

MARIANA TIROLI RETT¹
JOSÉ ANTONIO SIMÕES²
VIVIANE HERRMANN³
MARIA SALETE COSTA GURGEL³
SIRLEI SIANI MORAIS⁴

Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia

Women's life quality after physical therapy treatment for stress urinary incontinence

Artigos originais

Palavras-chaves:

Incontinência urinária por estresse/terapia
Incontinência urinária por estresse/reabilitação
Modalidades de fisioterapia/métodos
Qualidade de vida
Assoalho pélvico/fisiologia
Contração muscular/fisiologia

Keywords:

Urinary incontinence, stress/therapy
Urinary incontinence, stress/rehabilitation
Physical therapy modalities/methods
Quality of life
Pelvic floor/physiology
Muscle contraction/physiology

Resumo

OBJETIVO: comparar a qualidade de vida (QV) antes e após tratamento fisioterápico de mulheres com incontinência urinária de esforço (IUE). **MÉTODOS:** ensaio clínico não controlado com 26 mulheres com queixa clínica predominantemente de IUE. Foram excluídas mulheres na pós-menopausa, com hiperatividade do detrusor, com cistocele grau II ou maior e tratamento cirúrgico/conservador anterior. O tratamento fisioterápico constituiu-se em 12 sessões individuais de cinesioterapia do assoalho pélvico associadas ao biofeedback eletromiográfico, e as mesmas realizavam 200 contrações divididas entre fásicas (rápidas) e tônicas (lentas). Para avaliar a QV, todas responderam ao King's Health Questionnaire (KHQ), antes e após o tratamento. Os dados foram descritos em frequências, médias e desvios-padrões, medianas, mínimos e máximos. Os escores do KHQ foram comparados pelo teste de Wilcoxon para amostras pareadas, com nível de significância de 0,05. **RESULTADOS:** houve uma diminuição dos sintomas urinários, particularmente da frequência urinária, noctúria, urgência miccional e perdas urinárias aos esforços. Observou-se uma melhora significativa nos escores dos domínios do KHQ: percepção da saúde (49,0±24,0 versus 26,9±15,7; p=0,0015), impacto da incontinência (78,2±28,2 versus 32,1±30,5; p=0,001), limitações das atividades diárias (75,0±28,2 versus 13,5±22,6; p<0,001), limitações físicas (72,4±29,4 versus 15,4±24,5; p<0,001), limitações sociais (38,3±28,6 versus 6,4±14,5; p<0,001), emoções (59,0±33,8 versus 14,1±24,7; p=0,0001), sono/energia (34,0±23,8 versus 6,4±16,4; p=0,001) e as medidas de gravidade (66,9±19,6 versus 22,3±24,2; p<0,001), exceto das relações pessoais (60,5±33,9 versus 41,7±16,7; p=0,0679). **CONCLUSÕES:** a QV de mulheres com IUE tratadas com fisioterapia pode melhorar em diversos aspectos, quando avaliada com um instrumento específico, como o KHQ.

Abstract

PURPOSE: to compare women's quality of life (QoL) before and after physical therapy treatment for stress urinary incontinence (SUI). **METHODS:** an uncontrolled clinical trial of 26 women, who had mainly complaints of SUI. Post-menopausal women with overactive bladder, cystocele ≥grade II and previous surgical/conservative treatments were excluded from the study. The physiotherapy treatment relied on 12 individual pelvic floor exercises assisted by electromyographic-biofeedback sessions. A total of 200 contractions were carried out, divided in phasic (quick) and tonic (slow). The tool used to evaluate QoL was the King's Health Questionnaire (KHQ), before and after the treatment. **RESULTS:** there was a decrease in the urinary symptoms, particularly in urinary frequency, nocturia, urgency and urinary incontinence. Regarding the QoL, there was a significant improvement in the following domain scores: general health perception (49.0±24.0 versus 26.9±15.7; p=0.0015), incontinence impact (78.2±28.2 versus 32.1±30.5; p=0.001), activity limitation (75.0±28.2 versus 13.5±22.6; p<0.001), physical limitation (72.4±29.4 versus 15.4±24.5; p<0.001), social limitations (38.3±28.6 versus 6.4±14.5; p<0.001), emotions (59.0±33.8 versus 14.1±24.7; p=0.0001), sleep/energy (34.0±23.8 versus 6.4±16.4; p=0.001) and severity measures (66.9±19.6 versus 22.3±24.2; p<0.001), except for personal relationships (60.5±33.9 versus 41.7±16.7; p=0.0679). **CONCLUSIONS:** there was an improvement in several aspects of women's QoL treated by physiotherapy, when evaluated with a specific tool, the KHQ.

