

ARTIGO ORIGINAL

Prevalência de queixas urinárias e o impacto destas na qualidade de vida de mulheres integrantes de grupos de atividade física

Prevalence of urinary complaints and their impact on the quality of life of women that participate in physical activity groups

Flávio Afonso Gonçalves Mourão¹, Luciana Napoleão Lopes², Natália de Paula Carneiro Vasconcellos³, Maria Beatriz Alvarenga de Almeida⁴

RESUMO

Introdução: A Sociedade Internacional de Continência define incontinência urinária como qualquer perda de urina relatada pelo paciente. É uma condição que afeta a população mundial, principalmente feminina, levando a diversas implicações. O objetivo deste estudo foi verificar a prevalência de queixas urinárias e o impacto destas na qualidade de vida das mulheres, integrantes de grupos de atividade física. **Métodos:** Participaram do estudo 50 mulheres, com idade a partir de 40 anos, participantes de grupos de atividade física conduzidos pela Fisioterapia em um Centro de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. As voluntárias foram submetidas a uma anamnese uroginecológica, e aquelas que apresentaram queixas urinárias nos últimos meses responderam o questionário “King’s Health Questionnaire” para avaliação da qualidade de vida. **Resultados:** A prevalência de mulheres com queixas urinárias foi de 42%. Os sintomas mais predominantes foram: urgência (95,24%), frequência (90,48%), incontinência de esforço (85,71%) e noctúria (80,95%). Quanto à intensidade, os sintomas de urge-incontinência (49%) e urgência (46%) apresentaram os maiores índices. De acordo com a análise dos domínios, o impacto da incontinência ($53,96 \pm 26,83$) sobressalta-se quando comparado a outros resultados, seguido pelo domínio medidas de gravidade ($43,78 \pm 23,01$). **Conclusão:** A população estudada apresentou elevada prevalência de queixas urinárias e o impacto da qualidade de vida encontrado não descarta a influência negativa do quadro patológico.

PALAVRAS-CHAVE

incontinência urinária, mulheres, qualidade de vida

ABSTRACT

Introduction: The International Continence Society defines urinary incontinence as any loss of urine reported by the patient. This is a condition that affects the world’s population, mainly the female sex, leading to several implications. The purpose of this study was to assess the prevalence of urinary complaints and their impact on the quality of life of women that participate in physical activity groups. **Methods:** A total of 50 women, aged 40 years and older that participated in physical activity groups, participated in the study carried out by Physical Therapy Department of a Basic Health Unit in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. The volunteers were submitted to urogynecological anamnesis and the ones that had presented urinary complaints in the recent months answered the “King’s Health Questionnaire” to have quality of life evaluated. **Results:** The prevalence of women with urinary complaints was 42%. The most predominant symptoms were: urgency (95.24%), frequency (90.48%), stress incontinence (85.71%) and nocturia (80.95%). Regarding the intensity, the urge-incontinence (49) and urgency (46) symptoms had the highest rates. According to the analysis of the domains, the impact of incontinence (53.96 ± 26.83) is striking when compared with the other results, followed by the measure of severity domain (43.78 ± 23.01). **Conclusion:** The studied population had a high prevalence of urinary complaints and their impact on the quality of life does not rule out the negative influence of the pathological picture.

KEYWORDS

urinary incontinence, women, quality of life

1 Fisioterapeuta

2 Mestre em Educação Física, Professora do Centro Universitário de Belo Horizonte – UNI-BH

3 Mestre em Ciências da Saúde, Professora do Centro Universitário de Belo Horizonte – UNI-BH

4 Especialista em Saúde Pública, Professora do Centro Universitário de Belo Horizonte – UNI-BH

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Centro Universitário de Belo Horizonte - UNI BH - Departamento de Ciências Biológicas, Ambientais e da Saúde

A/C Flávio Afonso Gonçalves Mourão

Av. Prof. Mário Werneck, 1685- Belo Horizonte / MG

Cep 30455-610

E-mail: f_agm@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A Sociedade Internacional de Continência (International Continence Society) define incontinência urinária como “a queixa de qualquer perda involuntária de urina” relatada pelo paciente.¹

Os três tipos de incontinência urinária mais comuns são: incontinência urinária de esforço, considerada como “a queixa de perda involuntária de urina por esforço ou tosse ou espirro”, incontinência urinária por hiperatividade detrusora, considerada como “a queixa de perda involuntária acompanhada por ou imediatamente precedido pela urgência” e incontinência urinária mista “é a queixa de perda involuntária associada com urgência e também com a execução de esforço, tosse ou espirro”.¹

