

*RENATA CRISTINA DE OLIVEIRA SOUZA CASTRO*

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E QUALIDADE DE VIDA  
DAS MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA  
SUS-DEPENDENTES, NA REGIÃO DE JAÚ**

*CAMPINAS*

*2005*

**RENATA CRISTINA DE OLIVEIRA SOUZA CASTRO**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E QUALIDADE DE VIDA  
DAS MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA  
SUS-DEPENDENTES, NA REGIÃO DE JAÚ**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da  
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de  
Campinas, para obtenção do título de Mestre em Cirurgia,  
área de Cirurgia.*

**ORIENTADOR: PROF. DR. CARLOS ARTURO LEVI D'ANCONA**

**CAMPINAS**

**2005**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

C279p

Castro, Renata Cristina de Oliveira Souza

Perfil epidemiológico e qualidade de vida das mulheres com  
incontinência urinária sus-dependentes, na região de Jaú / Renata  
Cristina de Oliveira Souza Castro. Campinas, SP : [s.n.], 2005.

Orientador : Carlos Arturo Levi D'Ancona

Dissertação ( Mestrado ) Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Incontinência urinária. 2. Qualidade de vida. 3.  
Epidemiologia. I. D'Ancona, Carlos Arturo Levi. II. Universidade  
Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

**Título em inglês: *Epidemiologic and quality of life of women with urinary incontinence, depending on public health system, in the region of Jaú***

**Keywords:** •Urinary incontinence

- Quality of life
- Epidemiology

**Área de concentração:** Cirurgia

**Titulação:** Mestrado *em Cirurgia*

**Banca Examinadora:** Prof. Dr. Carlos Arturo Levi D'Ancona  
Prof. Dr. José Tadeu Nunes Tamanini  
Profa. Dra. Maria Helena Baena de Moraes Lopes

**Data de Defesa:** 06/12/2005

---

## Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

---

---

Orientador: Prof. Dr. Carlos Arturo Levi D'Ancona

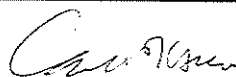
---

---

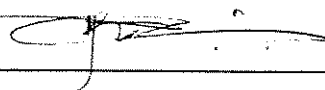
### Membros:

---

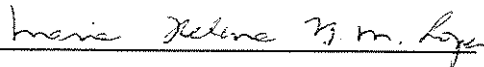
1. Prof. Dr. Carlos Arturo Levi D'Ancona



2. Prof. Dr. José Tadeu Nunes Tamanini



3. Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Helena Baena de Moraes Lopes



Curso de Pós-Graduação em Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas  
da Universidade Estadual de Campinas.

---

Data: 06/12/2005

---

## ***DEDICATÓRIA***

*Ao meu marido e meus filhos, pela paciência e  
compreensão durante o preparo deste trabalho.*

## ***AGRADECIMENTOS ESPECIAIS***

*Agradeço primeiramente a Deus, por ter me concedido a graça da saúde e perseverança, quando tantos não conseguem concretizar seus sonhos.*

*Aos meus pais que me ensinaram a amar e viver com dignidade*

Ao Professor Doutor Carlos Arturo Levi D'Ancona, por acreditar em mim e sempre me incentivar. Sua conduta é modelo a ser seguido.

Ao Professor Doutor Nelson Rodrigues Netto Jr. que possibilitou a realização deste trabalho na Disciplina de Urologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Ao Dr. José Tadeu Nunes Tamanini, que foi o início de todo este processo. Amigo é aquele que torce pelo sucesso do outro sem nada exigir.

À fisioterapeuta Maria Viviane Capelini, amiga e companheira assídua das viagens e sala de aula, assim como na coleta de dados. Sua força me ajudou em todos os momentos. Estaremos juntas por longo tempo.

Ao Núcleo de Gestão Assistencial – 25, Jaú, local onde realizamos nossa pesquisa de campo.

À equipe de enfermagem do NGA - 25 que me estimulou e me substituiu em minhas ausências, acreditando que conseguiríamos vencer juntas.

Aos amigos das Faculdades Integradas de Jaú, pela colaboração na confecção dos impressos usados na pesquisa.

À Diretoria de Apoio Didático, Científico e Computacional da Faculdade de Ciências Médicas UNICAMP pela competência, colaboração e revisão na editoração final deste trabalho.

À comissão de Pós-Graduação em Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas UNICAMP, pela competência, amizade e colaboração.

Às pacientes que aceitaram participar desse estudo.

*“Não é porque certas coisas são difíceis que nós não as fazemos, é justamente por que nós não ousamos fazê-las que elas são difíceis”.*



|                                           | <b>PÁG.</b> |
|-------------------------------------------|-------------|
| <b>RESUMO.....</b>                        | <i>xiii</i> |
| <b>ABSTRACT.....</b>                      | <i>xvi</i>  |
| <b>1- INTRODUÇÃO.....</b>                 | 18          |
| <b>2- OBJETIVOS.....</b>                  | 24          |
| <b>3- PACIENTES E MÉTODOS.....</b>        | 26          |
| 3.1- Critérios de inclusão.....           | 28          |
| 3.2- Critério de exclusão.....            | 28          |
| 3.3- Análise estatística.....             | 28          |
| <b>4- RESULTADOS.....</b>                 | 30          |
| <b>5- DISCUSSÃO.....</b>                  | 41          |
| <b>6- CONCLUSÃO.....</b>                  | 48          |
| <b>7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b> | 50          |
| <b>8- ANEXO.....</b>                      | 56          |
| <b>9- APÊNDICES.....</b>                  | 62          |

## LISTA DE ABREVIATURAS

---

|         |                                          |
|---------|------------------------------------------|
| A V C   | Acidente Vascular Cerebral.              |
| D I R   | Divisão Regional de Saúde.               |
| I C S   | <i>International Continence Society.</i> |
| I M C   | Índice de Massa Corpórea.                |
| I U E   | Incontinência Urinária de Esforço.       |
| I U     | Incontinência Urinária.                  |
| K H Q   | <i>King's Health Questionnaire.</i>      |
| NGA     | Núcleo de Gestão Assistencial.           |
| O M S   | Organização Mundial da Saúde.            |
| P A S   | Posto de Atendimento Sanitário.          |
| Q V     | Qualidade de Vida.                       |
| S M     | Salário Mínimo.                          |
| SUS     | Sistema Único de Saúde                   |
| UNICAMP | Universidade Estadual de Campinas.       |

## *LISTA DE GRÁFICOS*

---

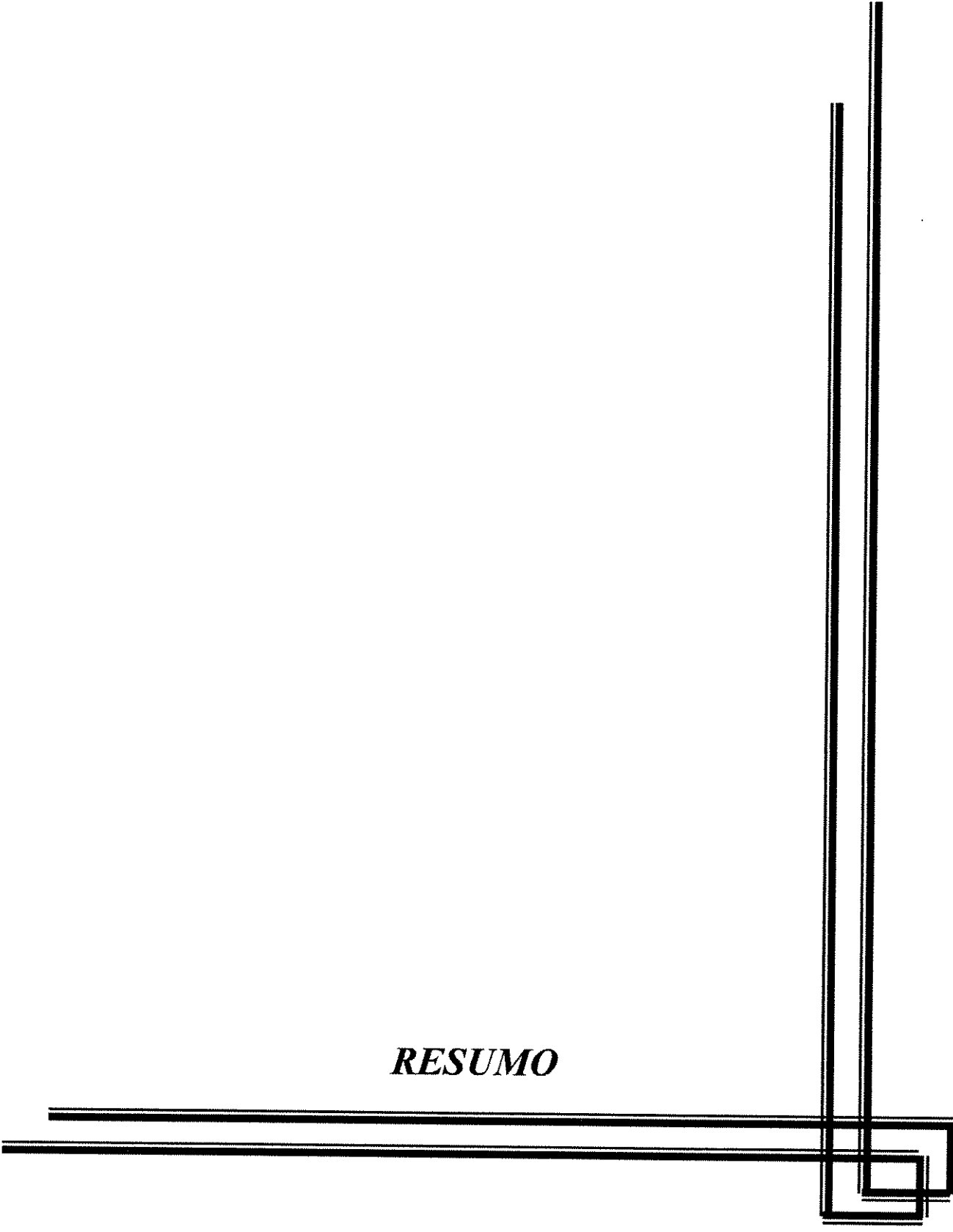
|                                                                                 | <i>PÁG.</i> |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>Gráfico 1-</b> Distribuição das pacientes por faixa etária.....              | 32          |
| <b>Gráfico 2-</b> Grau de instrução e cuidados com ingesta hídrica.....         | 33          |
| <b>Gráfico 3-</b> Grau de instrução e sentir vergonha da IU.....                | 34          |
| <b>Gráfico 4-</b> Relação entre hipertensão arterial e idade das pacientes..... | 35          |
| <b>Gráfico 5-</b> Diabetes melito e idade das pacientes.....                    | 36          |
| <b>Gráfico 6-</b> Grau de instrução e percepção geral de sua saúde.....         | 37          |
| <b>Gráfico 7-</b> Tipo de queixa e limitações da vida social.....               | 38          |
| <b>Gráfico 8-</b> Tipo de queixa e quanto afeta as viagens das pacientes.....   | 38          |
| <b>Gráfico 9-</b> Tipo de queixa e limitações físicas.....                      | 39          |
| <b>Gráfico 10-</b> Tipo de queixa e limitações quanto a visita aos amigos.....  | 39          |

|                                                                                   | <b><i>PÁG.</i></b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>Anexo 1-</b> Versão em português do “ <i>King’s Health Questionnaire</i> ..... | 57                 |

## ***LISTA DE APÊNDICES***

---

|                                                                                                                   | <b><i>PÁG.</i></b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>Apêndice 1-</b> Questionário para coleta de dados sócio – demográficos e clínicos da amostra populacional..... | 63                 |
| <b>Apêndice 2-</b> Consentimento Livre e Esclarecido.....                                                         | 65                 |



## *RESUMO*

**Introdução** — A maioria das pesquisas publicadas sobre incontinência urinária, oferecem poucas informações referentes de como é angustiante esse problema e as dificuldades do convívio social. No Brasil, é escassa a informação sobre a porcentagem de mulheres incontinentes, mas há previsão de que exista significativa parcela da população economicamente ativa no país sofrendo desses sintomas que, dependendo do caso, pode ser perfeitamente curável.

