

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO
À SAÚDE**

KELLY CHRISTINA DE FARIA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E FUNÇÃO SEXUAL
DE MULHERES COM E SEM INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

**UBERABA-MG
2010**

KELLY CHRISTINA DE FARIA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E FUNÇÃO SEXUAL DE
MULHERES COM E SEM INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. Leila Aparecida Kauchajke Pedrosa

UBERABA-MG
2010

***Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Frei Eugênio, Universidade Federal do Triângulo
Mineiro, MG, Brasil)***

F234a Faria, Kelly Christina de, 1980-
Avaliação da qualidade de vida e função sexual de mulheres com
e sem incontinência urinária/ Kelly Christina de Faria.-- 2010.
101f. : tab. ; graf. ; fig.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal
do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2010.
Orientadora: Prof^ª. Dra. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa

1. Saúde da Mulher. 2. Qualidade de vida. 3. Incontinência Urinária.
4. Comportamento sexual. I. Título. II. Universidade Federal do Triângulo
Mineiro. III. Pedrosa, Leila Aparecida Kauchakje

CDU 613. 99

KELLY CHRISTINA DE FARIA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E FUNÇÃO SEXUAL DE MULHERES
COM E SEM INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

Dissertação de Mestrado, apresentada à Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde. Área de concentração: Saúde e enfermagem.

Aprovada em ... de de 2010.

Prof^a. Dr^a. Leila Aparecida Kauchajke Pedrosa
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Adriana Clemente Mendonça
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Membro

Prof^a. Dr^a. Eliana Faria de Angelice Biffi
Universidade Federal de Uberlândia
Membro

Dedico este trabalho a TI MEU DEUS, minha gratidão por todas as bênçãos derramadas em cada momento deste mestrado, pelo dom da sabedoria e da perseverança, pois só por isto tenho esta vitória. E aos meus pais, Hélio e Ilda, por todo amor, carinho e apoio.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, por tudo. Oportunidade, proteção, amor, força e sabedoria.

À toda a minha família pelo companheirismo.

Aos meus pais, meus maiores incentivadores, pelo amor, apoio e exemplo de vida.

Ao meu irmão Rodrigo pela presença e auxílio.

À minha tia Ilva pelas orações.

Ao meu amorzinho pela presença...

Ao REUNI, pelo apoio financeiro.

À UFTM pela oportunidade.

À bibliotecária Ana Paula Azevedo, pelo ensino nas buscas bibliográficas e normas.

À secretária do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Maria Aparecida, pela paciência e colaboração em tudo que precisei.

Aos profissionais do DSIM, pelo auxílio no início da pesquisa.

À Lidiane e à Karla pela paciência e apoio quando precisei.

À Claudilene, pela meiguice e por ser o meu braço direito.

Aos meus colegas mestrandos, Nilce, Karol e Dnieber, pelo convívio, amizade e companheirismo neste período.

À Andrea e à Denise, minhas eternas amigas, pela amizade verdadeira.

À Flavinha, Núbia, Érika, Graziela e ao Christyan pela grande amizade neste período.

À professora Dra. Adriana Clemente Mendonça pelo acolhimento e grandes contribuições no desenvolvimento deste trabalho.

À professora Dra. Eliana Faria de Angelice Biffi, por aceitar fazer parte dessa conquista e pelas contribuições.

À Professora Doutora Sybelle Miranzi pelas orientações e contribuições.

Ao Professor Doutor Vanderlei Haas, pelo auxílio.

À Juliana e Virgínia pelo auxílio nas correções.

À professora Doutora Leila Aparecida Kauchajke Pedrosa, que com muita paciência e carinho auxiliou-me em cada passo deste estudo. Você com certeza faz parte da minha história.

Minha eterna gratidão.

Às mulheres, que participaram desta pesquisa, obrigada por incentivarem a pesquisa e assim colaborarem com a construção de novos princípios para a melhora da qualidade de nossas vidas.

A todos vocês o meu muito obrigado... esta conquista é nossa!

“Tudo quanto fizerem, seja em palavra ou em ação, façam-no em nome do Senhor Jesus, dando por meio d’Ele graças a Deus Pai” (Colossenses 3.17).

“Só existem dois dias na vida que não se pode fazer nada: o ontem e o amanhã.”

Dalai Lama

RESUMO

FARIA, Kelly Christina. **Avaliação da qualidade de vida de e função sexual de mulheres com e sem incontinência urinária**. 2010. 101f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2010.

A incontinência urinária é o estado no qual há eliminação involuntária de urina. A perda da continência urinária é uma condição desconfortável, embaraçosa e estressante e pode afetar até 50% das mulheres em alguma fase da vida. Constitui sintoma com implicações sociais, causando desconforto e perda de autoconfiança, além de interferir, negativamente, na qualidade de vida e na função sexual. Os objetivos do presente estudo foram caracterizar as mulheres com e sem incontinência urinária segundo o perfil sócio – demográfico e antecedentes clínicos e obstétricos; mensurar a qualidade de vida e a função sexual e comparar estes escores entre estas mulheres. Trata-se de um estudo transversal descritivo. Foram entrevistadas 70 mulheres, sendo 35 com diagnóstico de incontinência urinária e 35 sem incontinência. Os dados foram coletados através dos instrumentos: semi-estruturado, WHOQOL-BREF, KHQ e FSFI. Foi realizada análise descritiva e teste *t Student* pareado ($p < 0,05$). Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFTM, Protocolo Nº 1533. Os grupos eram homogêneos de acordo com o n e a faixa etária, tendo como idade média 50 anos ($DP \pm 8,845$) no grupo GI e 50,63 ($DP \pm 9,665$) no grupo GC. Houve prevalência de mulheres casadas ou que moravam com o companheiro em ambos os grupos; escolaridade de 1 a 4 anos de estudo no GI (31,4%) e 11 ou mais anos de estudo no GC (48,6%); renda de 1 a 3 salários mínimos no GC (45,7%) e apenas de 1 salário mínimo no GI (37,1%). Estudando os antecedentes obstétricos, observou-se percentual maior de 2 a 4 partos (40%) e partos vaginais (65,7%) no grupo GI, e de 1 a 2 partos (45,7%) e partos cesarianos (42,9%) no GC. A análise da qualidade de vida das mulheres incontinentes, mensurada pelo KHQ demonstrou maiores escores nos domínios: impacto da incontinência (57,14) e medidas de gravidade (45,71). A qualidade de vida mensurada pelo WHOQOL-BREF evidenciou que as mulheres incontinentes apresentaram média de escore menor ($S=57,14$) quando comparadas com as continentas ($S=71,42$). Em relação aos domínios específicos, ambos os grupos obtiveram maior escore no domínio físico e menor escore no domínio meio ambiente. Na comparação da qualidade de vida entre os grupos observou-se que em todos os domínios houve diferença estatisticamente significativa, exceto no domínio das relações sociais ($t = -1,682$; $p = 0,102$). Na avaliação da função sexual o grupo GI obteve média total de escore menor ($S=17,17$) quando comparado com o grupo GC ($S= 24,20$). Os maiores escores foram obtidos no domínio dor no grupo GI (3,06) e satisfação no grupo GC (4,48) e os menores escores no domínio excitação em ambos os grupos. A comparação da função sexual entre os grupos evidenciou que em todos os domínios houve diferença estatisticamente significativa, exceto no domínio lubrificação ($t = 1,524$; $p = 0,137$). Concluiu-se que tanto na análise da qualidade de vida quanto na função sexual os menores escores foram encontrados no grupo incontinente, evidenciando assim o impacto negativo da incontinência urinária na vida destas mulheres.

Palavras-chave: Saúde da mulher; Qualidade de vida; Incontinência urinária; Comportamento sexual.

ABSTRACT

FARIA, Christina Kelly. **Quality of life and sexual function in women with and without urinary incontinence.** 2010. 101f. Dissertation (Masters in Health Care) – Federal University of Triangulo Mineiro, Uberaba (MG), 2010.

Urinary incontinence is the condition in which there is involuntary urine elimination. The loss of urinary incontinence is an uncomfortable condition embarrassing and stressful and can affect up to 50% of women at some stage of life. It presents symptom with social implications, causing discomfort and loss of confidence and adversely affecting the quality of life and sexual function. The objectives of this study was to characterize women with and without urinary incontinence according to the socio - demographic profile and obstetric and medical history, measuring the quality of life and sexual function and compare these scores between these women. This is a cross sectional study. We interviewed 70 women, 35 were diagnosed with urinary incontinence and 35 without. Data were collected through the instruments: semi-structured, WHOQOL-BREF, KHQ and FSFI. A descriptive analysis and paired Student *t* test ($p < 0,05$). Research approved by the Ethics in Human Research of UFTM, Protocol No. 1533. The groups were homogeneous according number and age, with a mean age 50 years ($DP \pm 8,845$) in GI and 50.63 ($DP \pm 9,665$) in CG. The prevalence of women married or living with a partner in both groups; education the 1 for 4 years of study in GI (31,4%) and 11 or more years of study in control (48,6%), income the 1 for 3 minimum wages in the CG (45,7%) and only a minimum wage in GI (37,1%). Studying the obstetric history, there was a higher percentage from 2 to 4 births (40%) and vaginal delivery (65,7%) in GI, and 1 to 2 births (45,7%) and cesarean sections (42, 9%) in CG. The analysis of quality of life of incontinent women, measured by the KHQ showed higher scores in the domains: incontinence impact (57,14) and gravity measurements (45,71). Quality of life measured by WHOQOL-BREF showed that incontinent women had a mean score lower ($S = 57,14$) compared to the continents ($S = 71,42$). In relation to specific areas, both groups had higher scores in physical domain and lowest scores in the environment domain. Comparing the quality of life between groups showed that in all areas showed a statistically significant, except in the field of social relationships ($t = -1.682$, $p = 0,102$). In the evaluation of sexual function GI group had an average total score lower ($S = 17,17$) compared with the control group ($S = 24.20$). The highest scores were achieved in pain in GI (3,06) and satisfaction in CG (4,48) and the lowest scores in the field excitation in both groups. A comparison of sexual function between groups showed that in all areas showed a statistically significant, except in the lubrication domain ($t = 1,524$; $p = 0,137$). It was concluded that both the analysis of quality of life and sexual function in the lowest scores were found in the incontinent group, thus highlighting the negative impact of urinary incontinence in these women's lives.

Keywords: Women's health; Quality of life; Urinary incontinence; Sexual behavior.

RESUMEN

FARIA, Christina Kelly. **Calidad de vida y la función sexual en mujeres con y sin incontinencia urinaria.** 2010. 101f. Tesis (Maestría en Atención de Salud) Universidad Federal del Triángulo Mineiro, Uberaba (MG), 2010.

La incontinencia urinaria es la condición en la que no es la eliminación involuntaria de orina. La pérdida de la incontinencia urinaria es una condición incómoda y embarazosa estresante y puede afectar hasta 50% de las mujeres en algún momento de la vida. Síntoma está teniendo consecuencias sociales, causando malestar y pérdida de confianza, y afectar negativamente, la calidad de vida. Los estudios han encontrado que aproximadamente el 46% de las mujeres con incontinencia urinaria reportaron que sus trastornos urinarios que afectan a su sexo. Los objetivos de este estudio fue caracterizar las mujeres con y sin incontinencia urinaria de acuerdo al perfil socio-demográfico y antecedentes obstétricos y médicos, la medición de la calidad de vida y función sexual en mujeres con y sin incontinencia urinaria y comparar las puntuaciones de calidad de vida y la función sexual en estas mujeres. Se trata de un estudio de corte transversal. Se entrevistaron 70 mujeres, 35 fueron diagnosticados con incontinencia urinaria y 35 sin ella. Los datos fueron recolectados a través de los instrumentos: semi-estructuradas, WHOQOL-BREF, KHQ y FSFI. Un análisis descriptivo y la prueba t de Student pareadas ($p < 0,05$). De investigación aprobado por la Ética en la Investigación en Seres Humanos de UFTM, el Protocolo N° 1533. Los grupos eran homogéneos según edad ONEA, con una edad media 50 años ($S = 8,845$) en el GI y 50.63 ($S = 9,665$) en el GC. La prevalencia de las mujeres casadas o viven en pareja (77,1%) en el GI (65,7%) en el GC, un \pm 4 años de estudio (31,4%) en el GI y 11 o más años de estudio (48,6%) en el GC; renta de 1 a 3 salarios mínimos (45,7%) en el GC y sólo un salario mínimo (37,1%) en el GI. El estudio de la historia clínica obstétrica en ambos grupos, hubo un mayor porcentaje 2-4 partos (40%) en el GI y el GC 1-2 partos (45,7%). De acuerdo a los tipos de las entregas realizadas por las mujeres, la prevalencia fue mayor (65,7%) de los partos vaginales y en el GI (42,9%) de las cesáreas en el GC. El uso de fórceps y episiotomía como las intervenciones con el parto vaginal fue mayor en el GC (21,4% y 78,6% respectivamente). El análisis de la calidad de vida de las mujeres incontinentes, medida por el KHQ mostraron puntuaciones más altas en los ámbitos: impacto de la incontinencia (57,14) y las mediciones de la gravedad (45,71). La calidad de vida medida por WHOQOL-BREF que ambos grupos tuvieron puntuaciones más altas en un dominio físico y puntuaciones más bajas en el medio ambiente. La comparación de la calidad de vida entre los grupos mostró que el único resultado que no alcanzó una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos fue el dominio de las relaciones sociales ($p=0,102$). La función sexual en el grupo GI tuvo una puntuación media total ($S = 17.17$) más bajos en comparación con el grupo control ($S = 24.20$). Las puntuaciones más altas se alcanzaron en el dolor en el GI (3.06) y la satisfacción en el GC (4,48). En relación con la puntuación más baja, los dos grupos obtenidos en la excitación del campo. Una comparación de la función sexual entre los grupos mostró que el único resultado que no alcanzó diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos fue el dominio de lubricación ($p = 0,137$).