A incontinência urinária é um sintoma multifatorial e inúmeras patologias podem provocá-la.² Os fatores de risco para o seu desenvolvimento incluem: idade avançada, raça branca, obesidade, partos vaginais, deficiência estrogênica, condições associadas a aumento da pressão abdominal, tabagismo, doenças do colágeno, neuropatias e histerectomia prévia.^{3,4} É uma condição que afeta a população mundial, principalmente feminina.⁵

De acordo com Fonseca et al⁶ a perda da continência urinária pode afetar até 50 % das mulheres em alguma fase de suas vidas, trazendo grandes implicações em sua qualidade de vida.

A literatura indica que a evolução da sintomatologia da incontinência urinária pode ocasionar isolamento social, perda da função sexual e outros problemas psicossociais, permitindo que estes tenham uma percepção negativa sobre seu estado geral de saúde.^{6,7,8}

A qualidade de vida é um conceito multidimensional que incorpora aspectos sociais, físicos e mentais do indivíduo, estando relacionado com a sua percepção sobre seu estado de saúde em grandes domínios ou dimensões de sua vida.² Segundo a Organização Mundial de Saúde, define-se qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de 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”.^{2,9}

Embora não haja um consenso a respeito do conceito de qualidade de vida, existem três aspectos fundamentais referentes ao constructo: subjetividade, multidimensionalidade (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, espiritualidade, religião e crenças pessoais) e presença de dimensões positivas e negativas.^{2,9}

O uso de questionários, genéricos ou específicos, como instrumentos de avaliação de qualidade de vida tem sido intensificado na pesquisa científica nos últimos anos, pelo crescente interesse dos pesquisadores em saúde por métodos subjetivos de avaliação clínica, valorizando a opinião do paciente sobre sua condição.^{10, 11}

Um dos instrumentos específicos, validado e confiável, para avaliação da qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária, é denominado “King’s Health Questionnaire”, que se destaca por usar como métodos de avaliação, tanto a presença de sintomas de incontinência urinária, quanto seu impacto relativo, o que leva a resultados mais consistentes, permitindo uma mensuração global e também a avaliação do impacto dos sintomas nos vários

aspectos da individualidade.^{6,7}

Desta forma, levando em consideração a relevância do tema e a escassez de programas e/ou projeto específico inserido na Política Integral de Atenção à Saúde da Mulher^{2,12-15} que atenda exclusivamente à demanda gerada pela incontinência urinária, objetivou-se um estudo que explore questões relacionadas à qualidade de vida.

OBJETIVO

O presente estudo tem como objetivo, analisar a prevalência de queixas urinárias e o impacto destas na qualidade de vida das mulheres participantes de grupos de atividade física.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, realizado nos grupos de atividade física conduzidos pela equipe de Fisioterapia do UNIBH no Centro de Saúde São Francisco, localizado no distrito da Pampulha, em Belo Horizonte, Minas Gerais entre os meses de fevereiro e abril de 2007.

Instrumento

Todas as mulheres participantes dos grupos de atividade física foram convidadas a participar de uma palestra de duração aproximada de 50 minutos, com objetivo de informar a respeito da incontinência urinária e todos os seus aspectos fisiopatológicos, curativos e preventivos. Essa atividade constou de conteúdo teórico ilustrativo, com cartazes e folders, direcionados de forma clara, leiga e acessível à população.

Participaram do estudo, todas as mulheres participantes dos grupos de atividade física que preencheram os critérios de inclusão: indivíduos do sexo feminino, com 40 anos ou mais, que participaram previamente como expectadoras na palestra promovida pela equipe de fisioterapia sobre incontinência urinária. Todas foram esclarecidas sobre os objetivos do estudo e após lerem e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido foram submetidas a uma anamnese uroginecológica,¹⁶ composta por uma entrevista realizada pelo pesquisador, com o propósito de identificar e caracterizar o perfil da população com queixas urinárias. Após a anamnese, foram selecionadas todas as mulheres que apresentaram queixa de perda urinária nos últimos meses, tanto perda aos esforços, como urgência, ou mista, e assim submetidas ao “King’s Health Questionnaire”,⁶ instrumento validado,^{6,7} para avaliação da qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária.

