia adotada para o estudo, como: características da população (faixa etária, atividade profissional, presença de doenças crônicas, menopausa, entre outras); tipo de IU (de esforço - IUE, urge-incontinência - UI e mista - IM) e frequência da perda urinária (diária, semanal, mensal ou esporádica). De uma forma geral, os estudos apresentam índices que variam de 7% a 57% (FOLDSPANG et al, 1992; SAMPSELLE et al, 2002).

São apontados vários fatores considerados de risco para o desenvolvimento da IU na mulher. Os principais fatores de risco citados são idade, obesidade, paridade, tipos de parto, uso de anestesia no parto, peso do recém-nascido, menopausa, cirurgias ginecológicas, constipação intestinal, doenças crônicas, fatores hereditários, uso de drogas, consumo de cafeína, tabagismo e exercícios físicos (BROWN et al, 1996; MOLLER et al, 2000; PERSSON et al, 2000).

Estudos recentes têm analisado o impacto causado pela IU nas atividades ocupacionais e isso tem chamado a atenção dos pesquisadores, uma vez que os resultados têm mostrado que a IU traz conseqüências tanto na vida pessoal como no desempenho profissional destas mulheres, causando um grande impacto na qualidade de vida desta população (SIMEONOVA et al, 1999). Estima-se um aumento do número de idosos,

especialmente do sexo feminino, assim, o número de mulheres trabalhadoras na fase do climatério tende a crescer e, como conseqüência, o número de casos de IU em mulheres profissionalmente ativas (NYGAARD et al,1994; DAVIS et al, 1999; FITZGERALD et al, 2000; PALMER et al, 2002).

A Teoria Integral da Continência (TIC) foi concebida por Peter Petrus e Ulmsten, com o objetivo de explicar de forma integrada os mecanismos fisiopatológicos envolvidos não apenas na incontinência urinária de esforço, mas também sintomas habitualmente coexistentes, tais como urgência, polaciúria, nictúria, alterações do esvaziamento vesical e intestinal, além de dor pélvica crônica. Essa teoria considera que tais sintomas são interdependentes, originários de um processo fisiopatológico comum (PETRUS; ULMSTEN, 1990).

A TIC considera basicamente que a incontinência aos esforços, urgência e alterações de esvaziamento vesical decorrem das alterações teciduais dos elementos de suportes suburetral, dos ligamentos e dos músculos do assoalho pélvico. De acordo com essa teoria, as alterações da tensão aplicada pelos músculos e ligamentos sobre as fâscias justapostas à parede vaginal determinam a abertura ou o fechamento do colo vesical e da uretra. Alterações da tensão sobre a vagina determinariam, também, ativação prematura do reflexo miccional desencadeando contrações involuntárias da musculatura vesical, o detrusor (PETRUS; ULMSTEN, 1990).

Baseada na interpretação conjunta de conhecimentos anatômicos e funcionais, a TIC propõe uma nova classificação para a incontinência urinária da mulher, fundamentada em três zonas de disfunção e seis defeitos principais que devem ser sistematicamente explorados e corrigidos simultaneamente durante o tratamento (PETRUS; ULMSTEN, 1990).

Dependendo do local da lesão músculo-fascial ou ligamentar e da sensibilidade das terminações nervosas locais, poder-se-á desenvolver incontinência aos esforços, urge-incontinência, alterações do esvaziamento vesical ou várias combinações dessas três condições (RICHARDSON et al, 1980).

Considerando-se a população feminina em geral, a literatura médica aponta os tipos mais comuns de IU, de acordo com os sintomas: incontinência urinária de esforço (“stress incontinence”), que é a perda involuntária de urina decorrente do aumento da pressão intra-abdominal, sem atividade detrusora; urgência associada à perda (“urge incontinence”), a perda involuntária de urina associada a um forte desejo miccional; e incontinência mista (“mixed incontinence”), quando existe associação dos sintomas de incontinência de esforço e urgência associada à perda (BLAIVAS et al, 1988).

Outras causas de incontinência urinária resultam de instabilidade detrusora (contração involuntária do músculo vesical), transbordamento vesical, processos infecciosos que podem se manifestar com urgência miccional seguida de perda urinária e as fístulas.

Atualmente, há um consenso sobre as estratégias de tratamento da IU visando melhorar os mecanismos uretral e periuretral de continência e proporcionar maior estabilidade vesical durante a fase de enchimento. A escolha do tratamento adequado implica no conhecimento das estruturas anatômicas e da interpretação fisiopatológica correta dos mecanismos envolvidos na perda urinária. A continência urinária na mulher é atribuída à interação de vários fatores, destacando-se a capacidade de transmissão da pressão abdominal para a uretra e sua integridade anatômica e funcional, bem como das estruturas responsáveis por seu suporte específico, do colo vesical e das demais estruturas que constituem o assoalho pélvico (BADEN & WALKER, 1987).

▪ **IU E QUALIDADE DE VIDA**

A IU pode afetar até 50% das mulheres em alguma fase de suas vidas (LUFT, J; VRIHEAS-NICHOLS, AA, 1998). A vida social dessas pacientes passa a depender da disponibilidade de banheiros e elas comumente relatam preocupação e embaraço com o odor de urina. Apresentam dificuldade durante o intercurso sexual, por medo de perder urina ou de precisar interrompê-lo para urinar, além de alterações do sono (COYNE et al, 2003; KIZILKAYA et al, 2005).

Entre 30 e 50% das pessoas que sofrem de incontinência urinária não relatam espontaneamente esse fato ao médico e só procuram o serviço de saúde após o primeiro ano do início dos sintomas por acharem que a perda de urina é esperada com o evoluir da idade. Elas, silenciosamente, têm redução da auto-estima, tornando-se deprimidas, angustiadas e irritadas (DUGAN et al, 2000).

O envolvimento do próprio paciente no seu tratamento e a necessidade de avaliação mais ampla de como e quanto determinada doença ou intervenção médica atinge a qualidade de vida são fundamentais em qualquer serviço de saúde (FITZPATRICK et al, 1992). A mensuração da qualidade de vida ajuda a selecionar e monitorar problemas psicossociais de um paciente, demonstra a percepção da população sobre diferentes problemas de saúde e mede os resultados das intervenções médicas (FITZPATRICK et al, 1992). Por isso, a ICS tem recomendado que um questionário de qualidade de vida seja incluído em todo e qualquer estudo sobre incontinência urinária (KELLEHER et al, 1997).

Segundo a OMS, qualidade de vida (QV) é *“a percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* (WHOQOL, 1995).