Palabras - clave: Salud de la mujer; Calidad de vida; Comportamiento sexual; Incontinencia urinaria.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de frequência das variáveis sócio – demográficas do grupo com incontinência urinária (GI) e sem incontinência urinária (GC). Uberaba-MG, 2010.....	45
Tabela 2 – Distribuição de frequência das variáveis de condições clínicas e obstétricas do grupo com incontinência urinária (GI) e sem incontinência urinária (GC). Uberaba-MG, 2010.....	47
Tabela 3 – Valores da média, mediana e desvio-padrão no <i>King's Health Questionnaire (KHQ)</i> das mulheres do grupo com incontinência urinária (GI). Uberaba-MG, 2010.....	54
Tabela 4 – Qualidade de vida e função sexual do grupo com incontinência urinária (GI) e sem incontinência urinária (GC) no WHOQOL–BREF e FSFI. Uberaba-MG, 2010.....	58

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Distribuição de frequência do número de partos das mulheres do grupo com incontinência urinária (GI) e sem incontinência urinária (GC). Uberaba-MG, 2010..... 51
- Figura 2** – Distribuição de frequência do tipo de parto das mulheres do grupo com incontinência urinária (GI) e sem incontinência urinária (GC). Uberaba-MG, 2010..... 52

LISTA DE ABREVIATURAS

AP	Assoalho Pélvico
AVC	Acidente Vascular Encefálico
DSIM	Departamento de Sistemas e Métodos
FSFI	<i>Female Sexual Function Index</i>
GC	Grupo Continente
GI	Grupo Incontinente
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ICS	Sociedade Internacional de Continência Urinária
IMC	Índice de Massa Corporal
IU	Incontinência Urinária
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
IUM	Incontinência Urinária Mista
IUU	Incontinência Urinária de Urgência
KHQ	<i>King's Health Questionnaire</i>
MAP	Músculos do Assoalho Pélvico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
QV	Qualidade de vida
SAME	Serviço de Arquivos Médicos
SNC	Sistema Nervoso Central
SNP	Sistema Nervoso Periférico
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of the Assesment</i>

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	19
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	22
2.1 ANATOMIA DO ASSOALHO PÉLVICO.....	22
2.2 CONTINÊNCIA URINÁRIA.....	23
2.3 INCONTINÊNCIA URINÁRIA.....	24
2.3.1 Definição.....	24
2.3.2 Incontinência urinária em mulheres.....	25
2.3.3 Causas de Incontinência urinária.....	27
2.4 QUALIDADE DE VIDA E INCONTINÊNCIA URINÁRIA	27
2.4.1 Perspectiva histórica.....	27
2.4.2 Conceitos de qualidade de vida.....	28
2.4.3 Qualidade de vida em mulheres incontinentes	30
2.4.4 Instrumentos de mensuração de qualidade em indivíduos com incontinência urinária.....	30
2.5 SEXUALIDADE	33
2.5.1 Perspectiva histórica.....	33
2.5.2 Disfunções sexuais.....	34
2.5.3 Incontinência urinária e sexualidade.....	35
2.5.4 Instrumentos de mensuração da função sexual em mulheres.....	35
3 OBJETIVOS	37
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	38
4.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO.....	38
4.2 DEFINIÇÃO DA AMOSTRA	38
4.3 MÉTODO PARA COLETA DE DADOS.....	39
4.3.1 Instrumentos de coleta de dados	39
4.3.2 Coleta dos dados.....	42

4.4 PROCESSAMENTO DOS DADOS.....	42
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	42
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	43
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES COM E SEM INCONTINÊNCIA URINÁRIA.....	44
5.2 QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES INCONTINENTES.....	54
5.3 QUALIDADE DE VIDA E FUNÇÃO SEXUAL DAS MULHERES COM E SEM INCONTINÊNCIA URINÁRIA.....	58
6 CONCLUSÃO	65
7 REFERÊNCIAS.....	67
APÊNDICES.....	77
APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	78
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ...	80
ANEXOS	81
ANEXO 1 – INSTRUMENTO WHOQOL-BREF.....	82
ANEXO 2 – INSTRUMENTO KING’S HEALTH QUESTIONNAIRE.....	86
ANEXO 3 – INSTRUMENTO FSFI	90
ANEXO 4 – SINTAXE DO INSTRUMENTO WHOQOL-BREF.....	96
ANEXO 5 - GRÁFICOS DE ESCALA X ESCORES DO KHQ.....	98
ANEXO 6 - ESCORES DOS DOMÍNIOS DO FSFI.....	101
ANEXO 7 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS/UFTM.....	102

1 APRESENTAÇÃO

Incontinência pode ser definida como a incapacidade do indivíduo em controlar o esvaziamento da bexiga ou do reto. Como resultado produz-se perda de urina ou fezes involuntariamente (POLDEN; MANTLE, 2002).

A incontinência urinária (IU) é a queixa de qualquer perda involuntária de urina. De acordo com a Sociedade Internacional de Continência (ICS), a incontinência urinária é definida como qualquer perda involuntária de urina (HAYLEN et al., 2010). A perda da continência urinária é uma condição desconfortável, embaraçosa e estressante e pode afetar até 50% das mulheres em alguma fase da vida. A paciente tende ao isolamento social, além de sofrer com alterações do sono e repouso e com dificuldades sexuais (NORONHA et al., 1997; GORDON et al., 1999).

Segundo Freitas, Menke e Rivoire (2002), cerca de 45% da população feminina apresenta algum tipo de incontinência urinária. A incontinência urinária (IU) é um problema que pode afetar mulheres de todas as idades. Constitui sintoma com implicações sociais, causando desconforto e perda de autoconfiança, além de interferir, negativamente, na qualidade de vida de muitas delas. Aproximadamente 10,7% das mulheres brasileiras procuram atendimento ginecológico queixando-se de perda urinária (RIBEIRO; ANZAI; GUIDI, 1990). A incontinência urinária ocorre entre 30 e 60% de todas as mulheres durante o período de climatério e na menopausa, tendo importância, portanto, pela sua alta incidência e também porque afeta negativamente a qualidade de vida dessas mulheres (GUARISI et al., 2001; FLAUZINO; VIDEIRA, 2006). Embora pareça ser mais grave o quadro clínico e de pior prognóstico com o avanço da idade, não se exclui a presença de sintomas urinários em mulheres adultas jovens (DELLÚ; ZÁCARO; SCHMITT, 2008).

A incontinência urinária é uma condição angustiante e incapacitante, causando morbidade, afetando a vida nos aspectos social, psicológico, ocupacional, doméstico, físico e sexual de 15 a 30 % das mulheres em todas as idades (BORBA; LELIS; BRÊTAS, 2007).

A IU exerce múltiplos efeitos sobre as atividades diárias, interações sociais e percepção própria de saúde. Os maiores problemas estão relacionados ao bem estar social e mental, incluindo problemas sexuais, isolamento social, baixa auto-estima e depressão, afetando de modo significativo a qualidade de vida, com consequências psicológicas, físicas, profissionais, sexuais e sociais (DEDICAÇÃO et al., 2008). Também são observados alguns sinais que aparecem silenciosamente em indivíduos com IU como diminuição da auto-estima, depressão, angústia e irritabilidade. Frequentemente as mulheres sentem-se humilhadas e embaraçadas demais para falar sobre seu problema (POLDEN; MANTLE, 2002). Para Grosse e Sengler (2002), mais que a frequência ou a extensão da incontinência, é o simples fato de ser incontinente que tem um efeito negativo sobre a qualidade de vida. Disfunções urinárias como urgência e/ou urge-incontinência e incontinência e/ou retenção fecal têm sido associadas a queixas de perda de qualidade de vida levando, inclusive, à abstinência sexual (CHIAPARA; CACHO; ALVES, 2007).

A mulher incontinente reporta uma pior qualidade de vida comparada com a mulher continente (HIGA; LOPES, 2005).

O termo Qualidade de Vida (QV) tem enfoque multidimensional e seu conceito é subjetivo. Apesar de possuir muitas definições, é sabido que tem o intuito de avaliar o efeito de determinados acontecimentos e aquisições na vida das pessoas. Entre eles, estão incluídas as condições de saúde física, funções cognitivas, a satisfação sexual, as atividades do cotidiano, o bem-estar emocional e a vida familiar e social. Quando esses acontecimentos estão ligados à saúde, baseiam-se em dados mais objetivos e mensuráveis e dizem respeito ao grau de limitação e desconforto que a doença ou sua terapêutica acarretam ao paciente e à sua vida, enfim, o quanto o adoecer altera a QV (AUGE et al., 2006).

Tentando sintetizar a complexidade da noção de qualidade de vida e de sua relatividade *vis-à-vis* as diferentes culturas e realidades sociais, diversos instrumentos têm sido construídos. Alguns tratam a saúde como componente de um indicador composto, outros têm, no campo da saúde, seu objeto propriamente dito (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

A QV das mulheres incontinentes é afetada de diversas maneiras. Passam a se preocupar com a disponibilidade de banheiros, envergonham-se com o odor de urina e sentem-se frequentemente sujas, chegando a apresentar lesões cutâneas como dermatite amoniacal e infecções urinárias repetidas. Muitas apresentam dificuldade no intercurso sexual, seja por perda de urina, pelo medo de interrompê-lo para urinar ou simplesmente por vergonha perante o parceiro (AUGE et al., 2006). Ainda segundo os mesmos autores alguns sintomas associados à IU como a noctúria (frequência urinária noturna aumentada) e a enurese noturna (perda involuntária de urina durante o sono) também afetam a qualidade do sono das mulheres. A privação de sono pode levar ao cansaço e à diminuição da energia.

Partindo da hipótese que a presença de incontinência urinária em mulheres diminui os escores de qualidade de vida e de função sexual, a proposta deste estudo é mensurar estes escores em mulheres com e sem incontinência urinária, comparar estes dados entre os grupos, além de traçar um perfil sócio – demográfico e de antecedentes clínicos e obstétricos em ambos os grupos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ANATOMIA DO ASSOALHO PÉLVICO

Segundo Hall e Brody (2007) os músculos esqueléticos do assoalho pélvico podem ser divididos em quatro camadas da superfície para a profundidade: esfíncter anal, músculos perineais superficiais, diafragma urogenital e diafragma pélvico.

O esfíncter anal é o músculo esquelético mais superficial. Este inclui o esfíncter anal interno (músculo liso) e o esfíncter anal externo (músculo esquelético). Juntamente com o músculo puboretal proporcionam a continência fecal.

Os músculos perineais superficiais (bulbo-cavernoso, isquiocavernoso, transverso superficial do períneo) ajudam no funcionamento sexual do assoalho pélvico e o diafragma urogenital (esfíncter uretrovaginal, compressor da uretra, esfíncter da uretra) faz parte do mecanismo da continência.

Os músculos do diafragma pélvico são o maior grupo muscular no assoalho pélvico. São constituídos por aproximadamente 70% de fibras de contração lenta (tipo I) e 30% de fibras de contração rápida (tipo II). Este grupo é dividido em músculo coccígeo, e levantadores do ânus. O levantador do ânus é subdividido nos músculos pubococígeo (pubovaginal e puboretal) e iliococígeo. Sua função é apoiar as vísceras pélvicas.

Os músculos do assoalho pélvico apresentam três funções básicas: apoio, esfíncteriana e sexual. O apoio aos órgãos pélvicos é proporcionado pelo apoio ligamentar acima e pela função dos MAP abaixo. Esta função é realizada principalmente pelas fibras tônicas dos músculos de contração lenta. A função esfíncteriana é identificada pelo fechamento da uretra e reto pelos MAP para permitir a continência. O fechamento rápido é proporcionado pelas fibras fásicas de contração rápida do assoalho pélvico e o fechamento durante o repouso é proporcionado pelas fibras musculares de contração lenta. E na sexual os MAP conferem sensibilidade proprioceptiva que contribui para o prazer sexual. Os MAP hipertrofiados proporcionam uma vagina menor e maior atrito contra o pênis durante a relação sexual. Isto resulta em estimulação de mais terminações nervosas e gera uma sensação agradável durante a relação sexual e ocorrem contrações vigorosas

do AP durante o orgasmo, e nos homens, os MAP ajudam a alcançar e manter a ereção (HALL; BRODY, 2007; KEGEL, 1948).

2.2 CONTINÊNCIA URINÁRIA

A palavra continência é usada para descrever a capacidade normal de uma pessoa para acumular urina, com controle consciente sobre o tempo e lugar para urinar (POLDEN; MANTLE, 2002).

Para Rubinstein e Rubinstein (1999), a continência urinária na mulher, normalmente, existe pelo equilíbrio de quatro fatores: a posição anatômica do colo vesical e da uretra; o comprimento funcional da uretra; a transmissão da pressão intra-abdominal à uretra; a pressão de fechamento uretral, que depende da sua musculatura lisa, da coaptação da mucosa e do esfíncter externo. Depende também da integridade do esfíncter interno no colo vesical; do esfíncter externo no assoalho pélvico e sua integridade de fibras musculares estriadas de contrações rápidas (FELDNER JUNIOR et al., 2002).

As estruturas ósseas da pelve, interligadas por fibras musculares lisas dos ligamentos e pelas condensações das fâscias, juntamente com a musculatura do assoalho pélvico, vão sustentar a bexiga e a uretra, fechando a pelve e apoiando as vísceras em posição vertical. Esse suporte anatômico da junção uretrovesical é o responsável pela manutenção da posição intra-abdominal do colo vesical e, portanto, responsável pela continência. Esse conjunto vai permitir uma constante manutenção do tônus e contração muscular frente ao aumento súbito da pressão abdominal. A manutenção de uma postura correta da região pélvica, ou seja, uma pelve estaticamente equilibrada nos planos frontal, sagital e horizontal, torna-se um fator de contribuição para a continência nas situações de aumento da pressão abdominal, pois favorecerá que essa pressão seja igualmente transmitida à bexiga e à uretra proximal, mantendo, assim, a pressão uretral máxima maior que a vesical (MATHEUS et al., 2006).

2.3 INCONTINÊNCIA URINÁRIA

2.3.1 Definição

De acordo com a Sociedade Internacional de Continência Urinária (ICS), a incontinência urinária (IU) é definida como qualquer perda involuntária de urina. Pode ser classificada em IU de esforço (IUE), IU de urgência (IUU) e IU mista (IUM) (HAYLEN et al., 2010).

A incontinência urinária de esforço que é a perda involuntária de urina, via uretral e ocorre durante os esforços físicos, quando o aumento de pressão intravesical supera a uretral, na ausência de contração do detrusor (BARACHO, 2007). As causas mais comuns são as relacionadas às seqüelas do parto vaginal: atrofia muscular, disfunção neurológica temporária e/ou permanente, desempenho deteriorado dos MAP, endurance reduzida e deficiência na coordenação (HALL; BRODY, 2007)

Já a incontinência urinária de urgência (ou instabilidade vesical) é a perda involuntária de urina, via uretral, que ocorre conjuntamente a um desejo imperioso de urinar, sendo acompanhado de contração do detrusor (BARACHO, 2007). As contrações poderosas e instáveis do detrusor, como as observadas na bexiga hiperativa ou na instabilidade do detrusor, elevam a pressão vesical e podem resultar em incontinência. Em alguns casos a incontinência de urgência pode ocorrer sem contrações instáveis do detrusor, isto é, urgência sensorial. As causas mais comuns são: dano neural do SNP ou do SNC, hábitos vesicais inadequados, irritantes vesicais (caféina, nicotina e álcool). A fraqueza dos MAP com desempenho muscular deteriorado e deficiência de endurance são observadas com freqüência em pacientes com incontinência de urgência (HALL; BRODY, 2007).

A incontinência urinária mista representa uma combinação dos sintomas das incontinências de estresse e de urgência. Essas pacientes relatam vazamento de urina com as elevações na pressão intra-abdominal e com uma enorme ânsia de

urinar. As causas são semelhantes às causas das disfunções de apoio, os MAP costumam ser fracos (HALL; BRODY, 2007)

A incontinência por transbordamento resulta da incapacidade de esvaziamento pleno da bexiga. A obstrução da uretra (tumor, tecido cicatricial ao redor da uretra, aumento da próstata, hipertonia dos MAP) pode impedir o esvaziamento da bexiga. A contratilidade reduzida da bexiga em virtude de um déficit neurológico (lesão periférica por cirurgia pélvica, lesão da cauda eqüina, diabetes) também pode contribuir para a incontinência por transbordamento. Neste tipo de incontinência, a bexiga não se esvazia plenamente, e grandes volumes de urina são mantidos dentro dela. Quando a pressão vesical é mais alta que a pressão uretral, pequenas quantidades de urina transbordam. Esse vazamento pequeno, porém constante, pode ou não estar relacionado aumento da pressão intra-abdominal (HALL; BRODY, 2007).

A incontinência funcional é definida como a perda de urina por causa de uma deficiência da marcha e da locomoção. A incontinência é uma condição secundária na incontinência funcional pura; a deficiência primária é uma deficiência da marcha e da locomoção – incapacidade de chegar ao banheiro com a rapidez necessária. É comum nos idosos, que com freqüência têm uma menor capacidade de armazenar urina em virtude da fraqueza dos MAP e da menor capacidade que as pessoas jovens de adiar a necessidade de urinar. Também estas pacientes podem ter disfunção dos MAP ou deficiências anatômicas (HALL; BRODY, 2007).