O “King’s Health Questionnaire” é composto por 21 questões, divididas em oito domínios: Percepção Geral de Saúde, Impacto da Incontinência, Limitações de AVD, Limitações Físicas, Limitações Sociais, Relações Pessoais, Emoções, Sono e Disposição. O Instrumento é pontuado por cada um de seus domínios, não havendo, escore geral. Os escores variam de 0 a 100 e quanto maior a pontuação obtida, pior é a qualidade de vida relacionada àquele

domínio.^{6,7} Além destes domínios, existem duas outras escalas independentes: uma para avaliar a gravidade da incontinência urinária e a outra para avaliar a presença e a intensidade dos sintomas. Pode considerar-se também o item de avaliação da gravidade da incontinência urinária como um domínio específico. Sendo assim o questionário passa a ser composto por 30 questões, divididas em 9 domínios.⁶ Neste estudo foram calculados os valores relacionados a todos os domínios de qualidade de vida.

Toda a avaliação e coleta foram realizadas individualmente por quatro examinadores independentes, em ambientes calmos e tranquilos dentro do próprio centro de saúde.

Análise dos dados

Os resultados obtidos com este estudo foram submetidos a uma análise descritiva e estes foram apresentados em média e desvio padrão quanto à idade, tempo de queixa e valores referentes aos domínios de qualidade de vida; mediana, mínimo e máximo, quanto a idade e valores referentes aos domínios de qualidade de vida; valores percentuais, quanto as características sociodemográficas, anamnese uroginecológica e prevalência dos sintomas descritos no questionário de qualidade de vida. Os dados do item intensidade dos sintomas, foram dispostos de acordo com a soma total dos valores referentes, propostos pelo questionário de qualidade de vida, sendo assim, quanto maior o valor, maior a intensidade.

RESULTADOS

Perfil da População

O estudo apresentou um total de 50 indivíduos avaliados, sendo que destes 42% apresentaram queixas urinárias, enquanto 58%, não apresentaram queixa alguma. As características sociodemográficas gerais da população estão especificadas na tabela 1.

Tabela 1
Características Sociodemográficas Gerais da População.

Características	N
Idade (anos)	
Média (Desvio Padrão)	59,74 (± 9,70)
Mediana (Min – Máx)	59,50 (40 – 81)
Casado ou vive com parceiro (%)	
Sim	42
Não (Nunca casou - Divorciado – Viúvo)	58 (13,79 – 13,79 – 72,41)
Trabalho fora (%)	
Sim	14
Não	86
Grau de Escolaridade (%)	
Sem Instrução	4
Primeiro Grau Completo ou Incompleto	72
Segundo Grau Completo ou Incompleto	14
Superior	10

A tabela 2 demonstra o perfil da população com queixas urinárias, de acordo com a anamnese uroginecológica 16 inicialmente aplicada.

Tabela 2
Perfil da População com Queixas Urinárias.

Características	N
Idade (anos)	
Média (Desvio Padrão)	59,14 (± 10,36)
Mediana (Min – Máx)	57 (40 – 81)
Terapia de Reposição Hormonal (%)	
Sim	28,9
Não	71,4
Partos (%)	
Sim	90,47
Vaginal (Média de partos por indivíduo /D. Padrão de Partos)	78,94 (4,87± 3,14)
Cesariana (Média de parto por indivíduo/ D. Padrão de Partos)	21,05 (2,00± 0,89)
Antecedentes Cirúrgicos (%)	
Sim	61,9
Não	38,1
Uso de Absorventes/Protetores (%)	
Sim	28,9
Não	71,4
Tempo de Queixa (anos)	
Média (Desvio Padrão)	7,75 (± 8,21)
Mediana (Min – Máx)	3 (1 – 25)
Tipo de Perda Queixada (%)	
Algumas Gotas	66,66
Completa	9,52
Em Jato	23,8
Procurou Pelo Serviço de Saúde (%)	
Sim	42,85
Não	57,14
Co-morbidades (%)	
Hipertensão Arterial (Medicamentos/Diuréticos)	33,33 (38,1)
Diabetes Mellitus	4,46
Obesidade (IMC> 30)	23,08
Sistema Digestivo	
Constipação Intestinal	69,9
Esforço para Evacuar	47,61
Hemorróida	38,09
Incontinência Fecal	19,04

Qualidade de Vida da População com Queixas Urinárias - Escala de Presença e Intensidade dos Sintomas (King's Health Questionnaire)

