



QUALIDADE DE VIDA E PERFIL DE MULHERES ATENDIDAS EM UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO DESENVOLVIDO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

AUTORA: Profa. Dra. Maria Helena Baena de Moraes Lopes, professora Associada do Departamento de Enfermagem

CO-AUTORA: Mariana Bezzon Bicalho, aluna do Curso de Enfermagem do Departamento de Enfermagem

CO-AUTORA: Enfa. Lea Dolores Reganhan de Oliveira

Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

mhbaenam@yahoo.com.br.

Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, CEP 13083-887, Campinas, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A International Continence Society (ICS) considera IU "perda involuntária de urina que é um problema social ou higiênico" (Abrams et al., 2002). Hunskaar et al. (2000) publicaram dados de prevalência geral de 13 estudos em IU, os quais mostraram crescentes índices durante a idade adulta jovem (prevalência de 20 a 30%), amplo pico por volta da quinta década de vida (prevalência de 30 a 40%) e aumento regular e constante em pacientes acima de 60 anos (prevalência de 30 a 50%). Em pesquisa realizada na Universidade Federal de São Paulo das 114 mulheres com IU examinadas, 41 (36%) apresentavam IU de esforço, 13 (11,4%) IU de urgência e 60 (52,6%) IU mista (Feldner et al., 2002).

Vários fatores podem contribuir para o aumento da prevalência de IU, entre eles destacam-se a idade, a IU gestacional, a IU pós-parto, as cirurgias pélvicas, a gravidez (Peyrart et al., 2002); a diminuição de estrógeno na pós-menopausa (Goldstein et al., 2005), o sobrepeso presente em mulheres em período gestacional ou com elevado índice de massa corpórea (IMC) (Subak et al., 2005); a história familiar (Laycock et al., 2001), a atividade física de alto impacto ou que cause fadiga como corrida, basquete, ginástica, trampolim acrobático e outros (Araújo et al., 2008); alto consumo de bebidas com cafeína, tabagismo (Persson et al., 2000), constipação (Moller et al., 2000), uso de medicamentos como diuréticos e antibióticos (Brown et al., 1999; Moller et al., 2000), e doenças crônicas como diabetes e hipertensão arterial (Brown et al., 1999; Tamanini et al., 2005).

O diagnóstico da Incontinência Urinária consiste em diagnóstico fisiopatológico, história clínica, exame físico, diário miccional, teste do absorvente e estudo urodinâmico (Feldner et al., 2006), porém esses métodos visam pouco a Qualidade de Vida (QV) da paciente e menos ainda sua queixa pessoal por isso, a ICS preconizou que os questionários realizados para a investigação da IU devem enfatizar a Qualidade de Vida dos pacientes bem como, suas queixas individuais. Em pesquisa realizada nos EUA sobre o impacto da IU na QV pela perspectiva dos pacientes, foi encontrado que os profissionais dão mais atenção às questões relacionadas com o impacto funcional, com aspectos do bem estar físico, enquanto que os pacientes preocupam-se com o impacto emocional e com a limitação de atividades (Dubeau et al., 1998).

Para essa investigação existem questionários de Avaliação de Qualidade de Vida específicos para IU já validados no Brasil: o *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF)* e o *King's Health Questionnaire (KHQ)*. O questionário genérico *The Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36)*, dentre outros, também tem sido usado para fins comparativos.

Esses instrumentos são imprescindíveis para se quantificar, de acordo com as queixas individuais, a interferência da IU na Qualidade de Vida das pacientes, e os achados mostram que a IU afeta, e muito, a QV dessas mulheres originando variados sentimentos como estresse, irritação, constrangimento, incômodo e falta de concentração no trabalho, diminuição da auto-estima, depressão; e tem trazido aflição e condições de incapacidade, as quais têm causado significativa morbidade entre as mulheres, afetando a vida social, ocupacional, doméstica, e sexual das mulheres de todas as idades; Lopes e Higa, 2006). Isso reflete diretamente na saúde física e mental dessas mulheres, levando-as ao recolhimento e interferindo nas relações sociais e afetivas das mesmas.

