



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA-UEPB**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS**  
**DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**

**ISABELLE EUNICE DE ALBUQUERQUE PONTES**

**ANÁLISE QUANTITATIVA DO ESTILO DE VIDA DE MULHERES COM  
INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

**CAMPINA GRANDE - PB**  
**NOVEMBRO, 2011.**

**ISABELLE EUNICE DE ALBUQUERQUE PONTES**

**ANÁLISE QUANTITATIVA DO ESTILO DE VIDA DE MULHERES COM  
INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel.

Orientadora: Esp. Maria de Lourdes Fernandes de Oliveira

**CAMPINA GRANDE - PB  
NOVEMBRO, 2011.**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

P811a Pontes, Isabelle Eunice de Albuquerque.  
Análise quantitativa do estilo de vida de mulheres com incontinência urinária [manuscrito] / Isabelle Eunice de Albuquerque Pontes.– 2011.  
20 f.

Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2011.  
“Orientação: Profa. Esp. Maria de Lourdes Fernandes de Oliveira, Departamento de Fisioterapia”.

1. saúde da mulher. 2. incontinência urinária. 3. Estilo de vida. I. Título.

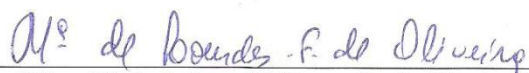
21. ed. CDD 613.042 44

**ISABELLE EUNICE DE ALBUQUERQUE PONTES**

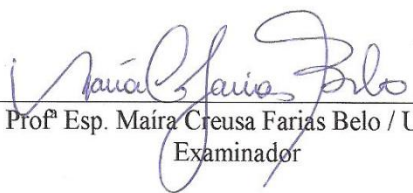
**ANÁLISE QUANTITATIVA DO ESTILO DE VIDA EM  
MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Graduação **Bacharelado em Fisioterapia**  
da Universidade Estadual da Paraíba, em  
cumprimento à exigência para obtenção do grau de  
Bacharel em Fisioterapia.

Aprovada em 25/11/2010.



Profª Esp. Maria de Lourdes Fernandes de Oliveira / UEPB  
Orientadora



Profª Esp. Maira Creusa Farias Belo / UEPB  
Examinador



Profª Ms. Maria Do Carmo Pinto Lima / UEPB  
Examinadora

# ANÁLISE QUANTITATIVA DO ESTILO DE VIDA DE MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

PONTES, Isabelle Eunice de Albuquerque<sup>1</sup>; OLIVEIRA, Maria de Lourdes Fernandes<sup>2</sup>.

## RESUMO

**Introdução:** A Sociedade Internacional de Continência define incontinência urinária como a queixa de qualquer perda involuntária de urina. É uma condição que afeta a população mundial, principalmente feminina, levando a diversas implicações, como alterações na vida social, ocupacional, doméstica e sexual. O objetivo deste estudo foi analisar a repercussão da incontinência urinária no estilo de vida de mulheres. **Métodos:** Participaram do estudo 14 mulheres, com idade a partir de 40 anos, usuárias da Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba. As voluntárias foram submetidas a uma anamnese e responderam o “*King’s Health Questionnaire*”, o qual possui 8 domínios que abordam as principais áreas da vida afetadas pela incontinência, e o Inventário de Depressão de Beck. **Resultados:** Os sintomas predominantes foram frequência (92,8%), urgência (78,5%), urgeincontinência (71,4%) e perda aos esforços (64,3%). De acordo com a análise dos domínios do KHQ, a percepção geral da saúde e o impacto da incontinência sobressaem-se quando comparado aos outros aspectos da vida da mulher. A média do Inventário de Beck foi de  $7,7 \pm 5,2$ , o que não indica depressão. **Conclusão:** A percepção que a mulher tem sobre seu estado geral da saúde e o impacto da incontinência na saúde revelam a influência negativa da IU sobre o estilo de vida das mulheres estudadas, apesar de não ter sido encontrado valores que remetam à depressão.

**PALAVRAS-CHAVE:** Estilo de vida; Saúde da Mulher; Incontinência Urinária.

## 1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Sociedade Internacional de Continência, define-se incontinência urinária (IU) como sendo a queixa de qualquer perda involuntária de urina (OLIVEIRA et al., 2009). Quando essa perda acontece ao tossir, espirrar, pular, gargalhar, ou seja, ao aumentar a pressão intra-abdominal, denomina-se incontinência urinária de esforço (IUE). A urgeincontinência é o tipo de IU que vem acompanhada com a urgência em urinar. Há também a IU mista, a qual apresenta uma combinação de sinais e sintomas dos dois tipos anteriores (HENSCHER, 2007).

---

<sup>1</sup> Graduanda em Fisioterapia, pela UEPB. Email: [isabelle\\_albuquerque@hotmail.com](mailto:isabelle_albuquerque@hotmail.com);

<sup>2</sup> Professora Especialista da UEPB. Email: [mlfofisio@yahoo.com.br](mailto:mlfofisio@yahoo.com.br)

Existem inúmeros fatores de risco para o desenvolvimento da IU, dos quais se ressaltam: idade avançada, sexo feminino, diabetes, multiparidade, parto por via vaginal, tabagismo, dentre outros (MOURÃO et al., 2008)

A perda involuntária de urina é uma situação desagradável e estressante que pode afetar 50% das mulheres em alguma fase da vida, sendo que em mulheres acima de 60 anos, essa chance sobe para 60% (MORENO, 2009).