Correspondência:

Prof. Dr. José Antonio Simões
Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP
Caixa Postal 6181 – CEP 13084-971 – Campinas/SP
Fone: (19) 3289-2856 – Fax: (19) 3289-2440
E-mail: jsimoes@caism.unicamp.br

Recebido

01/09/2006

Aceito com modificações

17/01/2007

Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil. Projeto financiado pela FAPESP; processo nº 02/12181-5.

¹ Fisioterapeuta, Doutoranda pelo Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – FCM/UNICAMP – Supervisora do Estágio Supervisionado II em Ginecologia e Obstetrícia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC Minas – docente da Universidade Estácio de Sá (RJ) e da Faculdade Pitágoras – Belo Horizonte (MG), Brasil.

² Professor Livre-docente do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – FCM/UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

³ Professor Assistente-Doutor do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – FCM/UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

⁴ Estatística, responsável pelo Serviço de Estatística do Centro da Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

Introdução

A incontinência urinária de esforço (IUE) é definida pela Sociedade Internacional de Continência (ICS) como a queixa de perda involuntária de urina no esforço físico, espirro ou tosse¹. É o tipo mais comum de incontinência urinária (IU) e a sua prevalência pode variar de 12 a 56% dependendo da população estudada e do critério empregado para o diagnóstico^{2,3}.

O tratamento da IUE pode ser cirúrgico ou conservador e no Brasil a abordagem ainda é tradicionalmente cirúrgica⁴. Entretanto, visto que o tratamento cirúrgico envolve procedimentos invasivos que podem ocasionar complicações, são de custo elevado e podem ser contra-indicados em algumas mulheres, atualmente tem surgido interesse crescente por opções de tratamentos mais conservadores. Assim, dependendo do tipo e da severidade da IU, o tratamento fisioterápico tem sido recomendado como uma forma de abordagem inicial⁵.

Os exercícios fisioterápicos de fortalecimento do assoalho pélvico, os cones vaginais e a eletroestimulação intravaginal têm apresentado resultados expressivos para a melhora dos sintomas de IU em até 85% dos casos^{6,7}. Um dos principais objetivos do tratamento fisioterápico é o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico, pois a melhora da força e da função desta musculatura favorece uma contração consciente e efetiva nos momentos de aumento da pressão intra-abdominal, evitando assim as perdas urinárias⁸. Também colaboram positivamente na melhora do tônus e das transmissões de pressões da uretra, reforçando o mecanismo de continência urinária^{4,6}.

Entretanto, muitas mulheres ignoram a localização e a função do assoalho pélvico e são incapazes de contrair satisfatoriamente essa musculatura após apenas uma instrução verbal ou escrita. Deste modo, é importante a utilização de equipamentos de biofeedback para a conscientização e controle seletivo dos músculos do assoalho pélvico⁶. Esses equipamentos de biofeedback informam a paciente por meio de sinais visuais ou sonoros qual grupo muscular deve ser trabalhado e, portanto, potencializam os efeitos dos exercícios perineais⁹.

Embora a IU não coloque diretamente a vida das pessoas em risco, é uma condição que pode trazer sérias implicações médicas, sociais, psicológicas, e econômicas, afetando adversamente a qualidade de vida (QV)¹⁰. A QV é um conceito multidimensional que incorpora aspectos sociais, físicos e mentais e, portanto, está relacionada com a percepção subjetiva do indivíduo sobre sua condição ou doença e subsequente tratamento¹¹.

Estudos europeus¹², norte-americanos¹³ e brasileiros¹⁰ demonstram importante prejuízo na QV de mulheres com incontinência urinária de urgência, incontinência

mista e com IUE, em diferentes faixas etárias. Alguns autores comentam que a incontinência de urgência e a mista causam mais prejuízos do que a IUE, especialmente em mulheres na pós-menopausa, idade em que é freqüente a presença de sintomas irritativos e/ou mistos¹³. Em um aspecto geral, as mulheres com IU referem limitações em níveis físicos (praticar esporte, carregar objetos), alterações nas atividades sociais, ocupacionais e domésticas, influenciando negativamente o estado emocional e a vida sexual^{14,15}. Além disso, pode provocar desconforto social e higiênico, pelo medo da perda urinária, pelo cheiro de urina, pela necessidade de utilizar protetores (absorventes) e de trocas mais freqüentes de roupas^{14,15}. A presença de sintomas irritativos, como a noctúria, urgência e urge-incontinência, muitas vezes atrapalha o sono e o relacionamento social, levando a quadros de cansaço, depressão e isolamento¹⁶.