O Programa de Reabilitação do Assoalho Pélvico (PRAP), implantado em 2007, é um projeto que assiste mulheres com IU em uma Unidade Básica de Saúde, da cidade de Campinas, SP, e treina profissionais de saúde para o atendimento dessas mulheres (Lopes et al., 2007). O PRAP foi proposto e implantado por um grupo de enfermeiras, mas atualmente é composto por uma equipe multiprofissional formada por enfermeiras e fisioterapeutas.

Um perfil epidemiológico mais detalhado, analisando as variações sociodemográficas e os dados clínicos, faz-se extremamente necessário para oferecer subsídios para o planejamento e a implantação de programas visando a Qualidade de Vida e a prevenção da IU. O PRAP é um programa pioneiro na área de enfermagem em Campinas e, talvez, até mesmo em nível nacional, portanto os resultados desse estudo poderão contribuir para o seu aperfeiçoamento, direcionando melhor a assistência prestada. Frente a essas considerações, é proposta deste estudo conhecer o perfil das mulheres atendidas no PRAP e a qualidade de vida dessas mulheres. E ainda, verificar se existe associação entre a Qualidade de Vida e as variáveis sociodemográficas, dados clínicos, atividade sexual e tipo de IU.

MÉTODOS

O estudo foi descritivo e foram analisados os prontuários de mulheres com IU que participaram do Programa de Reabilitação do Assoalho Pélvico, desde 2007.

Os instrumentos utilizados foram os questionários ICIQ-SF, KHQ e SF-36 e ainda a ficha de atendimento. A ficha de atendimento no PRAP é composta de identificação, dados das usuárias, sinais e sintomas, história obstétrica, informações sobre hábitos alimentares, antecedentes pessoais, atividade sexual, exame físico geral e diagnóstico. E destes foram consideradas como variáveis de estudo: idade, estado civil, profissão/ocupação, escolaridade, etnia, motivo do encaminhamento; expectativas em relação ao tratamento; início dos sintomas, tipos de IU, atividades em que perde urina, quantidade de perda de urina, frequência da perda urinária, período, trocas de forro e/ou roupa íntima, restrição hídrica, ingestão hídrica, hábito intestinal, ingestão de fibras, atividade física, menopausa, terapia de reposição hormonal, co-morbidades, atividade sexual, peso, IMC.

Os dados foram analisados descritivamente por frequências absolutas (n) e relativas (%) para as variáveis categóricas e para as variáveis contínuas usou-se a média, desvio-padrão, mediana, primeiro e terceiro quartil, valores máximos e mínimos. A aderência a distribuição normal dos dados foi avaliada segundo o teste de Kolmogorov-Smirnov. O coeficiente de correlação de Spearman foi utilizado para avaliar a correlação entre os escores dos domínios do SF-36, do ICIQ-SF e do KHQ.

O teste de qui-quadrado ou teste exato de Fisher e a regressão logística foram utilizados para verificar se existe associação entre a qualidade de vida e as variáveis sociodemográficas, dados clínicos, atividade sexual e tipo de IU. Adotou-se na análise dos dados o nível de 5% de significância estatística. O software SAS versão 9.1.3 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA, 2002-2003) foi utilizado na análise dos dados.

RESULTADOS

As mulheres atendidas no PRAP caracterizavam-se por encontrarem-se na pós-menopausa, com idade média de 59 anos, serem casadas, de baixa escolaridade, ser de cor branca e trabalharem em atividades do lar.

Isso condiz com os achados na literatura. Borges et al. (2009) relatam que a média da idade das pacientes em seu estudo foi de 51 anos, a maioria das mulheres convivia com parceiro (66%), era da raça branca (74%), apresentava grau de escolaridade máxima o Ensino Fundamental Incompleto (68%) e mais da metade das pacientes tinha a atividade doméstica como a principal. Figueiredo et al. (2008) em sua pesquisa encontraram que a maioria das mulheres tinha idade entre 40 e 59 anos (81%), era casada (62%) e possuía grau de instrução fundamental (79%). Dados semelhantes foram encontrado por Mourão et al. (2008).