Apenas 59% das mulheres com IU procuram auxílio médico, por acharem que esse problema faz parte do processo natural do envelhecimento, além de ser uma situação muito constrangedora (OLIVEIRA et al., 2009).

Por ser uma situação incômoda para a mulher, há um consenso na literatura que a IU afeta negativamente a qualidade de vida, ocasionando problemas psicológicos, sociais, físicos, econômicos, de relacionamento pessoal e sexual. Portanto, a IU não é apenas um problema que afeta a autoestima, mas que pode levar ao isolamento social e à depressão (TAMANINI et al., 2004).

A IU gera custos no cuidado com a saúde, tanto ao indivíduo e sua família quanto ao sistema público de saúde. Atualmente dois terços dos gastos relacionados à IU estão associados à população idosa, sendo que o custo total tende a aumentar com o aumento da proporção de idosos na população (MARINHO et al., 2006). Está sendo encarada como um problema de saúde pública, por prejudicar vários aspectos da vida das pessoas que sofrem desse problema, merecendo atenção especializada (OLIVEIRA et al., 2009).

O estigma da IU associado à falta de consciência profissional em relação às opções de intervenção resulta em um tratamento deficiente, o que leva a graves consequências aos indivíduos acometidos, como o afastamento do trabalho e das atividades desenvolvidas em sua rotina (GUCCIONE, 2002).

Avaliar as alterações no estilo de vida serve como parâmetro para direcionar os procedimentos ideais a serem adotados para cada indivíduo de uma forma específica, guiando assim uma intervenção multidimensional (MORENO, 2009). Auxiliará também na busca de alternativas concretas para o entendimento de uma equipe multidisciplinar que trabalha com o paciente incontinente (TAMANINI et al., 2004).

Portanto, faz-se necessário fazer um levantamento de dados que possam contribuir também para novas informações acerca do tema, para que as pessoas que vivenciam esse problema venham a tratá-lo da melhor forma possível, tendo em vista que a longevidade tem aumentado e, como consequência, aumenta também a busca pela

qualidade de vida, a qual é alterada no momento em que a mulher muda seu estilo de vida, as atividades que desenvolve no dia-a-dia, altera também sua produtividade e, até mesmo seu sono e sua atividade sexual devido a seu problema urológico.

Dessa forma, o objetivo desse estudo foi analisar a repercussão da IU no estilo de vida de usuárias de uma Clínica Escola de Fisioterapia.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

A pelve feminina comporta órgãos de três sistemas distintos do organismo humano, bexiga e uretra – sistema urinário; reto e canal anal – sistema digestório; útero e vagina – sistema reprodutivo, todos esses órgãos são suportados, principalmente, pelo assoalho pélvico, que é uma camada muscular que forma o limite inferior da pelve (HENSCHER, 2007).

A musculatura do assoalho pélvico tem diversas funções, dentre elas: sustentar os órgãos pélvicos; estabilizar o tronco, o sacro e o cóccix; servir de apoio ao reto durante a evacuação; manter a pressão responsável pelo fechamento da uretra e do ânus durante as diferentes atividades; inibir o músculo detrusor da bexiga durante a fase de armazenamento; relaxar durante a fase de esvaziamento (HENSCHER, 2007).

O assoalho pélvico é formado por fibras de contração lenta e rápida, 70% das fibras são de contração lenta e são responsáveis pela manutenção do tônus, já os outros 30%, são formados por fibras de contração rápida e de baixa resistência (BERNARDES et al., 2000).

Com o decorrer dos anos, a postura feminina sofre diversas alterações que podem desestruturar a pelve. Essas alterações são causadas pela gravidez, parto, obesidade, alterações nas curvas fisiológicas da coluna vertebral, atividades esportivas, atividades profissionais, efeito da ação da força da gravidade, dentre outras. O corpo busca, então, o equilíbrio, muitas vezes com danos às funções orgânicas (FOZZATTI et al., 2008).

As mulheres com IU costumam apresentar alguns dos seguintes sinais e sintomas: urgência, aumento da frequência miccional, noctúria, enurese noturna, urgeincontinência e perda aos esforços (VAN DER VATT et al, 2002).

Quando a perda involuntária de urina acontece ao tossir, espirrar, pular, gargalhar, ou seja, ao aumentar a pressão intra-abdominal, denomina-se IUE, que é o tipo mais prevalente de IU (ABRAMS et al., 2003). Nesse tipo de problema a pressão

intra-vesical excede a pressão uretral, causando a perda urinária (BOTELHO et al., 2007).

Já a urgeincontinência é a perda involuntária de urina precedida de urgência miccional, que é a vontade súbita e inadiável de urinar. Está associada a alterações na contratilidade do músculo detrusor, mas ainda não tem causa definida (BOTELHO et al., 2007).

Há também a IU mista, a qual apresenta uma combinação de sinais e sintomas dos dois tipos anteriores, afetando 29 a 44% das mulheres com IU (HENSCHER, 2007).

Existem vários fatores de risco para o desenvolvimento da IU, dentre eles, idade avançada, sexo feminino, raça branca, obesidade, partos vaginais, baixa de estrogênio, tabagismo, neuropatias e histerectomias prévias são alguns desses fatores (MOURÃO et al., 2008).