O interesse em mensurar a QV, em relação aos cuidados de saúde, tem aumentado nos últimos anos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a avaliação da QV, levando em consideração decisões de tratamento, autorização para novos fármacos e políticas de pesquisa. Portanto, como a IU causa grande impacto na QV das pacientes, a sua mensuração é um dos parâmetros úteis para avaliar o resultado do tratamento escolhido e facilita a comparação de estudos realizados em locais diferentes, utilizando tratamentos diferentes, em populações semelhantes¹¹. Além disso, o envolvimento do próprio paciente no seu tratamento e a necessidade de avaliação mais ampla de como e quanto determinada doença ou intervenção do profissional de saúde atinge a QV são fundamentais em qualquer serviço de saúde.

Diante das diversas alterações sociais, pessoais e emocionais das mulheres frente à perda urinária, é relevante avaliar a QV destas mulheres, valorizando assim a opinião do paciente sobre sua própria condição de saúde. Desde 1997, a ICS recomenda que medidas de avaliação da QV sejam incluídas em todas as pesquisas clínicas sobre IU como um complemento aos tradicionais parâmetros clínicos¹⁷. Isso se deve ao fato de que muitos métodos, como estudo urodinâmico, teste do absorvente e teste de esforço, são utilizados como parâmetros objetivos na avaliação do tratamento da IU, mas não contemplam o impacto que esta condição causa na QV e no cotidiano destas mulheres¹⁷.

Existem na literatura muitos questionários que abordam a QV em mulheres com IU, sendo estes instrumentos genéricos ou específicos e que podem ser utilizados para tratamentos cirúrgicos^{14,18} ou conservadores⁹. No Brasil, Fonseca et al.¹⁹ recentemente traduziram e validaram um questionário específico, o King's Health Questionnaire (KHQ), que avalia tanto a presença de sintomas

de IU, quanto seu impacto relativo. A utilização deste instrumento específico é relevante para avaliar a QV nas pesquisas clínicas brasileiras, pois permite mensurar um dos resultados da intervenção terapêutica em estudo, além de ser um guia da terapêutica e estabelecer um bom diálogo com o paciente. Como atualmente o tratamento conservador faz parte do contexto da reabilitação de mulheres com IUE, a avaliação da QV neste tipo de tratamento também é importante. Recentes publicações têm demonstrado importante melhora da QV de mulheres submetidas ao tratamento conservador e que foram avaliadas com o KHQ^{8,9,20}.

Entretanto, o mesmo ainda não foi utilizado no Brasil, entre mulheres submetidas ao tratamento conservador da IU, especialmente de mulheres no menacme. Diante da relevância do tema para profissionais que tratam as mulheres com IUE, da importância para as pacientes de serem investigadas sobre o impacto da IUE na sua condição de saúde e também pela falta de estudos nacionais, o objetivo deste trabalho foi avaliar a QV de mulheres antes e após tratamento fisioterápico para IUE.

Métodos

Este estudo foi desenvolvido no Serviço de Fisioterapia do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, redigido conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Foi realizado um ensaio clínico não controlado no período de outubro de 2003 a junho de 2004 com 26 mulheres que apresentavam queixa clínica predominantemente de IUE por hiper mobilidade do colo vesical. Antes de iniciar o tratamento, todas as mulheres foram submetidas à avaliação ginecológica e estudo urodinâmico para excluir IUE por deficiência esfíncteriana intrínseca da uretra, hiperatividade do detrusor e obstrução infra-vesical. Os outros critérios de exclusão foram: ser menopausada, apresentar cistocele maior que grau II e ter sido previamente submetida a tratamento cirúrgico ou conservador para IUE.

Na abordagem inicial, foram coletadas informações sócio-demográficas (idade e cor da pele declarada) e clínicas (índice de massa corpórea e tempo de perda urinária), além de antecedentes obstétricos (paridade, partos vaginais e cesáreos) e ginecológicos (distopias).