**Objetivos** - Os objetivos deste estudo foram verificar o perfil epidemiológico e o impacto na Qualidade de Vida que envolve as pacientes com incontinência urinária que recorreram ao serviço de saúde pública na região de Jaú.

**Pacientes e Métodos** - Cento e setenta mulheres com incontinência urinária foram entrevistadas e destas foram selecionadas 156, conforme critério de inclusão. Por meio de instrumento elaborado especificamente para este estudo, analisaram-se os aspectos epidemiológicos como idade, escolaridade, cor da pele, gestação e tipos de parto, co-morbidades, tipo e tempo de queixa. A qualidade de vida foi avaliada com aplicação do "KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE".

**Resultados** - A faixa etária predominante da incontinência urinária foi entre 50 a 59 anos. O tipo de incontinência mais comum foi a mista com 99 (60,25%). O período de incontinência era superior a um ano em 147 (94,23%). A cor da pele predominante era branca em 125 (80,13%). A renda familiar variava de dois a quatro salários mínimos em 91 (58,33%). Quanto a escolaridade 105 (67,30%) haviam cursado o primeiro grau, 12 (7,69%) o segundo, duas (1,28%) superior e 37 (23,71%) eram analfabetas. Os antecedentes obstétricos foram: 86 (55,12%) tiveram parto normal, 18 (11,53%) parto cesárea, 40 (25,64%) ambas as técnicas e 12 (7,69%) nunca engravidaram. Correlacionando incontinência urinária com co-morbidades, 74 (47,43%) não tinham nenhuma doença, 62 (39,74%) eram hipertensas, 19 (12,17%) diabéticas, oito (5,12%) sofriam de depressão e 15 (9,61%) queixavam-se de lombalgias, doenças pulmonares ou síndrome do pânico. A incontinência urinária afetou muito a qualidade de vida das pacientes, limitando a vida social com 110 (70,51%), 120 (76,92%) restringiam as viagens e 93 (59,62%) inibiam encontro com amigos. Apenas sete (4,48%) responderam que o fato de perderem urina não as incomodava.

**Conclusão** – Nas pacientes estudadas observou-se aumento progressivo da incontinência urinária com o envelhecimento. A cor de pele branca era a mais comum, com baixa renda familiar e escolaridade. Apresentaram como co-morbidades mais freqüentes a hipertensão e o diabete melito. A grande maioria das pacientes eram multiparas. A Qualidade de Vida estava comprometida, afetando mais os aspectos psicossociais.



## *ABSTRACT*

**Introduction** - Many articles published on urinary incontinence offer little information of how distressing and difficult it can be in social life. In Brazil, information on the incidence of incontinent is scarce, but there is an estimate that there is a large number of female patients with urinary incontinence, who went to the public health service in Jaú and their Quality of Life.

**Patients and Methods** - One hundred and seventy women with urinary incontinence were interviewed, of these, 156 were selected, as they fulfilled the inclusion and exclusion criteria previously defined. A questionnaire, designed specially for epidemiological aspects, was apply to verify the level of education, color of the skin, pregnancies and types of deliveries, previous surgeries to treat urinary incontinence, commorbidities, type and length of symptoms. The "KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE", a specific instrument for urinary incontinence, was given to verify the impact on the Quality of Life.

**Results** - Urinary incontinence had an increased incidence between the ages of 50 to 59. Mixed urinary incontinence was more frequent, 99 (60,25%). The period of incontinence was of over one year in 147 (94,23%). One hundred and twenty five (80.13%) declared to have white skin. The family income was in the lower levels. Correlating UI with concomitant disease, 74 (47.43%) had no disease, 62 (39.74%) had high blood pressure, 19 (12.7%) were diabetic, 8 (5.12%) had depression, and 15 (9.61%) had back pain, lung diseases or panic syndrome. As to their own perception of health, 89 (57.05%) classified it as "regular".

One hundred and ten (70.51%) patients answered that this problem affected greatly the quality of their lives ; 120 (76.92%) limited trips and 93 (59.62%) limited social encounters. Only 7 (4.48%) of the women answered that the fact of losing urine did not bother them, the other answers varied intensity from "a little", "moderately" to "a lot".

**Conclusion** - There was a progressive increase in urinary incontinence with the more elderly. Incontinence was more common in white skinned patients having low incomes and little schooling. High blood pressure and diabetes were the commorbidities more frequent. Most of the women had had multiple pregnancies. The Quality of Life was severely affected in psychosocial aspects.

## *1- INTRODUÇÃO*

A incontinência urinária (IU) foi recentemente definida pela International Continence Society (ICS) como sendo a queixa de qualquer perda involuntária de urina (ABRAMS et al., 2002). A prevalência da IU na mulher, em estudos realizados nos Estados Unidos, varia de 4,5% a 53%, mas somente 25% a 50% das pacientes procuram atendimento médico (SANDER et al., 2000). Uma das hipóteses para explicar esta variação seria o tipo de população estudada, a definição de incontinência urinária e o critério de seleção das pacientes. A prevalência da IU aumenta com a idade. Estudo de metanálise, realizado nos EUA que avaliou 48 trabalhos epidemiológicos no período de 1954 à 1995 demonstrou que a prevalência de IU em mulheres jovens (menores de 30 anos) varia de 5 % a 16%, em mulheres de meia-idade (entre 30 e 60 anos) de 14% a 41%, média de 24,5% e nas idosas (mais de 60 anos) de 4,5% a 44%, média 23,5% (HAMPEL et al., 1997). Pessoas que vivem em clínicas para idosos, essa taxa varia de 22% a 90%, média de 55,7% (CROOG et al., 1986).

BLOCKLEHURST (1993), analisou a prevalência da IU em indivíduos comuns da sociedade. Os resultados do estudo demonstraram que uma parte significativa dos casos de IU não tinha recorrido ao clínico geral, ao ginecologista ou ao urologista para expor sua queixa. Mesmo sabendo que o fato de perderem urina limitava suas atividades rotineiras, privando-as de agirem com espontaneidade e até mesmo seus movimentos físicos, apenas 52% das entrevistadas tinham consultado seu médico.

Embora a IU seja um problema comum, as estimativas de sua prevalência exata obtidos através de estudos epidemiológicos, variam consideravelmente. THOMAS et al. (1980) mostraram que as estimativas da prevalência da IU, diferem de acordo com a população estudada. Numa amostra de 18.064 indivíduos, ficou demonstrado que existem muito mais pessoas com IU do que as que recorrem a um serviço de saúde.

Freqüentemente a IU é aceita como consequência direta do processo de envelhecimento. Salienta-se, contudo, que o envelhecimento afeta de certo modo o trato urinário, mas a IU não é uma consequência direta, nem sequer normal, do processo de envelhecimento. O que acontece é a coexistência de fatores exteriores ao trato urinário, que afetam a continência e que são mais freqüentes nos idosos.

Ainda segundo a ICS, a IU é um problema comum que afeta uma parcela bastante grande da população mundial. Estima-se que na Inglaterra, de 2 a 3 milhões de pessoas sofram de IU. Nos Estados Unidos o número chega a 10 milhões (BRUNDAGE, 1996).

As causas mais freqüentes da IU são multiparidade (gestação/parto vaginal/episiotomia), obesidade, diabetes melito, imobilização, medicamentos (diuréticos, drogas de ação central), obstipação, deficiência estrogênica, acidente vascular cerebral, esclerose múltipla, doença de Parkinson e atividades físicas de impacto (LAGRO – JANSSEN et al., 1990).

O custo anual destinado ao diagnóstico e tratamento das pessoas com IU nos Estados Unidos é estimado em 10 bilhões de dólares (HU, 1990). O lucro das empresas que confeccionam dispositivos de contenção (como fraldas e absorventes) para adultos em 1994 foi de 1,5 bilhões de dólares, com projeto de aumento de 25% por ano (NEWMAN, 1995).

A maior parte das pesquisas publicadas sobre a IU oferece poucas referências, de como é angustiante esse problema e as dificuldades de convívio social decorrentes. Molhar-se é bastante embaraçoso, mas pouco se sabe sobre o que cada pessoa sente sobre a sua condição e como lida com ela. Os preconceitos podem inibir as pacientes de falar sobre sua perda de urina. A incontinência urinária, freqüentemente, afeta grupos com maior dificuldade para procurar ajuda (idosos ou incapacitados fisicamente) (HANNESTAD et al., 2000).

A IU é reconhecida como uma das principais causas de internação de idosos em asilos. Pesquisas americanas mostram que a prevalência de perda urinária em idosos que vivem em asilos é de 50% ou mais (BURGIO et al., 1996).

O impacto psicossocial do incontinente foi determinado pela gravidade da perda urinária. Concluiu-se que muitas mulheres podem experimentar algum grau de perda de urina durante sua vida.

No Brasil, é escassa a informação sobre a prevalência de incontinentes, mas há previsão de que há uma significativa parcela da população economicamente ativa no país sofrendo com problema de saúde que, dependendo do caso, pode ser perfeitamente curável.

Algumas doenças, principalmente as de origem neurológicas, são responsáveis pela ocorrência da incontinência no adulto. A maioria da população não tem recursos ou informações sobre como conviver com este problema, tornando-se inativa, isolada e deprimida. Na prática, o que ocorre é uma reação de conformidade e desânimo frente ao problema (HOLLAND e KOHORN, 1989).

Nas últimas décadas, houve um aumento da expectativa de vida e, com isso, o aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas. Seguindo a mesma tendência, o Censo - Brasil 2000<sup>(1)</sup> revelou que a esperança de vida ao nascer, para ambos os sexos, era de 68,4 anos, sendo que o mesmo parâmetro, em 1991, era de 66 anos. A porcentagem de pessoas acima de 65 anos aumentou de 4,83%, em 1991, para 5,85% em 2000 e, para o final da próxima década, 14% da população serão de pessoas acima dos 60 anos. GUARISI et al. (2001) em pesquisa populacional domiciliar, no município de Campinas, São Paulo, Brasil, em 456 mulheres na faixa etária de 45 a 60 anos, encontrou prevalência de 35%, com queixa de IU. Esses dados têm despertado o interesse de pesquisadores em saber se os tratamentos adotados promoveriam uma vida de melhor qualidade aos pacientes, devendo assim, seu custo benefício ser avaliado em termos de QV.