Quanto aos dados clínicos, foi encontrado que 52% das mulheres apresentavam os sintomas há menos de três anos e 74% delas responderam perder urina diariamente. A maioria perdia durante o dia. Comparando-se com a literatura, em pesquisa feita por Ferolla (2001), foi encontrado que 52,5% das mulheres referiam perdiam urina há até três anos e 60,7% delas referiram perdas diárias.

O tipo de incontinência urinária mais frequente foi a IU mista (58%), o que está em acordo com o observado no estudo de Dedicção et al. (2009), no qual a maioria das pacientes (44,16%) foi acometida por IU mista, e também no estudo de Figueiredo et al. (2008), que mostrou ser IU mista prevalente em 63% da amostra.

No presente estudo, 73% das mulheres perdiam pequena a moderada quantidade de urina. Na pesquisa de Dedicção et al. (2009), 66,7% referiram perder "algumas gotas", 9,5% perderam de forma "completa" e 23,8% "em jato". Em outro estudo, 46% das participantes apresentaram perda em jato, 28% em gotas e 14% perda completa de urina (Figueiredo et al, 2008). Embora os parâmetros de avaliação sejam diferentes, os dados sugerem que as mulheres participantes do PRAP não apresentam perda intensa de urina, ainda que cerca de um terço refira perder em grande quantidade. Portanto o tratamento conservador a que foram submetidas é

adequado para esses casos.

Segundo as atividades em que as mulheres referiram perder urina nesse estudo 71% das mulheres perdiam urina ao tossir e 73% ao espirrar, sintomas associados à IU de esforço. No estudo de Figueiredo et al, 2008 isso também apareceu, sendo que as principais situações causadoras de perda urinária foram tosse, espirro, riso e a atividade de carregar peso.

O uso de forro foi relatado por 63% das mulheres atendidas no PRAP; o absorvente foi o tipo de forro mais frequente (83%), 54% das mulheres trocavam o forro de 2 a 3 vezes durante o dia. E 50% trocavam as roupas íntimas de 2 a 3 vezes por dia devido à perda de urina. Os achados equiparam-se com a literatura, pois em pesquisa realizada por Figueiredo et al. (2008), 64% das participantes relataram o uso de algum tipo de protetor, sendo 29% o uso de absorventes higiênicos, 12% de toalha e 3% de papel higiênico; as demais (17%) faziam uso variado destes protetores. Já em pesquisa de Ferolla (2001), 62,7% das mulheres que utilizavam recursos de contenção para as perdas, 51% com troca de duas ou mais vezes ao dia e 70,6% com mudanças nos hábitos de vida diária.

Um terço respondeu evitar ingerir água por causa da perda de urina, e muitas não ingeriam a quantidade recomendada de cerca de dois litros por dia. Talvez por essa razão, 34% apresentavam diminuição na frequência do hábito intestinal e 43% das mulheres relataram dificuldade para evacuar, e ainda, 48% das mulheres apresentavam flatulência. Sabe-se que a constipação é fator de risco para incontinência urinária e fecal e, de fato a perda involuntária de fezes, foi reportada por 19% das mulheres. 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 (Reis et al, 2003). O esforço repetitivo para evacuar pode comprometer a integridade dos músculos do assoalho pélvico sendo mais um fator de risco para a incontinência urinária (Marinho et al, 2006).

Embora 71% das mulheres estivessem no período de pós-menopausa, apenas 17% referiram fazer TRH. Frequência semelhante foi encontrada por Mourão et al. (2008): 28,9%. Sabe-se que a diminuição da produção de estrógeno é um fator de risco para IU, por outro lado o uso da TRH tem efeito controverso sobre a IU. A associação entre IU 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, contudo não está demonstrado que a TRH trás benefícios (Marinho et al, 2006). Metade das mulheres apresentou alguma comorbidade entre Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes e/ou doença neurológica, sendo a mais frequente a HAS. Observou-se também que o IMC médio indicava sobrepeso. A hipertensão arterial é frequentemente associada à incontinência urinária, como demonstrado no estudo de Tamanini et al, 2006, no qual pacientes com hipertensão arterial apresentaram duas vezes mais chances de ter o quadro de incontinência, comparados ao grupo sem hipertensão arterial. 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, 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 (Marinho et al., 2006).