Antes de iniciar o tratamento e após o seu término, foi aplicado o KHQ¹⁹. O KHQ é composto por 30 perguntas que são arrançadas em nove domínios. Relatam, respectiva-

mente: a percepção da saúde, impacto da incontinência, as limitações nos desempenhos das tarefas, a limitação física, a limitação social, o relacionamento pessoal, as emoções, o sono/energia e as medidas de gravidade. Existe também uma escala de sintomas que é composta pelos seguintes itens: aumento da frequência urinária, noctúria, urgência, hiperreflexia vesical, IUE, enurese noturna, incontinência no intercurso sexual, infecções urinárias e dor na bexiga. A todas as respostas são atribuídos valores numéricos, somados e avaliados por domínios. As respostas foram baseadas numa escala numérica crescente e proporcional à intensidade da queixa (0=não/não se aplica; 1=um pouco/às vezes; 2=mais ou menos/várias vezes; 3=muito/sempre), exceção feita ao domínio percepção geral de saúde, que tem cinco opções de resposta: muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim. O KHQ é pontuado por cada um dos seus domínios, não havendo, portanto, score geral. Os escores variam de zero a 100, e quanto maior a pontuação obtida, pior é a qualidade de vida relacionada àquele domínio. O questionário foi originalmente padronizado para ser auto-administrado, porém, a aplicação foi feita na forma de entrevista.

O protocolo de tratamento consistia em exercícios para o fortalecimento do assoalho pélvico associados ao biofeedback eletromiográfico Myotrac 3G (Thought Technology, Montreal, Canadá), com o uso de um sensor intravaginal conectado a este equipamento. As mulheres eram encorajadas a realizar contrações fásicas (rápidas) e tônicas (lentas) do assoalho pélvico, totalizando aproximadamente 200 contrações, distribuídas nas posições de decúbito dorsal, na posição sentada e ortostática. Estas contrações podiam ser observadas na tela de um computador, o que fornecia a resposta visual às mulheres. Elas foram submetidas a 12 sessões de tratamento, realizadas duas vezes por semana, durante seis semanas consecutivas. As sessões foram individuais e com duração de 45 minutos.

Os dados foram descritos em frequências absolutas, porcentagens, médias e desvios-padrões, medianas, mínimos e máximos. Os escores dos domínios da avaliação da QV foram comparados pelo teste de Wilcoxon para amostras pareadas, com nível de significância de 0,05.

Resultados

A idade das mulheres variou de 31 a 52 anos, com média de 42,5 anos (DP±5,5), e o índice de massa corpórea variou de 21,2 a 34,7 kg/m², com média de 27,1 kg/m² (DP±3,5). O tempo médio da queixa de IUE variou de dois a 10 anos, com média de 5,4 anos (DP±3,7). A maioria das mulheres, 76,9%, era branca. Em relação aos antecedentes obstétricos, apenas uma

mulher era nulípara, 14 tiveram entre um e três partos, e 11 tiveram quatro ou mais partos. Quanto à via de parto, 19 mulheres tiveram no mínimo um parto vaginal e sete tiveram apenas cesárea. Foi observado cistocele grau I em 16 (61,5%) e grau II em duas (7,7%) mulheres da amostra. Das seis mulheres que apresentaram retocele, esta foi de grau I (Tabela 1).

Em relação à escala de sintomas urinários do KHQ, antes e após o tratamento, foi investigado isoladamente o quanto alguns sintomas afetavam as mulheres. Na Tabela 2 pode ser observado que, antes do tratamento, os sintomas mais comuns e que afetavam “muito” estas mulheres foram o aumento da frequência urinária em 17 (65,4%), a noctúria e a urgência miccional em 15 (57,7%). A incontinência durante a relação sexual e dor na bexiga foram em menor proporção, afetando apenas oito (30,8%) mulheres. A IU aos esforços foi o sintoma mais relatado e o qual mais as incomodava. A grande maioria, 23 (88,5%) mulheres, referiu ser um problema que afetava “muito” e três mulheres referiram afetar “mais ou menos”. Os sintomas menos relatados antes do tratamento foram a urge-incontinência, infecções urinárias frequentes e dificuldade para urinar. A enurese noturna não foi relatada por nenhuma mulher.

Ao final do tratamento, pôde ser observado que, em relação à alta frequência urinária, menos de metade da amostra, 12 (46,2%) mulheres, não apresentava mais o sintoma, e daquelas mulheres que ainda o

Tabela 1 - Características sócio-demográficas, obstétricas e ginecológicas das pacientes com IUE tratadas com fisioterapia.