Desde a década de 70, investigadores clínicos, epidemiologistas e cientistas sociais vêm desenvolvendo medidas de atributos humanos, denominados Qualidade de Vida (QV). O primeiro uso documentado do termo QV em jornal médico ocorreu no Editorial do "Annals of Internal Medicine" de 1966, sob o título de "Medicine and Quality of Life". Como palavra chave relevante, contudo, somente começou a aparecer na literatura médica a partir de 1975 e desde então foi muito utilizada, porém sem uma definição precisa (SPITZER, 1987).

A qualidade de vida está relacionada com a percepção do indivíduo sobre sua condição ou doença e subsequente tratamento. O domínio primário inclui aspecto físico, psicológico e social, satisfação e percepção do estado de saúde. O secundário inclui sintomas, distúrbio do sono, função sexual e produtividade pessoal: cuidar da casa, ocupação, trabalho voluntário (D'ANCONA, 2001). Segundo MAYERS (1995) e SPILKER (1996) não há uma definição clara e definitiva para QV. KATZ (1987)

---

(1) <http://www.IBGE.gov.br>

entende-a como sendo um conceito abstrato e sujeito a muitas interpretações. O conceito de QV é medido por valores pessoais e culturais, crenças, auto-apreciação, metas e experiência de vida. Compreende a percepção individual de bem-estar físico, psicológico e social. Portanto, está estreitamente relacionado à definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) que é "o completo bem-estar físico, psicológico e social, não apenas a ausência de doença" (BERGNER, 1989).

QV é um conceito abrangente que engloba a saúde do indivíduo, estado psicológico, nível de independência, relacionamentos sociais, crenças pessoais e relações com aspectos importantes do ambiente.

No mundo moderno exige-se mais do que nunca uma boa QV, para que o indivíduo possa enfrentar o nível crescente de competitividade sem prejuízo de sua saúde.

O termo QV que emergiu dessas discussões conceituais representa uma tentativa de quantificar, em termos cientificamente analisáveis, as consequências de uma doença e de seu tratamento sobre a percepção do paciente e de sua habilidade para viver uma vida útil de acordo com suas expectativas (BROWN et al., 1999).

Os instrumentos que medem QV são questionários elaborados para que o paciente preencha durante entrevista. Contêm variável número de sessões que tenta obter informações de saúde. Essas sessões são referentes as funções físicas, emocionais e sociais, além de influências sobre o sono, presença de dor e sintomas doença-específica.

Incontinência Urinária (IU) é uma condição estressante e incapacitante que causa grande impacto negativo em vários aspectos da qualidade de vida de seus portadores (KELLEHER, 2000).

Deve-se valorizar o conhecimento de quanto tempo se iniciaram os sintomas e como repercutem sobre a qualidade de vida. A história pregressa de cirurgias deve ser pesquisada, assim como o uso de medicamentos e doenças associadas (MAYO, 1995).

Existem poucos estudos sobre a história natural das disfunções miccionais decorrentes do envelhecimento. Alguns trabalhos têm mostrado alterações estruturais do detrusor do idoso, acarretando distúrbios funcionais da micção. Particularmente, na mulher,

alterações de trofismo genital decorrentes de hipoestrogenismo prolongado podem levar a IU (MC DOWELL et al., 1992).

FULTZ et al., 2001 e GUARISI et al., 2001, apontam alterações no âmbito da QV das pacientes, causadas pelas profundas mudanças na auto-imagem e auto-estima, porém são poucos os trabalhos que objetivam especificamente a avaliação deste aspecto.

Essas considerações associadas a importância que vem alcançando o estudo da IU aqui e ao interesse internacional pelo tema, justificam a realização dessa pesquisa.



## ***2- OBJETIVOS***

Os objetivos do estudo foram:

- 1 - Verificar o perfil epidemiológico das pacientes da amostra populacional com incontinência urinária, que procuraram o serviço de saúde pública na região de Jaú, no período de trinta dias.
- 2 - Avaliar o impacto da IU na QV dessas pacientes.

### ***3- PACIENTES E MÉTODOS***

A região de Jaú, no estado de São Paulo, é composta por 12 municípios inclusive a cidade de Jaú, onde existem 120.603 mulheres, maiores de dez anos. Este total representa 42,12% da população total da região que é de 286,274 habitantes (CENSO, 2000) <sup>(1)</sup>.

A população estudada foi de mulheres atendidas pelos ginecologistas dos Postos de Atendimento Sanitário (PAS) que apresentavam IU. A média de atendimento mensal na especialidade foi de 428 consultas por município, o que corresponde a 4,25% da população feminina da região, dependente do serviço público, que é o objetivo do estudo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, (número 261/2001).

Por quinze dias foi realizada a divulgação do projeto com o auxílio da imprensa radiofônica da cidade e o envio de comunicado interno aos postos de saúde, constando a data de início da pesquisa, seu objetivo, como seria o encaminhamento das pacientes e orientação sobre o protocolo do estudo.

O ginecologista dos PAS realizava exames rotineiros da especialidade e questionava sobre a presença da perda urinária. As mulheres que possuíam queixa de IU, eram agendadas previamente por telefone e encaminhadas ao Núcleo de Gestão Assistencial-25 (NGA-25) para entrevista individual, em horário pré estabelecido e em sala reservada. Considerou-se incontinente num período de trinta dias, todas as pacientes que disseram ter perda de urina uma ou mais vezes por semana, durante os últimos três meses. Os questionários de características sócio demográficas (Apêndice 1) e o questionário de qualidade de vida “King’s Health Questionnaire” versão em português (Anexo 1) instrumento próprio para avaliar QV na IU, foram aplicados nas mulheres.

Cento e setenta pacientes foram entrevistadas e após aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão, foram selecionadas 156 que constituíram o grupo de estudo.

---

(1) <http://www.IBGE.gov.br>

### **3.1- Critérios de inclusão**

Mulheres com IU, idade superior a 21 anos que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2).

### **3.2- Critério de Exclusão**

As pacientes com infecção urinária, gestantes, as que se encontravam no período puerperal (40 dias pós-parto) e as que estavam em período pós-operatório de cirurgia para correção de IU (6 meses).

Com o questionário epidemiológico foram coletadas informações sobre: a idade, a cor da pele declarada, o estado civil, a renda familiar, a atividade profissional, o grau de escolaridade, o tipo e tempo dos sintomas, o número de gestações, o tipo de parto, as co-morbidades, o índice de massa corpórea (IMC).

O KHQ é composto de 21 questões, divididas em nove domínios: percepção geral de saúde, impacto da incontinência urinária, limitações de atividades diárias, limitações físicas, limitações sociais, relações pessoais, emoções, sono e disposição e medidas de gravidade dos casos. Além desses domínios, existem duas outras escalas independentes: uma avalia a gravidade de IU e outra a presença e a intensidade dos sintomas urinários. Os escores variam de 0 a 100 e quanto maior a pontuação obtida pior é a QV.

Após a coleta de dados, optou-se por separá-las por faixas etárias, o que facilitaria a análise estatística, ao correlacionar com os demais dados. Encerrada esta fase, as pacientes foram encaminhadas para avaliação uroginecológica e posterior tratamento.

### **3.3- Análise estatística**

Na análise estatística, foram empregados os testes de Mann – Whitney e Kruskal – Wallis. (SAS System for Windows, 1999-2001).

A escolha dos testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis foi devido à natureza da distribuição dos escores da escala utilizada (KHQ). Estes tipos de escores não têm distribuição normal, assim, ao invés de ser utilizado o teste *t* de Student, recomenda-se o teste de Mann-Whitney para comparação dos escores entre dois grupos, e ao invés de usar a análise de variância (ANOVA), recomenda-se o uso do teste de Kruskal-Wallis na comparação dos escores entre três ou mais grupos, estes testes são mais poderosos em detectar diferenças significativas e consistentes entre os grupos do que o uso dos testes paramétricos.

#### ***4- RESULTADOS***

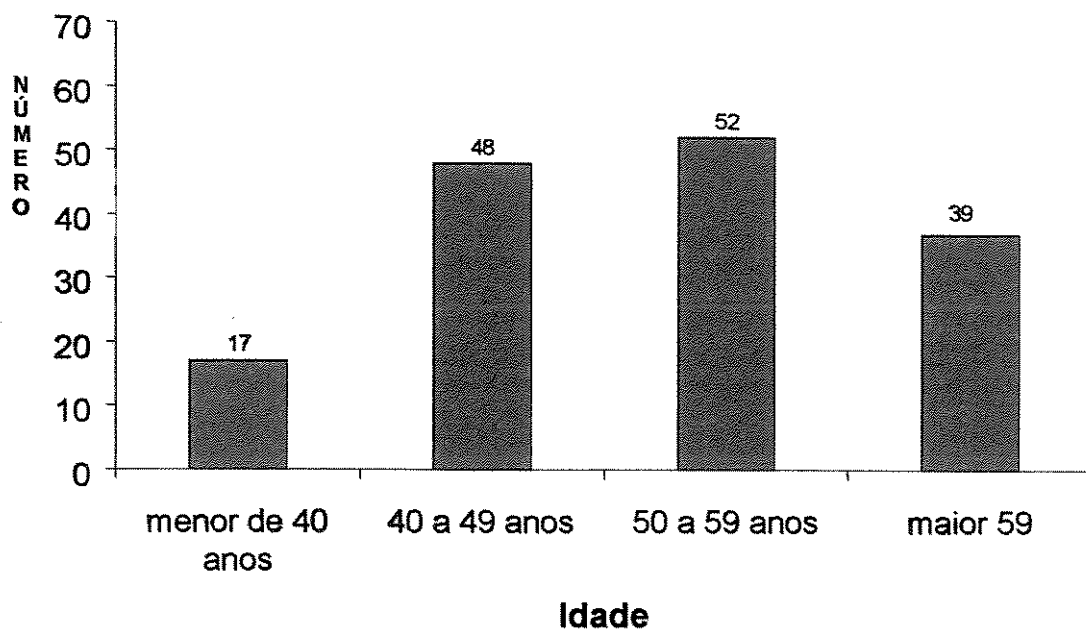
As características dos aspectos sócio – demográficos da população em estudo estão demonstrados na tabela abaixo:

Fatores sócio demográficos associados à incontinência urinária (n = 156 ).