A tabela 3 ilustra a prevalência e a intensidade de sintomas queixados, de acordo com a Escala de presença e intensidade

dos sintomas, na população de indivíduos com queixas urinárias. De acordo com os resultados, existiu uma maior prevalência dos sintomas de urgência, frequência, incontinência de esforço e noctúria. Os demais sintomas representados pela escala apresentaram valores decrescentes seguindo a seguinte ordem: quadros de urge-incontinência e de infecções urinárias frequentes; quadros de enurese noturna, incontinência durante a relação sexual; dor na bexiga e dificuldades para urinar. Quanto à intensidade dos sintomas relatados, as somas dos valores oferecidos demonstram que urge-incontinência e urgência, apresentaram os maiores índices. Os sintomas de frequência e incontinência de esforço apresentaram índices semelhantes, seguidos pelo sintoma de dor na bexiga, enurese noturna, incontinência durante a relação sexual e infecções urinárias frequentes, dificuldade para urinar.

Tabela 3

Valores de acordo Escala de Presença e Intensidade dos Sintomas, na população de indivíduos com queixas urinárias. (*King's Health Questionnaire*).

Características	Prevalência de sintomas queixados (%)	Intensidade dos sintomas relatados
Frequência	90,47	34
Noctúria	80,95	30
Urgência	95,23	46
Urge-Incontinência	61,90	49
Incontinência de Esforço	85,71	34
Enurese Noturna	52,38	24
Durante a Relação Sexual	52,38	24
Infecções Urinárias Frequentes	61,90	24
Dor na Bexiga	52,38	26
Dificuldade para Urinar	42,86	18

De acordo com a análise dos domínios apresentada na tabela 4 e ilustrada pela figura 1, observou-se que o domínio Impacto da Incontinência apresentou maior valor médio quando comparado aos outros resultados, seguido pelas medidas de gravidade. Os demais domínios representados pela escala apresentaram uma prevalência decrescente seguindo a seguinte ordem: Percepção Geral de Saúde; Emoções; Limitações de AVD; Sono e Disposição; Limitações Físicas; Relações Pessoais; Limitações Sociais.

Tabela 4

Análise Descritiva dos Domínios de Qualidade de Vida *King's Health Questionnaire*.

	Média	D.P.	Mediana	Máximo	Mínimo
Percepção Geral de Saúde	38,10	16,99	50,00	75	0
Impacto da Incontinência	53,96	26,83	33,33	100	33,33
Limitações de AVD	33,33	34,16	33,33	100	0
Limitações Físicas	26,98	32,26	16,66	100	0
Limitações Sociais	17,99	23,95	0,00	66,66	0
Relações Pessoais	20,83	33,43	0,00	83,33	0
Emoções	34,92	29,45	33,33	88,88	0
Sono e Disposição	28,57	24,23	33,33	100	0
Medidas de Gravidade	43,78	23,01	40,00	86,66	0

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo constataram uma população

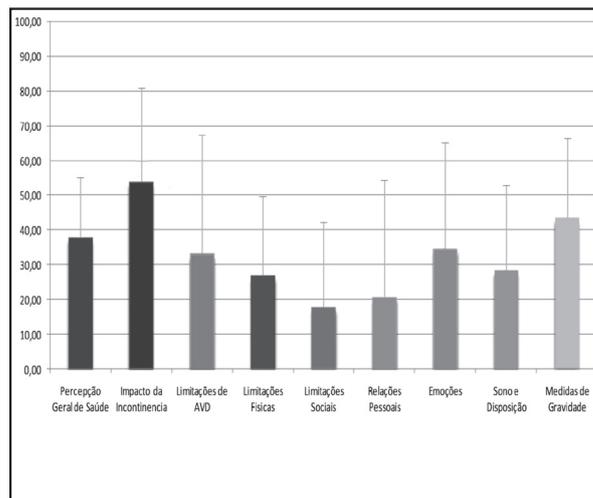


Figura 1

Valores encontrados de acordo com a análise dos Domínios de Qualidade de vida, na população de indivíduos com queixas urinárias. (*King's Health Questionnaire*).

com média de idade maior que 50 anos, composta por indivíduos em sua maioria que não trabalham fora, viúvas e com nível de escolaridade predominando o primeiro grau completo/incompleto.