O aumento da idade por si só é um fator de risco, tendo em vista que um dos eventos fisiológicos do envelhecimento é a hipotrofia muscular ou substituição das fibras musculares por adipócitos (DANFORTH et al., 2006). Vale ressaltar que a IU não faz parte do envelhecimento normal, apesar de que a prevalência desse problema aumenta com a idade (GUCCIONE, 2002).

O envelhecimento traz para a mulher uma espécie de falência hormonal. E o hipoestrogenismo prejudica a coaptação da mucosa uretral, levando à atrofia uretral e redução da vascularização local (BARACHO, 2007).

Mulheres no período gestacional ou com elevado índice de massa corpórea (IMC) tem o sobrepeso como fator de risco para a IU. O excesso de carga sobre o assoalho pélvico pode levar à alteração da função de sustentar os órgãos pélvicos e no controle da micção (SUBAK et al., 2005).

O tabagismo pode agravar a IU devido a danos na sustentação uretral e vaginal decorrentes da tosse crônica. Além de haver alterações na síntese e qualidade de colágeno (NETTO, 2001).

No Brasil, a prevalência da IU não é bem descrita, a maioria dos estudos descrevem a prevalência por tipo de IU. Sabe-se que de 15 a 30% das mulheres de qualquer idade podem ser afetadas (BORBA et al., 2008).

De acordo com o estudo de Blanes et al. (2001), com dados ainda que incipientes da população brasileira, estima-se uma prevalência de mulheres com IU de 30 a 43%, sendo que a IUE é o tipo mais prevalente.

Stanton apud Henschler (2007) relatou que 26% das mulheres no período reprodutivo tem perda urinária, elevando-se para 40% após a menopausa. Contudo, ele



ainda cita que esse valor pode variar por não haver uma padronização quanto ao volume e à frequência dessa perda urinária.

Ainda com relação ao climatério, as mulheres nessa fase estão muito susceptíveis à queixas de perda urinária devido ao déficit de estrogênio. Guarisi et al. (2001) encontraram em seu estudo uma prevalência de 35% de mulheres no climatério com IU.

Nos Estados Unidos, 2% dos gastos com saúde são destinados à IU, o que significa um valor de, aproximadamente, 16 milhões de dólares por ano (BORGES et al., 2009).

A perda urinária involuntária é uma das cinco maiores razões de internação em asilos, juntamente com a imobilidade, déficit cognitivo, quedas e sequelas de acidente vascular encefálico (GUEDES e SEBBEN, 2006).

A IU não é uma condição que traz risco de vida para a vida dos pacientes. Contudo, pode acarretar implicações médicas, sociais, psicológicas e econômicas afetando adversamente o estilo de vida (BORGES et al., 2009).

De acordo com o estudo de Caetano (2004), as mulheres alteram sua rotina diária e o sono passa a ser perturbado, em função das limitações físicas e psicológicas impostas pela IU, fazendo com que elas fiquem indispostas, alterando dessa forma seu estilo de vida.

A IU causa sentimentos de baixa da autoestima na mulher e interfere na sua vida sexual, dificulta a sociabilização, prejudica nas atividades habituais em casa ou no trabalho. Pode também levar a problemas econômicos por impedir ou dificultar o trabalho remunerado fora de casa, levando a um alto índice de depressão (LOPES e HIGA, 2006).

De acordo com Simonetti et al. (2001), a IU afeta o psicológico feminino, levando à perda da autoestima, o que pode causar a temida depressão. Mais que a frequência ou a extensão da IU, o fato de ser incontinente se reflete de forma mais negativa sobre a qualidade de vida (GROSSE e SENGLER, 2002).

Em 15 a 30% das mulheres com IU, a vida social é afetada, assim como a vida ocupacional, doméstica e sexual. Seus efeitos psicossociais podem ser mais devastadores do que as consequências sobre a saúde, com múltiplos e abrangentes efeitos que influenciam as atividades diárias, a interação social e a autopercepção do estado de saúde (LOPES e HIGA, 2006).

Uma em cada quatro mulheres e um em cada dez homens sofrem de perda urinária grave, levando a problemas sociais e de higiene, contudo apenas um terço dessas pessoas busca auxílio (BLANES et al., 2001).

As mulheres normalmente não vão aos serviços de saúde quando começam a apresentar essa perda involuntária de urina. Quando vão à busca de cuidado adequado, na maioria das vezes, já estão com redução da autoestima e depressão (BORGES et al., 2009).

### **3. REFERENCIAL METODOLÓGICO**

Esta pesquisa foi do tipo transversal, de abordagem quantitativa e caráter descritivo e exploratório.

A pesquisa foi realizada na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), no período de agosto a outubro de 2011, este local foi escolhido por se tratar de uma instituição de referência na Fisioterapia Uroginecológica.

Fizeram parte desse estudo 14 mulheres com diagnóstico de incontinência urinária, que são atendidas na Clínica Escola de Fisioterapia da UEPB.

A amostra foi do tipo não-probabilística, feita pelo critério de acessibilidade, considerando a voluntariedade das usuárias em participar da pesquisa.

Como critérios de inclusão foram adotados os seguintes aspectos: idade (entre 40-80 anos), ser usuária da Clínica Escola do setor Uroginecologia, ter o diagnóstico médico de qualquer tipo de IU. Era excluída da pesquisa a usuária que se negasse a participar da mesma ou que não atendesse a algum dos critérios de inclusão.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, através do protocolo de nº: 0330.0.133.000-11.