A IU tem causa multifatorial, sendo elemento gerador de exclusão social, interferindo na saúde física e mental da paciente e comprometendo sua qualidade de vida (TATA, 2002).

2.3.2 Incontinência urinária em mulheres

Aproximadamente 200 milhões de pessoas no mundo apresentam algum tipo de incontinência urinária e esta afeta mais mulheres do que homens. De uma maneira geral, a prevalência da incontinência urinária é de 27,6% entretanto, dependendo da

faixa etária e da classificação utilizada e pode variar de 4,8% a 58,4% (INÁCIO; PEDROTI; RESSINETI, 2006).

Estudos transversais de populações demonstram que as perdas urinárias atingem cerca de 40% das mulheres e 10% dos homens. De outro lado, problema de armazenamento como a bexiga hiperativa, manifesta-se por episódios de urgência ou urge-incontinência e atingem 39% das mulheres e 29% dos homens com mais de 40 anos (RODRIGUÊS, 2008). Aproximadamente 10,7% das mulheres brasileiras procuram atendimento ginecológico queixando-se de perda urinária (CHIAPARA; CACHO; ALVES, 2007).

Estudo realizado em Viena de maio de 1998 a abril de 1999, demonstrou que 26,3% das mulheres e 5,0% dos homens relataram episódios de incontinência urinária durante as últimas 4 semanas. O risco de incontinência urinária foi 6,8 vezes maior (95% intervalo de confiança [CI]: 5,1-9,1; $p < 0,0001$) em mulheres que em homens (TEMML et al., 2000).

Mulheres jovens têm entre 20 e 30% de chance de desenvolverem incontinência urinária. Já quando próximas da meia-idade, a probabilidade aumenta para 30 a 40% e, na pós-menopausa, essa estimativa muda para 30 a 50% (MORENO, 2006). Para Higa e Lopes (2005) experiência com episódios de perda urinária é uma condição que ocorre não somente entre mulheres idosas, mas também entre mulheres jovens e na meia-idade. Os problemas urinários não são conseqüências naturais da idade e nem é um problema exclusivo do envelhecimento.

Mendonça et al. (1997) entrevistaram 410 mulheres brasileiras atendidas em um serviço especializado e encontraram uma maior prevalência (48%) entre a faixa etária de 41 a 50 anos. Estudos como o de Tamanini et al. (2004) sobre incontinência urinária, prevalência e fatores de risco em mulheres atendidas no programa de prevenção do câncer ginecológico, demonstrou uma prevalência de 34,8% de mulheres com os sintomas, sendo que metade destas tinha 40 anos ou mais.

Dessa maneira, os sintomas urinários que afetam negativamente a vida de muitas mulheres têm sua prevalência estimada com grande variabilidade, gerando problema de Saúde Pública. Embora pareça ser mais grave o quadro clínico e de pior prognóstico com o avanço da idade, não se exclui a presença de sintomas urinários em mulheres adultas jovens (DELLÚ; ZÁCARO; SCHMITT, 2008).

2.3.3 Causas de Incontinência urinária

Frequentemente, a etiologia da IU é multifatorial. Entre os fatores predisponentes, destaca-se o climatério, pela redução dos hormônios femininos; gestação e parto vaginal, sugerindo trauma neuromuscular da musculatura do assoalho pélvico (MAP); função deficiente ou inadequada desses músculos; alterações neurológicas ou bioquímicas muitas vezes associadas ao processo de envelhecimento; presença de doenças predisponentes como diabetes *mellitus*, esclerose múltipla, demência, depressão, obesidade, câncer de bexiga, litíase, infecções urinárias de repetição e parkinsonismo (DEDICAÇÃO et al., 2008).

A IU feminina está comumente ligada à perda do controle da musculatura estriada esquelética que forma o assoalho pélvico. Esses músculos formam uma alça muscular para suportar as vísceras abdominopélvicas e resistem, assim, ao aumento da pressão intrabdominal, além de ajudar a manter as vísceras pélvicas em posição. Essa ação é uma parte importante durante a expiração forçada, tosse, espirro, defecação, fixação do tronco durante os movimentos de maior exigência com os membros superiores e na relação sexual (ABRAMS et al., 2000).

2.4 QUALIDADE DE VIDA E INCONTINÊNCIA URINÁRIA

2.4.1 Perspectiva histórica

No campo da saúde, o discurso da relação entre saúde e qualidade de vida, embora bastante inespecífico e generalizante, existe desde o nascimento da medicina social, nos séculos XVIII e XIX, quando investigações sistemáticas

começaram a referendar esta tese e dar subsídios para políticas públicas e movimentos sociais.

A expressão qualidade de vida começou a ser utilizada nos Estados Unidos, após a 2ª Guerra Mundial, com o objetivo de descrever aquisição de bens materiais, tais como: casa, carro, investimentos, dinheiro, viagens, entre outros. Posteriormente, o conceito foi ampliado com a finalidade de se medir o desenvolvimento econômico de uma sociedade, comparando diferentes cidades e regiões por intermédio de indicadores econômicos, como por exemplos: o produto interno bruto (PIB) e a renda *per capita*. Passou, mais tarde, a mensurar o desenvolvimento social, por meio da saúde, educação, moradia, transporte, entre outros (KAWAKAME; MIYADAHIRA, 2005).

Ainda segundo os mesmo autores, a qualidade de vida vem surgindo como uma nova meta a ser alcançada pela medicina e área da saúde, já que o principal objetivo do sistema de saúde não pode ser somente a cura e o controle da doença, bem como a prorrogação da morte, mas, deverá proporcionar melhora da qualidade de vida das pessoas pertencentes a diferentes contextos sociais.

2.4.2 Conceitos de qualidade de vida

A introdução do conceito de qualidade de vida na área da saúde encontra constructos afins, cujos limites não são claros, apresentando várias intersecções. Alguns enfatizam uma visão biológica e funcional, como status de saúde, status funcional e incapacidade/deficiência. Outros são eminentemente sociais e psicológicos, como bem-estar, satisfação e felicidade, e, um terceiro grupo é de origem econômica (FLECK, 2008).

A qualidade de vida pode ser agrupada em modelos teóricos como o da satisfação e o funcionalista. O primeiro foi desenvolvido a partir de abordagens sociológicas e psicológicas de felicidade e bem-estar. A qualidade de vida é identificada com a satisfação do indivíduo em relação ao que ele julga importante. Já o modelo funcionalista, afirma que para ter uma boa qualidade de vida o indivíduo

deve desempenhar satisfatoriamente seus papéis sociais e as funções que valoriza (FLECK, 2008).

Segundo Sousa et al. (1997) “a qualidade de vida depende de todo um contexto de vida pessoal, relacionando-se também a fatores como sexo, idade, inserção social, padrão cultural, entre outros”.

Para a Organização Mundial de Saúde – OMS, qualidade de vida se refere à percepção das pessoas de sua posição na vida, dentro do contexto de cultura e sistema de valores nos quais elas vivem e em relação às suas metas, expectativas e padrões sociais. Portanto, é um constructo subjetivo, isto é, envolve a percepção do indivíduo sobre si mesmo, multidimensional e bidirecional, ou seja, composto por dimensões positivas e negativas (WHOQOL GROUP, 1995).

O conceito de qualidade de vida mais comumente utilizado por pesquisadores, porém, controverso, baseia-se na própria definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), ou seja, a percepção individual de um completo bem-estar físico, mental e social (KAWAKAME; MIYADAHIRA, 2005).

O WHOQOL *Group* (1995) define que “a qualidade de vida se refere à percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação às suas expectativas, seus padrões e preocupações”. Esta será a definição utilizada na condução da presente investigação, por se tratar de um conceito de abrangência mundial que apresenta implícitos três aspectos fundamentais: o primeiro é a subjetividade na qual a perspectiva do indivíduo é que está em questão; o segundo, multidimensionalidade, enfatiza que a qualidade de vida é composta por várias dimensões, e o terceiro a bipolaridade que sugere a presença de dimensões positivas e negativas (FLECK et al., 1999).

Qualidade de vida (QV) é um conceito multidimensional que incorpora aspectos sociais, físicos e mentais do indivíduo. As ferramentas para mensurar QV, geralmente, incluem duas áreas: aspectos gerais sobre relatos de saúde e aspecto específico sobre os efeitos que determinada patologia ou disfunção causam sobre o

estilo de vida de determinada pessoa. Este segundo aspecto seria mais sensível para identificar mudanças após o tratamento, sendo valioso na mensuração do processo de avaliação, assim como na comparação de tipos de tratamentos (DEDICAÇÃO et al., 2008).

2.4.3 Qualidade de vida em mulheres incontinentes

A IU traz consequências tanto na vida pessoal como no desempenho profissional destas mulheres, causando um grande impacto na qualidade de vida desta população (HIGA; LOPES, 2005). Os estudos atuais têm demonstrado uma grande preocupação com a interferência da IU na qualidade de vida dessas mulheres. Os episódios de IU durante as atividades desenvolvidas diariamente são causadores de constrangimento social, disfunção sexual e baixo desempenho profissional. Estas alterações são causas determinantes de isolamento social, estresse, depressão, sentimento de vergonha, condições de incapacidade e baixa auto-estima que resulta em significativa morbidade (HIGA; LOPES; REIS, 2008).

Temml et al. (2000) estudaram o impacto da incontinência sobre a qualidade de vida em 1.262 mulheres com idade igual ou superior a 20 anos (mediana de 49,7 anos). Nesse grupo de pacientes, 34,3% não apresentavam alteração da qualidade de vida, 47,4 % consideraram o problema como leve, 11,6% referiram que o problema era moderado enquanto que 6,7% das pacientes consideraram o problema acentuado.

Para Kelleher (2000) a incontinência urinária é um problema comum que pode afetar mulheres de todas as idades. Constitui sintoma com implicações sociais, causando desconforto e perda de autoconfiança, além de interferir, negativamente, na qualidade de vida de muitas delas.

2.4.4 Instrumentos de mensuração de qualidade de vida em indivíduos com incontinência urinária

Instrumentos de aferição da qualidade de vida são comumente utilizados na avaliação de doenças ou de tratamentos para a determinação da percepção

individual física, psicológica e bem-estar social (BLAIVAS et al., 1997). A aplicação de questionários em mulheres incontinentes é bem aceita, uma vez que o impacto sobre os fatores individuais pode ser avaliado. Para que sejam eficientes, estes instrumentos devem ser simples, ter relevância e ser de fácil compreensão (CORCOS et al., 2002).

Existem vários questionários para se avaliar a qualidade de vida em mulheres incontinentes que têm semelhanças e diferenças entre si. Podem ser utilizados questionários genéricos ou específicos, que avaliam aspectos próprios da gravidade e do impacto dos sintomas na vida das pacientes. Os genéricos, como o SF-36, são de fácil apresentação em dimensões gerais, mas podem ser pouco sensíveis às alterações clínicas que as pacientes venham a apresentar. Já os questionários específicos avaliam aspectos próprios da gravidade e do impacto dos sintomas na vida das pacientes, como: *Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms* (BFLUTS), *Quality of Life in Persons with Urinary Incontinence* (I-QoL), *Stress Incontinence Questionnaire* (SIQ) e *King's Health Questionnaire* (KHQ). O questionário *Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms* é, essencialmente, usado para medir o impacto dos sintomas da incontinência urinária. As questões focam mais o grau de incômodo do que o problema causado aos pacientes. Já os questionários *Quality of Life in Persons with Urinary Incontinence* (I-QoL) e *Stress Incontinence Questionnaire* (SIQ) medem o impacto dos sintomas urinários de maneira geral. As questões são utilizadas para avaliar todos os domínios da qualidade de vida e as frases são construídas para atingir somente pacientes com incontinência urinária, evitando co-morbidades (FONSECA et al., 2005).

Dentre os questionários específicos, destaca - se o KHQ por usar ambos os métodos de avaliação, tanto a presença de sintomas de incontinência urinária, quanto seu impacto relativo, o que leva a resultados mais consistentes. Permite mensuração global e também avalia o impacto dos sintomas nos vários aspectos da individualidade na qualidade de vida.

A literatura científica revela lacunas e desafios teóricos e metodológicos a serem enfrentados para definição e avaliação da qualidade de vida. Estudo que

analisou a produção científica na área da saúde sobre o tema, entre 2000 e 2005, evidenciou que a maioria não fez referência a um conceito de qualidade de vida, relacionando-a com doenças crônicas (OLIVEIRA et al., 2007).

Com o objetivo de sintetizar a complexidade da qualidade de vida e de sua relatividade cultural e social, diversos instrumentos têm sido construídos, apresentando natureza objetiva ou subjetiva, que expressam alguma dimensão da qualidade de vida. Os instrumentos de natureza subjetiva respondem como os indivíduos se sentem e o que pensam das suas vidas, ou como percebem o valor dos componentes materiais reconhecidos como base social da qualidade de vida (MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000).

Para melhorar estas medidas de qualidade de vida, Gill e Feinstein (1994) propuseram algumas recomendações aos pesquisadores, como definir conceptualmente o que entende por qualidade de vida, referir os domínios que se propõe medir, explicar as razões por que escolheu o instrumento e agregar os itens em domínios.

Nesse sentido, buscando instrumento que pudesse avaliar a qualidade de vida, o grupo de trabalho da OMS desenvolveu o WHOQOL-100 composto por 100 questões. Inicialmente, foi realizada uma revisão colaborativa internacional para estabelecer uma definição de qualidade de vida que foi distribuída entre os aspectos da vida, ou seja, facetas. Após definição as facetas foram distribuídas nos seguintes domínios: físico, psicológico, independência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais/religião e crenças. Finalmente, foi gerado um conjunto global de questões a partir do qual as perguntas do WHOQOL-100 derivariam. O trabalho foi realizado, simultaneamente, em diferentes ambientes culturais ao redor do mundo, com a finalidade de fornecer a base transcultural para o instrumento de avaliação (POWER, 2008).

Posteriormente, foi construído o WHOQOL-BREF que fornece escores resumidos para quatro domínios além de duas questões referentes à qualidade de vida global e estado de saúde geral, compondo 26 questões. Os domínios são: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Para formar cada domínio foi escolhida a pergunta mais geral de cada faceta do WHOQOL-100 (FLECK et al., 1999; POWER, 2008). Com base na análise de suas propriedades psicométricas,

este instrumento apresentou boa consistência interna, validade discriminante, de conteúdo, de critério e confiabilidade teste-reteste na aplicação em população com características heterogêneas (CHACHAMOVICH; FLECK, 2008)

A mensuração da qualidade de vida assume contornos pretensiosos, uma vez que a viabilidade da vida exige o mínimo de qualidade, é estilo cultural mais que tecnológico; artístico, mais que produtivo e sábio, mais que científico (ROCHA et al., 2000).

Diante disso, faz-se necessário que a mensuração da qualidade de vida seja feita separadamente de outros desfechos de saúde de modo a possibilitar avaliação das intervenções, dos sistemas de saúde e das políticas que as governam, à luz de evidências de melhoria. Deste modo, seria possível comparar intervenções diretas com indiretas, pois um conceito mensurável possibilita a previsão de futuros desfechos com base nos estados de saúde e de qualidade de vida atuais (CHATTERJI; BICKENBACH, 2008).