| <b>Fatores</b>                  | <b>N</b> | <b>%</b> |
|---------------------------------|----------|----------|
| <b>Idade</b>                    |          |          |
| <40                             | 17       | 10.90    |
| 40-49                           | 48       | 30.77    |
| 50-59                           | 52       | 33.33    |
| >59                             | 39       | 25.00    |
| <b>Cor da Pele</b>              |          |          |
| Brancas                         | 125      | 80.13    |
| Negras                          | 8        | 5.13     |
| Pardas                          | 22       | 14.10    |
| Amarela                         | 1        | 0.64     |
| <b>Escolaridade</b>             |          |          |
| Sem                             | 37       | 23.71    |
| 1º grau                         | 105      | 67.30    |
| 2º grau                         | 12       | 7.69     |
| Superior                        | 2        | 1.28     |
| <b>Renda familiar</b>           |          |          |
| Um salário                      | 23       | 14.74    |
| Dois a quatro                   | 91       | 58.33    |
| Mais de quatro                  | 42       | 26.92    |
| <b>Atividade profissional</b>   |          |          |
| Atividade doméstica             | 91       | 58.33    |
| Atividade remunerada            | 40       | 25.64    |
| Aposentadas                     | 22       | 14.10    |
| Desempregadas                   | 2        | 1.28     |
| Estudante                       | 1        | 0.64     |
| <b>Estado civil</b>             |          |          |
| Maritalmente                    | 124      | 79.49    |
| Sem companheiro                 | 32       | 20.51    |
| <b>Co-morbidades</b>            |          |          |
| Hipertensão                     | 62       | 39.74    |
| Diabete                         | 19       | 12.17    |
| Depressão                       | 8        | 5.12     |
| Outras                          | 15       | 9.61     |
| <b>Antecedentes obstétricos</b> |          |          |
| Parto normal                    | 86       | 55.12    |
| Cesárea                         | 18       | 11.53    |
| Normal/Cesárea                  | 40       | 25.64    |
| Nunca engravidaram              | 12       | 7.69     |
| <b>Tempo de incontinência</b>   |          |          |
| Mais de um ano                  | 147      | 94.23    |
| Menos de um ano                 | 9        | 5.76     |



A média de idade das pacientes entrevistadas foi de 51,8 anos  $\pm$  6.36, mediana de 51 anos (variando de 21 a 78). Para análise dos resultados, as pacientes foram separadas em quatro faixas etárias: 17 (10,90%) mulheres menores de 40 anos, 48 (30,77%) entre 40-49, 52 (33,33%) entre 50-59 e 39 (25%) acima dos 59 anos. (Gráfico 1).



**Gráfico 1 – Distribuição das pacientes por faixa etária.**

A cor de pele declarada foi de 125 (80,13%) brancas, oito (5,13%) negras, 22 (14,10%) pardas e uma (0,64%) amarela. A maioria delas, 124 (79,49%), vivia maritalmente.

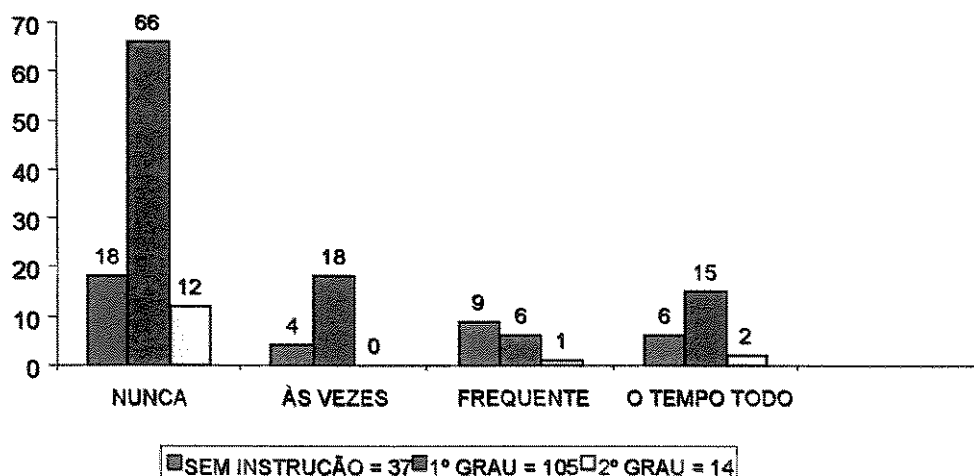
Referente à renda familiar 23 (14,74%), recebiam um salário mínimo (SM), 91(58,33%) de dois a quatro SM e 42 (26,92%) com renda superior a quatro SM. Com relação à atividade profissional, 91 (58,33%) exerciam atividade doméstica, 40 (25,64%) atividade remunerada, 22 (14,10%) aposentadas não exercendo qualquer tipo de atividade de trabalho, duas (1,28%) desempregadas e apenas uma (0,64%) estudava.

Nas mulheres entrevistadas, 117 (75%) usavam absorvente, destas 28 (23,97%) usavam mais de quatro por dia e as restantes referiram que não usavam porque procuravam urinar ao primeiro desejo miccional.

Analisando o grau de instrução, observou-se que 37 (23,71%) eram analfabetas, 105 (67,30%) tinham o primeiro grau incompleto ou completo, 12 (7,69%) segundo grau e duas (1,28%) nível superior.

Ao se relacionar o uso de absorvente com o grau de instrução, verificou-se que das analfabetas, 30 (81,97%) fazem uso de absorvente, 75 (71,42%) dentre as que fizeram o primeiro grau e todas que realizaram o segundo grau e superior usam algum tipo de dispositivo de contenção.

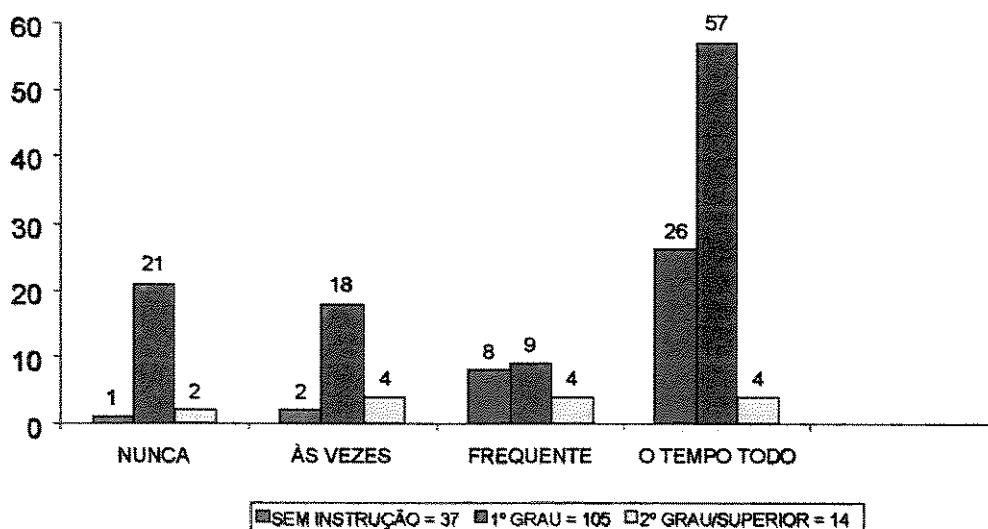
Noventa e seis (61,53%) mulheres não se preocupavam com a quantidade de líquidos que ingeriam por dia, mesmo que isso aumentasse o volume da perda, 61 (39,10%) preocupavam-se em diferentes proporções, conforme demonstrado no Gráfico 2.



**Gráfico 2 – Grau de instrução e cuidados com ingesta hídrica ( $p = 0,0535$ ).**

(Teste de Kruskal – Wallis).

Cento e trinta e duas (84,61%) mulheres sentiam-se envergonhadas com o fato de perderem urina. Das analfabetas, apenas uma (2,7%) não se sentia envergonhada, 21 (20%) de primeiro grau e duas (14,29%) com escolaridade igual ou superior ao segundo grau não se sentiam humilhadas.



**Gráfico 3 – Grau de instrução e sentir vergonha com IU ( $p=0,0121$ ).**

(Teste de Kruskal – Wallis)

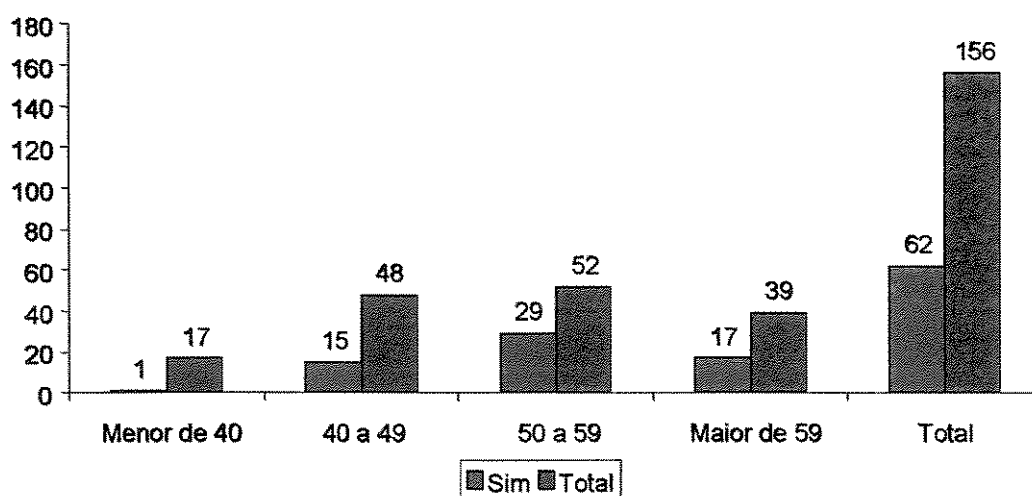
Noventa e quatro (60,20%) pacientes apresentaram incontinência urinária mista (IUM), 49 (31,40%) perdiam urina aos esforços e 13 (8,33%) apresentavam urge-incontinência. Na IUM ocorria predominância na faixa etária entre 50 a 59 anos com 34 (36,17%) casos, nas mulheres abaixo dos 40 anos a incontinência urinária de esforço (IUE) prevaleceu com 11 (22,44%). A urge incontinência prevaleceu na faixa etária acima de 59 anos, com seis (46,15%) casos. Referente a duração da IU, 147(94,23%) apresentavam queixas há mais de um ano. Do total das pacientes entrevistadas 29 (18,60%) já haviam realizado tratamento cirúrgico para IUE sem sucesso.

Nos antecedentes obstétricos, 86 (55,12%) tiveram parto normal variando de um a 14, 18 (11,53%) somente cesárea variando de um a cinco, 40 (25,64%) tiveram ambas as técnicas e 12 (7,69%) nunca engravidaram.

O índice de massa corpórea (IMC) médio foi de 28,37, mediana de 27,77 com maior concentração na faixa etária entre 50 a 59 anos, caracterizando sobrepeso.