Inicialmente todas as participantes da pesquisa foram selecionadas no momento em que estavam na Clínica Escola aguardando atendimento. Todas foram informadas sobre os objetivos da pesquisa e a garantia de sigilo, em seguida assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual atende a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), que regulamenta a pesquisa com seres humanos.

Em seguida era realizada uma entrevista com a paciente, na qual foi aplicado o protocolo de avaliação sócio-demográfica e clínica, onde eram verificados aspectos como idade, raça, estado civil, escolaridade, ocupação, tabagismo, alcoolismo, índice de massa corpórea (IMC), início da apresentação dos sintomas, classificação da

incontinência, uso de protetores (quantidade - dia/noite), número de partos e tipo de partos.

O IMC é um dos indicadores antropométricos mais utilizados na identificação de indivíduos em risco nutricional (SAMPAIO e FIGUEIREDO, 2005). O peso foi verificado a partir de balança (marca Filizola, com capacidade de 150kg) com o indivíduo descalço e usando roupas leves. A altura foi verificada utilizando-se um antropômetro vertical fixo à balança.

Calculou-se o IMC considerando-se a razão entre o peso atual (kg) e o quadrado da estatura (m<sup>2</sup>). Os pontos de corte propostos pela Organização Mundial de Saúde foram utilizados com critérios de diagnóstico dos quais temos dentro da faixa normal (IMC entre 18,5 e 24,9), sobrepeso (25-29,9) e obesidade grau I (30-34,9) (SAMPAIO e FIGUEIREDO, 2005).

Em seguida, era aplicado o *King's Health Questionnaire* (KHQ), validado para o português por Tamanini et al. (2003) e que é composto de 21 questões, divididas em 8 domínios: (1) percepção geral de saúde (1 item), (2) impacto da incontinência urinária (1 item), (3) limitações de atividades diárias (2 itens), (4) limitações físicas (2 itens), (5) limitações sociais (2 itens), (6) relacionamento pessoal (3 itens), (7) emoções (3 itens), (8) sono/disposição (2 itens).

Além destes domínios, existem duas outras escalas independentes: a primeira avalia a gravidade da IU (medidas de gravidade) e a segunda, a presença e intensidade dos sintomas urinários (escala de sintomas urinários). Este instrumento é pontuado pelos seus domínios individualmente, não havendo, portanto, escore geral. Os escores variam de 0 a 100 e quanto maior a pontuação obtida, maior é o impacto sobre a qualidade de vida relacionada àquele domínio.

Por último, foi aplicado o Inventário de depressão de Beck, que apesar de não ser específico para IU é um dos mais utilizados para a identificação do quadro depressivo. Este instrumento possui 21 categorias de sintomas e atividades, com quatro opções cada, em ordem crescente do nível de depressão, foi validado no Brasil por Gorestein e Andrade (1998), com a seguinte classificação: 0 a 11 – mínima, 12 a 19 – leve, 20 a 35 – moderada, 36 a 63 – grave. A depressão é considerada importante a partir do nível leve.

Assim como o KHQ, o Inventário de Beck foi aplicado na forma de entrevista para garantir homogeneidade nas respostas (GODOY et al., 2005).

Os dados foram expressos em frequência relativa e absoluta, média e desvio padrão da média através do *software Graph Pad Prism 4.0*.

#### 4. DADOS E ANÁLISE DA PESQUISA

A amostra foi composta por 14 mulheres, das quais a média de idades encontrada foi de  $64,0 \pm 13,4$  anos, que vem corroborar com o estudo de Mourão et al. (2008), o qual mostrou em seu estudo uma média de idade acima de 59 anos.

Isto decorre do processo de envelhecimento, em que a força de contração do músculo detrusor, a capacidade vesical e habilidade de adiar a micção encontram-se diminuídas. Além de que é possível observar a diminuição das fibras colágenas, a substituição de tecido muscular por tecido adiposo e a diminuição de estrógeno, hormônio este que é responsável pela coaptação da uretra (BARACHO, 2007; MOURÃO et al.,2008).

A Tabela1 mostra as características sócio-demográficas da amostra.

Tabela 1- Características sócio-demográficas das mulheres com diagnóstico de IU atendidas na Clínica Escola de Fisioterapia – UEPB.

Característica	Frequências	
	n	%
<b>Escolaridade</b>		
Sem instrução	2	14,2%
Ensino Fund. Completo ou Incompleto	8	57,2%
Ensino Médio Completo ou Incompleto	3	21,4%
Ensino Superior Completo ou Incompleto	1	7,2%
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	1	7,2%
Casada	10	71,6%
Divorciada	0	0%
Viúva	3	21,2%
<b>Raça</b>		
Branca	8	57,2%
Parda	4	28,6%
Negra	2	14,2%

Fonte: Dados da Pesquisa -2011.

A escolaridade da maior parte da amostra (71,4%) é até o ensino fundamental completo ou incompleto. De acordo com Tamanini et al.(2006), a baixa escolaridade é considerada um fator de risco para o desenvolvimento da IU.

Assim como no estudo de Wilbur et al. (1998), a maior parte da amostra foi composta por mulheres brancas (57,2%). De acordo com Guarisi et al. (2001), é

provável que existam diferenças anatômicas ou na resistência uretral e nas estruturas de suporte do assoalho pélvico que causem essa diferença entre brancas e negras.

A tabela 2 demonstra o perfil clínico das usuárias, de acordo com a anamnese realizada no início da pesquisa.