2.5 SEXUALIDADE

2.5.1 Perspectiva histórica

O conceito amplo sobre o significado da sexualidade foi desenvolvido por Sigmund Freud a partir do fim do século XIX. Segundo sua teoria, a sexualidade está presente desde o nascimento e é desenvolvida ao longo do tempo, em fases sucessivas, através dos contatos que cada ser humano estabelece consigo mesmo e com o meio que o cerca. Assim, a região genital e sua simbologia incluem tanto funções orgânicas quanto aspectos da sexualidade e apresentam uma demanda de ação motora que visa à obtenção de um prazer, seja no nível da fantasia, seja no nível da realidade (FREUD, 1969). Neste contexto, a sexualidade, sob a ótica freudiana, não designa apenas as atividade e o prazer que dependem do funcionamento do aparelho genital, mas toda uma série de excitações e de atividades presentes desde a infância (ETIENNE; WAITMAN, 2006).

Mulheres saudáveis, com parceiros adequados, permanecem sexualmente interessadas até o final da vida (BORGES; MEDEIROS, 2009).

A resposta sexual feminina tem pouca espontaneidade, sendo sua dimensão essencialmente dependente de estímulo. Este modelo atualmente proposto, não sequencial, incluindo intimidade emocional e satisfação física; consiste de vários fatores conectados e envolve desejo sexual (espontâneo ou estimulado), excitação, satisfação física, satisfação emocional e intimidade emocional (BORGES; MEDEIROS, 2009).

A associação entre a função reprodutiva e a saúde corporal feminina é habitual. Os profissionais da saúde e os serviços interessam-se mais pelo corpo reprodutor das mulheres do que pelas próprias mulheres como um todo. A desvalorização e desconhecimento do corpo, além de ser uma angústia, alimentam sentimentos negativos que influenciam no seu modo de ser e viver no dia-a-dia. A mulher passa a ver seu corpo como algo vergonhoso e que deve pertencer a um homem (KAUCHAJKE PEDROSA, 1999).

2.5.2 Disfunções sexuais

A importância da saúde sexual para a qualidade de vida tem sido cada vez mais reconhecida nos últimos anos (EDWARDS; COLEMAN, 2004). A disfunção sexual pode ter maior impacto sobre a qualidade de vida da mulher, visto que a diminuição da função sexual pode determinar efeitos danosos sobre sua auto-estima e seus relacionamentos interpessoais, com frequente desgaste emocional. Estudos demonstraram haver significativa associação entre disfunção sexual e baixos sentimentos de satisfação física e emocional, assim como do bem-estar geral entre mulheres com distúrbios sexuais (LEITE et al., 2007).

As dificuldades sexuais são comuns entre as mulheres; estima-se que distúrbios sexuais afetem 20 a 50% delas. No Brasil, 49% das mulheres relataram pelo menos uma disfunção sexual (ABDO et al., 2004). Nos Estados Unidos admite-se prevalência de disfunção sexual feminina de 43% em mulheres entre 18 e 59 anos (LAUMANN; PAIK; ROSEN, 1999). No Brasil, aproximadamente um terço das

mulheres têm desejo sexual hipotativo, 29% não atingem o orgasmo e 18% têm dispareunia (ABDO, 2006).

2.5.3 Incontinência urinária e sexualidade

Estudos verificaram que aproximadamente 46% das mulheres com incontinência urinária relataram que suas desordens urinárias afetavam as relações sexuais (CHIAPARA; CACHO; ALVES, 2007).

Estudo desenvolvido em 2004 na Santa Casa de São Paulo com 30 mulheres incontinentes revelou que 29 delas apresentavam algum tipo de disfunção sexual. As que eram sexualmente inativas revelaram que os motivos para a abstinência eram devidos principalmente à vergonha pela perda urinária e fecal e pela aversão decorrente de experiências sexuais anteriores desastrosas. As queixas relatadas pelas pacientes sexualmente ativas incluíam disfunção orgásmica e dispareunia (52%), referidas como causa da perda do desejo sexual e maior dificuldade para a excitação e obtenção do orgasmo (CHIAPARA; CACHO; ALVES, 2007).

A Fundação Americana para a doença urológica reconhece quatro tipos de disfunção sexual em mulheres: libido baixa, problemas com a excitação sexual, incapacidade para atingir o orgasmo e dispareunia. Estudos têm constatado que as queixas sexuais são comuns entre as mulheres com transtornos do assoalho pélvico (HANDA et al., 2008).

2.5.4 Instrumentos de mensuração da função sexual em mulheres

Para identificar disfunção sexual, devem ser aplicadas e adaptadas diretrizes apropriadas. Inúmeros instrumentos têm sido desenvolvidos para facilitar a coleta e a avaliação da história sexual. Em uma breve revisão psicométrica, foram estudados cinco instrumentos usados para avaliar as desordens sexuais femininas: *Brief Index of Sexual Functioning for Women* (BISF-W); *Changes in Sexual Functioning Questionnaire* (CSFQ); *Derogatis Interview for Sexual Functioning* (DISF); *Female Sexual Function Index* (FSFI) e *Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction* (GRISS). Cada uma dessas ferramentas analisa um número específico de domínios do funcionamento sexual. O BISF-W apresentou baixos coeficientes alfa na sua

avaliação de consistência interna; os CSFQ, DISF e GRISS podem ser utilizados para avaliar homens e mulheres. Já o FSFI foi desenvolvido exclusivamente para mulheres. Dentre os questionários específicos para avaliar a função sexual feminina, destaca-se o FSFI, que tem apresentado validade estatística aceitável na literatura (MESTON; DEROGATIS, 2002).

O FSFI é um instrumento relativamente novo, que tem sido utilizado com sucesso para avaliar a função sexual em diferentes grupos: pacientes com incontinência urinária, pacientes com fibromialgia e câncer de mama e em outras populações . Sua fácil e rápida aplicação permite sua utilização em estudos em estudos epidemiológicos e/ou com utilização de múltiplos instrumentos de avaliação (HENTSCHEL et al., 2007).

A respeito da sensibilidade dos questionários para detectar diferenças na função sexual entre amostras clínicas e não clínicas, o FSFI tem apresentado segurança discriminativa entre mulheres com e sem desordem de excitação sexual, desordem do desejo sexual hipoativo e desordem do orgasmo (LEITE et al., 2007)

3 OBJETIVOS

1. Identificar o perfil sócio – demográfico e antecedentes clínicos e obstétricos das mulheres com e sem incontinência urinária
2. Mensurar a qualidade de vida das mulheres com e sem incontinência urinária
3. Mensurar a função sexual das mulheres com e sem incontinência urinária
4. Comparar os escores de qualidade de vida e de função sexual das mulheres com e sem incontinência urinária.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, realizado na área urbana do município de Uberaba-MG.

Em estudos transversais as observações e mensurações das variáveis de interesse são feitas simultaneamente, constituindo uma radiografia estática do que ocorre em um dado momento. Nestas investigações não há seguimento dos indivíduos, sendo os dados coletados em um momento pontual (PEREIRA, 1995).

4.2 DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

Nesta pesquisa, a amostra foi composta por dois grupos, sendo um de mulheres com incontinência urinária (GI) (n=35) e outro de mulheres sem incontinência urinária (GC) (n=35). Estes grupos foram emparelhados de modo artificial segundo a faixa etária (18|-30, 30|-45, 45|-60, 60 ou mais) e o n, seguindo a ordem da data de coleta dos dados.

Para a captação da amostra (GI) foi solicitado ao DSIM (Departamento de Sistemas e Métodos) dados de indivíduos que foram atendidos pelo médico urologista no ambulatório Maria da Glória da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM no setor de uroginecologia no período de janeiro/2005 a dezembro/2009. Os dados solicitados ao DSIM foram: nome, data de nascimento e sexo.

Foram encontrados 1444 registros no período mencionado acima, destes foram selecionados os registros de mulheres com idade entre 18 e 65 anos, com residência na zona urbana de Uberaba-MG. Foram excluídos os registros duplos. Após essa seleção foram encontrados 340 registros.

Os critérios de inclusão para este grupo (GI) foram: aceitar participar do estudo, diagnóstico de incontinência urinária pelo exame de urodinâmica e mínimo 15 dias sem intervenção clínica ou fisioterapêutica para tratamento da incontinência.

Ao realizar a análise dos prontuários das pacientes, fornecidos pelo arquivo do SAME (Serviço de Arquivos Médicos), foram selecionados apenas 138 registros que se enquadraram nos critérios de inclusão e exclusão. Destes 26 (35,88%) das mulheres não tinham mais nenhuma queixa de perda urinária; 22 (30,36%) não tinham nenhum número de telefone para contato; 16 (22,08%) o número do telefone era inexistente; 15 (20,7%) as mulheres não existiam naquele número; 6 (8,28%) o telefone estava desligado ou programado para não receber chamadas; 6 (8,28%) mudaram de cidade; 6 (8,28%) mudaram para a zona rural; 4 (5,52%) não atenderam e 2 (2,76%) eram diabéticas. Desta forma, a amostra populacional foi de 35 mulheres.

A amostra (GC) foi constituída pelas técnicas de enfermagem, enfermeiras e auxiliares de enfermagem do Hospital das Clínicas da UFTM. Esta amostra foi definida por ser uma profissão predominantemente feminina, e pela localização destas mulheres em um único local para coleta de dados. Após a seleção, foi realizado um pareamento com a amostra (GI) em número, idade e ausência de relato de perda urinária.

Os critérios de inclusão para este grupo (GC) foram: aceitar participar do estudo, mulheres com idade entre 18 e 65 anos, ausência de perda urinária.

Os critérios de exclusão para ambos os grupos foram: mulheres menores de 18 anos de idade gestantes, mulheres com patologias autoreferidas: diabetes *mellitus*, doença urológica congênita, infecção do trato geniturinário, problemas neurológicos (AVC).

4.3. MÉTODO PARA COLETA DOS DADOS

4.3.1. Instrumentos de coleta de dados

Foram utilizados quatro instrumentos para a coleta de dados. O primeiro construído pelos próprios pesquisadores, contendo os dados sócio – demográficos e condições clínicas e obstétricas foi referenciado em BARACHO (2007) (Apêndice 1).

Para a avaliação da qualidade de vida foi utilizado o WHOQOL-BREF (Anexo 1) para os dois grupos, o *King's Health Questionnaire* (KHQ) (Anexo 2) para o grupo GI (mulheres com incontinência) e o *Female Sexual Function Index* (FSFI) (Anexo 3) para a avaliação da função sexual de ambos os grupos.

- Caracterização sócio-demográfica e de saúde

As variáveis sócio-demográficas e as condições clínicas e obstétricas foram avaliadas através de instrumento semi-estruturado construído pelos próprios pesquisadores.

As variáveis foram: faixa etária (18|-30, 30|-45, 45|-60, 60 ou mais), estado conjugal (casada ou mora com companheiro; separada/desquitada/divorciada, viúva e solteira), escolaridade (em anos completos de estudo), renda individual em salários mínimos (valor do salário mínimo: R\$510,00), profissão, peso, altura, fumante, obesidade (IMC), menopausa, vida sexual ativa, incontinência urinária e constipação intestinal (sim; não), ingestão de líquidos (litros por dia), presença de patologias associadas, número e tipo de partos.

- WHOQOL-BREF

O instrumento WHOQOL-BREF é uma versão abreviada do WHOQOL 100, composto por 26 questões, no qual as duas primeiras são genéricas. Esta versão abreviada é composta por quatro domínios: físico (dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou tratamentos e capacidade de trabalho); psicológico (sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; auto-estima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais); relações sociais (relações pessoais; suporte social e atividade sexual); meio ambiente (segurança física e proteção; ambiente no lar, recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidade de recreação/lazer; ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima; transporte) (CHACHAMOVICH, FLECK, 2008).

- *KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE (KHQ)*

Este instrumento aborda questões sobre incontinência urinária e qualidade de vida (KELLEHER et al., 1997). Este questionário foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa (FONSECA et al., 2005). É composto de 21 questões, divididas em nove domínios: percepção geral de saúde (um item); impacto da incontinência urinária (um item); limitações de atividades diárias (dois itens); limitações físicas (dois itens) e sociais (dois itens); relações pessoais (três itens); emoções (três itens); sono e disposição (dois itens) e medidas de gravidade (5 itens). Além destes domínios, existe uma escala independente, que avalia a presença e a intensidade dos sintomas urinários. Esta escala é graduada em quatro opções de respostas (“nem um pouco, um pouco, moderadamente, muito” ou “nunca, às vezes, freqüentemente, o tempo todo”); exceção feita ao domínio percepção geral de saúde, com cinco opções de respostas (“muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim”) e ao domínio relações pessoais (“não aplicável, nem um pouco, um pouco, moderadamente e muito”). O KHQ é pontuado por cada um de seus domínios, não havendo, portanto, escore geral. Os escores variam de 0 a 100 e quanto maior a pontuação obtida, pior é a qualidade de vida relacionada àquele domínio.

- FSFI

O *Female Sexual Function Index (FSFI)* é uma escala breve para avaliar a função sexual em mulheres; foi traduzido e validado para o português por Hentschel et al. (2007). É um questionário formado por 19 questões, agrupadas em seis domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Todas as perguntas são de múltipla escolha e a cada resposta é atribuído um valor de 0 a 5. Os valores são calculados por fórmula matemática, obtendo-se, assim, o escore da função sexual, que varia de 2 a 36, considerando-se que quanto menor for o escore obtido, pior será a função sexual. Para escores dos domínios, somam-se os escores individuais e multiplica-se pelo fator correspondente. Para obter o escore total da escala soma-se os escores para cada domínio. Deve ser observado que dentro dos

domínios, um escore zero indica que a paciente relatou não ter tido atividade sexual nas últimas quatro semanas.

4.3.2. Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada no período de maio a julho de 2010. Para a coleta de dados optou-se por entrevista, aplicada pela própria pesquisadora, para permitir o esclarecimento de possíveis dúvidas em algumas perguntas. As questões do questionário relacionadas à qualidade de vida foram respondidas tendo como base as duas últimas semanas de vida. As entrevistas foram realizadas nas respectivas residências das mulheres do grupo (GI) e no hospital das clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro do grupo (GC).

4.4 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Foi construída planilha eletrônica para armazenamento dos dados, através do programa Excel®. Os dados coletados foram digitados por duas pessoas, com dupla entrada, para posterior verificação da existência de inconsistência. Quando houve diferenças, o pesquisador buscou a entrevista original para as devidas correções.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados armazenados na planilha do Excel® foram transportados para o programa estatístico “*Statiscal Package for Social Sciences*” (SPSS) versão 17.0.

Para o objetivo 1 foi realizada análise descritiva por meio de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e medidas de tendência central (média) e de variabilidade (desvio padrão) para as numéricas.

Para o segundo e terceiro objetivo a análise foi descritiva por meio de medidas de tendência central (média) e variabilidade (desvio-padrão) para os escores dos instrumentos de acordo sua sintaxe ou cálculo específico.

O instrumento de qualidade de vida WHOQOL-BREF foi consolidado em sua respectiva sintaxe (ANEXO 4). Os maiores escores corresponderão à melhor qualidade de vida, sendo a variação na escala de 0-100.

Para o cálculo dos escores do *KHQ* foram atribuídos às respostas valores numéricos, somados e avaliados por domínio. Os valores foram, então, calculados por meio de fórmula matemática, em planilha do Excel, obtendo-se, assim, o escore de qualidade de vida, que varia de 0 a 100, considerando - se que quanto maior o número obtido, pior a qualidade de vida (Anexo 5).

Os escores dos domínios e a escala geral de escores do *FSFI* foram calculados como demonstrado no Anexo 6. Para escores dos domínios, somaram-se os escores individuais e multiplicou-se pelo fator correspondente. Para obter o escore total da escala somaram-se os escores para cada domínio. Um escore zero indica que a paciente relatou não ter tido atividade sexual nas últimas quatro semanas.