A busca pelo significado do termo parece ser tão antiga quanto a própria civilização humana. Segundo a visão aristotélica, a vida com qualidade refere-se aos sentimentos relacionados à felicidade, realização e plenitude. Os vários sentidos atribuídos para a QV estão de acordo com as perspectivas econômicas, demográficas, antropológicas, bioéticas e, mais recentemente, ambientais e de saúde pública (DINIZ e SCHOR, 2006).

O termo qualidade de vida significa a diferença entre o que é desejado na vida do indivíduo e o que é alcançável ou não. A QV é a quantificação do impacto da doença nas atividades da vida diária e bem-estar do paciente de maneira formal e padronizada. Mensurar a QV, em geral, representa uma tentativa de determinar como variáveis dentro das dimensões de saúde podem influenciar a vida das pessoas em geral ou de pessoas que têm uma doença específica (SOUSA et al, 2000).

A QV é um conceito dinâmico, que se modifica no processo de viver das pessoas. A satisfação com a vida e a sensação de bem-estar pode ser um sentimento momentâneo, mas acredita-se que a conquista de uma vida com qualidade pode ser construída e consolidada num processo que inclui a reflexão sobre o que é definitivo para a sua QV e o estabelecimento de metas a serem atingidas, tendo como inspiração o desejo de ser feliz (SILVA et al, 2000).

A QV pode ser entendida como uma construção social relativizada por fatores culturais (MINAYO, 2000), com características subjetivas, bidirecionais, multidimensionais (DIAS & SILVA, 2006) e mutáveis (PASCHOAL, 2000). É uma noção eminentemente humana que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar (MINAYO, 2000).

O termo e o conceito de qualidade de vida surgiram com o crescimento e o desenvolvimento econômico ocorridos após a Segunda Guerra Mundial, nos Estados Unidos da América, para descrever efeito de aquisição de diferentes bens na vida das pessoas (CARR et al, 1996). A evolução tecnológica e os conceitos de economia em saúde tornaram necessária a avaliação não só da eficácia e da toxicidade das intervenções, mas também do seu impacto na qualidade de vida dos indivíduos (CARR et al, 1996; WYLMAN, 1998). O interesse em mensurar a qualidade de vida, em relação aos cuidados de saúde, tem aumentado nos últimos anos, de tal modo que a WHO (*World Health Organization*) iniciou projeto de avaliação internacional de qualidade de vida, levando em consideração decisões de tratamento, autorização para novos fármacos e política de pesquisa (WHOQOL, 1995).

A QV foi inicialmente introduzida no âmbito da saúde para avaliar desfechos objetivos (ADDINGTON-HALL & KALRA, 2001; HICKEY et al, 2005). Posteriormente, percebeu-se a necessidade de avaliá-la partindo da opinião pessoal, o que ressaltou a subjetividade do conceito (PASCHOAL, 2000; WHOQOL, 1995).

Portanto, é necessário distinguir QV de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). A QVRS recebe influência do conceito de saúde proposto pela OMS e designa uma série de modelos conceituais que definem o construto por meio de dimensões da vida e da percepção individual da saúde. Nessa perspectiva, entende-se que os funcionamentos físico e emocional repercutem diretamente sobre a QV enquanto as anormalidades biológicas a influenciam indiretamente devido a sua relação causal com a doença e com a incapacidade física (CAMPOLINA et al 2006). Contudo, entende-se que todos esses aspectos relacionados à saúde não podem estar desvinculados de outras dimensões da vida como, por exemplo, dos papéis e da interação social, das relações econômicas, culturais,

políticas e espirituais. Tais dimensões, quando associadas às dimensões de vida diretamente relacionadas à saúde, constituem o que se designa qualidade de vida global, construto mais amplo que incorpora fatores que interferem na vida individual e coletiva (CAMPOLINA et al, 2006).

- **QUESTIONÁRIOS DE QUALIDADE DE VIDA**

Existe uma variedade crescente de questionários disponíveis na literatura para a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. A demanda por tais medidas tem sido estimulada por sua relevância nos ensaios clínicos, uma vez que elas permitem avaliar o impacto de uma doença crônica sobre a vida do paciente e oferecem um tipo de resultado do tratamento baseado na percepção do próprio indivíduo sobre seu estado de saúde (GARRAT et al, 2002).

Estes questionários têm por finalidade avaliar os diversos aspectos e dimensões da vida da paciente, como o físico (mobilidade, auto-cuidado, exercícios), o psicológico (depressão, ansiedade, preocupação), o social (suporte, contato, atividades nas horas vagas), o desempenho geral (emprego, trabalhos domésticos, compras), a dor, o sono e sintomas específicos da doença, por exemplo, perda urinária (KELLEHER et al, 1997; CARR et al, 1996; WYMAN, 1998; FERRAZ, 1998; WHOQOL, 1995; DUBEAU et al, 1999).

Pacientes que têm perda urinária desenvolvem modificações comportamentais para se adaptar à inconveniência e reduzir o impacto dos sintomas. Incluem-se entre aqueles: aumento da frequência urinária, descoberta da localização de banheiros, dietas restritivas, limitação da atividade física e, nos casos mais graves, limitação das atividades

sociais. Isto pode resultar em isolamento secundário, não permitindo a visitação de lugares de encontro, como centros de compra, igrejas e reuniões familiares (DAVILA et al, 2002).

Forma-se um ciclo vicioso de ansiedade e sofrimento relacionado à possível perda urinária. Junte-se a isto o sentimento de vergonha e gradativa piora da urgência miccional pela angústia internalizada que freqüentemente leva a importante incômodo psicológico e variado grau de isolamento social (DAVILA et al, 2002).

Instrumentos de aferição da qualidade de vida são comumente utilizados na avaliação de doenças ou de tratamentos para a determinação da percepção individual física, psicológica e bem-estar social. Em situações nas quais o objetivo principal não é o prolongamento da vida e métodos específicos de resposta ao tratamento são falhos, a medida do impacto na qualidade de vida destes pacientes é imperativa. Por esse motivo, a ICS recomenda que tais avaliações sejam incluídas, em todos os estudos, como complemento das medidas clínicas (BLAIVAS et al, 1997).

Como a incontinência urinária tem grande impacto na qualidade de vida das pacientes, um instrumento para mensuração da qualidade de vida permite avaliar o resultado do tratamento escolhido e facilita a comparação de estudos realizados em locais diferentes, utilizando tratamentos diferentes, em populações semelhantes (HUNSKAAR & VINSNES, 1991; GRIMBY et al, 1993).

A avaliação do impacto da IU e de intervenções a ela relacionadas na QVRS pode ser feita de forma objetiva ou subjetiva (DIAS & SILVA, 2006; KO et al, 2005) por questionários específicos (DIAS & SILVA, 2006; SOUZA, 2004) ou por entrevista na qual o incontinente avalia o impacto da perda urinária em sua vida (FULTZ; HERZOG, 1996).