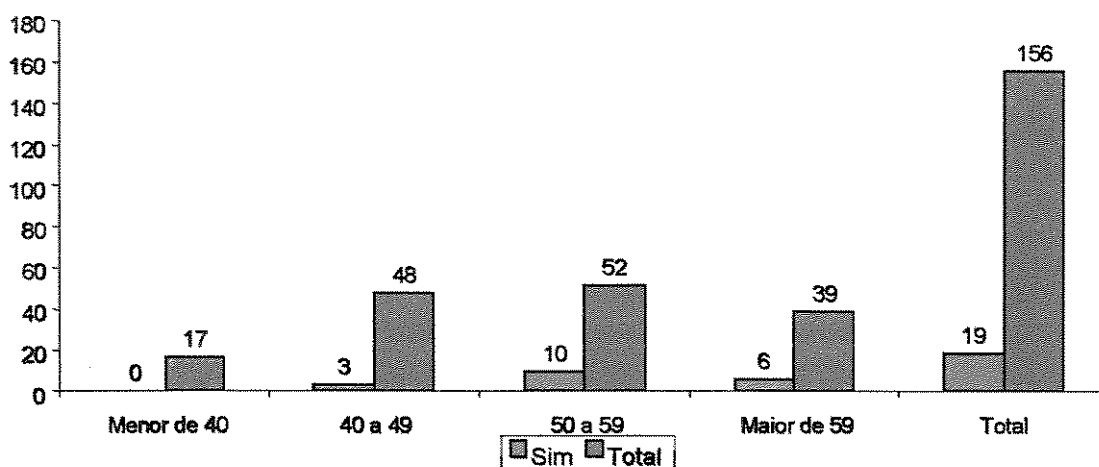
Com relação às doenças associadas 62 (39,74%) referiram hipertensão arterial, 19 (12,17%) diabetes melito, oito (5,12%) depressão e 15 (9,61%) causas diversas como lombalgia, doenças pulmonares, síndrome do pânico.

Ao relacionarmos hipertensão arterial com idade das pacientes, observa-se aumento da incidência nas pacientes entre 50 a 59 anos (Gráfico 4).



**Gráfico 4 – Relação entre hipertensão arterial e idade das pacientes ( $p=0,0012$ )**  
(Teste Mann – Whitney)

Dezenove (12,17%) pacientes que apresentavam diabetes melito houve maior incidência na faixa etária entre 50 a 59 anos (Gráfico 5).

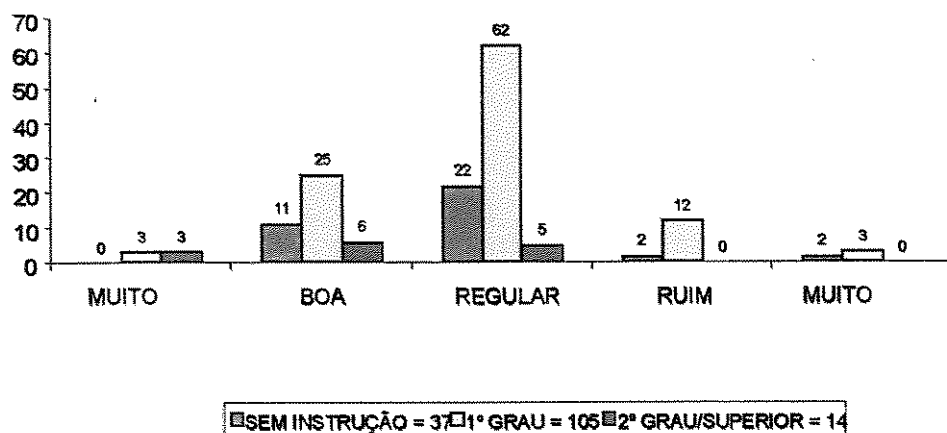


**Gráfico 5 – Diabetes melito e idade das pacientes ( $p = 0,0215$ )**  
(Teste Mann – Whitney)

Entre as oito (5,12%) pacientes com depressão, três (37,5%) tinham menos de 40 anos, nenhuma entre 40 e 49 anos, 4 ( 50%) entre 50 e 59 anos e um caso (12,5% ) acima de 59 anos.

A QV das pacientes relacionadas à IU demonstrou que em 89 (57,05%) mulheres afetou muito sua atividade diária, 24 (15,38 %) moderadamente, 36 (23,07%) um pouco e sete (4,92%) não as afeta de forma alguma.

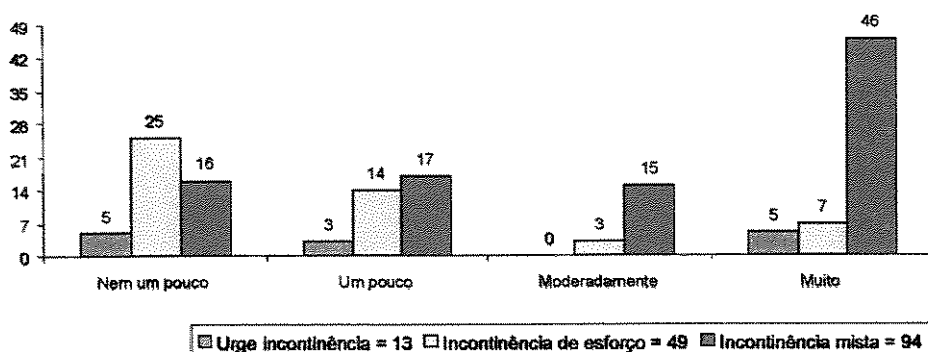
Ao comparar a escolaridade com a percepção geral da saúde observa-se que as mulheres sem instrução classificam sua saúde como regular em 22 (59,46%), com primeiro grau 62 (59,05%) referiram como regular e nas com segundo grau ou superior em seis (42,81%) como boa (Gráfico 6).



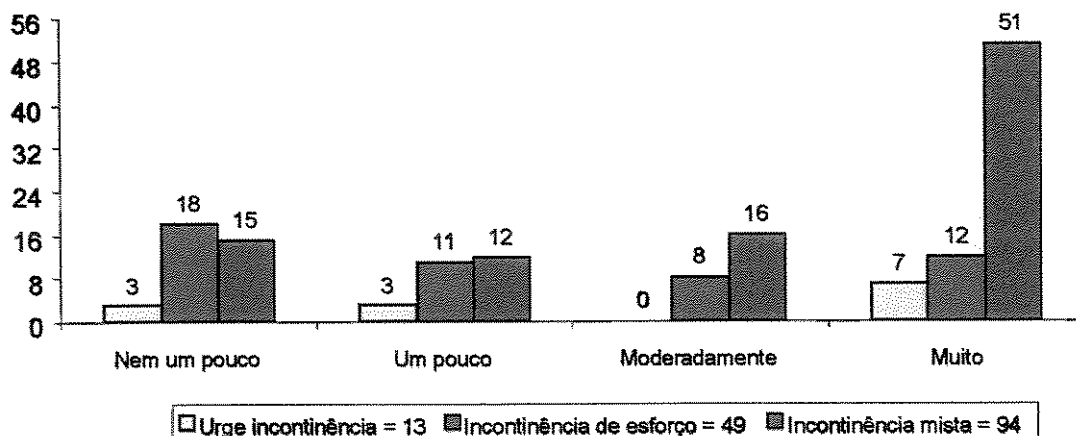
**Gráfico 6** – Grau de instrução e percepção geral de sua saúde ( $p = 0,0057$ ).  
(Teste Kruskal – Wallis)

Quando se correlaciona o tempo de incontinência urinária com limitações físicas e sociais como praticar esportes, viajar, encontro com amigos e outras não houve diferença significativa ( $p = 0,63$ ).

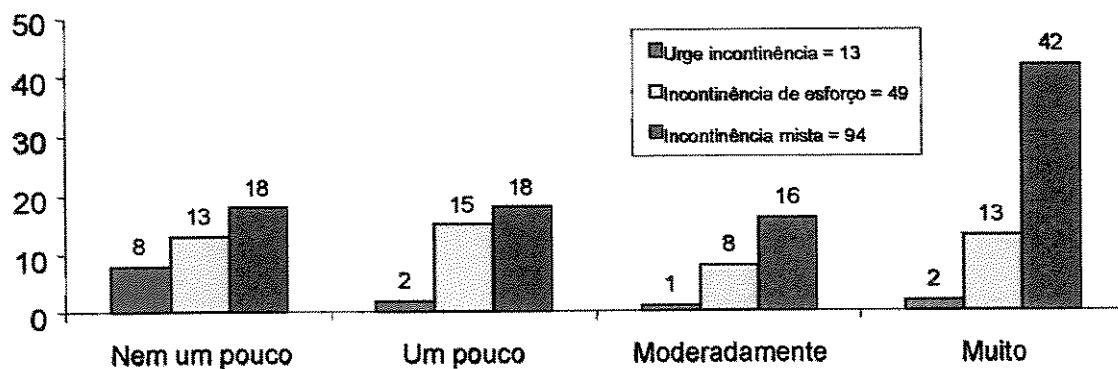
A incontinência urinária mista é o tipo que limita muito as atividades físicas e sociais ( $p < 0,05$ ) (Gráfico 7,8,9,10).



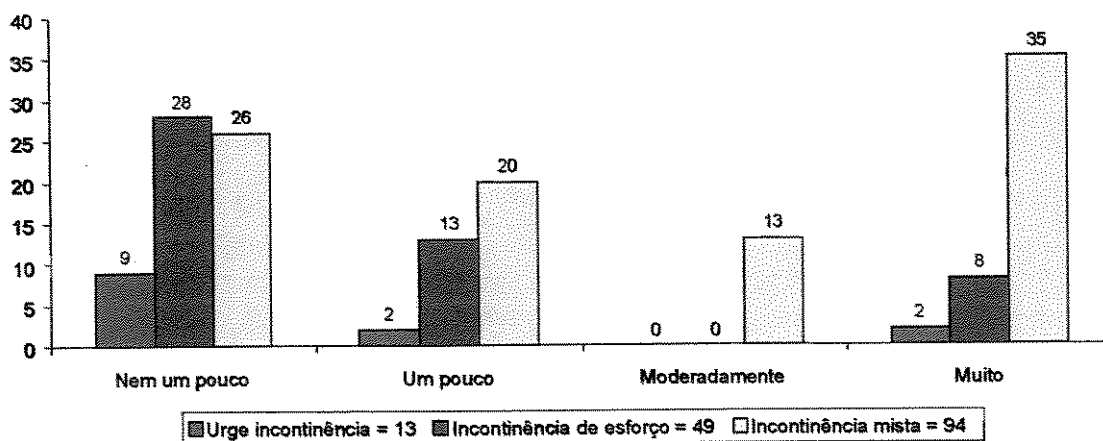
**Gráfico 7 – Tipo de queixa e limitação da vida social ( $p < 0,0001$ ).**  
(Teste Kruskal – Wallis)



**Gráfico 8 - Tipo de queixa e quanto afeta as viagens das pacientes ( $p = 0,0009$ )**  
(Teste Kruskal – Wallis)



**Gráfico 9 – Tipo de queixa e limitações físicas ( $p = 0,0031$ ).**  
(Teste Kruskal – Wallis)



**Gráfico 10 – Tipo de queixa e limitações quanto à visita aos amigos ( $p < 0,0001$ ).**  
(Teste Kruskal – Wallis)



Entre as mulheres com hipertensão arterial 55 (88,70%) sentiam-se “deprimidas e nervosas”, 56 (90,32%) julgavam-se mal consigo mesmas por perderem urina, variando em intensidade de “um pouco” a “muito”.

Nas pacientes com diabetes melito, ao se avaliar depressão, nervosismo e mal consigo mesmas, 17 (89,47%) sentiam-se deprimidas e nervosas, 15 (78,94%) estavam mal consigo mesmas, afetando muito seu emocional.