Para o quarto objetivo para a comparação da qualidade de vida e da função sexual entre os grupos foi realizado o teste *t-Student* pareado de acordo com normalidade e homogeneidade dos dados. Foi considerado significativo quando $p < 0,05$.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS:

O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, obedecendo aos critérios da Resolução nº 196/96, e foi aprovado através do protocolo N°1533 (ANEXO 7). Para a realização das entrevistas os participantes foram contatados previamente e antes do início o entrevistador apresentou os objetivos do estudo e solicitou a assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) (APÊNDICE 2).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES COM E SEM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Os grupos eram homogêneos (faixa etária e número), sendo que a faixa etária predominante em ambos os grupos foi a de 45 a 60 anos (60%).

As mulheres que apresentavam incontinência urinária (GI), tiveram uma média de idade de 50 anos ($DP \pm 8,845$) e as que não apresentavam incontinência urinária (GC), média de idade de 50,63 ($DP \pm 9,665$). Resultados semelhantes foram encontrados em estudo de Zanetti et al. (2007) onde a média de idade em mulheres incontinentes foi de 54 anos e do grupo controle 56 anos de idade. Outros estudos com mulheres incontinentes demonstraram idade média de 55,2 anos (DEDICAÇÃO et al., 2008); 46 anos (BELO et al., 2005); 49 anos (HERRMANN et al., 2003), e média menor 44,3 anos (SILVA; LOPES, 2009).

Divergente dos estudos anteriores, em um estudo de revisão, a prevalência de IU aumenta com o aumento da idade (HIGA; LOPES; REIS, 2008). Em outra pesquisa comparando as mulheres continentas com as incontinentes, as mulheres com IU tinham idade mais avançada (HIGA; LOPES, 2005).

Na Tabela 1, a seguir, encontram-se as características sócio – demográficas da população estudada.

Tabela 1 - Distribuição de frequência das variáveis sócio – demográficas do grupo com incontinência urinária (GI) e sem incontinência urinária (GC). Uberaba-MG, 2010.

Variáveis		GI	GC
Estado conjugal	Casado ou mora com companheiro	77,1	65,7
	Separado/Desquitado/Divorciado	11,4	20,0
	Viúvo	5,7	5,7
	Solteiro	5,7	8,6
Escolaridade (em anos)	Sem escolaridade	2,9	0,0
	1 4	31,4	0,0
	4 8	25,7	2,9
	8	5,7	2,9
	9 11	8,6	45,7
	11 ou mais	25,7	48,6
Renda (em salários mínimos)	Sem renda	20,0	0,0
	< 1	14,3	0,0
	1	37,1	8,6
	1- 3	22,9	45,7
	3- 5	5,7	34,3
	Mais de 5	0,0	11,4

Das duas amostras a maioria das mulheres eram casadas ou moravam com o companheiro, sendo 27 (77,1%) no grupo GI e 23 (65,7%) no grupo GC. Isto concorda com estudos de mulheres com incontinência urinária em que 55,6% moravam com o companheiro (SILVA; SANTOS, 2005) e outro onde 34,5 % eram casadas e 50% viviam juntos (GUARISI et al., 2001).

Quanto à escolaridade observou-se um maior predomínio de 1 a 4 anos de estudo (31,4%) entre as mulheres com incontinência urinária e 11 ou mais anos de

estudo (48,6%) entre as sem incontinência. Em estudo semelhante de mulheres com incontinência 70% referiram escolaridade de no máximo quatro anos (GUARISI et al., 2001). Resultados diferentes foram encontrados em uma investigação na qual, 46,9% das idosas com IU tinham o 2º grau completo, ou seja, um grau de escolaridade maior (BARACHO et al., 2006) e em outro onde a educação não alterou o risco de incontinência urinária (BORTOLOTTI et al., 2000).

Referente à renda individual mensal, a prevalência foi de 1 a 3 salários mínimos entre as mulheres do grupo GC (45,7%), e apenas de 1 salário mínimo entre as do grupo GI (37,1%). Pode-se considerar que a instrução tem nítida relação com a renda e a hierarquia das profissões. Mulheres que têm menores oportunidades de frequentar a escola dividem suas atribuições entre o trabalho e o cuidado com a casa e os filhos, refletindo assim em baixos índices de instrução. Isto demonstra que as mulheres com incontinência urinária demoram mais a procurar tratamento (CASTRO, 2005).

As principais atividades profissionais realizadas pelas mulheres do grupo GI foram: 22,9% do lar, 20% estavam aposentadas e 11,4% domésticas. Em estudo de Belo et al., (2005) a profissão mais frequente entre mulheres com incontinência urinária de esforço foi doméstica (61,3%). No grupo GC todas exerciam alguma atividade vinculada ao serviço de enfermagem do Hospital Escola, sendo que 54,3% eram técnicas de enfermagem, 25,7% eram auxiliares de enfermagem e 20% eram enfermeiras.

Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo, em que grande parte das mulheres com queixa de IU exercia atividades ocupacionais que requeriam esforço físico (HIGA; LOPES, 2005). Em outra pesquisa com profissionais da área de enfermagem de um hospital universitário demonstrou que 47% destas trabalhadoras apresentavam perda de urina (ROSA; BIFF, 2009).

Na Tabela 2, a seguir, apresenta-se a distribuição das condições clínicas e obstétricas da amostra estudada.

Tabela 2. Distribuição de frequência das variáveis de condições clínicas e obstétricas do grupo com incontinência urinária (GI) e sem incontinência urinária (GC). Uberaba-MG, 2010.

Condições clínicas e obstétricas	GC		GI	
	Sim	Não	Sim	Não
Fumante	14,3	85,7	28,6	71,4
Obesidade	17,1	82,9	11,4	88,6
Menopausa	54,3	45,7	65,7	34,3
Vida sexual	80	20	71,4	28,6
Constipação Intestinal	20	80	22,9	77,1
Uso de episiotomia	76,7	23,3	78,6	21,4
Uso de fórceps	6,7	93,3	21,4	78,6
Intercorrências durante o parto	8,6	91,4	5,7	94,3

Concernente aos fatores associados para a incontinência urinária observou-se uma prevalência superior de fumantes no grupo GI (28,6%) do que no GC (14,3%). Isto justifica a relação direta do hábito de fumar com a presença de incontinência urinária. Em um estudo de Danforth et al. (2006) o tabagismo estava associado positivamente com a frequência ou com a piora do quadro de incontinência (OR = 1.34, 95% CI). Porém para Guarisi et al. (2001) e Bortolotti et al (2000) o tabagismo não alterou o risco de incontinência urinária.

O fumante frequentemente apresenta tosse mais violenta, causando efeito direto ou indireto na bexiga ou na uretra, podendo danificar os componentes e o mecanismo esfíncteriano da uretra, propiciando a IU e piorando a frequência e a intensidade da IU existente. As fumantes apresentam aumento significativo na pressão vesical com a tosse, quando comparadas com as não fumantes (HIGA; LOPES; REIS, 2008).

Quanto à presença da obesidade, por uma análise subjetiva, notou-se um predomínio no grupo GC (17,1%) quando comparado ao GI (11,4%), Tabela 2. Porém, avaliando o índice de massa corporal, pelos valores coletados de peso e altura, encontramos valores médios superiores no grupo GI ($S=30,24$; $DP\pm 6,33$) que no grupo GC ($S=24,82$; $DP\pm 4,17$).

Resultados semelhantes demonstraram que de todas as mulheres com incontinência urinária, apenas 13,6% estavam com sobrepeso e 4,5% eram obesas (HERRMANN et al., 2003). Porém, a maioria dos estudos demonstram uma relação direta do IMC elevado ($>26\text{kg/m}^2$ e $>30\text{kg/m}^2$) com o surgimento ou agravamento da incontinência urinária em mulheres adultas (HIGA; LOPES, 2005; TOWNSEND et al., 2007; BORTOLOTTI et al., 2000; HIGA; LOPES; REIS, 2008). Uma pesquisa americana verificou que mulheres com IMC entre 22 e 24 kg/m^2 tinham perdas urinárias ocasionais quando comparadas com mulheres com IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ que já apresentavam incontinência severa (DANFORTH et al., 2006). Já para Guarisi et al. (2001) o índice de massa corporal (>30) não alterou o risco de incontinência urinária.

Presume-se que a associação da IU com a obesidade seja consequência da alta pressão intra-abdominal provocada, principalmente, pelo aumento de peso na região da cintura-quadril e, conseqüentemente, do aumento da pressão intravesical, alterando o mecanismo do trato urinário (HIGA; LOPES; REIS, 2008)

Os percentuais de mulheres que estavam na menopausa foram prevalentes no grupo GI (65,7%) em relação ao grupo GC (54,3%). Resultados concernentes foram encontrados em pesquisa de Herrmann et al. (2003) onde 36,3% das mulheres incontinentes encontravam-se no período de pós-menopausa e de Higa, Lopes e Reis (2008) em que as prevalências de IU em mulheres na pré e pós-menopausa variou de 46% a 64%.

A estática pélvica pode ser afetada com as mudanças hormonais durante a menopausa. O hipoestrogenismo na pós-menopausa predispõe a mulher à IU e contribui para sintomas urinários como aumento da frequência, urgência e disúria (HIGA; LOPES; REIS, 2008).

Referente à vida sexual, observou-se que 80% das mulheres do grupo GC e 71,4% das do grupo GI tinham vida sexual ativa. Barber et al. (2002) demonstrou em seu estudo que para 20% das mulheres a razão da inatividade sexual era resultante de incontinência urinária ou prolapso de órgãos pélvicos, pois era embaraçoso e causava desconforto. Estes dados também podem estar relacionados à presença de um companheiro, pois em ambos os grupos a maioria das mulheres eram casadas

ou moravam com o companheiro. Resultados de outro estudo demonstram que das 74,2% das mulheres que eram casadas ou tinham uma união de fato, 85,1% tinham vida sexual ativa (RIBEIRO; RAIMUNDO; 2005).

A existência de vida sexual ativa é um fator mais associado à idade do que à IU. As mulheres que convivem com a IU há muito tempo e respeitam à prática sexual se ajustam de modo satisfatório a esta situação (RIBEIRO; RAIMUNDO; 2005).

Nesta pesquisa, a presença de constipação intestinal não interferiu no aparecimento da IU. Este problema foi encontrado em 22,9% das mulheres do grupo GI e em 20% das do grupo GC. Diferente dos estudos de Higa e Lopes (2005) e Higa, Lopes e Reis (2008) em que as mulheres tinham 3,1 vezes mais incontinência urinária quando apresentavam constipação intestinal.

A presença de incontinência urinária em mulheres com constipação intestinal explica-se pela constipação crônica levar à deservação muscular devido ao estiramento excessivo do nervo pudendo, resultando em desmielinização (BURGIO; MATHEWS; ENGEL, 1991).

A defecação normal é acompanhada de relaxamento do músculo puborretal e abertura do ângulo anorretal para que a ampola retal esvazie. Em algumas mulheres isto não ocorre, e desta forma o esvaziamento retal ocorre por contração abdominal. Os esforços defecatórios crônicos contribuem para uma neuropatia progressiva e conseqüente disfunção do assoalho pélvico, sendo fatores importantes para o desenvolvimento da incontinência urinária de esforço (BARACHO, 2007).

Entre as mulheres do grupo GI as morbidades mais referidas foram a hipertensão (20%) seguida da depressão (5,7%); semelhante ao grupo GC que foram hipertensão (11,4%) e depressão (5,7%).

Resultados semelhantes foram elucidados em estudo de Higa e Lopes (2005) onde a chance de queixa de IU foi de 3,8 vezes nos casos de hipertensão arterial. Outro estudo qualitativo a depressão e a ansiedade foram sugeridas como uma ocorrência usual nas pessoas com IU, demonstrando uma associação entre a

incontinência e os sintomas de ansiedade e de depressão (BORBA; LELIS; BRÊTAS, 2008.). Em outro inquérito, mulheres com incontinência mista relatavam fazer tratamento para depressão (5,3%) (LOPES; HIGA, 2006).

A associação da HAS com a IU pode ser explicada pelo uso de diuréticos que, segundo alguns autores, é fator que contribui para que mulheres hipertensas apresentem perda urinária. Há hipótese de que a carga excessiva na bexiga, após o tratamento com diuréticos, possibilita causar não somente a urge-incontinência como também a incontinência urinária de esforço (HIGA; LOPES, 2005).

O uso de medicamentos é fator que contribui para a IU transitória. Alguns medicamentos aumentam a frequência e a urgência urinária. Certas drogas, como os simpaticomiméticos e parasimpaticolíticos, atuam no trato urinário inferior e podem alterar a função vesical piorando ou contribuindo para aumento da frequência da perda urinária. (HIGA; LOPES; REIS, 2008).

Analisando a ingestão hídrica diária, observaram-se os maiores percentuais para a ingestão de 1 a 3 litros de água por dia em ambos os grupos (51,4% no GI e 71,4% no GC). Porém, valor de destaque também foi observado, em que 40% das mulheres do grupo incontinente relataram uma baixa ingestão hídrica (menor que 1 litro/dia). Isto se relaciona ao fato de que estratégias têm sido utilizadas em mulheres com incontinência urinária para diminuir a diurese e a frequência urinária. No estudo realizado com mulheres brasileiras, profissionais de enfermagem, 33% faziam uso de algum recurso para contenção da perda urinária sendo que 9,3% faziam restrição hídrica (NYGAARD et al., 1994).

Sobre isso, o que geralmente se percebe é que grande parte das pessoas que sofrem de incontinência urinária acaba diminuindo o volume de consumo de água, pelo receio de interferir no aumento das perdas de urina (HONÓRIO; SANTOS, 2009).

Pacientes que têm perda urinária desenvolvem modificações comportamentais para se adaptar à inconveniência e reduzir o impacto dos sintomas (DAVILA; NEIMARK, 2002).

Na Figura 1, a seguir, apresenta-se a distribuição de frequência dos números de partos das mulheres com (GI) e sem incontinência urinária (GC).

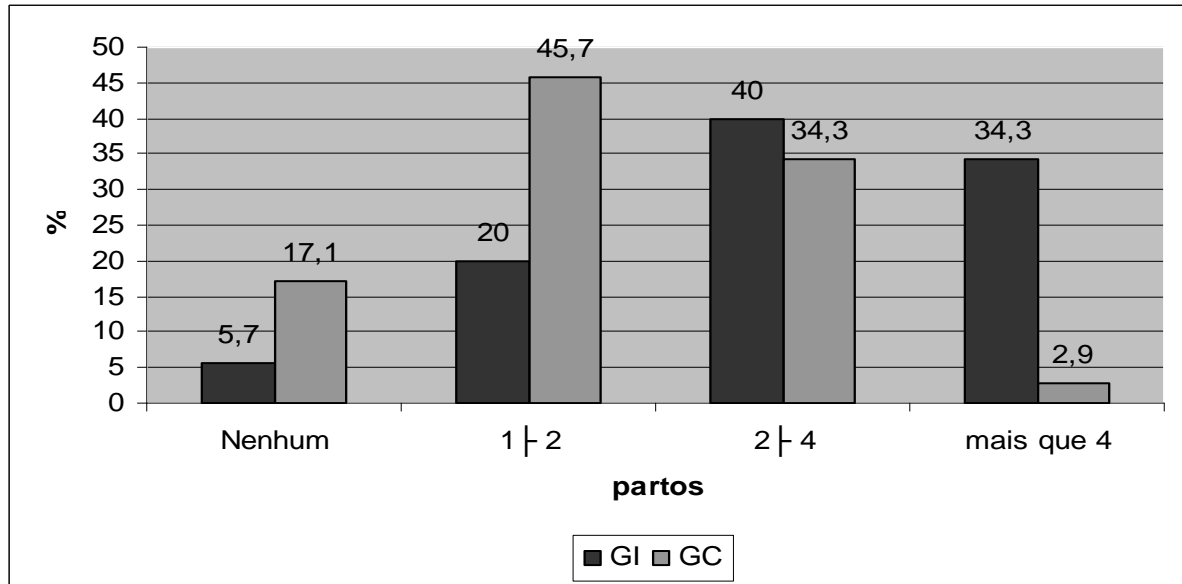


Figura 1. Distribuição de frequência dos números de partos das mulheres com (GI) e sem incontinência urinária (GC). Uberaba-MG, 2010.