A maioria das mulheres atendidas no PRAP não eram ativas sexualmente e apresentavam queixas sexuais nem sempre relacionadas à perda urinária. Os resultados divergem de estudo realizado por Ribeiro et al, (2005) no qual foi encontrado que 85,1% das mulheres com IU tinha vida sexual ativa, mas mesmo assim consideravam que a IU tinha um impacto moderado a grave na sua vida.

Quanto à avaliação da qualidade de vida, os instrumentos utilizados evidenciaram impacto moderado da incontinência urinária na qualidade de vida das mulheres estudadas, como encontrado também em Figueiredo et al, 2008; Espuña et al, 2007 e Dedicção et al, 2009.

No KHG foi encontrado maior valor médio no domínio Medidas de Gravidade, refletindo que a gravidade da IU afeta de forma negativa a qualidade de vida.

No SF_36 a média mais alta encontrada foi no domínio Estado geral de Saúde significando que o estado geral de saúde não afeta negativamente a QV e no domínio Dor apareceu a média mais baixa, refletindo que a Dor afeta negativamente a QV das mulheres com IU.

E na comparação do score ICIQ_SF com as características sócio-demográficas e clínicas da amostra os resultados foram significativos, mostrando que as mulheres que apresentavam IU de esforço pontuaram escores significativamente mais baixos. Houve maior impacto negativo (escores do ICIQ-SF significativamente mais elevados), quando a perda urinária era em grande quantidade e havia necessidade de usar forro, o que se encontra também em pesquisa de Auge et al, 2006 e Dedicção et al, 2009.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu concluir que a maioria das mulheres atendidas no PRAP encontravam-se na pós-menopausa, tinham baixa escolaridade, trabalhavam em atividades do lar, e apresentavam perda urinária há menos de três anos, geralmente diária. Constatou-se ainda que, em concordância com a literatura, o impacto da IU depende do tipo de IU e da intensidade da perda urinária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Kerrebroeck P, Victor A, Wein A. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurology and Urodynamics* 2002; 21(2):167-78.
2. Araújo MP, Oliveira E, Zucchi EVM, Trevisan VFM, Girão MJBC, Sartori MGF. Relação entre incontinência urinária em mulheres atletas corredoras de longa distância e distúrbio alimentar. *Rev. Assoc. Med. Bras* 2008 Mar; 54(2): 146-49.
3. Auge AP, Zucchi CM, Costa FMP, Nunes K, Cunha LPM, Silva PVF, Ramos TU. Comparações entre os índices de qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária submetidas ou não ao tratamento. *Ver. Bras. Ginecol. Obstet*; 28(6): 352-357, jun.2006.
4. Borges JBR, Neri L, Sigrist RMS, Martins LO, Guarisi T, Marchesini AC. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária pelo uso do Kings Health questionnaire. *Einstein*. 2009; 7(3 Pt 1):308-13.
5. Brown JS, Grady D, Ouslander JG, Herzog AR, Varner RE, Posner SF. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in postmenopausal women. *Heart & Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS) Research Group. Obstet. Gynecol* 1999 Jul; 94(1): 66-70.
6. Dedicção AC, Haddad, M; Saldanha, MES e Driusso, P. Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. *Rev. bras. fisioter.* [online]. 2009, vol.13, n. 2, pp. 116-122. Epub 27-Mar-2009.
7. DuBeau CE, Yalla SV, Resnick NM. The impact of urge urinary incontinence on quality of life: importance of patients' perspective and explanatory style. *J Am Geriatr. Soc.* 1998 Jun; 46(6): 683-92.