As pacientes acometidas por doenças diversas como lombalgia, doenças pulmonares, síndrome do pânico, em número menor quando relacionado às outras duas co-morbididades, obteve-se igualmente o item "afeta muito" para os mesmos domínios, predominando sentimentos negativos em decorrência da perda de urina associada com outros problemas de saúde, oito (100%) sentiam-se deprimidas, sete (87,5%) nervosas e mau consigo mesmas.

No domínio "sono e disposição", 93 (59,61%) afirmaram que o fato de terem IU afeta o repouso e isso as faz sentirem-se esgotadas no dia seguinte.

Em todas as mulheres estudadas observou-se impacto negativo em sua QV e apenas sete (4,48%) responderam que o fato de perderem urina não as incomodavam, sendo que as que mais se queixaram foram as da faixa etária entre 50 a 59 anos..

No domínio “limitações pessoais”, quanto a alterar relacionamento com seu parceiro, vida sexual e familiar, dentre as opções de resposta ("não aplicável, não afeta, um pouco, moderadamente e muito") obteve-se 59 (37,82%) respostas para “afeta” relacionamento com seu parceiro, 65 (41,66%) para vida sexual e 49 (31,41%) quanto a vida familiar.

A escala da intensidade dos sintomas urinários, mostrou 90 (57,69%) mulheres que iam ao banheiro muitas vezes ao dia, 44 (28,20%) levantavam à noite para urinar, 82 (52,56%) apresentaram urgência, 63 (40,58%) tinham urge-incontinência, 100 (64,10%) perdiam urina aos mínimos esforços, porém apenas sete (4,48%) mulheres perdiam urina quando dormiam, 12 (7,69%) já haviam perdido urina algumas vezes durante a relação sexual, 31 (19,87%) apresentaram infecção urinária, 44 (28,20%) tinham dor na bexiga e apenas quatro (2,56%) apresentavam dificuldade para urinar.

## *5- DISCUSSÃO*

A etimologia do termo epidemiologia (epi = sobre, demos = povo, logos = estudo) sugere que a mesma se dedica ao estudo das condições de vida da população (ABRAMSON,1979).

Hoje não se poderia conceituá-la sem uma referência à sua preocupação com o estudo da frequência e distribuição de danos à saúde da população e dos fatores que os determinam, visando a posição de medidas adequadas para sua prevenção ou controle.

A noção de vigilância à saúde obriga a pensar na problemática do equilíbrio na Qualidade de Vida, além de impor uma reflexão sobre seu conteúdo, o que remete para a discussão acerca da promoção da saúde na sociedade (ABRAMSON,1979).

A IU é uma condição cada vez mais diagnosticada, mesmo em nosso meio, à medida do aumento gradativo, da procura da assistência médica por mulheres com queixa de perdas urinárias (GUARISI et al., 2001).

Não mais se admite aceitar a situação passivamente e com ela conviver às custas de soluções paliativas como o uso de absorventes ou fraldas. É importante frisar que a incontinência urinária, em qualquer faixa etária, é passível de tratamento.

As mulheres se comportaram de maneira semelhante, referindo perda de urina há mais de um ano, não procurando ajuda médica, por comodidade ou por desconhecer a existência de serviços especializados que pudessem ajudá-las. A faixa etária mais acometida foi de 50 a 59 anos o que coincide com as estimativas de outros estudos. Na Espanha, a perda urinária concentrou-se nas mulheres entre as idades de 45 e 64 anos (AVELLANET et al., 2003). Outro estudo realizado no Brasil mostrou aumento da incidência da IU na faixa etária de 45 a 60 anos (GUARISI et al., 2001).

Como procedimento menos invasivo, o tratamento comportamental deve ser instituído para algumas pacientes, antes de optar-se pelo tratamento clínico ou cirúrgico, visando o bem estar e a melhor qualidade de vida (MAYO,1995).

Algumas mulheres entrevistadas por terem tido experiências negativas em tratamentos anteriores da IU, abandonaram - no em virtude da ausência de resultados francamente positivos. A cor da pele declarada branca foi a mais frequente. Alguns autores

relatam que as mulheres da raça negra têm menor incidência de incontinência urinária de esforço (BROWN et al., 1999). Nosso estudo não se propôs a avaliar se a cor da pele declarada tinha influência na IU.

As características da escolaridade, estado civil, ocupação e renda são aspectos fundamentais para a análise da qualidade de vida (MILSON, 2000). O predomínio de escolaridade média e fundamental, de ocupação não especializada e de renda igual ou inferior a dois salários mínimo (SM) relaciona-se a necessidade de recorrer aos serviços de saúde pública nos quais as mulheres foram atendidas.

Pode-se considerar que a instrução tem nítida relação com a renda e com a hierarquia das profissões. A maioria não tinha profissão definida. As que trabalhavam, atuavam em atividades simples, que não exigiam estudo para exercê-las. Houve relação entre IU e atividade profissional, aquelas que tinham atividades que exigiam força física, pouco conseguiam realizar no trabalho, pois com os mínimos esforços perdiam urina e isto limitou sua atividade profissional. Estudo com população semelhante revela que algumas mulheres têm menores oportunidades de freqüentar escola, dividindo suas atribuições entre o trabalho na lavoura e os cuidados da casa e dos filhos, o que reflete o baixo índice de instrução (PIRES e SILVA, 2001). Segundo estimativas, a IU atinge 8% da população brasileira (RIBEIRO et al., 1999). Na verdade, esses dados devem ser ainda maiores. Cerca de 25% das pacientes que apresentam IU, demoram cinco anos ou mais para procurar atendimento médico (HANNESTAD et al., 2000).

O uso de absorvente foi o método mais empregado para conter a perda de urina, seguida de aumento do número de micções. Autores citam em diversos estudos, que o auto-cuidado e o uso de absorvente são os métodos mais freqüentemente utilizados (BURGIO et al., 1985 e WAGNER et al., 1996). Ao modificarem seu estilo de vida e estarem permanentemente atentas à perda de urina pode-se deduzir que falta espontaneidade, afetando a liberdade de ação e movimentos. A maioria das mulheres utilizavam absorventes. Quanto ao grau de instrução, todas com segundo grau ou superior faziam uso, evidenciando fator custo. Estudo norte americano tem mostrado que uma pessoa com IU pode vir a desembolsar mais de mil dólares mensalmente com acessórios para conter a perda de urina (BURGIO et al., 1998).

Mais da metade das mulheres deste estudo, independente da escolaridade não se preocupavam com a quantidade de líquidos ingeridos. Pelas respostas obtidas nos questionários observa-se que perdiam urina mais no período diurno. Autores têm demonstrado igualmente, maior perda durante o dia, período em que estão ocupadas com afazeres domésticos que exigem mais da musculatura pélvica e abdominal (BURGIO et al.,1996). A IU é um problema delicado, muitas vezes ocultado por desconhecimento ou vergonha (GARCIA,1991 e BURGIO et al., 1996). A mulher analfabeta ou de baixa escolaridade, tem receio de incomodar seus familiares, com traço de personalidade extremamente humilde.

Neste estudo, o tipo de perda urinária predominante foi a mista seguida pela IUE e número reduzido de mulheres com urge incontinência. Este resultado pode ser explicado pela distribuição da idade das pacientes. As mulheres com idade inferior a 40 anos apresentaram maior incidência de IUE, sendo este o menor grupo. Diferentemente, estudo epidemiológico da IU na população feminina da Noruega indicou que a perda urinária associada a esforço era mais freqüente na faixa etária de 50 e 54 anos, seguida da incontinência urinária mista (HANNESTAD et al., 2000). Outros estudos demonstraram que a IUE é a forma mais comum de perda de urina entre as mulheres, seguida pela urge-incontinência, particularmente no período perimenopausal (BORTOLOTTI et al., 2000; GUARISI et al.,2001; BROWN et al., 1999).

Com o avanço da idade, as mulheres neste estudo, apresentaram aumento da freqüência de IU. Outros autores mostram que o problema aumenta com a idade, a prevalência foi de 5 a 16% com menos de 30 anos, 14 a 41% entre 30 e 60 anos e nas idosas 4,5 a 44% (PERSON et al., 2000).

Nas mulheres entrevistadas a IU tem maior incidência nas multiparas sendo que apenas 12 nunca engravidaram. Na avaliação do tipo e numero de partos, não se verificou diferença significativa. O impacto da gravidez e a ocorrência de IU tem recebido considerável atenção. Estudo realizado na Dinamarca em 305 mulheres na faixa etária de 17 a 41 anos, com seguimento de cinco anos após a primeira gravidez, observou-se que a incontinência urinaria de esforço era mais freqüente neste período e que o uso de fórceps e a episiotomia durante o primeiro parto, foram indicados como fatores de risco (VIKTRUP e

LOSE, 2001). A paridade é um dos fatores que mais se procura associar ao desenvolvimento da IU. Estudos têm salientado que o parto vaginal é um fator predisponente (LAGRO - JANSEN et al.,1990).

Nas pacientes entrevistadas, o IMC estava dentro dos padrões de sobrepeso (25 a 30). BORTOLOTTI et al., (2000) observaram aumento na prevalência de IU com o aumento do IMC. Pesquisadores preocupam-se com a relação IU e obesidade (IMC superior a 30). GUARISI et al. (2001), demonstrou que IMC não alterou o risco para IU. Em estudos feitos por SUBAK (2002), afirmou que as mulheres com IU que perderam peso tiveram diminuição dos sintomas, na taxa de 50 a 60%, muito semelhante ao tratamento com medicamentos.

Algumas mulheres com IU, apresentavam hipertensão arterial, diabete melito, lombalgias, síndrome do pânico, doenças respiratórias e depressivas. Número significativo de pessoas tem tendência ao isolamento social depois dos 50 anos ao constatarem a presença de doenças e por sentirem as limitações impostas por elas. Deixam, então de sentir prazer com a própria vida, podendo torná-la sem qualidade. Poucos relatos existem em relação às doenças concomitantes. Não se pode afirmar que as doenças concomitantes podem afetar diretamente a IU, porém o uso de medicamentos específicos ao tratamento das doenças crônicas podem agravar os sintomas, por sua ação no trato urinário inferior (MAYO,1995). Alguns medicamentos como antidepressivos e diuréticos, podem piorar a IU (TOBA et al.,1996).

A depressão detectada origina-se do fato das pacientes não conseguirem também atuar em qualquer forma de lazer, o que faz com que sua vida social seja gravemente inibida ou reduzida. Alguns outros sentimentos se misturam a este, como medo, preocupação, raiva, irritabilidade. Na literatura a IU pode afetar adversamente a QV e leva a implicações importantes em muitas esferas como psicológica, social, física, econômica, relacionamento pessoal e sexual (CHIVERTON et al., 1996). Apresenta-se não apenas como uma ameaça à auto-estima, mas como fator de isolamento social e tristeza. A maior parte das mulheres incontinentes não aceita esta condição e não se adaptam a ela (BERGNER, 1989).