Estudando os antecedentes obstétricos em ambos os grupos, especificamente em relação ao número de partos, observou-se um percentual maior de 2 a 4 partos no grupo GI (40%) e de 1 a 2 partos no grupo GC (45,7%). Estudos recentes demonstraram que as mulheres incontinentes ficaram grávidas mais vezes e tiveram mais partos do que as mulheres continentas (HIGA; LOPES, 2005) e que mulheres múltiparas tem 67% de chance de incontinência quando comparadas com as nulíparas (DANFORTH et al., 2006).

Pesquisa com mulheres com incontinência urinária mostrou que destas, 42% engravidaram de uma a três vezes e 36% de quatro a seis vezes (FIGUEIREDO et al., 2008) concordando com a observação nos estudos de Milsom, Ekerlund e Molander (1993) e de Dellú, Zácara e Schmitt (2008) onde para as mulheres com três ou mais partos (normais) as taxas de incontinência urinária elevaram com o terceiro parto.

Na Figura 2, a seguir, apresenta-se a distribuição do tipo de parto das mulheres com (GI) e sem incontinência urinária (GC).

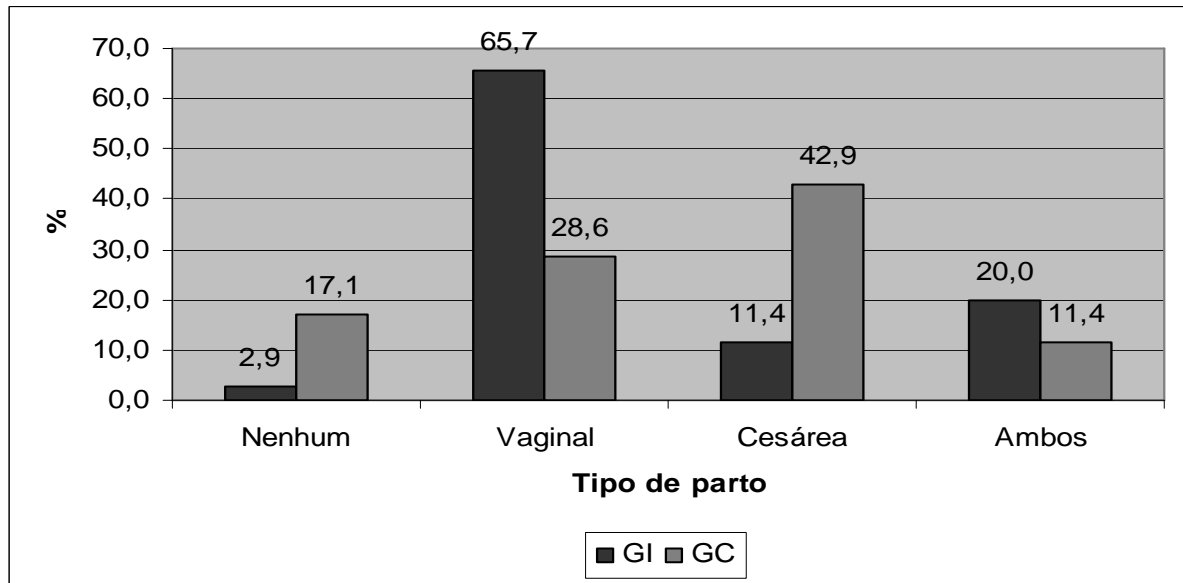


Figura 2. Distribuição de frequência do tipo de parto das mulheres com (GI) e sem incontinência urinária (GC). Uberaba-MG, 2010.

Destacou-se no presente estudo em relação aos tipos de partos realizados pelas mulheres que a maior prevalência foi de 65,7% de partos vaginais no grupo GI e de 42,9% de partos cesarianos no grupo GC. Pesquisa semelhante demonstrou que 54% das participantes com incontinência urinária realizaram apenas parto vaginal, 12% apenas cesárea e 22% ambos os tipos (FIGUEIREDO et al., 2008).

Em outro estudo, o número médio de partos vaginais para os pacientes com IU ligeiramente maior ($S= 2,6$ e $DP \pm 3,0$) quando comparadas com as continentas (SILVA; SANTOS, 2005). Uma proporção maior de mulheres com IU entre as que tiveram pelo menos um parto normal ($p=0,0370$) também foi encontrada em estudo de Higa e Lopes (2005).

Após o parto vaginal, a prevalência de IU aumenta de 30 para 50% (PEEKER; PEEKER, 2003). Já para Dellú, Zácara e Schmitt (2008) não foi significativa a relação entre o número total de partos cesariana e normal.

O parto vaginal está associado com o aumento de casos de IU quando comparado com o parto cesáreo, no entanto, o parto vaginal isoladamente não é o causador da IU e sim, quando associado às lesões e traumas do assoalho pélvico

(HIGA; LOPES; REIS, 2008). Isto se explica pelo fato de distensões ou rupturas imperceptíveis dos músculos, ligamentos e nervos, responsáveis pelo controle do esvaziamento da bexiga, aconteceriam durante o parto vaginal (DELLÚ; ZÁCARO; SCHMITT, 2008).

No presente estudo, a média de partos foi de 3,03 partos ($DP \pm 0,891$) no grupo GI e de 2,23 ($DP \pm 0,770$) no grupo GC. Resultados semelhantes foram demonstrados para mulheres sintomáticas e assintomáticas, onde a média do total de gestações foi superior, sendo de 1,9 e uma gestação por mulher, respectivamente ($p=0,005$) (DELLÚ; ZÁCARO; SCHMITT, 2008).

Quanto ao uso de alguns meios de intervenção junto ao parto vaginal, observou-se que no grupo GI apenas 6,7% tiveram uso de fórceps e 76,7% fizeram episiotomia; e no grupo GC 21,4 % fizeram fórceps e 78,6% episiotomia. Resultados contraditórios foram encontrados no estudo de Higa e Lopes (2005) onde houve o predomínio de 36,3% de episiotomia em mulheres incontinentes quando comparadas com as continentas (25,1%).

Em outros trabalhos a relação não foi significativa entre o número total de partos cesarianos e normais, com ou sem o uso de fórceps e/ou episiotomia (DELLÚ; ZÁCARO; SCHMITT, 2008). Contradizendo isto, estudo de Higa e Lopes (2005) verificou uma proporção maior de mulheres incontinentes no grupo que realizou o parto vaginal com rotura ou episiotomia ($p=0,0220$).

Casos de incontinência urinária de esforço têm propensão maior para persistência dos sintomas no parto com fórceps do que nos partos espontâneo e a vácuo. Isto sugere que o mecanismo de lesão ainda não é claro, mas está relacionado à compressão do nervo pudendo, gerando mudança do seu terminal nervoso com evolução para neuropatia desse nervo e, subsequente, denervação do esfíncter urinário (DELLÚ; ZÁCARO; SCHMITT, 2008).

No presente estudo, poucas foram as intercorrências encontradas durante os partos das mulheres, sendo de apenas 8,6% no grupo GI e 5,7% no grupo GC.

5.2 QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES INCONTINENTES

Na Tabela 3, a seguir, os valores dos domínios do *King's Health Questionnaire (KHQ)* da amostra das mulheres com incontinência urinária (GI).

Tabela 3. Valores da média, mediana e desvio-padrão no *King's Health Questionnaire (KHQ)* das mulheres do grupo com incontinência urinária (GI). Uberaba-MG, 2010.

	Média	Mediana	Desvio padrão
Saúde Geral	42,86	50,00	23,92
Impacto incontinência	57,14	66,67	3,75
Limitações atividades diárias	44,28	50,00	3,81
Limitações físicas	39,52	33,33	3,40
Limitações sociais	21,26	11,11	2,44
Relações sociais*	14,88	0,00	2,80
Emoções	38,41	33,33	3,65
Sono e disposição	40,00	33,33	23,63
Medidas de gravidade	45,71	41,67	22,72

*considerando n=28; após execução do calculador houve "7 missing value"

No processamento dos dados, para o domínio relações sociais foi considerado n=28, pois 7 foram identificados como "*missing value*", ou seja, valores perdidos, segundo o calculador próprio do instrumento, pela presença da resposta neste domínio como "não aplicável".

O KHQ é autoadministrável e demora aproximadamente 5 minutos para ser respondido. Esse é um questionário válido, confiável e amplamente utilizado para pesquisas clínicas, pois é capaz de avaliar aspectos tão importantes quanto a per-

cepção do impacto da IU nas vidas das pacientes e as medidas de sua gravidade (DEDICAÇÃO et al., 2008).

No presente estudo, a análise da qualidade de vida das mulheres incontinentes, mensurada pelo KHQ demonstrou maiores escores nos domínios: impacto da incontinência (57,14) e medidas de gravidade (45,71). O domínio impacto da incontinência avalia o quanto o problema de bexiga, ou seja, a incontinência urinária afeta a vida da mulher. O domínio medidas de gravidade avalia as estratégias utilizadas para conter a perda urinária e a preocupação da mulher com a percepção da incontinência.

Valores próximos foram encontrados em estudo de Silva e Lopes (2009) onde escore mais elevado foi no domínio impacto da incontinência (escore médio de 66,7) seguido do de medidas de gravidade (47,2). Em outro estudo em relação ao impacto que a IU acarreta sobre a QV, verificado pelo KHQ, observou-se que os três tipos de incontinência causam grande impacto na QV das pacientes, visto que a média dos escores do KHQ permaneceu acima de 50 na maioria dos domínios (FELDNER JUNIOR et al., 2002).

Avaliados quatorze estudos que demonstraram os efeitos da IU na qualidade de vida, revelaram que os pacientes sofrem conseqüências sociais, sentimentos negativos e/ou vergonha em 8% a 74% dos casos, sendo que há moderado a severo impacto na qualidade de vida em 10% a 22% dos pacientes (MINASSIAN; DRUTZ; AL-BADR, 2003).

Em outro estudo com trabalhadoras da área de enfermagem, avaliando a incontinência urinária como problema ocupacional, a principal queixa (10,6%) foi o estresse por ficar molhada, cheirando urina. Outros sentimentos, citados por 13,4% das mulheres foram vergonha, raiva, constrangimento e preocupação por ficar molhada ou estar cheirando urina (HIGA, 2004).

Entre as restrições causadas pela IU foram identificadas, em estudo nacional, que 26,2% das mulheres, citaram problemas psicológicos e emocionais associados à IU como vergonha, medo, nervosismo e depressão (LOPES; HIGA, 2006).

Os sentimentos vivenciados por essas mulheres geralmente estão contextualizados na esfera física ou moral. As mulheres normalmente descrevem sentir constrangimento, vergonha, humilhação e desgosto associado à incontinência, bem como nervosismo, medo, perda da confiança em si e tristeza (BORBA; LELIS; BRÊTAS, 2008.)

Concernente a isto, mulheres com IU relataram ter medo de perder urina durante a relação sexual (4,2%), sentiam constrangimento e tristeza por causa da IU (2,1%), ou tinham vergonha do marido ao perder urina durante o ato sexual (3,8%) (LOPES; HIGA, 2006). Em outra pesquisa a maior parte das pacientes consideraram a perda urinária um grande problema (53,8%) ou sentiram-se muito aborrecidas (38,5%) (BELTRAMI et al., 2009).

Ainda neste estudo, analisando a escala independente do KHQ que avalia a presença e intensidade dos sintomas urinários no grupo de mulheres com incontinência urinária foi observado que para 42,9% delas o aumento da frequência urinária incomodava muito.

Índices maiores foram encontrados em idosas em que a frequência de perda de urina ocorreu em 87% das que relataram perder urina sempre (KARANTANIS et al., 2004). O aumento da frequência urinária também teve alta prevalência (65,4%), em estudo de Rett et al. (2007); (58%) em Figueiredo et al. (2008) e baixa (16,7%) em Dellú, Zácara e Schmitt (2008).

Para o sintoma de noctúria, ou seja, levantar à noite para urinar, 37,1% das mulheres não apresentou este sintoma ou realmente não o tinha.

Resultado próximo (30,4%) foi demonstrado em estudo de Beltrami et al. (2009); variado com percentuais de 26 a 66% a partir da quinta década de vida em Reis (2003) e maior (57,7% e 52%, respectivamente) em estudos de Rett et al. (2007) e Figueiredo et al. (2008).

A urgência urinária foi encontrada em 45,7% das mulheres deste grupo. E para 37,1% encontramos urge-incontinência, onde a urgência está associada à perda de urina antes de chegar ao banheiro.

Urgência miccional foi encontrada em 57,7% das mulheres em estudo de Rett et al. (2007) e em 74% em outro de Figueiredo et al. (2008). As maiores ocorrências de perda urinária se deram antes de chegar ao banheiro, ou seja, urge-incontinência (21,3%) para Lazari, Lojudice e Marota (2009) e apenas (4,2%) para Dellú, Zácara e Schmitt (2008).

Analisando a presença de perda urinária durante os esforços, observamos que 54,3% das mulheres do grupo apresentavam este sintoma. Em outras pesquisas, também foi o sintoma mais relatado com frequências de 55% em Karantanis et al. (2004); 35% em Guarisi et al. (2001a); 97% em Figueiredo et al. (2008); 88,5% em Rett et al. (2007) e 58,3% em Dellú, Zácara e Schmitt (2008).

Quanto à enurese noturna, 88,6% das mulheres incontinentes não tinham este sintoma. Isto é concernente a outras pesquisas (frequências de 34%, 30,4%, 10,2% e 4,4%, respectivamente) (FIGUEIREDO et al., 2008; BELTRAMI et al., 2009; DELLÚ; ZÁCARO; SCHMITT, 2008; TEMML et al., 2000).

A presença de perda de urina durante a relação sexual não teve um percentual significativo, pois 80% da amostra não apresentaram este sintoma. Concordando com Rett et al. (2007) onde 30,8% das mulheres de seu estudo tinham incontinência durante a relação sexual e com Gordon et al. (1999) onde apenas 3% de mulheres adultas e 29% de jovens eram incontinentes nesta situação.

Para Barber et al. (2002) as participantes sexualmente ativas com incontinência urinária de esforço de seu estudo eram moderadamente ou extremamente preocupadas com a atividade sexual por causar perda de urina.

Infecções urinárias frequentes, dor na bexiga e dificuldade para urinar foram sintomas pouco relatados pelas mulheres da amostra; estiveram ausentes para 68,6%, 62,9%, e 97,1% respectivamente. Resultados semelhantes foram relatados por Rett et al. (2007) onde os sintomas menos relatados foram infecções urinárias

frequentes e dificuldade para urinar. Ausência de queixas para a disúria e infecções urinárias foi demonstrada em 59,3% das pacientes com IU (SILVA; SANTOS, 2005).