Investigar como cada incontinente percebe as repercussões da IU permite ao profissional adequar a conduta no sentido de atender às necessidades e expectativas individuais, o que favorece a adesão do paciente e o sucesso da intervenção terapêutica.

A aplicação de questionários em mulheres incontinentes é bem aceita, uma vez que o impacto sobre os fatores individuais pode ser avaliado. Para que sejam eficientes, estes instrumentos devem ser simples, ter relevância e ser de fácil compreensão. Sua interpretação é influenciada pela cultura e suas determinações deveriam ser sempre pré-testadas em população específica antes de seu uso em estudos clínicos (CORCOS et al, 2002).

Dentre os questionários disponíveis, existem os que enfocam condições genéricas e específicas (SYMONDS, 2003). Os questionários genéricos fornecem dados sobre o perfil individual, abrangendo conceitos de saúde geral e avaliando aspectos no campo físico, psicológico e social. Podem ser aplicados em diferentes populações, a despeito da enfermidade, tratamento proposto ou faixa etária. Tais medidas permitem comparações entre os grupos estudados, contudo não são tão sensíveis na detecção de pequenas diferenças proporcionadas pelo tratamento. The Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey (SF-36) é largamente utilizado na prática clínica, tendo sido traduzido para o português (CICONELLI et al, 1999). É multidimensional, sendo constituído por 36 itens reunidos em componentes físico e mental, todavia, não contempla alguns aspectos como a função sexual e o sono, que são pertinentes para mulheres incontinentes.

Já os questionários específicos são desenhados para avaliar com maior complexidade e eficácia o impacto de certos aspectos clínicos e cirúrgicos. Portanto, refletem melhor a mudança na resposta ao tratamento (BOWLING et al, 2003).

Dentre eles, o King's Health Questionnaire (KHQ) é instrumento confiável e válido para aplicação em mulheres incontinentes. (KELLEHER et al, 1997). É constituído por oito domínios: percepção geral de saúde, impacto da incontinência urinária, limitações de atividades diárias, limitações físicas, limitações sociais, relacionamento pessoal, emoções e sono/disposição. Os valores variam de 0 a 100 e quanto maior a pontuação, pior é a qualidade de vida referente àquele critério (FONSECA et al, 2005).

Coyne et al. estudaram o impacto de três tipos de IU na QVRS e concluíram que a pior QVRS foi observada em pacientes com incontinência urinária mista, especialmente devido ao componente de urgência miccional característico deste tipo de IU (COYNE et al, 2003).

De fato, pesquisas têm mostrado que a IU interfere no status social e de saúde de mulheres climatéricas incontinentes gerando problemas higiênicos dentre outros.

Considerando-se a carência de estudos locais, resolveu-se identificar a influência da incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres climatéricas atendidas em Ambulatório de Urologia do Centro de Saúde Dr. Genésio Rego.

2. OBJETIVO

Avaliar a qualidade de vida de mulheres climatéricas com incontinência urinária por meio do Questionário de Qualidade de Vida (*King's Health Questionnaire*).

3. METODOLOGIA

3.1. Tipo de Estudo

Foi realizado estudo transversal, descritivo.

3.2. Local e Período

A amostra foi proveniente de mulheres atendidas no Ambulatório de Urologia do Serviço de Referência ao Atendimento da Mulher do Centro de Saúde Dr. Genésio Rego, no período de janeiro a junho de 2008. Este serviço foi inaugurado no dia 08 de março de 2006 numa iniciativa do Governo do Estado do Maranhão, por meio da Secretaria de Estado da Saúde e destina-se ao atendimento especializado da mulher, composto por ambulatórios de Ginecologia, Obstetrícia, Mastologia, Urologia e Fisioterapia

3.3. Amostra

Foram atendidas 140 mulheres, porém selecionadas 98 mulheres climatéricas, na faixa etária entre 35 e 65 anos, que apresentavam queixas de incontinência urinária de esforço (IUE), urgência miccional associada à perda (UMAP) e incontinência urinária mista (IUM).

Entende-se como climatério a transição do período reprodutivo para o não reprodutivo devido à diminuição dos hormônios sexuais produzidos pelos ovários, sendo constituído por mulheres a partir dos 35 anos até os 65 anos de idade.

As perdas ocorreram por não inclusão nos critérios adotados.

Não foram incluídas na amostra as pacientes com diagnóstico de fístulas vesico-vaginais (FVV).

3.4. Instrumento de Coleta de Dados

Aplicou-se como instrumento de pesquisa o questionário *King's Health Questionnaire*, validado para mulheres brasileiras pela Dra. Eliana Suelotto Machado Fonseca. (FONSECA et al, 2005)

O instrumento foi aplicado sob a forma de entrevista, onde foi explicado à paciente, de maneira clara e compreensível, as perguntas de cada domínio, de modo a não haver influência nas respostas.

3.5. Critérios de Limitações

Foram considerados alguns aspectos para melhor avaliação das limitações da incontinência urinária à qualidade de vida. Para isto, foram abordadas restrições em relação às tarefas domésticas, trabalho e atividade fora de casa, prática de atividades físicas, viagens, compromissos sociais, atividade sexual, relacionamentos conjugal e familiar, sintomas do trato urinário inferior e alterações de natureza emocional. Como limitação propriamente dita, considerou-se qualquer resposta afirmativa, independente da intensidade em que os sintomas foram referidos pelas pacientes.

3.6 Análise e Tabulação de dados

Os dados foram tabulados e submetidos à análise de frequência utilizando o programa Epi-Info versão 3.2.2.

3.7. Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, sob o nº 151/ 2005. (Anexo A)

4. RESULTADOS

A população estudada foi composta de 98 mulheres atendidas no ambulatório de urologia do Centro de Referência em Saúde da Mulher Dr. Genésio Rego. A média de idade foi de 41,6 anos, variando de 35 a 58 anos. Todas as pacientes foram submetidas a estudo urodinâmico, no entanto a principal indicação para a inclusão no presente estudo foi a sintomatologia clínica, que incluiu, principalmente a queixa da paciente.

De acordo com a avaliação pessoal do estado de saúde, 16 pacientes avaliaram sua saúde como boa (16,3%), 54 como normal (55,1%), 25 como ruim (25,5%) e 3 como muito ruim (3,1%), conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das pacientes de acordo com a avaliação pessoal do estado de saúde. São Luís-MA-Brasil, 2008.