	Média	Desvio padrão
Idade (anos)	42,5	5,5
Índice de massa corpórea (kg/m) ²	27,1	3,5
Tempo de perda urinária (anos)	5,4	3,7
Cor da pele	N	%
Branca	20	76,9
Preta	1	19,2
Parda	5	3,9
Gestações		
Nulíparas	1	3,8
1-3	14	53,9
≥4	11	42,3
Partos vaginais		
0	7	26,9
1-2	9	34,6
≥3	10	38,5
Partos cesáreos		
0	15	57,7
1-2	8	30,8
≥3	3	11,5
Cistocele		
ausente	8	30,8
grau I	16	61,5
grau II	2	7,7
Retocele		
ausente	20	77
grau I	6	23

Tabela 2 - Escala de sintomas urinários antes e após o tratamento.

Quanto os problemas afetam você?		Um pouco		Mais ou menos		Muito	
Sintomas		n	%	n	%	n	%
Aumento da frequência urinária	antes	5	19,2	4	15,4	17	65,4
	após	12	46,2	1	3,8	1	3,8
Noctúria	antes	4	15,4	7	26,9	15	57,7
	após	7	26,9	0	-	1	3,8
Urgência miccional	antes	2	7,7	6	23,1	15	57,7
	após	4	15,4	0	-	3	11,5
Urge-incontinência	antes	2	7,7	0	-	4	15,4
	após	0	-	0	-	1	3,8
Incontinência urinária de esforço	antes	0	-	3	11,5	23	88,5
	após	12	46,2	2	7,7	3	11,5
Enurese noturna	antes	0	-	0	0,0	0	-
	após	0	-	0	-	0	-
Incontinência durante a relação sexual	antes	0	-	1	3,8	8	30,8
	após	0	-	1	3,8	3	11,5
Infecções urinárias frequentes	antes	2	7,7	1	3,8	2	7,7
	após	1	3,8	0	-	0	-
Dor na bexiga	antes	4	15,4	4	15,4	8	30,8
	após	4	15,4	0	-	1	3,8
Dificuldade para urinar	antes	2	7,7	2	7,7	1	3,8
	após	1	3,8	0	-	0	-

Tabela 3 - Comparação dos escores da qualidade de vida, segundo os domínios do King's Health Questionnaire (KHQ), antes e após o tratamento.

Domínios do KHQ	Antes	Após	Antes	Após	p*
	Média±desvio padrão		mediana (mínimo-máximo)		
Percepção da saúde	49,0±24,0	26,9±15,7	50 (50-100)	25 (0-75)	0,0015
Impacto da incontinência	78,2±28,2	32,1±30,5	100 (0-100)	33,3 (0-100)	0,0001
Limitações das atividades diárias	75,0±27,2	13,5±22,6	83,3 (16,7-100)	0 (0-100)	<0,0001
Limitações físicas	72,4±29,4	15,4±24,5	83,3 (16,7-100)	0 (0-100)	<0,0001
Limitações sociais	38,3±28,6	6,4±14,5	33,0 (0-100)	0 (0-55,6)	<0,0001
Relações pessoais	60,5±33,9	41,7±16,7	66,7 (0-100)	33,3 (33,3-66,7)	0,0679
Emoções	59,0±33,8	14,1±24,7	55,6 (0-100)	0 (0-100)	0,0001
Sono/energia	34,0±23,8	6,4±16,4	33,0 (0-83,3)	0 (0-66,7)	0,0001
Medidas de gravidade	66,9±19,6	22,3±24,2	66,7 (26,7-100)	13,3 (0-100)	<0,0001

*teste de Wilcoxon $p < 0,05$.

relatavam, apenas uma referiu afetar “muito”. Em relação à noctúria e à urgência miccional, 18 (69,2%) mulheres não apresentavam os sintomas. Apenas uma (3,8%) ainda se sentia “muito” incomodada com a noctúria e três (11,5%), com a urgência miccional. Nove (34,6%) mulheres não relataram IUE e daquelas que permaneceram com a queixa, três (11,5%) se sentiam “muito” afetadas, duas (7,6%) referiram que ainda afetava “mais ou menos” e 12 (46,1%), “um pouco”. Apenas três (11,5%) se sentiam “muito” afetadas com incontinência durante a relação sexual e uma (3,8%) com dor na bexiga. Os outros sintomas investigados também foram relatados com menor frequência e em menor intensidade (Tabela 2).