5.3 QUALIDADE DE VIDA E FUNÇÃO SEXUAL DAS MULHERES COM E SEM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Na Tabela 4, a seguir, encontra-se a distribuição dos escores de qualidade de vida das mulheres segundo o WHOQOL-BREF e do FSFI.

Tabela 4. Qualidade de vida e função sexual do grupo com incontinência urinária (GI) e sem incontinência urinária (GC) no WHOQOL-BREF e FSFI. Uberaba-MG, 2010.

	GI		GC		t	p
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão		
WHOQOL-BREF						
Físico	64,18	15,23	71,63	15,42	-2,087	0,044
Psicológico	58,21	20,42	70,23	13,10	-2,835	0,008
Relações Sociais	62,38	14,05	67,61	14,11	-1,682	0,102
Meio Ambiente	53,03	13,16	62,94	16,89	-2,662	0,012
Total	57,14	22,94	71,42	15,02	-3,222	0,003
FSFI						
Desejo	2,94	1,45	3,80	1,32	2,426	0,021
Excitação	2,40	1,85	3,73	1,91	3,186	0,003
Lubrificação	2,99	2,19	3,78	2,22	1,524	0,137
Orgasmo	2,73	2,14	3,94	2,05	2,432	0,020
Satisfação	3,04	1,75	4,48	1,29	4,379	0,000
Dor	3,06	2,26	4,46	2,17	2,848	0,007
Escore total	17,17	9,83	24,20	9,86	3,197	0,003

No presente estudo, a qualidade de vida mensurada pelo WHOQOL–BREF evidenciou que as mulheres incontinentes apresentaram média de escore menor (57,14) quando comparadas com as continentas (71,42). Em relação aos domínios específicos, ambos os grupos obtiveram maior escore no domínio físico e menor escore no domínio meio ambiente. Na comparação da qualidade de vida entre os grupos observou-se que em todos os domínios houve diferença estatisticamente significativa, exceto no domínio das relações sociais ($t = -1,682$; $p = 0,102$), Tabela 4.

O domínio físico avalia dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou tratamentos e capacidade de trabalho. O domínio meio ambiente avalia segurança física e proteção; ambiente no lar, recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidade de recreação/lazer; ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima; transporte. O domínio relações sociais avalia as relações pessoais; suporte social e atividade sexual (CHACHAMOVICH; FLECK, 2008).

Para Guarisi et al. (2001a) a incontinência urinária interfere diretamente com as atividades diárias das mulheres, de tal maneira que aquelas que sofrem desta moléstia apresentam índices mais baixos de qualidade de vida. Em outro estudo sobre a qualidade de vida em mulheres com e sem incontinência urinária, demonstrou que para 65,7% existe um impacto negativo (mínimo, moderado ou severo) da IU (TEMML et al., 2000).

Diferença estatisticamente significativa nos escores gerais de saúde geral do instrumento SF-36 foi encontrado na avaliação entre os diferentes tipos de incontinência urinária no estudo de Reiko Azuma et al. (2008) e valores médios de escores maiores que 50 foram demonstrados no grupo com incontinência urinária quando comparado com um grupo controle em um estudo americano utilizando o SF-36 (YU KO et al., 2005).

Estudo de Abrams et al. (2000) demonstraram que mulheres com incontinência urinária tiveram uma qualidade de vida pior quando comparadas com

as continentas ($p < 0.01$). Em outra pesquisa, em que se avaliou o impacto sobre a QV entre as mulheres incontinentes, notou-se que o desvio-padrão manteve-se elevado em todos os grupos nos diferentes domínios (DEDICAÇÃO et al., 2008).

Em outro inquérito, as pacientes que apresentaram os graus mais severos de IU de acordo com o teste do absorvente foram as que demonstraram um maior impacto na qualidade de vida (HIGASHI et al., 1996). A sintomatologia associada à IUE afeta aproximadamente sete vezes mais a QV das pacientes não submetidas à terapêutica cirúrgica (AUGE et al., 2006).

Resultados semelhantes em relação à comparação da qualidade de vida entre os dois grupos, foram os de Gunnell et al. (2004) onde 86% das pacientes não se sentiam restritas de suas atividades diárias e somente 14% declaram que a IU era um problema que as privava de realizar suas atividades sociais normais. Contradizendo a este fato, em um estudo de Lopes e Higa (2006) a restrição social foi referida por 33,5% das mulheres com incontinência urinária.

Estudos semelhantes demonstraram alterações nos escores de percepção da saúde mental e física (CHIAFFARINO et al., 2003) e nos escores físico e social (ROVNER et al., 2002).

Restrição das atividades, interferência nas tarefas domésticas e de trabalho foram os aspectos mais verbalizados pelas pacientes com IU em um estudo qualitativo (HONÓRIO; SANTOS, 2009). Em outra pesquisa 15,2% das mulheres com incontinência urinária referiram que a IU interferia no seu desempenho profissional e 26,2% relataram a presença de problemas psicológicos e emocionais associados à IU (LOPES; HIGA, 2006).

As mulheres incontinentes raramente falam sobre o seu problema e, quando questionadas, muitas vezes o omitem por se sentirem constrangidas e por esta mesma razão não procuram tratamento.

Neste estudo, a função sexual mensurada pelo FSFI evidenciou que no grupo de mulheres incontinentes a média total de escore foi menor ($S=17,17$) quando comparada com o grupo de continentas ($S= 24,20$). Na avaliação final do FSFI

quanto menores os escores, pior é a função sexual. Nos domínios específicos, os maiores escores foram obtidos no domínio dor no grupo GI, e satisfação no grupo GC, e os menores escores no domínio excitação em ambos os grupos. E ao comparar a função sexual entre os grupos foi evidenciado que em todos os domínios houve diferença estatisticamente significativa, exceto no domínio lubrificação ($t = 1,524$; $p = 0,137$), Tabela 4.

A função sexual é um complexo vivencial formado por componentes biopsicosocial interagindo entre si, onde as fantasias sexuais, os sonhos sexuais, a masturbação, a receptividade do companheiro, as sensações genitais e as respostas aos sinais eróticos (MOTA, 2006). Não significa ser necessariamente na presença de um companheiro ou parceiro.

Resultados semelhantes com relação ao padrão de desempenho sexual foram encontrados em uma pesquisa com estudante de graduação de enfermagem utilizando o Quociente Sexual – versão feminina (QS-F) onde 40,8% das estudantes apresentaram desempenho sexual de regular a bom (FONSECA; BERESI, 2008). A prevalência de pelo menos uma disfunção sexual esteve presente em quase metade da amostra em um estudo com mulheres brasileiras (ABDO et al., 2004).

Em um estudo qualitativo com enfermeiras a diminuição da libido esteve presente, repercutindo na sua convivência conjugal, gerando conflitos afetivos de natureza sexual. Refere que talvez esta condição de saúde/doença também esteja ligada ao seu estado de “espírito”, à sua falta de ânimo pelas coisas prazerosas da vida (KAUCHAJKE PEDROSA, 1999).

A interferência da IU na vida sexual foi citada por 40,9% mulheres incontinentes em um dos estudos de Lopes e Higa (2006). Contrariamente, em outro inquérito somente 10% das mulheres adultas admitiram que os sintomas genitourinários afetavam significativamente sua função sexual, comparando com 21% de mulheres jovens sem estes sintomas (GORDON et al., 1999).

A presença de sintomas urinários demonstrou impacto na função sexual de mulheres com alteração do trato urinário (LAUMANN; PAIK; ROSEN, 1999). A IU

interferiu na vida conjugal em 7,5% e na sexual em 33% dos sujeitos deste estudo (MINASSIAN; DRUTZ; AL-BADR, 2003). Outra pesquisa entre mulheres trabalhadoras da enfermagem, a IU foi responsável por restrições na atividade sexual em 12% delas (HIGA, 2004).

Em relação ao maior escore obtido no domínio dor para o grupo GI, resultados semelhantes foram notados em um trabalho de Etienne e Waitman (2006) em que as principais disfunções sexuais encontradas em mulheres com incontinência urinária foram: falta de orgasmo e de desejo (60%) seguida de dispareunia (47%). Para Lopes e Higa (2006) as principais restrições na atividade sexual eram causadas por perder urina (25,6%), sentir dor durante a relação (20,7%), não sentir prazer ou desejo em ter relação (4,9%), diminuir ou evitar a atividade sexual (1,8%); necessitar interromper a relação para urinar (1,2%) e sentir vontade de urinar durante a relação sexual (1,2%).

Existem muitas razões pelas quais os sintomas da IU afetam a vida sexual, talvez não diretamente relacionadas à perda de urina. A IU pode afetar muitos aspectos da sexualidade, como roupas e aparência. A mulher pode não se sentir atraente, principalmente quando faz uso de absorventes na cama. Há relatos de pacientes que diziam se sentir sujas e mal cheirosas evitavam a relação sexual ou mesmo a interrompiam para ir ao banheiro. A insatisfação sexual da mulher traduz uma piora na QV individual e conjugal (AUGE et al., 2006).

Os estudos sobre a relação entre IU e satisfação sexual não são frequentes. A IU é um problema que afeta quase um terço da população, dado que o desenvolvimento demográfico mostra o envelhecimento da população e que a IU cresce com o aumento da idade (RIBEIRO; RAIMUNDO, 2005).

A constatação de prejuízo na atividade sexual é muito variável e não está diretamente ligada à prevalência de incontinência urinária. Isto condiz com nosso estudo em que não foi observada diferença estatisticamente significativa no domínio lubrificação ao comparar os dois grupos. Baixos escores para libido, excitação e orgasmo também foram encontrados em mulheres na menopausa, secura vaginal, problemas urinários e depressão (HANDA et al., 2008). Estes baixos escores podem

estar relacionados aos problemas psicossociais e dificuldade nos relacionamentos. Um maior risco para disfunções sexuais também estar atribuído ao nível educacional e baixo poder econômico (Abdo et al., 2004) Para o homem o estímulo visual é de grande importância para iniciar e manter o desejo sexual. Já para a mulher, os estímulos olfativos, auditivos e táteis são melhores estimulantes (MOTA, 2006).

Uma relação é esperada, pois há muitas razões para sintomas urinários afetarem a vida sexual das mulheres. Porém alterações nos fatores psicossociais, culturais e biológicos estão intimamente ligados no aparecimento das disfunções sexuais em mulheres (ETIENNE; WAITAN, 2006).

Para mulheres todas as categorias da disfunção sexual, como: baixo desejo, desordens de lubrificação e dispaurenia têm associação significativa com baixos sentimentos físicos e satisfação emocional (LAUMANN; PAIK; ROSEN, 1999).

As dificuldades de desempenho e satisfação sexual da mulher se constituem em relevante problema de saúde pública, prejudicando sua qualidade de vida (ABDO, 2006).

Os resultados deste estudo devem ser retornados à comunidade por meio da apresentação e discussão entre a equipe de saúde, orientando-a a realizarem um levantamento das mulheres com perda urinária a fim de desenvolverem estratégias de esclarecimentos e orientações quanto à presença da incontinência urinária, suas implicações e seu tratamento, tanto médico quanto fisioterapêutico. É uma sintomatologia que afeta um percentual significativo de mulheres, gerando transtornos psicológicos e sociais, além de intervir negativamente em sua qualidade de vida.

Referente aos menores escores da função sexual entre as mulheres incontinentes evidencia-se a necessidade de reflexão sobre os aspectos sociais, psicológicos e biológicos no contexto da sexualidade. As mulheres ainda vivenciam a sexualidade como algo punitivo, por isto tantas vezes sentem-se constrangidas e negam falar sobre este assunto. A influência do parceiro nestas disfunções também é algo que chama atenção, pois o homem ainda vê a sua mulher como um ser frágil,

intocável e “castrada”, mutilando-a, não permitindo assim a igualdade sexual, o exercício do prazer, das sensações e fantasias sexuais, completando todo o ciclo da sexualidade.

A atuação da fisioterapia tanto nas desordens urinárias quanto nas sexuais é algo que merece destaque. O trabalho com exercícios de fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico aumentam a circulação sanguínea local, promove um equilíbrio dos mecanismos de sustentação e suspensão dos órgãos pélvicos, além de reeducar a postura, alterando assim alguns padrões de comportamento, enfatizando a sensualidade e o erotismo. Melhorando assim sua auto-estima e conseqüentemente sua qualidade de vida.

Sabe-se que esta conscientização é uma tarefa difícil pela resistência da equipe de saúde e das próprias mulheres, mas é preciso que toda mulher saiba que este sintoma pode aparecer em alguma fase de sua vida, porém existem estratégias capazes de impedir um agravamento do quadro e de proporcionar uma melhor qualidade de vida e da função sexual neste período.

6 CONCLUSÃO

Este trabalho abordou a QV e a função sexual de mulheres com e sem incontinência urinária, identificando suas características sócio-demográficas e avaliação subjetiva da qualidade de vida segundo os domínios do WHOQOL BREF e da função sexual segundo o FSFI, assim como a relação entre os dois aspectos.

Dentre os achados identificou-se que em ambos os grupos a maioria das mulheres estavam na faixa etária de 45 a 60 anos e eram casadas ou moravam com o companheiro. O maior grau de escolaridade e a maior renda foram encontrados entre as mulheres continentais. Em relação aos partos foi encontrada uma maior paridade e uma maior prevalência de parto vaginal entre as mulheres incontinentes quando comparadas com as continentais.

A análise da qualidade de vida das mulheres incontinentes, mensurada pelo KHQ demonstrou maiores escores nos domínios: impacto da incontinência e medidas de gravidade. E ao estudar a escala independente do KHQ que avalia a presença e intensidade dos sintomas urinários neste grupo encontramos que o aumento da frequência urinária, a urgência urinária e a urge-incontinência e a perda urinária durante os esforços foram os sintomas mais relatados e intensificados pelas mulheres.

Quanto à análise da qualidade de vida evidenciou-se que o grupo incontinente apresentou os menores escores quando comparado com o continente. A comparação da qualidade de vida entre os grupos evidenciou que o único escore que não obteve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos foi o domínio das relações sociais.

A função sexual mensurada pelo FSFI evidenciou que o grupo incontinente obteve média total de escore menor quando comparado com o grupo continente. Os maiores escores foram obtidos no domínio dor no grupo GI, e satisfação no grupo GC. E os menores escores no domínio excitação em ambos os grupos. A comparação da função sexual entre os grupos evidenciou que o único escore que

não obteve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos foi o domínio da lubrificação.

A hipótese foi confirmada no que condiz à diminuição dos escores de qualidade de vida e de função sexual das mulheres incontinentes em relação às continentas, evidenciando que a presença de incontinência urinária interfere negativamente na qualidade de vida e na função sexual destas mulheres.

7 REFERÊNCIAS

ABDO, C.H.N. Elaboração e validação do quociente sexual - versão feminina: uma escala para avaliar a função sexual da mulher. **Revista Brasileira Medicina**. v.63, n. 9, p.477-82, 2006.

ABDO, C.H. et al. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women: results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). **International Journal of Impotence Research**. v. 16, n. 2, p. 160-6, 2004.

ABRAMS, P. et al. Overactive bladder significantly affects quality of life. **American Journal of Managed Care**. v. 6, n. 11, p. 580 - 90, jul. 2000. Suplemento.

ABRAMS, P. et al. The Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function: Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. **Neurourology and Urodynamics**. v. 21, p. 1632 - 42, 2002.

AUGE, A.P. et al. Qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**. v. 28, n. 6, p. 352-7, 2006.

BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e aspectos de mastologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2007.