O "King's Health Questionnaire" (KHQ), é um instrumento de origem inglesa, específico para incontinência urinária, validado na língua portuguesa e de fácil aplicação (TAMANINI et al., 2003). Por estes motivos foi escolhido para avaliar a QV das pacientes deste estudo.

O impacto negativo na QV foi observado em todas as mulheres incontinentes entrevistadas, independente da baixa escolaridade e ou faixa salarial relatando sentirem-se sempre cansadas até pelo fato de levantarem muitas vezes à noite para urinar.

O conceito de QV é abstrato e sujeito a muitas interpretações (KATZ, 1987). A vida tem significados quase infinitos. Dividi-la em domínios, áreas ou dimensões pode facilitar o entendimento, a avaliação, a mensuração, mas evidentemente, não permite sua visualização e compreensão plena. A IU é um problema de elevada repercussão, sendo causa significativa de invalidez e dependência, sobretudo em idades mais avançadas (GILL e FEINSTEIN, 1994).

Ao comparar a escolaridade com a percepção geral da saúde observa-se que as mulheres sem instrução ou com o primeiro grau referem como regular sua QV, enquanto as com segundo grau ou superior classificam-na como boa. Isso pode ser explicado pelo baixo nível cultural onde elas apresentam sentimento de culpa e inferioridade. Elas procuram trocar-se toda hora com medo do odor de urina (BURGIO et al., 1985 e GLASHAN et al., 1999).

Do ponto de vista psicossocial, a IU acarreta inúmeras mudanças nos hábitos de vida das pessoas como nas atividades sexual, física, e a dificuldade em estabelecer novos relacionamentos e manter adequadamente as amizades, condições que impõem, muitas vezes, ao isolamento social. Isso provoca ou agrava sentimentos de depressão, frustração, marginalização, ansiedade, aborrecimento, perda de auto-estima, enfim, a piora na QV (CHIVERTON et al., 1996 e FASING, 1996).

Cada pessoa percebe a sua incontinência de forma diferente e irá reagir com diferentes graus de transtorno emocional (BRUNDAGE, 1998). O estilo de vida adotado pelas mulheres com IU deste estudo indica insegurança e falta de espontaneidade,

isolando-as do convívio com pessoas amigas, limitando viagens, ou mesmo passeios, atuando apenas em sua residência e convivência com familiares.

Além disso, o uso de recursos de contenção relacionou-se com o maior impacto da IU, a maior limitação das atividades diárias e as maiores preocupações com o odor e com a troca freqüente de roupas íntimas. Supõe um retrocesso à idade infantil com perda de autocontrole, o que as distingue do restante da sociedade fazendo-as sentir complexo de inferioridade (HU, 1990).

Trabalhos têm demonstrado que a urge-incontinência tem maior impacto na QV, quando comparada a IUE. Provavelmente isto se deva ao caráter imprevisível com que ocorrem as perdas urinárias (SWITHINBANK e ABRAMS, 1999).

A inadequação psicossocial, familiar ou individual, relacionada à IU resulta em perda da auto-estima, diminuição da liberdade e da individualidade dos idosos. As atividades da vida diária diminuem, bem como a interação social com parentes e amigos, predispondo à baixa QV e isolamento pessoal (BURGIO et al., 1998 e GLASHAN et al., 1999).



## *6- CONCLUSÃO*

A análise dos resultados possibilitou as seguintes conclusões:

1 – O perfil epidemiológico das pacientes estudadas, demonstrou que a faixa etária predominante foi de 50 a 59 anos, tinham o primeiro grau de escolaridade, a cor de pele dominante era branca, com renda familiar de dois a quatro salários mínimos, a maioria sem atividade remunerada, apresentavam perda de urina a mais de um ano, a incontinência urinária mista foi a mais comum, as doenças concomitantes mais freqüentes foram a hipertensão arterial e o Diabete melito, a maioria delas tiveram de dois a cinco partos normais.

2 – A Qualidade de Vida das entrevistadas foi drasticamente afetada, principalmente no aspecto psicossocial, mantendo-as constantemente ansiosas, nervosas e sentindo-se mal com elas mesmas. A enfermagem tem importante contribuição no aspecto comportamental orientando as mulheres quanto a importância da modificação de hábitos de vida, ingesta líquida, necessidade de exercícios físicos, fornecendo informações necessárias para formação de uma consciência participativa, onde os episódios de perda serão possíveis de controle. As medidas comportamentais são de baixo custo podendo ser praticadas em casa e seguida pelo(a) enfermeiro(a) ambulatorialmente.

## ***7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS***

- 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. **Neurourology and Urodynamics**, 21: 167-178, 2002.
- ABRAMSON, J.H. Definitions of epidemiology. **American Journal of Epidemiology**, 109(1):99-102, 1979.
- AVELLANET, M.; FITER, M.; CIVERA, E.; COLL, M. Prevalence of urinary incontinence in Andorra: impact on women's health. **BMC women's health**, 16;3(1):5, 2003.
- BERGNER, M. Quality of life, health status, and clinical research. **Med Care**, 27: 148 – 56, 1989.
- BLOCKLEHURST, J. C. Urinary incontinence in the community – analysis of a MORI poli. **BMJ**, 306: 832-4, 1993.
- BORTOLOTTI, A.; BERNARDINI, B.; COLLI, E.; DI BENEDETTO, P.; GIOCOLI NACCI, G.; LANDONI, M. et al . Prevalence and risk factors for urinary incontinence in Italy. **Eur Urol**, 37:30-5, 2000.
- BROWN, J.S.; GRADY, D.; OUSLANDER, J.G.; HERZOG, A.R.; VARNER, R E.; POSNER, S.F. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in postmenopausal women. Hert & Estrogen/ Progestin Replacement Study (HERTS) Research Group. **Obstet Gynecol**, 94: 66-70, 1999.
- BRUNDAGE, D. J. Age related changes in the genitourinary system. In: SPILKER B – **Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials**. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996. p.41-8.
- BURGIO, K. L.; LOCHER, J. L.; GOODE, P. S.; HARDIN, J. M. Urinary Incontinence - Consensus Conference. **JAMA**, 261, 2689-90, 1996.
- CHIVERTON, P. A.; WELLS, T. J.; BRINK, C. A.; MAYER, R. Psychological factors associated with urinary incontinence. **Clinical Nurse Specialist**, 10: 229-33, 1996.

CROOG, S.H.; LEVINE, S.; TESTA, M.A.; BROWN, B; BULPITT, C.J.; JENKINS, C.D.; et al. The Effects of antihypertensive therapy on the quality of life. **N Eng J Med**, 314: 1657-64, 1986.

Dados distritais : Brasil. Censo 2000. Disponível em:<http://www.IBGE.gov.br>

D'ANCONA, C.A.L. **Diagnóstico da incontinência urinária na mulher**. In: D'Ancona CAL, Netto Jr. NR. Aplicações clínicas da urodinâmica. Terceira edição. São Paulo, Editora Atheneu, 2001. p.139-43.

FASING, S. Assessment and treatment of urinary incontinence in the hospitalized adult. **J Wound Ostomy Continence Nurs**, 23: 269-72, 1996.

FULTZ,N.H.;HERZOG,A.R. Self-reported social and emotional impact of urinary incontinence. **Ann Arbor**, 49:892-899,2001.

GARCIA, A.C. Convivir con la incontinencia. Rol, **Revista de Enfermeria**, n.158, 1991.

GILL,T.M.;FEINSTEIN,A.R. A critical appraisal of the quality of life measurements. **JAMA** 272:619-26,1994.

GLASHAN,R.Q.;LELIS,M.A.S. Fatores de risco associados a incontinência urinária. **Acta Paul Enf** 12:43-7,1999.

GUARISI, T.; PINTO NETO, A.M.; OSIS, M. J.; PEDRO, A .O.; PAIVA, L.H.C.; FAÚNDES, A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. **Rev Saúde Pública**, 35: 428-35, 2001.

HAMPEL, C.; WIENHOLD, D.; BENKEM, N. Prevalence and natural history of female incontinence. **Euro Urol**, 32 (suppl 2): 3 – 12, 1997.

HANNESTAD, Y. S.; RORTVEIT, G.; SANDUIK, H. A Community – based epidemiological survey of female urinary incontinence: The of Norwegian. Epiincont study. **J Clin Epidemiol**, 53: 1150 – 7, 2000.

HOLLAND, E.; KOHORN, E. I. The survey of stress urinary incontinence. **Obstet. Gynecol. Clin. North**, 16: 841 – 52, 1989.

HU, T. W. Impact of urinary incontinence on health care cost. **J Am Geriatric Soc**, 38: 292 – 295, 1990.

- KATZ, S. The science of quality of life. **J Chord Dis**, 40: 459-63, 1987.
- KEELLEHER, C. J. Quality of life and urinary incontinence. **Baillere's Clinical Obstet and Gynecol**, 14:363-79, 2000.
- LAGRO-JANSSEN,T.L.M.;SMITS,A.J.A.;WEEL,C.V. Women with urinary incontinence: self-perceived worries and general, practitioner's knowledge of problem. **Br J Gen Practice**, 40: 331-334,1990.
- MAYO,M.E. Incontinência urinária no idoso. In: D'ANCONA CAL, NETTO Jr.(ed). **Aplicações clínicas da urodinâmica**. São Paulo, Cartgraf, p.249 – 272, 1995.
- MC DOWELL, J.; BURGIO, K. L.; LOCHER,J.L.;RODRIGUES,E. An interdisciplinary approach to the assessment and behavioral treatment of urinary incontinence in geriatric out patients. **J Am Geriatr Soc**, 40:370-4, 1992.
- MAYERS, C. A. Defining and assessing quality of life. **Br J Occup Ther.**, 58(4):146 – 150,1995.
- MILSOM, I. The prevalence of urinary incontinence. **Acta Obstet Gynecol Scand**, 79: 1056-9, 2000.
- NEWMAN, D. K. All about urinary incontinence. **Incontinence Center**, EUA,1995. Disponível em <http://www.pubmed.com.br> acesso em 07 out 2003.
- PERSON,J.;WOLNER-HANSEN,P.;RYDHSTROEM,H.Obstetric risk: factors for stress urinary incontinence: A population – based study. (Univ. Hosp,Lund,Sweden) **Obstetric Gynecol**,96:440-445,2000.
- PIRES,Z.R.;SILVA,M.J. Autonomia e capacidade decisória dos idosos de baixa renda: um problema a ser considerado na saúde do idoso. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (online), v.3,n.2,Goiânia,2001. Disponível em: <http://www.pubmed.com.br>. Acesso em 17.nov.2005.
- RIBEIRO,R.M.;GIRÃO,M.J.B.C.;SANTOS,J.F.M.Alterações hormonais e perdas urinárias no climatério. In: Bruschini, H, Kano,H, Damião, R.editores.**Incontinência urinária: uroneurologia,disfunções miccionais**. São Paulo: B G cultural, 1999.p.97-101.