O fator idade, principalmente na mulher tende a ser fundamental como causa de distúrbios urinários. O trato urinário inferior apresenta alterações relacionadas ao envelhecimento que ocorrem mesmo na ausência de doenças. A força de contração da musculatura detrusora, a capacidade vesical e a habilidade de adiar a micção aparentemente diminuem. Contrações involuntárias da musculatura vesical e o volume residual pós miccional aumentam com a idade em ambos os sexos. Entretanto a pressão máxima de fechamento uretral e as células da musculatura estriada alteram-se predominantemente nas mulheres.¹⁷ Com o envelhecimento ocorre diminuição de fibras colágenas, uma substituição de tecido muscular por tecido adiposo e uma diminuição nos níveis de estrógeno, responsável pela coaptação da uretra.¹⁸

Foi demonstrada uma predominância de queixas urinárias em 42% dos indivíduos avaliados, com idade média de $59,14 \pm 10,36$ anos, apresentando queixas urinárias. O único estudo epidemiológico brasileiro, encontrado na revisão da literatura, em mulheres dessa faixa etária, aponta uma taxa de prevalência de 35%, 4, 15

Grande parte dos estudos aponta uma prevalência maior de queixas urinárias em mulheres acima de 40 anos. Autores como Mendonça et al¹⁹ que entrevistaram 410 mulheres brasileiras atendidas em um serviço especializado, encontraram uma maior prevalência (48%) entre a faixa etária de 45 a 60 anos.⁴ Outros trabalhos, como o de Chiarelli et al²⁰ demonstraram uma prevalência de perda urinária entre 36% e 35%, respectivamente em mulheres de faixa etária de 45 a 50 anos e 70 a 75 anos. Estes valores foram mais altos do que os encontrados entre mulheres mais jovens, com idade entre 18 e 23 anos, apresentando prevalência de 12,18%.⁴ Estudos como o de Tamanini et al¹⁵ sobre incontinência urinária, prevalência e fatores de risco em mulheres atendidas no programa de prevenção do câncer ginecológico, encontraram uma prevalência de 34,8% de mulheres com os sintomas, sendo que metade destas tinha 40 anos ou mais.

Quanto à realização da terapia de reposição hormonal apenas 28,9% dos indivíduos relatou que a realizava durante a pesquisa. Sabe-se que o hipoestrogenismo contribui, juntamente com os acometimentos proveniente da idade, para a instalação de disfun-

ções miccionais, já que afeta de maneira evidente o trato urinário, ocasionando alterações tróficas que agravam ou desencadeiam os quadros de incontinência. A diminuição da capacidade vesical acarreta sintomas clínicos, tais como urgência miccional, polaciúria, e até mesmo noctúria, como será discutido mais à frente junto aos sintomas detectados pela Escala de sintomas e qualidade de vida do “*King’s Health Questionnaire*”. Possivelmente a deprivação estrogênica atuaria na propriocepção da bexiga, a qual não conseguiria acomodar de modo adequado, maiores volumes.²¹

A associação entre idade e menopausa é um fator de risco relevante, período este que ocorre diminuição dos níveis estrogênicos responsável pela coaptação uretral, que confere condição para a continência.¹⁸

Chama-se atenção à predominância de partos vaginais entre as mulheres que apresentam queixas urinárias (78,94%), além da média de partos por indivíduos, valores próximos a 5, achado que corrobora com os autores Moreno²² e Rubinstein²³ que afirmam que dentre todas as etiologias, a fonte mais comum de disfunção do assoalho pélvico, possivelmente relacionada ao trauma do parto, é o prolapso genital, que é o deslocamento das vísceras pélvicas no sentido caudal, em direção ao hiato genital.² Quanto ao tipo de parto e ao tempo de trabalho de parto, estudos demonstram que a pressão e estiramento das delicadas estruturas pélvicas ocasionadas pela tentativa de passagem do feto pelo canal vaginal e pela própria saída do mesmo são consideradas as principais causas de danos ao mecanismo de continência.¹⁸ A paridade e a gravidez por si só promovem um aumento da pressão mecânica no assoalho pélvico, além de estiramento, ocorrendo ainda à mudança na posição do útero associada às alterações hormonais.¹⁸ Dos indivíduos com queixas urinárias 61,9% apresentavam antecedentes cirúrgicos uroginecológicos, como Sling Vaginal e Histerectomia. Tem-se discutido que a Histerectomia pode estar relacionada ao desenvolvimento da incontinência urinária, em decorrência dos danos à inervação pélvica e às estruturas de suporte pélvico que a cirurgia pode acarretar.⁴ Dos indivíduos com queixas urinárias, apenas 28,9% fazem uso de absorventes e ou protetores em paralelo à porcentagem de 66,66% de mulheres que relatam que a perda ocorre apenas em algumas gotas. Dois possíveis fatores podem estar relacionados: ou a população considera os sintomas, que serão discutidos posteriormente, irrelevantes, causando pequena interferência em sua qualidade de vida, já que consideram desnecessária a utilização dos protetores,² ou os cuidados higiênicos não são levados em consideração.