Estado de Saúde	f	%
Boa	16	16,3
Normal	54	55,1
Ruim	25	25,5
Muito ruim	3	3,1
TOTAL	98	100

Em relação às limitações no desempenho das tarefas domésticas, 12 pacientes não referiram nenhuma limitação (12,2%), 60 referiram pouca limitação (61,2%), 10 referiram moderada limitação (10,2 %) e 16 referiram muita limitação (16,3%). Em relação às limitações no desempenho das atividades fora de casa, 22 mulheres não referiram nenhuma limitação (22,4%), 34 referiram pouca limitação (34,7%), 10 referiram-se mais

ou menos limitadas (10,2%) e 32 mulheres referiram muita limitação (32,7%), conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição das pacientes com incontinência urinária de acordo com as limitações no desempenho das tarefas. São Luís-MA-Brasil, 2008.		
Limitações nas tarefas	f	%
Tarefas domésticas		
Nenhuma	12	12,2
Pouco	60	61,2
Mais ou menos	10	10,2
Muito	16	16,3
TOTAL	98	100
Trabalho e atividades fora de casa		
Nenhuma	22	22,4
Pouco	34	34,7
Mais ou menos	10	10,2
Muito	32	32,7
TOTAL	98	100

Analisando a distribuição das pacientes de acordo com as limitações físicas e sociais, foram analisadas algumas atividades habituais como praticar atividades físicas, viajar, ir à igreja e visitar os amigos. Em relação à prática de atividades físicas, uma paciente se sentiu pouco limitada (1,1%), seis sentiram-se mais ou menos limitadas (6,1%) e 91 se sentiram muito limitadas (92,8%). Ao se considerarem as limitações em relação às viagens, 12 não se sentiram limitadas (12,2%), 24 se sentiram pouco limitadas (24,5%), 21 sentiram-se mais ou menos limitadas (21,4%) e 41 se sentiram muito limitadas (41,9%). Quando questionadas sobre as limitações às idas à igreja, 46 não referiram nenhuma limitação (46,9%), 40 referiram pouca limitação (40,9%), 6 referiram-se mais ou menos limitadas (6,1%) e 6 referiram-se muito limitadas (6,1%). Para a visita aos amigos, 82 pacientes não referiram nenhuma limitação (83,7%), 7 referiram pouca limitação (7,1%), 7

referiram-se mais ou menos limitadas (7,1%) e 2 referiram muita limitação (2,1%), conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição das pacientes com incontinência urinária de acordo com as limitações físicas e sociais. São Luís-MA-Brasil, 2008.		
Limitações físicas e sociais	f	%
Atividades físicas		
Não	-	-
Pouco	1	1,1
Mais ou menos	6	6,1
Muito	91	92,8
TOTAL	98	100
Viajar		
Não	12	12,2
Pouco	24	24,5
Mais ou menos	21	21,4
Muito	41	41,9
TOTAL	98	100
Ir à igreja		
Não	46	46,9
Pouco	40	40,9
Mais ou menos	6	6,1
Muito	6	6,1
TOTAL	98	100
Visitar amigos		
Nenhuma	82	83,7
Pouco	7	7,1
Mais ou menos	7	7,1
Muito	2	2,1
TOTAL	98	100

Em relação às limitações nas relações pessoais, 33 pacientes não referiram limitação em relação à atividade sexual (33,6%), 43 referiram pouca limitação (43,9%), 13 apresentaram-se mais ou menos limitadas (13,3%) e 5 referiram muita limitação (5,1%). Considerando-se o relacionamento conjugal, 42 pacientes não referiram limitações (42,9%), 43 referiram pouca limitação (43,9%) e 8 referiram-se mais ou menos limitadas (8,1%). Oitenta e nove pacientes não referiram limitações no relacionamento familiar

(90,8%) e apenas uma paciente referiu-se pouco limitada (1%), conforme mostra a Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição das pacientes com incontinência urinária de acordo com as limitações nas relações pessoais. São Luís-MA-Brasil, 2008.

Limitações nas relações pessoais	f	%
Atividade sexual		
Não se aplica	4	4,1
Não	33	33,6
Pouco	43	43,9
Mais ou menos	13	13,3
Muito	5	5,1
TOTAL	98	100
Relacionamento conjugal		
Não se aplica	5	5,1
Não	42	42,9
Pouco	43	43,9
Mais ou menos	8	8,1
Muito	-	-
TOTAL	98	100
Relacionamento familiar		
Não se aplica	8	8,2
Não	89	90,8
Pouco	1	1,0
Mais ou menos	-	-
Muito	-	-
TOTAL	98	100

Trinta e seis pacientes referiram a polaciúria como pouco freqüente (36,7%), 7 referiram como mais ou menos freqüente (7,1%), 42 referiram este sintoma como muito freqüente (42,9%) e 13 não referiram polaciúria (13,3%). Quanto à nictúria, 49 pacientes referiram que este sintoma era pouco freqüente (50%), 12 referiram como mais ou menos freqüente (12,3%), 17 como muito freqüente (17,3%) e 20 não apresentavam este sintoma (20,4%). Doze pacientes referiram um pouco de urgência urinária (12,3%), 14 referiram

que apresentavam mais ou menos o sintoma (14,3%), 36 referiram muita urgência (36,7%) e 36 não referiram o sintoma (36,7%).

Vinte e cinco pacientes referiram pouco o sintoma de bexiga hiperativa (25,5%), 15 referiram mais ou menos o sintoma (15,3%), 27 referiram muito (27,6%) e 31 não apresentaram o sintoma (31,6%). Seis pacientes referiram um pouco de incontinência urinária de esforço (6,1%), sete referiram que o sintoma era mais ou menos freqüente (7,1%), 53 referiram ser o sintoma muito freqüente (54,1%) e 32 não referiram o sintoma (32,7%). Em se tratando de enurese noturna, sete pacientes referiram o sintoma como pouco freqüente (7,1%) e 91 pacientes não apresentavam o sintoma (92,9%).

Quarenta e duas pacientes referiram um pouco de incontinência no intercurso sexual (42,8%), seis apresentavam o sintoma mais ou menos freqüente (6,1%), três apresentavam com muita freqüência (3,1%) e 47 não apresentavam o sintoma (48%). Trinta pacientes apresentavam infecções urinárias com pouca freqüência (30,6%), quatro mais ou menos freqüente (4,1%) e 64 não referiram nenhuma freqüência para este sintoma (65,3%). Vinte e quatro pacientes referiram dor na bexiga como um sintoma pouco freqüente (24,5%), uma como mais ou menos freqüente (1%), uma como muito freqüente (1%) e 72 não referiram o sintoma (73,5%), conforme mostra a Tabela 5.

Tabela 5. Distribuição das pacientes de acordo com os sintomas urinários. São Luís-MA-Brasil, 2008.