Observou-se uma diminuição significativa das médias e medianas dos escores dos domínios avaliados pelos KHQ, em relação à percepção da saúde (49,0±24,0 *versus* 26,9±15,7; $p=0,0015$), impacto da incontinência (78,2±28,2 *versus* 32,1±30,5; $p=0,001$), limitações das atividades diárias (75,0±28,2 *versus* 13,5±22,6; $p < 0,001$), limitações físicas (72,4±29,4 *versus* 15,4±24,5; $p < 0,001$), limitações sociais (38,3±28,6 *versus* 6,4±14,5; $p < 0,001$), emoções (59,0±33,8 *versus* 14,1±24,7; $p=0,0001$), sono/energia (34,0±23,8 *versus* 6,4±16,4; $p=0,001$) e as medidas de gravidade (66,9±19,6 *versus* 22,3±24,2; $p < 0,001$). O único escore que não apresentou diferença significativa foi o relacionado às relações pessoais (60,5±33,9 *versus* 41,7±16,7; $p=0,0679$) (Tabela 3).

Discussão

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

qualidade de vida após um tratamento fisioterápico, este instrumento tem se mostrado adequado para avaliar o impacto da IU em mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico e ao medicamentoso^{18,21}.

Mesmo conhecendo as variações individuais, sabemos que, em maior ou menor proporção, a IU e seus sintomas associados podem repercutir negativamente não só na saúde física, mas em aspectos emocionais e psicológicos²². Além disso, outros fatores, como gênero, idade, condição sócio-econômica e a quantidade de perda urinária, também podem ser responsáveis pelas diferenças do comportamento pessoal frente à IU¹².

Em nosso estudo observamos que todas as mulheres relataram aumento da frequência urinária, noctúria, urgência miccional e perdas aos esforços, exceto a enurese e outros sintomas em pequena proporção como infecções urinárias de repetição e a dificuldade para urinar. Isso é esperado, pois as pacientes selecionadas têm como principal queixa a IUE e não estes outros sintomas, que são menos comuns neste tipo de diagnóstico. Além disso, nossa amostra foi de mulheres no menacme e pesquisas nacionais¹⁰ relatam que a queixa de IUE ocorre em média entre mulheres mais jovens, com média de idade de 44,9 anos, enquanto a incontinência urinária mista e a incontinência urinária de urgência predominaram nas mulheres com média de idade maior.

A presença da IUE associada ao aumento da frequência urinária, à noctúria e à urgência miccional demonstrou prejuízos nos escores dos domínios do KHQ que envolvem as realizações de atividades físicas, domésticas, no relacionamento social, no sono e disposição da maioria das mulheres estudadas, assim como observado na literatura²⁰.

O tratamento conservador e a QV têm sido objeto de estudo, pois esse tratamento apresenta mínimos efeitos colaterais e não impossibilita um tratamento cirúrgico futuro^{5,22}. Assim como os resultados do pre-

sente estudo, encontrou-se na literatura uma melhora significativa dos escores do impacto da incontinência, das limitações das atividades diárias e das limitações físicas, após a realização de um protocolo específico de fisioterapia⁸. Balmforth et al.⁸, avaliando 97 mulheres com média de idade de 49,5 ($\pm 10,6$) anos, demonstraram uma associação significativa e positiva da melhora da posição do colo vesical e melhora anatômica e funcional do assoalho pélvico com a melhora da QV avaliada com o KHQ²³.

Outro estudo utilizando o KHQ demonstrou, em um “follow-up” de um ano, que a QV se manteve significativamente melhor após o tratamento da IU com diversos recursos fisioterápicos²⁰. Uma vez que as mulheres passam a ter mais controle urinário e se sentem menos preocupadas com eventuais episódios de incontinência, sentem-se menos restritas nas realizações de suas atividades cotidianas, nas atividades ocupacionais e nas atividades físicas, especialmente aquelas no menacme, que têm um estilo de vida mais ativo¹⁴. Assim, quando a mulher passa a perder urina em menor quantidade, ela fica menos preocupada em relação à ingestão líquida, utiliza menos proteção, preocupa-se menos em cheirar urina ou ficar molhada e conseqüentemente melhora sua condição clínica²⁰. Isso pode ser suportado pelo nosso estudo, pois, após o tratamento proposto, a maioria das mulheres referiu que a freqüência urinária e a IUE não afetava ou afetava muito pouco sua vida. Complementando estes dados, o escore que avalia as medidas de severidade também diminuiu significativamente, demonstrando que menos episódios de perda urinária permitem uma necessidade menor de uso de absorventes e de troca de roupa íntima, assim como em outros estudos^{9,20}.