O tempo médio do início dos sintomas foi de $7,75 \pm 8,21$ anos e a predominância dos tipos de perda urinária relatados foi de 66,66% como “algumas gotas”, 9,52% como “completa” e 23,8% como “em jato”. Procuraram pelo serviço de saúde para relatar o problema ou procurar ajuda uma média de 42,85%, o que está de acordo com a literatura que mostra que entre 30 a 50% das pessoas que sofrem de incontinência urinária, não relatam espontaneamente esse fato aos profissionais de saúde, e só procuram pelo serviço após o primeiro ano do início dos sintomas, por acharem que a perda urinária é esperada com o evoluir da idade.⁶ As mulheres, por exemplo, relatam uma variedade de motivos que as levam a não procurar atenção médica, como desvalorização dos sintomas, e falta de tempo para consultar. Como se a perda urinária fosse uma ocorrência natural do avançar da idade e fizesse parte dos problemas que as mulheres têm que aceitar ao se aproximar-se da velhice.²⁴ O quadro normalmente costuma torna-se de conhecimento da família quando se trata de uma mulher idosa e dependente de

cuidados pessoais.² Desta forma, silenciosamente tem-se redução da auto-estima, quadros de depressão, angústia e irritação.⁶

O constrangimento social, fator importante, está relacionado com as dificuldades sociais enfrentadas pelas mulheres portadoras de incontinência, com relação às atividades domésticas, profissionais, sociais, sexuais e pessoais. São frequentes os relatos de auto-exclusão, em que mulheres saem espontaneamente do cenário social, na tentativa de evitar a percepção da perda urinária por pessoas do seu relacionamento ou de estranhos.²

A mulher incontinente raramente fala sobre o seu problema e, por acreditar não ter cura ou tratamento, muitas sofrem em silêncio. Quando questionadas sobre esse assunto, muitas vezes procuram omiti-lo. Fato este encontrado durante algumas entrevistas no presente estudo, o que no leva a suspeitar de um número mais elevado de indivíduos com queixas urinárias na população. Isto é um indicativo da necessidade de mudar a atitude de alguns profissionais que inibem suas pacientes de expressarem suas queixas.²⁴

Quanto às co-morbidades associadas como, hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade e relacionadas ao sistema digestório, 33,33% dos indivíduos com queixas apresentam hipertensão arterial, sendo que destes 38,1% faziam uso de diuréticos. A hipertensão arterial é frequentemente associada à incontinência urinária, como demonstrado no estudo de Tamanini et al¹⁵ onde pacientes com hipertensão arterial apresentaram duas vezes mais chances de ter o quadro de incontinência, comparados ao grupo sem hipertensão arterial.¹⁵ Além disso o uso de diuréticos no controle da hipertensão pode provocar efeitos colaterais como poliúria, frequência e urgência e, conseqüentemente, provocar o aparecimento ou agravamento da incontinência. Em relação a diabetes mellitus 4,46% apresentaram o quadro. Esta provoca uma neuropatia periférica e também uma vasculopatia periférica que vão contribuir para o aparecimento de sintomas urinários, sendo os principais sintomas a polaciúria, urgência miccional, enurese noturna e sintomas irritativos.¹⁸ Os indivíduos definidos como obesos, IMC $\geq 30,25$ apresentaram-se em 23,08% daqueles com queixas urinárias. De acordo com Ortiz²⁶ mulheres obesas são 4,2 vezes mais afetadas por incontinência urinária do que mulheres com índice de massa corporal normal. A obesidade é uma condição que também está associada ao diabetes, podendo levar à incontinência urinária. E finalmente quanto à presença de comorbidades relacionadas ao sistema digestório, mais da metade dos indivíduos com queixas urinárias queixou-se de constipação intestinal. A presença de fezes impactadas na ampola retal, em indivíduos com queixas de constipação, pode ser responsável por até 10% dos quadros de incontinência urinária atendidos nas clínicas geriátricas.¹⁷ O esforço repetitivo para evacuar pode comprometer a integridade dos músculos do assoalho pélvico sendo mais um fator de risco para a incontinência urinária.¹⁸