SINTOMAS	VARIÁVEIS								TOTAL	
	Pouco		Mais ou Menos		Muito		Não			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Polaciúria	36	36,7	7	7,1	42	42,9	13	13,3	98	100
Nictúria	49	50	12	12,3	17	17,3	20	20,4	98	100
Urgência Urinária	12	12,3	14	14,3	36	36,7	36	36,7	98	100
Bexiga Hiperativa	25	25,5	15	15,3	27	27,6	31	31,6	98	100
Incontinência Urinária de Esforço	6	6,1	7	7,1	53	54,1	32	32,7	98	100
Enurese Noturna	7	7,1	-	-	-	-	91	92,9	98	100
Incontinência no Intercurso Sexual	42	42,8	6	6,1	3	3,1	47	48	98	100
Infecções Urinárias Frequentes	30	30,6	4	4,1	-	-	64	65,3	98	100
Dor na bexiga	24	24,5	1	1	1	1	72	73,5	98	100

Considerando as alterações emocionais causadas pela incontinência urinária, 22 pacientes não referiram depressão (22,4%), 33 referiram um pouco (33,7%), 3 referiram-se mais ou menos deprimidas (3,1%) e 40 referiram-se muito deprimidas (40,8%). Vinte e duas pacientes não referiram ansiedade devido ao problema (22,4%), 39 referiram-se um pouco ansiosas (39,8%), 7 consideraram-se mais ou menos ansiosas (7,1%) e 30 pacientes referiram muita ansiedade (30,6%). Cinquenta pacientes não referiram diminuição da auto-estima (51%), 32 referiram um pouco (32,7%), 2 referiram mais ou menos (2%) e 14 referiram muita diminuição da auto-estima (14,3%).

Vinte e oito pacientes não referiram alterações no sono (28,6%), 52 referiram que às vezes apresentavam tais alterações (53,1%), 14 referiram sempre apresentar (14,3%), 2 sempre apresentavam (2%) e 2 pacientes não declararam (2%). Quarenta e oito pacientes não referiram sensação de cansaço devido ao problema (49%), 35 às vezes apresentavam esta sensação (35,7%), 6 sentiam-se várias vezes cansadas (6,1%), 7 sentiam-se sempre cansadas (7,2%) e 2 pacientes não declararam (2%), conforme mostra a Tabela 6.

Tabela 6. Distribuição das pacientes de acordo com as alterações emocionais causadas pela incontinência urinária. São Luís-MA-Brasil, 2008.

Alterações emocionais	f	%
Depressão		
Não	22	22,4
Um pouco	33	33,7
Mais ou menos	3	3,1
Muito	40	40,8
TOTAL	98	100
Ansiedade		
Não	22	22,5
Pouco	39	39,8
Mais ou menos	7	7,1
Muito	30	30,6
TOTAL	98	100
Baixa estima		
Não	50	51,0
Pouco	32	32,7
Mais ou menos	2	2,0
Muito	14	14,3
TOTAL	98	100
Alteração do sono		
Não	30	28,6
Às vezes	52	53,1
Várias vezes	14	14,3
Sempre	2	2,0
TOTAL	98	100
Sensação de cansaço		
Não	50	49,0
Às vezes	35	35,7
Várias vezes	6	6,1
Sempre	7	7,2
TOTAL	98	100

Fonte: Centro de Referência em Saúde da Mulher Dr. Genésio Rego

Em relação às situações relacionadas à incontinência urinária, foram abordados alguns parâmetros. Quarenta pacientes não referiram o uso de protetores higiênicos (40,8%), 40 informaram que às vezes usavam (40,8%), 5 usavam várias vezes (5,1%) e 13 usavam sempre (13,3%). Considerando o controle da ingestão de líquidos, 45 pacientes não

controlavam (45,9%), 13 referiram que controlavam às vezes (13,3%), 3 controlavam várias vezes (3,1%) e 37 controlavam sempre (37,7%).

Sete pacientes não referiram necessidade de troca regular de roupa íntima (7,1%), 60 referiram que às vezes tinham necessidade da troca (61,2%), 8 trocavam várias vezes (8,2%) e 23 trocavam sempre (23,5%). Vinte e cinco pacientes não tinham preocupação com exalação de odor de urina (25,5%), 19 às vezes mostravam esta preocupação (19,4%), 3 pacientes referiram se preocupar várias vezes (3,1%) e 51 se preocupavam sempre (52%), conforme mostra a Tabela 7.

Tabela 7. Distribuição das pacientes de acordo com as situações de constrangimento relacionadas à incontinência urinária. São Luís-MA-Brasil, 2008.

Situações	f	%
Uso de protetor higiênico		
Não	40	40,8
Às vezes	40	40,8
Várias vezes	5	5,1
Sempre	13	13,3
TOTAL	98	100
Controle da ingestão de líquido		
Não	45	45,9
Às vezes	13	13,3
Várias vezes	3	3,1
Sempre	37	37,7
TOTAL	98	100
Necessidade de troca regular de roupa íntima		
Não	7	7,1
Às vezes	60	61,2
Várias vezes	8	8,2
Sempre	23	23,5
TOTAL	98	100
Preocupação com exalação de odor de urina		
Não	25	25,5
Às vezes	19	19,4
Várias vezes	3	3,1
Sempre	51	52,0
TOTAL	98	100

5. DISCUSSÃO

No presente estudo, foi utilizado o KHQ por ser um questionário completo, que avalia tanto o impacto da incontinência nos diferentes aspectos da QV como os sintomas do trato urinário baixo percebidos pelas pacientes.

Mesmo conhecendo as variações individuais, sabe-se que, em maior ou menor proporção, a IU e seus sintomas associados podem repercutir negativamente não só na saúde física, mas em aspectos emocionais e psicológicos (KLÜBER et al 2002).

Além disso, outros fatores como gênero, idade, condição sócio-econômica e a quantidade de perda urinária também podem ser responsáveis pelas diferenças do comportamento pessoal frente à IU (PAPANICOLAOU et al, 2005).

Estudos europeus (PAPANICOLAOU et al, 2005), norte-americanos (COYNE et al, 2003) e brasileiros (LOPES & HIGA, 2006) demonstram importante prejuízo na QV de mulheres com incontinência urinária de urgência, incontinência mista e com IUE, em diferentes faixas etárias.

As mulheres com IU referem limitações em níveis físicos (praticar esporte, carregar objetos), alterações nas atividades sociais, ocupacionais e domésticas, influenciando negativamente o estado emocional e a vida sexual (KELLEHER, 2000; SALLEH et al, 2005). Além disso, a IU pode provocar desconforto social e higiênico, fazendo com que as mulheres, pelo medo da perda urinária e pelo cheiro de urina, tenham a necessidade de utilizar protetores (absorventes) e de trocas mais frequentes de roupas (KELLEHER, 2000; SALLEH et al, 2005). A presença de sintomas irritativos, como a

nictúria, urgência e urge-incontinência muitas vezes atrapalha o sono e o relacionamento social, levando a quadros de cansaço, depressão e isolamento (FULTZ et al, 2003).