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 amigos¹⁰. Isto está relacionado ao fato de as mulheres evitarem sair de casa, pois além de ficarem envergonhadas e com medo de cheirarem a urina, não sabem se encontrarão um local adequado para realizar suas micções e sua higiene pessoal, no caso de noctúria, urgência miccional ou até de urge-incontinência^{12,15}. Assim como em nossos resultados, outros estudos observaram, após o tratamento fisioterápico, uma melhora significativa dos escores das limitações sociais^{8,20}, emoções^{8,9,20}, sono e disposição^{8,9}.

Pode-se acrescentar ainda que, após o tratamento, os sintomas irritativos como aumento da freqüência urinária, noctúria e urgência também incomodavam menos ou então não estavam presentes, o que também é esperado com a realização dos exercícios do

assoalho pélvico associados ao biofeedback. Em um estudo randomizado de 12 semanas com biofeedback, eletroestimulação e cinesioterapia para hiperatividade do detrusor, foi observada com o KHQ uma melhora destes sintomas e dos domínios de limitações físicas, limitações sociais e também nas relações pessoais de mulheres com idade variada⁹.

Todavia, não foi observada diferença significativa no escore do domínio relacionado às relações pessoais. Como este item envolve aspectos da vida familiar e sexual, provavelmente não houve mudanças pelo fato de muitas mulheres não comentarem com a família o problema da perda urinária e/ou pela intensidade da perda urinária não afetar a vida com o parceiro ou ainda por algumas mulheres não terem vida sexual ativa durante o tratamento. Isso pode ser observado na escala de sintomas urinários, em que a perda urinária durante a relação sexual incomodava apenas nove das 26 mulheres avaliadas. Nossos dados divergem um pouco da literatura, que retrata que a vida sexual e o relacionamento com o parceiro podem estar bastante comprometidos pelo impacto que a perda urinária pode causar neste aspecto, conforme demonstrado pela avaliação com o KHQ²³. Entretanto, mesmo sendo uma condição comum entre as mulheres, ainda é um assunto que causa constrangimento e pouco mais da metade destas mulheres que têm algum tipo de IU e, em especial a IUE, revelam o problema e procuram tratamento¹⁶.

Mesmo observando uma diferença significativa na maioria dos escores avaliados, exceto nas relações pessoais, é importante ressaltar que o impacto destes sintomas na vida de cada uma está intimamente ligado à percepção individual que estas mulheres têm frente à severidade, tipo e quantidade da perda urinária. Além disso, está relacionada ao contexto cultural de cada indivíduo^{12,14,24}. Adicionalmente, é importante destacar algumas limitações do estudo que podem interferir nos resultados, como uma amostra pequena e avaliação da QV em forma de entrevista. Contudo, embora nossa amostra seja de mulheres apenas no menacme, nossos dados estão consoantes com a literatura, que demonstram prejuízo na QV em mulheres de meia idade (50-59 anos)²⁵ e melhora da QV após tratamento fisioterápico naquelas com média de idade de 47 (23-77)²⁰ e 49,5 ($\pm 10,6$) anos⁸.

Pelo grande impacto da incontinência na vida das pacientes, o profissional de saúde deve estar comprometido em avaliar a QV na prática clínica diária, pois ela será cada vez mais um parâmetro fundamental para guiar, direcionar e justificar quais intervenções deverão ser realizadas em consultas individuais e principalmente

pelo sistema de saúde. Assim, o profissional deve estar atento em melhorar a auto-estima, as relações pessoais, físicas e sociais, orientando e intervindo no restabelecimento da sua paciente.

Concluimos que o presente estudo permitiu demonstrar que a QV de mulheres com IUE tratadas com fisioterapia pode melhorar em diversos aspectos, quando avaliada com um instrumento específico, como o KHQ.