Tabela 2. Características clínicas das mulheres com diagnóstico de IU atendidas na Clínica Escola de Fisioterapia – UEPB.

Característica	Frequências	
	n	%
<b>Início da apresentação da IU</b>		
3-6 meses	1	7,2%
7-12 meses	1	7,2%
+13 meses	12	85,6%
<b>Classificação da IU</b>		
IUE	5	35,7%
Urgeincontinência	4	28,6%
IU mista	5	35,7%
<b>IMC</b>		
Normal	2	14,2%
Sobrepeso	10	71,6%
Obesidade grau I	2	14,2%
<b>Tipos de partos</b>		
Vaginal	9	64,4%
Cesariana	1	7,2%
Vaginal e cesariana	2	14,2%
Nenhum	2	14,2%

Fonte: Dados da Pesquisa – 2011.

Quanto ao início da apresentação dos sintomas, 85,6% das mulheres tiveram os primeiros indícios de IU há mais de um ano, fato esse que também ocorreu no estudo de Figueiredo et al. (2008), no qual o tempo variou de 1 a 23 anos.

Pode-se observar que 71,6% da amostra está com sobrepeso. Isso ratifica o que Rasia et al. (2007) demonstraram em seu estudo, pois eles afirmam que a IU é uma situação que se associa com o grau de obesidade, em sua pesquisa eles mostraram que 30,7% das mulheres com sobrepeso, referiram IU, assim como 37,5% das que tinham obesidade grau I, devido ao aumento da sobrecarga sobre o assoalho pélvico.

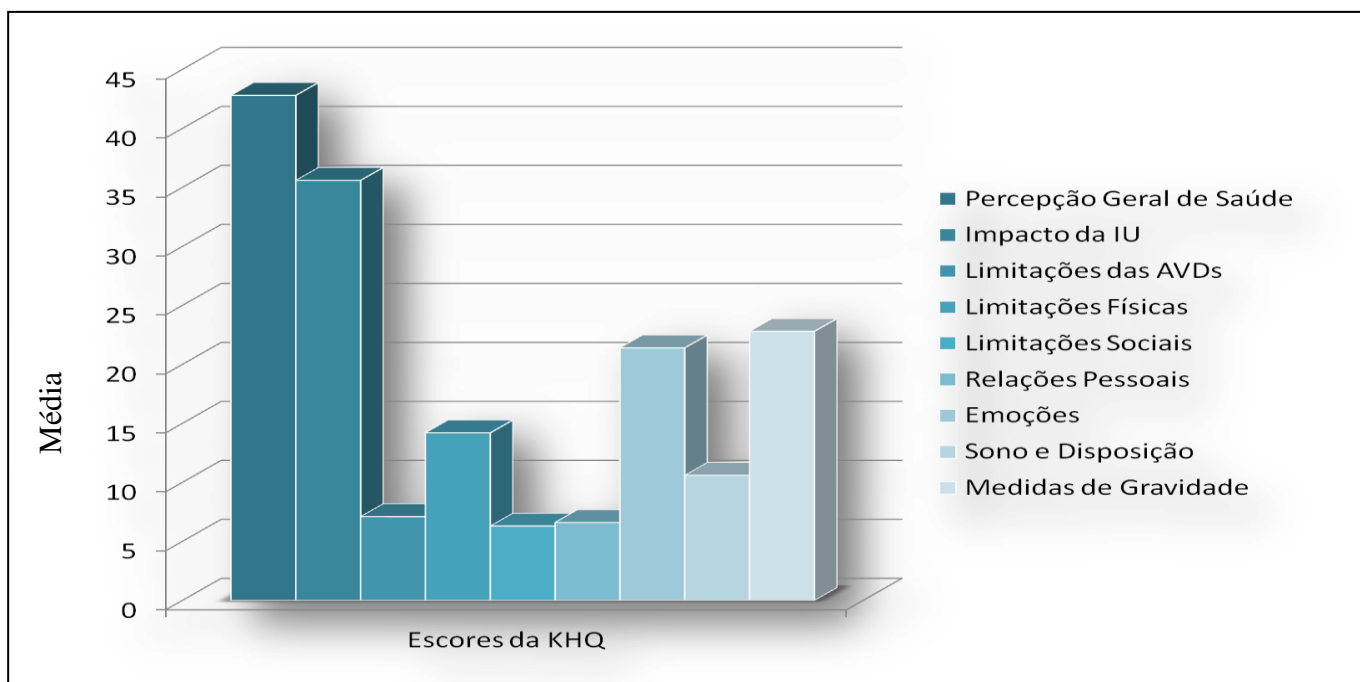
Este estudo aponta para uma média de 4,4 ( $\pm 3,6$ ) partos. De acordo com Tamanini et al. (2006) e Danforth et al. (2006), quanto maior o número de partos,

maior o risco de desenvolver IU. Contudo, há estudos como o de Guarisi et al. (2001) que não demonstraram correlação entre a multiparidade e o risco de apresentar IU.

O tipo de parto mais prevalente neste estudo é o parto por via vaginal -64,4%. De acordo com Higa et al. (2008) o parto vaginal está associado com o aumento de casos de IU, apesar de não poder ser considerado isoladamente como um fator de risco, mas quando relacionado a traumas e lesões do assoalho pélvico.