Neste estudo observou-se que as pacientes relataram aumento da frequência urinária, referiram nictúria, apresentavam sintomas de urgência miccional, perda involuntária de urina aos esforços e perda durante intercurso sexual. Em relação à queixa de IUE, no presente estudo 53 (54,1%) mulheres referiram ser uma manifestação muito freqüente e 7 (7,1%) como mais ou menos freqüente. Já Guarisi et al (2001), em um estudo tipo inquérito domiciliar com 456 mulheres climatéricas descreveram 10% delas com perda de urina sempre e 24%, às vezes. Essa diferença associa-se ao fato deste estudo ter sido realizado com mulheres em Ambulatório Especializado de Urologia enquanto Guarisi et al (2001) realizou inquérito domiciliar.

Em menor proporção se apresentaram queixas como enurese noturna, infecções urinárias e sintomatologia dolorosa. Isto é esperado, pois as pacientes selecionadas têm como principal queixa a IU e não estes outros sintomas, que são menos comuns neste tipo de diagnóstico. Além disso, esta amostra foi de mulheres no climatério e pesquisas nacionais (LOPES & HIGA, 2006) relatam que a queixa de IUE ocorre em média entre mulheres mais jovens, com média de idade de 44,9 anos, enquanto a incontinência urinária mista e a incontinência urinária de urgência predominam nas mulheres com média de idade maior.

Nos achados desta pesquisa, 87% das pacientes referiram algum grau de limitação no desempenho das tarefas domésticas, enquanto 77% referiram limitações em relação ao trabalho e realização de atividades fora do domicílio. Destas últimas, 32,7% relataram alto grau de limitação.

Segundo Abreu et al (2007) apud Coyne et al (2003), a literatura faz referências à tendência de isolamento social ao qual estão sujeitos os incontinentes, e há indícios de que esses se sentem mais solitários que os continentais. Ko et al concluíram que os incontinentes apresentavam-se mais deprimidos e percebiam pior sua qualidade de vida que os continentais (KO et al, 2005).

Nos achados desta pesquisa, considerando as alterações emocionais causadas pela incontinência urinária, a maioria das pacientes referiram sentirem-se deprimidas e ansiosas com prejuízo da auto-estima. Em menor proporção, a ansiedade foi relatada como consequência do sintoma e metade das pacientes referiram diminuição da auto-estima. Alterações no sono estiveram presentes em 69% dos casos e destas, 48% referiram sensação de cansaço devido a este problema.

O impacto que a incontinência causa na vida social provoca restrições quanto a freqüentar lugares públicos, viajar, dormir fora de casa e até fazer visitas aos amigos (LOPES & HIGA, 2006). Isto está relacionado ao fato de as mulheres evitarem sair de casa, pois além de ficarem envergonhadas e com medo de cheirarem a urina, não sabem se encontrarão um local adequado para realizar suas micções e sua higiene pessoal, no caso de nictúria, urgência miccional ou até de urge-incontinência (PAPANICOLAOU et al, 2005; SALLEH ET AL, 2005).

Embora a maioria (63,9%) dos participantes do estudo de Locher et al (2002) tenha referido não vivenciar restrições em suas atividades em decorrência das perdas urinárias, 36,1% referiram restrições parcial ou total das atividades. Fultz e Herzog (2001), por exemplo, encontraram que 81% dos respondentes não restringem suas atividades sociais, enquanto 7% informaram restrição importante nas mesmas atividades.

As pacientes relataram também correlação moderadamente forte entre IU e restrição das atividades sociais. O presente estudo demonstrou que 98% das pacientes referiram limitações em relação à prática de atividades físicas e, destas, 92,8% avaliaram esta limitação como alta. Atividades como viajar, ir à igreja e visitar amigos também sofreram limitações, no entanto em menores proporções. A preocupação com o fato de estarem exalando odor de urina esteve presente em 74,5% das entrevistadas e 92% referiram necessidade de troca de roupa íntima devido às perdas.

Neste trabalho, 62,3% das pacientes referiram limitações sexuais, e destas, 8,1% avaliaram esta influência como alta, inclusive com significativo relato de perda durante o intercuro sexual.

Abdo et al avaliaram a vida sexual de 1502 mulheres brasileiras saudáveis e concluíram que em 34,6% a maior queixa é a falta de desejo e em 29,3%, a disfunção orgástica. Os resultados daquele trabalho constataram que existe número razoável de disfunções sexuais na população brasileira geral (ABDO et al, 2002). Os dados do presente trabalho apontam para o fato que estas disfunções podem ser mais elevados devido à presença da IU.

Outra hipótese que explica estes resultados é que este estudo não foi desenhado pelo diagnóstico de cada grupo. Uma pesquisa conduzida por Gordon e col. demonstrou que mulheres com IU devido à Hiperatividade Detrusora diagnosticadas no estudo urodinâmico, apresentam maior comprometimento na função sexual do que aquelas com IU devido a outras causas (GORDON & GROUTZ, 1999).

Sintomas como nictúria (79,6%), polaciúria (86,7%) e urgência (63,3%) interferiram de maneira significativa na QV. Estes dados concordam com outras pesquisas

que demonstraram que pacientes com Bexiga Hiperativa (BH) apresentam uma QV significativamente mais baixa quando comparados a populações com outras condições crônicas. A BH produz um efeito debilitante sobre a vida cotidiana, afetando o funcionamento social, profissional, físico e emocional das pacientes (ABRAMS et al, 2003; KELLEHER, 2000).

Nesta pesquisa não houve diferenciação em relação ao tipo de incontinência urinária, o que se considerou uma limitação do estudo.

Acredita-se que outros estudos sejam necessários para caracterização das pacientes com IU em diferentes instituições, identificando aspectos que assegurem a qualidade de vida e o planejamento de linhas terapêuticas que atendam as necessidades de cada caso.

6. CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo permitiram concluir que;

1. A IU ocasionou perdas na QV, sobretudo nos domínios físicos e emocionais, afeta negativamente a auto-estima e a vida social das pacientes, resultando em algum grau de ansiedade e depressão, além de comprometer a resposta sexual.
2. As pacientes com IU procuraram controlar seus problemas vesicais pela adoção de estratégias de enfrentamento, limitando a ingestão de líquidos, evitando atividades físicas e, ocasionalmente, reduzindo a interação social.
3. A IU impôs considerável sobrecarga emocional às pacientes climatéricas, limitando sua qualidade de vida e produzindo substancial impacto na vida cotidiana.

REFERÊNCIAS

I CONSENSO BRASILEIRO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA, URONEUROLOGIA, DISFUNÇÕES MICCIONAIS, São Paulo, 1999, 1ª ed.

ABDO CHN, OLIVEIRA JR WM, MOREIRA ED. Perfil Sexual da População Brasileira: Resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro. Revista Brasileira de Medicina, 2002, 59(4): 250-57.