Referências

- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A; Standardisation Sub-Committee of the International Continence Society. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*. 2003; 61(1):37-49. Review.
- Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar A. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *J Clin Epidemiol*. 2000; 53(11):1150-7.
- Siracusano S, Pregazzi R, D'Aloia G, Sartore A, Di Benedetto P, Pecorari V, et al. Prevalence of urinary incontinence in young and middle-aged women in Italian urban area. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2003; 107(2):201-4.
- Amaro JA, Gameiro MO, Moreira EH. Exercícios perineais. In: Ribeiro RM, Rossi P, Pinotti JA, editores. *Uroginecologia e cirurgia vaginal*. São Paulo: Roca; 2001. p. 5-62.
- Fantl JA, Newman DK, Colling J, DeLancey JOL, Keeys C, Loughery A, et al. Urinary incontinence in adults: acute and chronic management. Rockville: US Department of Health and Human Services/Public Health Service/Agency for Health Care Policy and Research; 1996. (Clinical Practice Guideline, 2; AHCPR Publ. 96-0682).
- Hay-Smith EJ, Bo Berghmans LC, Hendriks HJ, de Bie RA, van Waalwijk van Doorn ES. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001; (1): CD001407. Review.
- Herrmann V, Potrik BA, Palma PCR, Zanettini CL, Marques A, Netto Júnior NR. Eletroestimulação transvaginal do assoalho pélvico no tratamento da incontinência urinária de esforço: avaliações clínica e ultra-sonográfica. *Rev Assoc Med Bras*. 2003; 49(4):401-5.
- Balmforth JR, Mantle J, Bidmead J, Cardozo L. A prospective observational trial of pelvic floor muscle training for female stress urinary incontinence. *BJU Int*. 2006; 98(4):811-7.
- Wang AC, Wang YY, Chen MC. Single-blind, randomized trial of pelvic floor muscle training, biofeedback-assisted pelvic floor muscle training, and electrical stimulation in the management of overactive bladder. *Urology*. 2004; 63(1): 61-6.
- Lopes MHB, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev Esc Enfermagem USP*. 2006; 40(1):34-41.
- The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
- Papanicolaou S, Hunskaar S, Lose G, Sykes D. Assessment of bothersomeness and impact on quality of life of urinary incontinence in women in France, Germany, Spain and UK. *BJU Int*. 2005; 96(6):831-8.
- Coyne KS, Zhou Z, Thompson C, Versi E. The impact on health-related quality life of stress, urge and mixed urinary incontinence. *BJU Int*. 2003; 92(7):731-5.
- Kelleher C. Quality of life and urinary incontinence. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynecol*. 2000; 14(2):363-79.
- Saleh N, Bener A, Khenyab N, Al-Mansori Z, Al-Muraikhi A. Prevalence, awareness and determinants of health care-seeking behaviour for urinary incontinence in Qatari women: a neglected problem? *Maturitas*. 2005; 50(1):58-65.
- Fultz NH, Burgio K, Diokno A, Kinchen KS, Obenchain R, Bump RC. Burden of stress urinary incontinence for community-dwelling women. *Am J Obstet Gynecol*. 2003; 189(5):1275-82.
- Blaivas JG, Appell RA, Fantl JA, Leach G, McGuire EJ, Resnick NM, et al. Standards of efficacy for evaluation of treatment outcomes in urinary incontinence: recommendations of the Urodynamic Society. *Neurourol Urodyn*. 1997;16(3):145-7.
- Auge Ap, Zucchi CM, Costa FMP, Nunes K, Cunha LPM, Silva PVF, et al. Comparações entre os índices de qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária submetidas ou não ao tratamento cirúrgico. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006; 28(6):352-7.
- 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.
- Neumann PB, Grimmer KA, Grant RE, Gill VA. Physiotherapy for female stress urinary incontinence: a multicentre observational study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2005; 45(3):226-32.
- Bidmead J, Cardozo L, McLellan A, Khullar V, Kelleher C. A comparison of the objective and subjective outcomes of colposuspension for stress incontinence in women. *BJOG*. 2001; 108(4):408-13.
- Klüber L, Moriguchi EH, Cruz IBM. A influência da fisioterapia na qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária: revisão. *Rev Med PUCRS*. 2002; 12(3):243-9.
- Stach-Lempinen B, Kirkinen P, Laippala P, Metsanoja R, Kujansuu E. Do objective urodynamic or clinical findings determine impact of urinary incontinence or its treatment on quality of life? *Urology*. 2004; 63(1):67-71.
- Yip SK, Chan A, Pang S, Leung P, Tang C, Shek D, et al. The impact of urodynamic stress incontinence and detrusor overactivity on marital relationship and sexual function. *Am J Obstet Gynecol*. 2003; 188(5):1244-8.
- Teleman P, Lidfeldt J, Nerbrand C, Samsioe G, Mattiasson A. Lower urinary tract symptoms in middle-aged women-prevalence and attitude towards mild urinary incontinence: a community-based population study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005; 84(11):1108-12.