De acordo com KHQ, os sintomas mais frequentes foram frequência (92,8%), urgência (78,5%), urgeincontinência (71,4%), perda de urina aos esforços (64,3%) e noctúria (57,2%). Segundo Tamanini et al. (2004), mulheres que apresentam sintomas de urgeincontinência são incapazes de exercer o controle sobre a micção; já um sintoma como a noctúria, apesar de presente não afeta tanto a vida da população.

De acordo com a figura 1, que demonstra a análise dos domínios da KHQ, observou-se que o domínio Percepção Geral de Saúde apresentou maior valor médio ( $42,8 \pm 18,1$ ) quando comparado aos demais resultados. Os outros domínios representados pela escala apresentam uma média decrescente seguindo a seguinte ordem: Impacto da Incontinência Urinária ( $35,6 \pm 30,5$ ); Medidas de Gravidade ( $22,8 \pm 17,8$ ); Emoções ( $21,4 \pm 19,3$ ); Limitações Físicas ( $14,2 \pm 14,1$ ); Sono e Disposição ( $10,6 \pm 8,0$ ); Limitações das Atividades Diárias ( $7,1 \pm 6,5$ ); Relações Pessoais ( $6,6 \pm 4,8$ ); Limitações Sociais ( $6,3 \pm 5,2$ ).



Fonte: Dados da pesquisa – 2011.

Gráfico 1- Valores encontrados de acordo com a análise dos domínios de qualidade de vida(KHQ).

A percepção geral da saúde demonstra a forma com a qual a paciente descreve sua saúde no momento da avaliação, já o impacto da IU relata se esse problema afeta a vida da paciente.

Em seguida são expostos os domínios, nas limitações das AVD's é perguntado se a IU afeta os afazeres domésticos e o trabalho ou atividades fora de casa; nas limitações físicas, é questionado à paciente se a IU impede de ela realizar atividades físicas e viagens; as limitações sociais se referem à interferência da IU na vida social e nas visitas aos amigos; nas relações pessoais, pergunta-se à paciente se a IU afeta seu relacionamento com o parceiro e com as pessoas da família, além de perguntar sobre a interferência desse problema na vida sexual; no domínio das emoções é perguntado à mulher se o problema da IU faz com que ela se sinta deprimida, ansiosa, nervosa ou mal com ela mesma; por fim encontramos o domínio sono/disposição que pergunta se a IU afeta o sono e se a paciente se sente cansada ou esgotada.

A análise dos domínios específicos de qualidade de vida permitiu observar uma grande variação de resultados. A percepção geral de saúde e o impacto da IU foram os resultados que obtiveram maiores escores entre a amostra, assim como na pesquisa de Oliveira et al (2009).

Em relação à interferência dos sintomas nas atividades da vida diária, nas atividades sociais e nas relações pessoais, a maioria das mulheres relatou não afetar ou ter a vida pouco comprometida pela IU, corroborando com dados da pesquisa de Oliveira et al (2009).

O impacto que a incontinência causa na vida social provoca restrições quanto a freqüentar lugares públicos, viajar, dormir fora de casa e até fazer visitas aos amigos. Isto está relacionado ao fato de as mulheres evitarem sair de casa, pois além de ficarem envergonhadas e com medo de cheirarem a urina, não sabem se encontrarão um local adequado para realizar suas micções e sua higiene pessoal.

Contudo, assim como no estudo de Rett et al. (2007), o qual comprovou que essas atividades sociais tiveram uma melhora significativa após tratamento fisioterapêutico, o mesmo aconteceu nesta pesquisa, onde todas as pacientes que fizeram parte da amostra realizam tratamento com a Fisioterapia.

Quanto às medidas a serem tomadas de acordo com a severidade da IU (uso de forros ou absorventes, troca de roupas, etc.), verificou-se que as mulheres apresentam uma diminuição da qualidade de vida quando precisam recorrer a elas. O que corrobora com os estudos de Tamanini et al. (2004) , o qual concluiu que a qualidade de vida era pior em mulheres que utilizavam absorventes e forros.

É possível observar que o domínio das emoções teve uma grande taxa negativa. Pode-se perceber que a qualidade de vida com relação a este aspecto é consideravelmente afetada, se comparada às demais, assim como cita Tamanini et al. (2004). Apesar de o estudo de Oliveira et al. (2009) não ter demonstrado semelhança nesse ponto.

Foi possível verificar que o impacto sobre o estilo de vida varia muito entre as mulheres, visto que o desvio-padrão manteve-se elevado em todos os domínios, fato semelhante ao que aconteceu na pesquisa de Rett et al. (2007), sugerindo o caráter subjetivo da avaliação da qualidade de vida.

Entretanto não foi obtido um valor que represente o quadro depressivo ao aplicar o Inventário de Depressão de Beck, cujo escore foi de  $7,7 \pm 5,2$ . Talvez porque este questionário não seja específico para o problema, ou até porque ele expressa níveis de depressão e não de ansiedade e nervosismo, comuns na mulher incontinente.

Apesar das numerosas repercussões no estilo de vida das mulheres com IU, envolvendo alterações físicas, econômicas e psicossociais, e que interferem no dia-a-dia, nos âmbitos social, profissional, sexual e familiar, no presente estudo estas afirmações apresentam-se um pouco restritas, assim como a conclusão definitiva acerca da qualidade de vida dessa população, já que esta pesquisa teve um caráter transversal e descritivo. Além de ter uma amostra não-probabilística por acessibilidade, fazendo com que os dados expressem apenas a própria amostra.