8. Espuña PM; Castro DD; Carbonell C; Dilla T. *Actas Urol Esp.* Comparison between the "ICIQ-U Short Form" Questionnaire and the "King's Health Questionnaire" as assessment tools of urinary incontinence among women 2007 May; 31(5):502-10.
9. Feldner PCJ, Bezerra LRPS, Girão JBC, Castro RA, Sartori MGF, Baracat EC. Valor da Queixa Clínica e Exame Físico no Diagnóstico da Incontinência Urinária. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2002; 24(2):87-91.
10. Ferolla, Elisabete Capalbo. A auto-estima de mulheres portadoras de incontinência urinária de esforço. São Paulo; s.n.; 2001. 106 p.
11. Figueiredo EM, Lara JO, Cruz MC, Quintão DMG, Monteiro MVC. Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de serviço de Fisioterapia Uroginecológica da rede pública. *Ver. Bras. Fisioter.* [online]. 2008, vol.12, n.2, PP. 136-142.
12. Goldstein SR, Johnson SR, Watts NB, Ciaccia AV, Elmerick D, Muram D. Incidence of urinary incontinence in postmenopausal women treated with raloxifene or estrogen. *Menopause* 2005 Mar; 12(2): 160-4.
13. Hunskaar S, Arnold EP, Burgio K, Diokno AC, Herzog AR, Mallett VT. Epidemiology and Natural History of Urinary Incontinence in women. *NeuroUrol. Urodyn.* Norway, 2008, 27(8), p. 749-57.
14. Laycock J et al. Clinical Guidelines for the Physiotherapy Management of Females aged 16-65 with Stress Urinary Incontinence. Londres. Chartered Society of Physiotherapy; 2001.
15. Lopes, MHBM, Higa, R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2006 Mar; 40(1): 34-4124.
16. Lopes MHBM; Lima JLDA, Oliveira LDR. Reabilitação do assoalho pélvico em Unidade Básica de saúde. In: VII Congresso Brasileiro de Estomatologia, I Congresso Luso-Brasileiro de Estomatologia, IV Semana Nacional de Estomatologia e II Simpósio Internacional de Incontinência, Curitiba, outubro, 2007. CD-ROM.
17. Marinho AR, Leal BB, Flister JS, Oliveira Bernardes N, Rett MT. Incontinência urinária feminina e fatores de risco. *Fisioter Brasil*. 2006; 7(4):301-06.
18. Moller LA, Lose G, Jorgensen T. Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years of age. *Acta Obstet Gynecol Scand.* Apr, 2000, 79(4), p.298-305.
19. Mourão FAG, Lopes LN, Vasconcelos NPC, Almeida MBA. Prevalência de queixas urinárias e o impacto destas na qualidade de vida de mulheres integrantes de grupos de atividade física. *Acta Fisiatrl* 2008; 15(3): 170 175.
20. Persson J, Hanssen PW, Rydhstroen H. Obstetric risk factors for stress urinary incontinence: a population-based study. *Obst Gynecol* 2000; 96(3):440-4527.
21. Peyrart L, et al. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle-aged women. *BJU Int.* Jan 2002, 89(1), p.61-6.
22. Reis RB, Cologna AJ, Martins ACP, Paschoalin EL, Yucci Jr S, Suaid HJ. Incontinência urinária no idoso. *Acta Cir Bras*. 2003; 18.
23. Ribeiro, JP; Raimundo, A. Satisfação sexual e percepção de saúde em mulheres com incontinência urinária. *Aná. Psicológica*, jul. 2005, vol.23, no. 3, p.305-314.
24. Subak LL et al. Weight loss: a novel and effective treatment for urinary incontinence. *J Urol.* Jul, 2005, 174 (1), p. 190-5.
25. Tamanini JT, Tamanini MMM, Mauad LMQ, Auler AMBAR. Incontinência urinária: prevalência e fatores de risco em mulheres atendidas no Programa de Prevenção do Câncer Ginecológico. *BEPA*. 2006; 3(34):17-24.