Originalmente o King’s Health Questionnaire foi elaborado para ser preenchido pelo próprio indivíduo avaliado. Devido ao nível de alfabetização e cultural da população brasileira e particularmente da amostra populacional do presente estudo, onde os indivíduos em grande parte, apesar de alfabetizados, não haviam concluído o 1º grau, optou-se por realizar a aplicação lendo o instrumento para todos os indivíduos, através da aplicação de uma entrevista, evitando-se assim qualquer viés metodológico. O instrumento apresenta correlação positiva entre seus itens e está realmente medindo o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida dos indivíduos estudados.⁷

Os resultados de qualidade de vida avaliados pelo questionário “King’s Health Questionnaire”, apresentaram-se bastante heterogêneos. Dentre os sintomas destaca-se a queixa de urgência, frequência urinária e incontinência de esforço, todos com elevados níveis de impacto. Apesar da queixa de urge-incontinência não ser a mais predominante ela é a que mais demonstra afetar a população, com um nível elevado de intensidade, quando comparado aos outros sintomas. De acordo com Tamanini et al⁸ mulheres que apresentam sintomas de urge-incontinência são incapazes de exercer controle sobre a função miccional, estando sujeitas a perdas involuntárias subitamente. Os sintomas como noctúria e infecções urinárias, ao contrário, apesar de presentes não afetaram tanto a população estudada quando comparados aos outros sintomas analisados.

Na análise dos domínios específicos de qualidade de vida propostos pelo questionário, observou-se também uma grande variabilidade de resultados, médias com o desvio padrão relativamente alto. O impacto da incontinência predominou sobre a população, apesar dos níveis dos domínios responsáveis pela avaliação das limitações, relações pessoais, emoções, sono e disposição não apresentarem valores semelhantes. A percepção geral de saúde e as medidas de gravidade também não apresentaram valores tão altos, em média, quando comparado ao impacto causado pela incontinência, mas sobressaem em relação aos outros domínios. Todos os paradoxos encontrados, de acordo com a avaliação da qualidade de vida proposta pelo questionário, podem ser justificados, como já descrito anteriormente pela desvalorização dos sintomas pelas pacientes, além da inibição encontrada para tratar do assunto.^{5,24}

Assim, apesar das numerosas repercussões no estilo de vida das mulheres com incontinência urinária, que envolvem problemas físicos, econômicos e psicossociais, e que interferem no convívio social, profissional, sexual e familiar,⁵ no presente estudo tais afirmações apresentam-se um pouco comprometidas e restritas, juntamente a uma conclusão definitiva sobre a qualidade de vida dessa população, já que esta pesquisa apresentou um caráter transversal, descritivo e uma população bastante heterogênea quanto às queixas e os resultados finais dos domínios de qualidade de vida.

Dentre as limitações, não foi realizado um estudo comparativo com um possível grupo controle, sendo analisada apenas a queixa principal quanto aos distúrbios urinários, sem nenhuma avaliação mais abrangente, como exame físico ou estudo urodinâmico.

Mas, levando em consideração a prevalência da incontinência urinária encontrada, sua natureza crônica, “silenciosa” e seu impacto físico e psicossocial, onde muitas pacientes permanecem sub-diagnosticadas e sem tratamento por não se queixarem de suas perdas urinárias^{15,24,28,29} torna-se imperativo que os profissionais e os programas de prevenção se preparem de forma adequada para uma abordagem eficaz de condução dessa condição na população.^{15,24,27}

CONCLUSÃO

A população estudada apresentou elevada prevalência de queixas urinárias e o impacto da qualidade de vida encontrado não descarta a influência negativa do quadro patológico. Os resultados confirmam que não se pode estudar qualidade de vida de uma forma fragmentada, devendo ser considerados aspectos objetivos e subjetivos que a compõem. Por isso, vislumbrar o indivíduo numa perspectiva holística é mais do que somar as partes, é perceber a

integração e a interação de todas as dimensões da vida.

AGRADECIMENTOS

Aos pacientes e funcionários do Centro de Saúde São Francisco pelo apoio e atenção.