Apesar disto, torna-se fundamental que os profissionais e os programas de prevenção tenham embasamento adequado para saber conduzir essa questão, que é cada vez mais frequente e, muitas vezes, subvalorizada por sua natureza crônica e silenciosa (MOURÃO et al., 2008).

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados encontrados ressaltam a importância da avaliação do estilo de vida, pois dá condições ao fisioterapeuta de traçar e direcionar seu tratamento, levando-se em consideração do impacto e o desconforto causados pela IU. Avaliar a qualidade de vida tem se tornado um parâmetro fundamental para guiar, direcionar e justificar a conduta que deverá ser realizada.

A IU apresentou influência sobre a qualidade de vida das mulheres entrevistadas, demonstrando que a percepção geral de saúde e o impacto da IU foram os



fatores mais marcantes para a amostra, como demonstrado no KHQ, apesar da subjetividade encontrada em torno do tema.

Alguns domínios do KHQ, como limitações nas atividades da vida diária, limitações sociais e relações pessoais, não foram afetados de forma expressiva. Vale ressaltar que esses domínios possivelmente não foram atingidos por essa amostra já estar em tratamento fisioterapêutico na Clínica Escola de Fisioterapia.

Através do Inventário de Depressão de Beck não tivemos um resultado que indicasse alerta acerca da depressão. Isto pode estar relacionado com o fato de as pacientes já estarem realizando tratamento urológico.

De tal forma, é necessário destacar a importância da fisioterapia como tratamento da IU, pois além do fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, da diminuição dos sinais e sintomas mais comuns na IU, proporciona benefícios no que diz respeito ao convívio e interação social, minimizando assim o isolamento e a depressão, melhorando a qualidade de vida.

Por fim, conhecer quem são as mulheres atendidas é importante para direcionar o tratamento e contribuir para melhorar aspectos da qualidade de vida, possibilitando uma visão completa do paciente, como ser biopsicossocial.

## ABSTRACT

**Introduction:** The International Continence Society defines urinary incontinence as any loss of urine reported by the patient. It is a condition that affects the world's population, mainly the female sex, leading to several implications such as changes in social life, occupational, domestic and sexual. The objective of this study was to analyze the impact of urinary incontinence in women's lifestyle. **Methods:** The sample was formed by 14 women, aged 40, users of Clínica Escola de Fisioterapia of UEPB. The volunteers were submitted to an anamnesis and answered the KHQ which had eight domains that approach life's areas affected by the incontinence and the Beck Depression Inventory. **Results:** The predominant symptoms were: frequency (92,8%), urgency (78,5%), urgeincontinence (71,4%) and loss of urine on exertion (64,3%). According to the analysis of KHQ domains, the general perception of health and the impact of incontinence stand out when compared to others aspects of women's life. The average of Beck Inventory was  $7,7 \pm 5,2$ , which does not indicate depression. **Conclusion:** The perception that women have about their general health and the impact of incontinence on health reveal the negative impact of UI on the lifestyle of the women studied, although no figures have been found referring to depression.

**KEYWORDS:** Lifestyle. Woman. Urinary incontinence.

## REFERÊNCIAS

ABRAMS, P.; CARDOZO, L.; FALL, M.; GRIFFITHS, D.; ROSIER, P.; ULMSTEN, U. The standardization of terminology in lower urinary tract function: report from the Standardization Sub-Comitee of the Internacional Continence Society. **Urology**, v.13, pp. 9-14, 2003.

BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia**. Editora Guanabara Koogan, 4ªed., 2007.

BERNARDES, N.O.; PÉRES, F.R.; SOUZA, E.L.B.L.; SOUZA, O.L. Métodos de tratamento utilizados na incontinência urinária de esforço genuína: um estudo comparativo entre cinesioterapia e eletroestimulação endovaginal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.22, n.1, p.49-54, 2000.

BLANES, P.R.T.; SANTOS, V.L. Urinary incontinency: knowledge and attitudes in São Paulo. **Brazilian Journal of urology**, v.27, p.281-8, 2001.

BORBA, M.C.; LELIS, M.A.S.; BRÊTAS, A.C.P. Significado de ter incontinência e ser incontinente na visão das mulheres. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, v.17, n.3, pp. 527-35, 2008.

BORGES, J.B.R.; NERI, L.; SIGRIST, R.M.S.; MARTINS, L.D.; GUARISI, T.; MARCHESINI, A.C. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária pelo uso do King's Health Questionnaire. **Revista Einstein**, v.7, pp. 308-13, 2009.

BOTELHO, F.; SILVA, C.; CRUZ, F. Incontinência urinária feminina. **Acta Urológica**, v.24, n.1, p.79-82, 2007.

BRASIL, M. da Saúde. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **RESOLUÇÃO Nº 196 DE 10 DE OUTUBRO DE 1996** (Quinquagésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos dias 09 e 10 de outubro de 1996).

CAETANO, A.S. Proposta de atividades físicas para mulheres com incontinência urinária de esforço. **Revista Digital**, v.76, n.10, 2004.

DANFORTH, K.N.; TOWNSEND, M.K.; LIFFORD, K.; CURHAN, G.C.; RESNICK, N.M.; GRODSTEN, F. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. **American Journal of Obstetric Gynecology**, v.192, n.2, p.339-45, 2006.

FIGUEIREDO, E.M.; LARA, J.O.; CRUZ, M.C.; QUINTÃO, D.M.G.; MONTEIRO, M.V.C. Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de Serviço de Fisioterapia

Uroginecológica da rede pública. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.12, n.2, p.136-42, 2008.