- SANDER, P.; MOURITSEN, L.; ANDERSEN, J. T.; FISCHER, R. W. Evaluation of a simple, non surgical concept for management of urinary incontinence (minimal care) in a Open-Access, Interdisciplinary Incontinence Clinic. **Neurourol Urodyn**, 19: 9-17, 2000.
- SPIPKER, B. Introduction. In: Spilker, B. **Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials**. Ed. 2º. Philadelphia, Lippincott- Raven, 1996. p. 1-10.
- SPITZER, W. O. State of Science 1986 : Quality of life and functional status as target variables for research. **J Chorn Dis**, 4(6): 465-71,1987.
- SUBAK, L. Incontinência urinária feminina, San Francisco, 2002,Califórnia. Disponível em: <http://www.yahoo.com.br> Acesso em 01 dez 2002..
- SWITHINBANK, L. V; ABRAMS, P. The impact of urinary incontinence on the quality of life Women. **World J Urol**,17: 225-9,1999.
- TAMININI,J.T.N.; D'ANCONA,C.A.L.; BOTEAGA,N.J., RODRIGUES NETTO JR,N. Validação do “King’s Health Questionnaire” para o português em mulheres com incontinência urinária. *Revista de Saúde Pública*,37(2):203-11,2003.
- THOMAS, T.M.; PLYMAT, K. R.; BLANNIN, J.; MEADE, T. W. Prevalence of urinary incontinence. **Br Med J**, 281: 1243-5, 1980.
- TOBA,K.;OUCHI,Y.;ORIMO,H.et al. Urinary incontinence in elderly impatients in Japan, a comparison between general and geriatric hospitals. **Aging** 8:47-54,1996.
- VIKTRUP, L.;LOSE,G. The risk of stress incontinence 5 years after first delivery. **AMJ Obstet Gynecol**, 185: 82-7, 2001.
- WAGNER, T. H.; PATRICK, D. L; BAVENDOM, T. G.; MARTIN, M. L.; BUESCHING, D. P. Quality of life of persons with urinary incontinence: development of a new measure urology, **J Clin Epidemiol**, 47: 67-72,1996.

As referências bibliográficas foram organizadas de acordo com:

FCM – FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS– UNICAMP – Normas, Procedimentos e Orientações para Publicações de Dissertações e Teses da Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, São Paulo, 2004,43p.

O método estatístico utilizado na análise dos dados foi:

The SAS System for Windows (Statistical Analyses System), versão 8.02. SAS Institute Inc, 1999-2001, Cary, Nc, USA.



## ***8- ANEXO***

**ANEXO 1 – Versão em português do “King’s Health Questionnaire”.**

**PARTE I**

**1- PERCEPÇÃO GERAL DE SAÚDE**

Como você descreveria sua saúde atualmente ?

- ☐ Muito boa                      ☐ Boa                      ☐ Regular  
☐ Ruim                      ☐ Muito ruim

**2- IMPACTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

Quanto você acha que o seu problema de bexiga afeta sua vida ?

- ☐ Nem um pouco                      ☐ Um pouco  
☐ Moderadamente                      ☐ Muito

**PARTE II**

**3- LIMITAÇÕES DE ATIVIDADES DOMÉSTICAS**

3a. Quanto seu problema de bexiga afeta seus afazeres domésticos como limpar a casa, fazer compras, etc ?

- ☐ Não afeta                      ☐ Um pouco                      ☐ Moderadamente ☐ Muito

3b. Seu problema de bexiga afeta seu trabalho ou suas atividades diárias fora de casa ?

- ☐ Não afeta                      ☐ Um pouco                      ☐ Moderadamente ☐ Muito

#### 4 e 5 – LIMITAÇÕES FÍSICAS E SOCIAIS

4a. Seu problema de bexiga afeta suas atividades físicas como andar, correr, praticar esportes, fazer ginástica, etc... ?

( ) Não afeta      ( ) Um pouco      ( ) Moderadamente ( ) Muito

5a. Seu problema de bexiga afeta suas viagens ?

( ) Não afeta      ( ) Um pouco      ( ) Moderadamente ( ) Muito

5b. Seu problema de bexiga limita sua vida social ?

( ) Não afeta      ( ) Um pouco      ( ) Moderadamente ( ) Muito

5c. Seu problema de bexiga limita seu encontro ou visita a amigos?

( ) Não afeta      ( ) Um pouco      ( ) Moderadamente ( ) Muito

#### 6- LIMITAÇÕES PESSOAIS

6a. Seu problema de bexiga afeta seu relacionamento com seu parceiro ?

( ) Não aplicável      ( ) Não afeta      ( ) Um pouco  
( ) Moderadamente      ( ) Muito

6b. Seu problema de bexiga afeta sua vida sexual ?

( ) Não aplicável      ( ) Não afeta      ( ) Um pouco  
( ) Moderadamente ( ) Muito

6c. Seu problema de bexiga afeta sua vida familiar ?

( ) Não aplicável      ( ) Não afeta      ( ) Um pouco  
( ) Moderadamente      ( ) Muito

## 7- EMOÇÕES

7a. Seu problema de bexiga faz com que você se sinta deprimida ?

☐ ) Nem um pouco ☐ ) Um pouco

☐ ) Moderadamente ☐ ) Muito

7b. Seu problema de bexiga faz com que você se sinta ansiosa ou nervosa ?

☐ ) Nem um pouco ☐ ) Um pouco

☐ ) Moderadamente ☐ ) Muito

7c. Seu problema de bexiga a faz sentir-se mal com você mesma ?

☐ ) Nem um pouco ☐ ) Um pouco

☐ ) Moderadamente ☐ ) Muito

## 8- SONO E DISPOSIÇÃO

8a. Seu problema de bexiga afeta seu sono ?

☐ ) Nunca ☐ ) Às vezes ☐ ) Frequentemente

☐ ) Todas as noites

8b. Você se sente esgotada ou cansada ?

☐ ) Nunca ☐ ) Às vezes ☐ ) Frequentemente

☐ ) Todas as noites

## 9- MEDIDAS DE SEVERIDADE

9a. Você usa forros ou absorventes para se manter seca ?

☐ ) Nunca ☐ ) Às vezes

☐ ) Frequentemente ☐ ) O tempo todo

9b. Toma cuidado com a quantidade de líquidos que bebe ?

- ☐ Nunca      ☐ Às vezes  
☐ Frequentemente      ☐ O tempo todo

9c. Troca suas roupas íntimas quando elas estão molhadas ?

- ☐ Nunca      ☐ Às vezes  
☐ Frequentemente      ☐ O tempo todo

9d. Preocupa-se com a possibilidade de cheirar urina ?

- ☐ Nunca      ☐ Às vezes  
☐ Frequentemente      ☐ O tempo todo

9e. Fica envergonhada por causa do seu problema de bexiga ?

- ☐ Nunca      ☐ Às vezes  
☐ Frequentemente      ☐ O tempo todo

### PARTE III

1. Frequência (ir ao banheiro para urinar muitas vezes)

- ☐ Um pouco      ☐ Moderadamente      ☐ Muito

2. Noctúria (levantar à noite para urinar)

- ☐ Um pouco      ☐ Moderadamente      ☐ Muito

3. Urgência (um forte desejo de urinar e difícil de segurar)

- ☐ Um pouco      ☐ Moderadamente      ☐ Muito

4. Urge-incontinência (vontade muito forte de urinar, com perda de urina antes de chegar ao banheiro)

- ☐ Um pouco      ☐ Moderadamente      ☐ Muito

5. Incontinência urinária de esforço (perda urinária que ocorre durante a realização de esforço físico como tossir, espirrar, correr, etc...)

( ) Um pouco                      ( ) Moderadamente                      ( ) Muito

6. Enurese noturna (urinar na cama, à noite, durante o sono)

( ) Um pouco                      ( ) Moderadamente                      ( ) Muito

7. Incontinência durante relação sexual (perda urinária durante a relação sexual)

( ) Um pouco                      ( ) Moderadamente                      ( ) Muito

8. Infecções urinárias frequentes

( ) Um pouco                      ( ) Moderadamente                      ( ) Muito

9. Dor na bexiga

( ) Um pouco                      ( ) Moderadamente                      ( ) Muito

10. Dificuldade para urinar

( ) Um pouco                      ( ) Moderadamente                      ( ) Muito

11. Você tem alguma outra queixa ? Qual : \_\_\_\_\_

( ) Um pouco                      ( ) Moderadamente                      ( ) Muito

## *9- APÊNDICES*





Cirurgias Prévias para correção da incontinência urinária: (    ) Sim (    ) Não

Tempo de queixa: (    ) menor de 1 ano (    ) 1 ano ou mais

Tipo de queixa: (    ) urge-incontinência (    ) incontinência de esforço  
(    ) incontinência mista

Usa absorvente: (    ) Sim (    ) Não

Quantos número/dia: (    ) 1-2 (    ) 3-4 (    ) maior que 4

Tipo de absorvente: (    ) fino-carfree (    ) médio-forro, absorvente comum  
(    ) grande-absorvente super; noturno, fralda

## APÊNDICE 2 – Consentimento Livre e Esclarecido

NOME: \_\_\_\_\_

Prezada paciente,

Estamos fazendo a tradução para o português de um questionário que foi criado na Língua Inglesa para medir as conseqüência que a incontinência urinária pode causar na vida das pacientes que sofrem deste problema.

O objetivo é saber o quanto esse problema atinge vocês, porém do ponto de vista das pacientes e para tanto precisamos de sua colaboração respondendo as questões que iremos fazer.

### Descrição geral do procedimento

A paciente que se interessar em responder aos questionários de qualidade de vida e incontinência urinária “KING’S HEALTH QUESTIONAIRE” será entrevistada por duas enfermeiras. A primeira irá fazer perguntas sobre como a incontinência urinária afeta você. A segunda fará perguntas sobre sua saúde em geral.

### Riscos e benefícios

Não há riscos ou benefícios provenientes da aplicação do questionário. Cerca de 30% das pacientes entrevistadas serão novamente chamadas a comparecer ao local da entrevista para que faça uma nova entrevista e para isto, precisamos de sua compreensão, uma vez que entendemos ser desagradável ter de volta a este ambulatório para este fim.

## Responsabilidade

O médico responsável pela pesquisa não se responsabiliza pela realização de qualquer exame diagnóstico ou tratamento necessário para a incontinência urinária das pacientes que responderão ao questionário. A paciente se compromete a voltar ao ambulatório pela segunda vez, para uma nova entrevista, em um prazo de 15 dias, caso seja solicitada.

Liberdade de recusar a responder o questionário e/ou não assinar este documento sem que isto lhe cause problemas

Você poderá recusar-se a responder o questionário a qualquer momento sem que isto lhe cause problemas.

## Garantia de sigilo e privacidade

Não se preocupe, pois as informações fornecidas por você serão guardadas em lugar secreto e seguro, tendo sua identificação protegida por suas iniciais e número de registro local. Nenhuma outra pessoa terá acesso aos dados a não ser as pessoas envolvidas neste trabalho que são os médicos responsáveis e as duas enfermeiras.

De acordo,

---

Renata Cristina de Oliveira Souza Castro

Tel.: (14) 3622 7890

Comitê de Ética em Pesquisa

Unicamp – (19) 3788-8936)