REFERÊNCIAS

- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;187(1):116-26.
- Felix IL. Avaliação da qualidade de vida de mulheres portadoras de incontinência urinária de esforço [dissertação]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza; 2005.
- Danforth KN, Townsend MK, Lifford K, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *Am J Obstet Gynecol*. 2006; 194(2):339-45.
- Guarisi T, Pinto Neto AM, Osis MJ, Pedro AO, Paiva LH, Faúndes A. Urinary incontinence among climacteric Brazilian women: household survey. *Rev Saude Publica*. 2001;35(5):428-35.
- Lopes MHB, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária a vida da mulher. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(1):34-41.
- 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.
- Tamanini JTN, D’Ancona CAL, Botega NJ, Netto Jr NR. Validação do “King’s Health Questionnaire” para o português em mulheres com incontinência urinária. *Rev Saúde Publica*. 2003;37(2):203-11.
- Tamanini JTN, Dambros M, D’Ancona CAL, Palma PCR, Netto Jr NR. Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form” (ICIQ-SF). *Rev Saúde Pública*. 2004;38(3):438-44.
- Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83.
- Assumpção Jr, Kuczynski E, Sprovieri MH, Aranha EMG. Escala de avaliação de qualidade de vida (AU-QUEI – Auto questionnaire Qualité de Vie Infant Imagé): Validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida em crianças de 4 a 12 anos. *Arq Neuropsiquiatr*. 2000;58(1):119-27.
- Swithinbank LV, Abrams P. The impact of urinary incontinence on the quality of life of women. *World J Urol*. 1999;17(4):225-29.
- Brasil. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Brasil. Plano nacional de políticas para mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Brasil. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. [Cadernos de Atenção Básica, 13].
- Tamanini JT, Tamanini MMM, Mauad LMQ, Auler AMBAP. Incontinência urinária: prevalência e fatores de risco em mulheres atendidas no Programa de Prevenção do Câncer Ginecológico. *BEPA*. 2006;3(34):17-24.
- Baracho E. Fisioterapia aplicada à obstetria. 3 ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2002.
- Reis RB, Cologna AJ, Martins ACP, Paschoalin EL, Yucci Jr S, Suaid HJ. Incontinência urinária no idoso. *Acta Cir Bras*. 2003;18(Supl 5).
- Marinho AR, Leal BB, Flister JS, Oliveira Bernardes N, Retf MT. Incontinência urinária feminina e fatores de risco. *Fisioter Brasil*. 2006;7(4):301-06.
- Mendonça M, Reis RV, Macedo CBMS, Barbosa KSR. Prevalência da queixa de incontinência urinária de esforço em pacientes atendidas no serviço de ginecologia do Hospital Júlia Kubitschek. *J Bras Ginecol*. 1997; 107(5):153-5.
- Chiarelli P, Brown W, McElduff FP. Leaking urine: prevalence and associated factors in Australian women. *NeuroUrol Urodyn*. 1999;18(6):567-77.
- Sartori JP, Kawakami FT, Sartori MGF, Girão MJBC, Baracat EC, Lima GR. Distúrbios urinários no climatério: avaliação clínica e urodinâmica. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 1999; 21(2):77-81.
- Moreno AI. Fisioterapia em uroginecologia. São Paulo: Manole; 2004.
- Rubinstein I. Controle sua bexiga. São Paulo: Prestígio Editorial; 2004.
- Guarisi T, Pinto-Neto AM, Osis MJ, Pedro AO, Costa-Paiva L HS, Faúndes A. Procura de serviço médico por mulheres com incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2001;23(7):439-43.
- Brasil. Obesidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [Cadernos de Atenção Básica, 12].
- Ortiz OC. Stress Urinary incontinence in the gynecologic practice. *Int J Gynecol Obstet*. 2004;86(Suppl 1):S6-S16.
- Kocak I, Okyay P, Dunder M, Erol H, Beser E. Female urinary incontinence in the west of Turkey: prevalence, risk factors and impact on quality of life. *Eur Urol*. 2005; 48(4):634-41.
- Del Priore G, Taylor SY, Esdaille BA, Masch R, Martas Y, Wirih J. Urinary incontinence in gynecological oncology patients. *Int J Gynecol Cancer*. 2005;15(5):911-4.
- Hägglund D, Walker-Engström ML, Larsson G, Leppert J. Reasons why women with long-term urinary incontinence do not seek professional help: a cross-sectional population-based cohort study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2003;14(5):296-304.