FOZZATTI, M.C.M.;PALMA,P.; HERRMANN, V.; DAMBROS, M. Impacto da reeducação postural global na incontinência urinária de esforço feminina. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.54, n.1, p. 17-22, 2008.

GODOY, D.V.; GODOY, R.F.; BECKER JÚNIOR, B.; VACCARI, F.F.; MICHELLI, M.; TEIXEIRA, P.J.Z.; PALOMBINI, B.C. O efeito da assistência psicológica em um programa de reabilitação pulmonar para pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.31, n.6, p. 499-505, 2005.

GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista Psiquiatria Clínica**, v.25, n.5, p. 245-50, 1998.

GROSSE, D.; SENGLER, J. **Reeducação perineal**, Editora Manole, 1ª edição, 2002.

GUARISI, T.; PINTO-NETO, A.M.; OSIS, M.J.; PEDRO, A.O.; COSTA-PAIVA, L.H.S.; FAÚNES, A. A incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. **Revista de Saúde pública**, v.35, p. 4208-35, 2001.

GUCCIONE, A.A. **Fisioterapia Geriátrica**, 2ª ed., Editora Guanabara Koogan, 470p., 2002.

GUEDES, J.M.; SEBBEN, V. Incontinência urinária no idoso: abordagem fisioterapêutica. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v.3, pp. 105-13, 2006.

HENSCHER, U. **Fisioterapia em Ginecologia**. Editora Santos, 1ª edição, 218 pp., 2007.

HIGA, R.; LOPES, M.H.B.M.; REIS, M.J. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.42, n.1, 2008.

LOPES, M.H.; HIGA, R. Restrições causadas pela incontinência urinária na vida da mulher. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.40, n.1, pp. 34-41, 2006.

MARINHO, A.R.; LEAL, B.B.; FLISTER, J.S.; BERNARDES, N.O.; RETT, M.T. Incontinência urinária feminina e fatores de risco. **Revista Fisioterapia Brasil**, v.7, n.4, p.301-6, 2006.

MORENO, A.L. **Fisioterapia em Uroginecologia**. Editora Manole, 2ª edição, 226 p., 2009.

MOURÃO, F.A.G.; LOPES, L.N.; VASCONCELLOS, N.P.C.; ALMEIDA, M.B.A. Prevalência de queixas urinárias e o impacto essas na qualidade de vida de mulheres integrantes grupos de atividade física. **Acta Fisiátrica**, v.15, n.3, pp. 170-5, 2008.

NETTO, N.R.; WROCLAWSKI, E.R. **Urologia: fundamentos para o clínico**. Editora Savier, 1ª ed., 2001.

OLIVEIRA, S.G.; BATTISTI, B.Z.; SECCO, V.L.; POLESE, J.C. Avaliação da qualidade de vida de portadores de incontinência urinária. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v.6, n.1, pp. 34-41, 2009.

RASIA, J.; BERLEZI, E.M.; BIGOLIN, S.E.; SCHNEIDER, R.H. A relação do sobrepeso e obesidade com desconfortos musculoesqueléticos de mulheres pós-menopausa. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v.4, n.1, p. 28-38, 2007.

RETT, M.T; SIMÕES, J.A.; HERRMANN, V.; GURGEL, M.S.C.; MORAIS, S.S. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.29, n.3, p.134-40, 2007.

SAMPAIO, L.R.; FIGUEIREDO, V.C. Correlação entre o índice de massa corpórea e os indicadores antropométricos de distribuição de gordura em adultos e idosos. **Revista de Nutrição**, v.18, n.1, p.53-61, 2005.

SIMONETTI, R.; TRUZZI, J.C.; BRUSCHINI, H.; GLASHAN, R. Incontinência urinária em idosos: impacto social e tratamento. **A terceira idade**, v.12,n.23, p.53-69, 2001.

SUBAK, L.L. Weight loss: a novel and effective treatment of urinary incontinence. **Journal of urology**, v.174, n.1, p.190-5, 2005.

TAMANINI, J.T.N.; D'ANCONA, C.A.L.; BOTEGA, N.J.; NETTO JR, N.R. Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n. 2, pp. 203-11, 2003.

TAMANINI, J.T.N.; DAMBROS, M.; D'ANCONA, C.A.L.; PALMA, P.C.R.; NETTO JR, N.R. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence

Questionnaire – Short Form” (ICIQ-SF). **Revista de Saúde Pública**, v.38, n. 3, pp. 438-44, 2004.

TAMANINI, J.T.; TAMANINI, M.M.M.; MAUAD, L.M.Q.; AULER, A.M.B.A.P. Incontinência Urinária: Prevalência e fatores de risco em mulheres atendidas no Programa de Prevenção do Câncer Ginecológico. **Boletim Epidemiológico Paulista**, v.3, n.34, 2006.

VAN DER VATT, C.H.; LEEUW, J.R.J.; ROOVERS, J.P.; HEINTZ, A.P.M. The effect of urinary incontinence and overactive bladder symptoms on quality of life in young women. **British Journal of Urology**, v.90, p.544-9, 2002.

WILBUR, J.; MILLER, A.M.; MONTGOMERY, A.; CHANDLER, P. Sociodemographic characteristics, biological factors and symptom reporting in midlife women. **Menopause**, v.5, n.1, p. 43-51, 1998.