ABRAMS P, CARDOSO L, FALL M, GRIFFITHS D, ROSIER P, ULMSTEN U, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function. Scand J Urol Nephrol. 1988; 22(Suppl 114): 5-19.

Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Overview: urinary incontinence in adults clinical practice guideline update. March 1996. Cited 2003 aug 2. Available in: URL: <http://www.ahcpr.gov/clinic/uioverview.htm>

CATIUM – Curso Avançado de Tratamento da Incontinência Urinária na Mulher. Campinas: Disciplina de Urologia. Departamento de Cirurgia, UNICAMP, 2004. p. 12.

ABRAMS P, CARDOSO L, FALL M, GRIFFITHS D, ROSIER P, ULMSTEN U, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the international continence society. Urology 2003; 61:37-49.

ADDINGTON-Hall J, KALRA L. Measuring quality of life: Who should measure quality of life? BMJ. 2001; 322 1417-20.

BLAIVAS JG, APPELL RA, FANTL JA, LEACH G, MCGUIRE EJ, RESNICK NM, et al.. Standards of efficacy for evaluation of treatment outcomes in urinary incontinence: recommendations of the Urodynamic Society. Neurourol Urodyn. 1997;16(3):145-7.

BLAIVAS JG, ABRAMS P, STANTON SL, ANDERSEN JT. The standardization of terminology of lower urinary tract function. Scand J Urol Nephrol. 1988; 22(Suppl 114): 5-19.

BOWLING A, GABRIEL Z, DAKES J, DOWDING L, EVANS O, FLEISSIG AEA. Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. Int J Aging Hum Dev. 2003;56(4):269-306.

BROWN JS, SEELEY DG, FONG J, BLACK DM, ENSRUD KE, GRADY D. Urinary incontinence in older women: who is at risk? Obst Gynecol 1996; 87(5):715-21.

BUTLER RN, MABY JI, MONTELLA JM, YOUNG GPH. Urinary incontinence: keys to diagnosis of the older woman. Geriatrics 1999; 54(10):22-30.

CARR AJ, THOMPSON PW, KIRWAN JR. Quality of life measures. Br j Rheumatol. 1996; 35(3): 275-81.

CAMPOLINA A, CICONELLI R, FERRAZ M. Qualidade de vida e medidas de preferência: contribuições para a avaliação e o gerenciamento de programas em saúde. Sinopse de reumatologia (periódico da internet). 2006 (acesso em 16 de agosto de 2008); 111-16. Disponível em:

[HTTP://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3124](http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3124).

CICONELLI RM, FERRAZ MB, SANTOS W, MEINÃO I, QUARESMA MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev Bras Reumatol. 1999; 39(3): 143-50.

CORCOS J, BEAULIEU S, DONOVAN J, NAUGHTON M, GOTOH M; Symptom Quality of Life Assessment Committee of the First International Consultation on Incontinence. Quality of life assessment in men and women with urinary incontinence. J Urol. 2002;168(3):896-905.

COYNE KS, ZHOU Z, BHATTACHARYYA SK, THOMPSON CL, DHAWAN R, VERSI E. The prevalence of nocturia and its effect on health-related quality of life and sleep in a community sample in the USA. BJU Int. 2003; 92(9): 948-54

DAVILA GW, NEIMARK M. The overactive bladder: prevalence and effects on quality of life. Clin Obstet Gynecol. 2002;45(1):173-81.

DAVIS G, SHERMAN R, WONG MF, MCCLURE G, PEREZ R, HIBBERT M. Urinary incontinence among female soldiers. Militare Med 1999; 164(9):182-87.

DIAS R, SILVA E. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. In: Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2006. p. 443-53.

DINIZ, DP, SCHOR N. Guia de Qualidade de Vida. 1ª Ed. Barueri-SP: Manole, 2006.

DUBEAU CE, KIELY DK, RESNICK NM. Quality of life impact of urge incontinence in older persons: a new measure and conceptual structure. J Am Geriatr Soc. 1999; 47(8): 989-94.

DUGAN E, COHEN SJ, BLAND DR, PREISSER JS, DAVIS CC, SUGGS PK, MCGANN P. The association of depressive symptoms and urinary incontinence among older adults. J Am Geriatr Soc. 2000; 48(4): 413-6.

FITZGERALD S, PALMER MH, BERRY SJ, HART K. Urinary Incontinence. Impact on working women. AAOHNJ 2000; 48(3):112-18.

FITZPATRICK R, FLETCHER A, GORE S, JONES D, SPIEGELHALTER D, COX D. Quality of life measures in health care. In: Applications and issues in assessment. BMJ. 1992; 305 (6861): 1074-7.

FERRAZ MB. Qualidade de vida. Conceito e um breve histórico. Ver Jovem Med. 1998; 3(4): 219-22.

FOLDSPANG A, MOMMSEN S, LAM GW, ELVING L. Parity as a correlate of adult female urinary incontinence prevalence. *J Epidemiol Comm Health* 1992; 46:595-600.

FONSECA ESM, CAMARGO ALM, CASTRO RA, SARTORI MGF, FONSECA MCM, LIMA GR, et al. Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005;27(5):235-42.

FULTZ NH, BURGIO K, DIOKNO A, KINCHEN KS, OBENCHAIN R, BUMP RC. Burden of stress urinary incontinence for community-dwelling women. *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 189(5):1275-82.

FULTZ NH, HERZOG AR. Epidemiology of urinary symptoms in the geriatric population. *Urol Clin North Am.* 1996; 23(1): 1-10.

FULTZ NH, HERZOG AR. Self-reported social and emotional impact of urinary incontinence. *J Am Geriatr Soc.* 2001;49(7):892-9.

GARRAT et al. Quality of measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ*, p. 324-31, jun 2002.

GORDON D, GROUTZ A, SINAI T. Sexual function in women attending a urogynecology clinic. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Disfunction* 1999, 10: 325-8.

GRIMBY A, MILSOM I, MOLANDER U, WIKLUND I, EKELUND P. The influence of urinary incontinence on the quality of life of elderly womwn. *Age Ageing.* 1993; 22(2): 82-9.

GUARISI T, PINTO NETO AM, OSIS MJ, PEDRO AO, PAIVA LHC, FAUNDES A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliary. *Rev Saúde Pública,* 2001; 35: 428-35.

HICKEY A, BARKER M, MCGEE H, O'BOYLE C. Measuring health-related quality of life in older patient populations: a review of current approaches. *Pharmacoeconomics.* 2005; 23(10): 971-93.

HUNSKAAR S, VINSNES A. The quality of life in womwn with urinary incontinence as measured by the sickness impact profile. *J Am Geriatr Soc.* 1991; 39(4): 378-82.

KELLEGER CJ, CARDOZO LD, KHULLAR V, SALVATORE S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997; 104(12): 137-9.

KELLEHER C. Quality of life and urinary incontinence. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynecol.* 2000; 14(2):363-79.

KIZILKAYA BEJI N, YALCIN O, AYYILDIZ EH, KAYIR A. Effect of urinary leakage on sexual function during sexual intercourse. *Urol int.* 2005; 74(3): 250-5

KO Y, SALMON J, LIN S, BRON M. The impact of urinary incontinence on quality of life of the elderly. *Am J Manag Care*. 2005; 11(4): 103-11.

KLÜBER L, MORIGUCHI EH, CRUZ IBM. A influência da fisioterapia na qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária: revisão. *Rev Med PUCRS*. 2002; 12(3):243-9.

LOCHER JL, BURGIO K, GOODE PS, ROTH DL, RODRIGUEZ N. Effects of age and causal attribution to aging on health-related behaviors associated with urinary incontinence in older women. *Gerontologist*. 2002;42(4):515-21.

LOPES MHB, HIGA R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev Esc Enfermagem USP*. 2006; 40(1):34-41.

LUFT J, VRIHEAS-NICHOLS AA. Identifying the risk factors for developing incontinence: can we modify individual risk? *Geriatr Nurs*. 1998; 19(2): 66-70.

MINAYO, MC DE S, HARTZ, ZM DE A, BUSS, PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Cienc Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

MOLLER LA, LOSE G, JORGENSEN T. Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years of age. *Obst Gynecol* 2000; 96(3):446-51.

NEUMANN PB, GRIMMER KA, GRANT RE, GILL VA. Physiotherapy for female stress urinary incontinence: a multicentre observational study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2005; 45(3):226-32.

NYGAARD IE, THOMPSON FL, SVENGALIS SL, ALBRIGTH JP. Urinary incontinence in elite nulliparous athletes. *Obst Gynecol* 1994; 84(2):183-87.

PALMER MH, FITZGERALD S. Urinary incontinence in working women: a comparison study. *J Women's Health* 2002; 11(10):879-88.

PAPANICOLAOU S, HUNSKAAR S, LOSE G, SYKES D. Assessment of bothersomeness and impact on quality of life of urinary incontinence in women in France, Germany, Spain and UK. *BJU Int*. 2005; 96(6):831-8.

PASCHOAL S. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia a sua opinião (dissertação). São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.

PERSSON J, HANSEN PW, RYDHSTROEN H. Obstetric risk factors for stress urinary incontinence: a population-based study. *Obst Gynecol* 2000; 96(3):440-45.

PETRUS PE and UMLSTEN U. An integral theory of female urinary incontinence. *Acta Sand O&G*. 1990, Supplementum 153, 69: 1-79.

RICHARDSON AC, EDMONDS PB, WILLIAMS NL. Treatment of stress incontinence due a paravaginal fascial defect. *Obst. Gynecol*. 1980, 57,3:357-62.

SALEH N, BENER A, KHENYAB N, AL-MANSORI Z, AL-MURAIKHI A. Prevalence, awareness and determinants of health care-seeking behaviour for urinary incontinence in Qatari women: a neglected problem? *Maturitas*. 2005; 50(1):58-65.

SAMPSELLE CM, HARLOW SD, SKURNICK JS, BRUBAKER L, BONDARENKO I. Urinary incontinence predictors and life impact in ethnically diverse perimenopausal women. *Obst Gynecol* 2002; 100(6):1230-38.

SIMEONOVA Z, MILSOM I, KULLENDORFF AM, MOLANDER U, BENGTSSON C. The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women from a urban Swedish population. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78: 546-51.

SOUSA TC, JARDIM, JR, JONES, P. Validação do questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ) em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil. *J Pneumol*, vol 26, n.3, São Paulo, p.119-128, mai/jun 2000.

SOUZA E. Impacto de uma intervenção fisioterapêutica sobre a qualidade de vida e a quantidade de urina perdida em mulheres com incontinência urinária (dissertação). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2004.

SILVA, L et al. Avaliação funcional pulmonar. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

SYMONDS T. A review of condition-specific instruments to assess the impact of urinary incontinence on health related quality of life. *Eur Urol*. 2003;43(3):219-25.

The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995; 41 (10): 1403-9.

WYLMAN JF. Quality of life of older adults with urinary incontinence. *J Am Geriatr Soc*. 1998; 46(6): 778-9.

ANEXOS

Orientação da aplicação do instrumento

Estamos desenvolvendo uma pesquisa cujo tema é **QUALIDADE DE VIDA NA PERSPECTIVA DE MULHERES CLIMATÉRICAS COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA**. Para que seja realizada, é necessária sua participação direta através das entrevistas. A sua contribuição será fundamental para que possamos entender os problemas decorrentes desta patologia e assim ajudarmos outras mulheres que se encontram igualmente afetadas. Informamos que não haverá danos, riscos ou gastos para você e que será garantindo o sigilo das respostas bem como o direito de recuar ou interromper a qualquer momento sua participação, sem qualquer prejuízo.

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA EM INCONTINÊNCIA URINÁRIA KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE, VALIDADO PARA MULHERES BRASILEIRAS POR ELIANA SUELOTTO MACHADO FONSECA ET AL.

Nome: _____

Idade: _____ anos

Data: _____

Como você avaliaria sua saúde hoje?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Relações pessoais

Seu problema de bexiga atrapalha sua vida sexual?

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

Seu problema de bexiga atrapalha sua vida com seu companheiro?

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

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?

Frequência: Você vai muitas vezes ao banheiro?

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

Noctúria: Você levanta a noite para urinar?

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

Urgência: Você tem vontade forte de urinar e muito difícil de controlar?

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

Bexiga hiperativa: Você perde urina quando você tem muita vontade de urinar?

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

Incontinência urinária de esforço: Você perde urina com atividades físicas como: tossir, espirrar, correr?

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

Enurese noturna: Você molha a cama à noite?

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

Incontinência no intercurso sexual: Você perde urina durante a relação sexual?

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

Infecções frequentes: Você tem muitas infecções urinárias?

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

Dor na bexiga: Você tem dor na bexiga?

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

Outros: Você tem algum outro problema relacionado a sua bexiga?

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

Emoções

Você fica deprimida com seu problema de bexiga?

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

Você fica ansiosa ou nervosa com seu problema de bexiga?

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

Você fica mal com você mesma por causa do seu problema de bexiga?

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

Sono/Energia

Seu problema de bexiga atrapalha seu sono?

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

Você se sente desgastada ou cansada?

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

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

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

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

Você controla a quantidade de líquido que bebe?

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

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

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

Você se preocupa em estar cheirando urina?

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