BARACHO, E. L. L. S. et al. Impacto sobre a quantidade de urina perdida de uma intervenção fisioterapêutica em idosas com incontinência urinária. **Fisioterapia e Pesquisa**. v. 13, n. 1, p. 23-9, jan./abr. 2006.

BARBER, M. D. et al. Sexual Function in Women With Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse. **American Journal of Obstetrics and Gynecology** . v. 99, n. 2, p. 281-9, fev. 2002.

BELO, J. et al. Reeducação do pavimento pélvico com cones de plevnik em mulheres com incontinência urinária de esforço. **Acta Médica Portuguesa**. v. 18, p. 117-122, fev. 2005.

BELTRAMI, A. O. et al. Percepção das pacientes do Ambulatório de Uroginecologia quanto ao acolhimento e à abordagem terapêutica conservadora na incontinência urinária. **Einstein**, São Paulo. v. 7, n. 3, p. 328-33, 2009.

BLAIVAS, J. G. et al. Standards of efficacy for evaluation of treatment outcomes in urinary incontinence: recommendations of the Urodynamic Society. **Neurourology and Urodynamics**. v. 16, n. 3, p. 145-7, 1997.

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

BORGES, V. L. F.; MEDEIROS, S. F. Validação de questionário para avaliara função sexual feminina após menopausa. **Revista Brasileira de Ginecologia & Obstetrícia**. v. 31, n. 6, p. 293-9, 2009.

BORTOLOTTI, A. et al. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in Italy. **European Urology**. v. 37, n. 1, p. 30-5, 2000.

BURGIO, K. L.; MATHEWS, K. A.; ENGEL, B.T. Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy, middle-aged women. **Journal of Urology**. v. 146, n. 5, p. 1255-9, 1991.

CASTRO, R.C.O.S. **Perfil epidemiológico e qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária SUS - dependentes na região de Jaú**. 279f Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

CHACHAMOVICH, E.; FLECK, M. P. A. Desenvolvimento do WHOQOL BREF. In: FLECK, M.P.A. (Org.). **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

CHATTERJI, S.; BICKENBACH, J. Considerações sobre a qualidade de vida. In: FLECK, M. P. A. (Org.). **A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

CHIAFFARINO, F. et al. Grupo Interdisciplinare di Studio Incontinenza Urinaria (GISIU). Impact of urinary incontinence and overactive bladder on quality of life. **European Urology**. v. 43, n. 5, p. 535-8, 2003

CHIAPARA, T. R. C.; CACHO, D. P.; ALVES, A. F. D. **Incontinência urinária feminina – Assistência fisioterapêutica e multidisciplinar**. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 2007.

CORCOS, J. et al. Symptom Quality of Life Assessment Committee of the First International Consultation on Incontinence. Quality of life assessment in men and women with urinary incontinence. **Journal of Urology**. v. 168, n. 3, p. 896-905, 2002.

DANFORTH et al. Risk Factors for Urinary Incontinence among Middle-aged Women. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**. v. 194, n. 2, p. 339–345, fev. 2006.

DAVILA, G. W.; NEIMARK, M. The overactive bladder: prevalence and effects on quality of life. **Clinical Obstetrics and Gynecology**. v. 45, n. 1, p. 173-81, mar. 2002.

DE ARAÚJO, M. P. et al. Relação entre Incontinência Urinária em mulheres atletas corredoras de longa distância e distúrbio alimentar. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 54, n. 2, p. 146-9, 2008.

DEDICAÇÃO, A.C. et al. Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v13n2/aop012_09.pdf> Acesso em 20 set. 2010.

DELLÚ, M. C.; ZÁCARO, P. M. D.; SCHMITT, A. C. B. Prevalência de sintomas urinários e fatores obstétricos associados. **Revista Brasileira Fisioterapia**. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/2008nahead/aop005.pdf>> Acesso em 20 set. 2010

EDWARDS, W.M.; COLEMAN, E. Defining sexual health: a descriptive overview. **Archives of Sex Behavior**. v.33, n.3, p.189-95, 2004.

ETIENNE, M. A.; WAITMAN, M. C. Sexualidade: conceitos e história. In: ETIENNE, M. A.; WAITMAN, M. C. **Disfunções sexuais femininas: a fisioterapia como recurso fisioterapêutico**. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 2006. p.19-24.

FELDNER JUNIOR, P. C. et al. Valor da queixa clínica e exame físico no diagnóstico da incontinência urinária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 24, n. 2, p. 87-91, 2002.

FIGUEIREDO, E. M. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de Serviço de Fisioterapia Uroginecológica da rede pública. **Revista Brasileira Fisioterapia**, São Carlos, v. 12, n. 2, p. 136-42, mar./abr. 2008

FLAUZINO, E. D.; VIDEIRA, A. C. Relato de um caso de reabilitação na incontinência urinária por esforço grau II. **Revista Fisiobrasil**. Ano 10, v. 76, p. 10-11, 2006.

FLECK, M. P. A. et al. Development of the portuguese version of the OMS evaluation instrument of quality of life. **Revista Brasileira Psiquiatria**. v.21, n. 1, p.19-28, 1999.

- FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação da Qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 198-205, abr. 1999.
- FLECK, M. P. A. Problemas conceituais em qualidade de vida. P. 19-27. In: FLECK, M. P. A. et al. **A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- FONSECA, E. S. M. et al. Validação do questionário e qualidade de vida (*King's Health Questionnaire*) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 27, n. 5, p. 235-42, 2005.
- FONSECA, M. F. S.; BERESI, R. Avaliação da função sexual de estudantes de graduação em Enfermagem. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 430-436, 2008.
- FREITAS, F.; MENKE, C. H.; RIVOIRE, W. **Rotinas em ginecologia**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- FREUD, S. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**. Edição Standard Brasileira, Obras Completas, v. VII. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1969.
- GILL, T. M.; FEINSTEIN, A. R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. **Journal of the American Medical Association**, v. 272, n. 8, p. 619-626, 1994.
- GORDON, D. et al. Sexual function in women attending a urogynecology clinic. **International Urogynecology Journal and pelvic floor dysfunction**. v.10, n. 5, p. 325-28, 1999.
- GROSSE, D.; SENGLER, J. **Reeducação perineal**. 1 ed. São Paulo: Manole, 2002.
- GUARISI, T. et al. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. **Revista Saúde Pública**. v. 35, n. 5, p. 428-35, 2001.
- _____. Procura de Serviço Médico por Mulheres com Incontinência Urinária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 23, n. 7, p. 439-443, 2001a.
- GUNNEL, A. et al. Urinary incontinence: prevalence, impact on daily living and desire for treatment. **Scandinavian Journal of Urology and Nephrology**. v. 38, n. 2, p. 125-30, 2004.

HALL, C. M.; BRODY, L. T. **Exercício Terapêutico na busca da função**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 409-439.

HANDA, V. L. et al. Female Sexual Function and Pelvic Floor Disorders. **Obstetrics and Gynecology**. v. 111, n. 5, p. 1045-1052, mai. 2008.

HAYLEN, B. T. et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. **International Urogynecology Journal**, v. 21, n. 5, p. 5-26, 2010.

HENTSCHEL, H. et al. Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em língua portuguesa. **Revista do HCPA** . v. 27, n. 1, p. 10-14, 2007.

HERRMANN, V. et al. Eletroestimulação transvaginal do assoalho pélvico no tratamento da incontinência urinária de esforço: avaliações clínica e ultra sonográfica. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 49, n. 4, p. 401-5, 2003.

HIGA, R. **Incontinência urinária: problema ocupacional entre profissionais de enfermagem**. 140f Dissertação (Mestrado). Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas; 2004.

HIGA, R.; LOPES, M. H. B. M. Fatores associados com a incontinência urinária na mulher. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 58, n. 4, p. 422-8, 2005.

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, p. 187-92, 2008.

HIGASHI, T. W. et al. Quality of life of person with urinary incontinence: development of a new measure. **Urology**. v. 47, n. 1, p. 67-71, 1996.

HONÓRIO, M. O.; SANTOS, S. M. A. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília. v. 62, n. 1, p. 51-6, jan-fev, 2009.

INÁCIO, H. M; PEDROTI, M. C. RESSIETI, M. S. A eletroestimulação transvaginal na incontinência urinária de esforço de mulheres pós-menopausa. **Revista Fisiobrasil**. v.76, p. 6-9, 2006.

KARANTANIS E, et al. Comparison of the ICIQ-SF and 24-hour test with other measures for evaluating the severity of urodynamic stress incontinence. **International Urogynecology Journal**. v. 15, n. 2, p. 111-6, 2004.

- KAUCHAJKE PEDROSA, L. A. **Saúde das mulheres trabalhadoras, enfermeiras: o real e o vivido**. 169f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.
- KAWAKAME, P. M. G.; MIYADAHIRA, A. M. K. Qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 39, n. 2, p. 164-72, 2005.
- KEGEL, A. H. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the muscles. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**. v. 56, p. 238-49, 1948.
- KELLEHER, C. J. et al. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**. v.104, p.1374-9, dez. 1997.
- KELLEHER C. Quality of life and urinary incontinence. **Best practice and Research Clinical Obstetrics and gynaecology**. v. 14, n. 2, p. 363-79, apr. 2000.
- LAUMANN, E. O.; PAIK, A.; ROSEN, R. C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. **JAMA**. v. 281, n. 6, p. 537-44, 1999.
- LAZARI, I. C. F.; LOJUDICE, D. C.; MAROTA, A. G. Avaliação da qualidade de vida de idosas com incontinência urinária: idosas institucionalizadas em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v. 12, n. 1, p. 103-112, 2009.
- LEITE, A. P. L. et al. Validação do Índice da Função Sexual Feminina em grávidas brasileiras. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 29, n. 8, p. 414-9, 2007.
- LOPES, M. H. B. M.; HIGA, R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 40, n. 1, p. 34-41, 2006.
- MATHEUS, L. M. et al. Influência dos exercícios perineais e dos cones vaginais, associados à correção postural, no tratamento da incontinência urinária feminina. **Revista brasileira fisioterapia**, São Carlos. v. 10, n. 4, p. 387-392, out./dez, 2006.
- MENDONÇA, Y. et al. Prevalência da queixa de incontinência urinária de esforço em pacientes atendidas no serviço de ginecologia do Hospital Júlia Kubitschek. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**. v. 107, n. 5, p. 153-155, 1997.

MESTON, C. M.; DEROGATIS, L. R. Validated instruments for assessing female sexual function. **Journal of Sex and Marital Therapy**. v. 28, n. 1, p. 155-64, 2002.

MILSOM I.; EKERLUND P.; MOLANDER U. The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. **Journal of Urology**. v. 149, p. 14590, 1993.

MINASSIAN, V. A; DRUTZ H. P.; AL-BADR, A. Urinary incontinence as a worldwide problem. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**. v. 82, n. 3, p. 327-38, 2003.

MINAYO, M. C. S; HARTZ, Z. M. A, BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MORENO, A. L. Sexualidade feminina em condições especiais In: ETIENNE, M.A.; WAITMAN, M. C. **Disfunções sexuais femininas: a fisioterapia como recurso fisioterapêutico**. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 2006. p.103-109.

MOTA, A.C. **A influência do fator estético no desejo e no desempenho sexual em mulheres pré-menopausadas**. 58f. Monografia (Pós – graduação). Universidade UNIMED e Universidade Gama Filho, Belo Horizonte, 2006.

NORONHA, J. A. P. et al. Prevalência de instabilidade detrusora na incontinência urinária de esforço. **Jornal Brasileiro Urologia**. v. 23, n. 2, p. 82-84, 1997.

NYGAARD, I. E. et al. Urinary incontinence in elite nulliparous athletes. **Obstetrics and Gynecology**. v. 84, n. 2, p. 183-7, 1994.

OLIVEIRA, C. J. et al. Análise da produção científica na área da saúde sobre qualidade de vida no Brasil entre 2000 e 2005: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 9, n. 2, p. 496-505, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a16.htm>>. Acesso em: 16 set. 2010.

PAUL ABRAMS, M.D. Overactive bladder significantly affects quality of life the American. **The American Journal of Managed Care**. v. 6, n. 11, p. 580- 590, jul. 2000. Suplemento.

PEEKER, I.; PEEKER, R. Early diagnosis and treatment of genuine stress urinary incontinence in women after pregnancy: midwives as detectives. **Journal of Midwifery and Women's Health**. v. 48, n. 1, p. 60-6, 2003.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia – Teoria e Prática**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1995

POLDEN, M.; MANTLE, J. **Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo: Santos, 2002. p. 335-385.

POWER, M. Qualidade de vida: visão geral do Projeto WHOQOL. P. 48-59. In: FLECK, M. P. A. et al. **A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

REIKO AZUMA et al. Prevalence and risk factors of urinary incontinence and its influence on the quality of life of Japanese women. **Nursing and Health Sciences**. v. 10, n. 2, p. 151–158, jun. 2008.

REIS, R. Incontinência urinária no idoso. **Acta Cirúrgica Brasileira**. v. 18, n. 5 (supl.), p. 47-51, 2003.

RETT, M.T. et al. 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.

RIBEIRO, R. M.; ANZAI, R. Y.; GUIDI, H. Incontinência urinária de esforço: diagnóstico e tratamento. **Revista Médica Brasileira**. v. 47, p. 553 - 61, 1990.

RIBEIRO, J. P.; RAIMUNDO, A. Satisfação sexual e percepção de saúde em mulheres com incontinência urinária. **Análise Psicológica**. v. 3, n. 23, p. 305-314, 2005.

ROCHA, A. D. et al. Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final? **Revista Ciência e saúde coletiva**. v. 5, n. 1, p. 63-81, 2000.

RODRIGUES, B. P. **Abordagem Fisioterapêutica na Incontinência Urinária de Esforço na mulher idosa**. 73f. Monografia (Graduação em Fisioterapia), Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, 2008.

ROSA, P. C. M.; BIFF, E. F. A. **Incontinência urinária em trabalhadoras da enfermagem em um hospital universitário**. 45f. Monografia (Graduação em Enfermagem), Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, 2009.

ROVNER, E.S. et al. Evaluation and treatment of the overactive bladder. **Revista do Hospital das Clínicas**. v. 57, n. 1, p. 39-48, 2002.

RUBINSTEIN, I.; RUBINSTEIN, M. Avaliação diagnóstica e classificação da Incontinência Urinária de Esforço. p. 179-188. In: RUBINSTEIN, I. **Urologia Feminina**. São Paulo: BYK, 1999.

SILVA, A. P. M.; SANTOS, V. L. C. G. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. v. 39, n. 1, p. 36-45, 2005.

SILVA, L.; LOPES, M. H. B. M. Incontinência urinária Em mulheres: razões da não procura por tratamento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 43, n. 1, p. 72 - 8, 2009.

SOUZA, T. T. et al. Qualidade de vida da pessoa diabética. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 31, n. 1, p. 150-64, 1997.

TAMANINI, J. T. N. et al. Validação para o português do ICIQ-SF. **Revista de Saúde Pública**. v. 38, n. 3, p. 438 - 44, 2004.

TATA, G. E. Incontinência. p. 230-254. In: PICKLES, B. et al. **Fisioterapia na terceira idade**. São Paulo: Santos, 2002.

TEMML, C. et al. Urinary Incontinence in Both Sexes: Prevalence Rates and Impact on Quality of Life and Sexual Life. **Neurourology and Urodynamics** . v.19, p. 259–271, 2000.

The world health organization quality of life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**. v. 41, n. 10, p. 1403 - 9, 1995.

TOWNSEND, M. K. et al. Body Mass Index, Weight Gain, and Incident Urinary Incontinence in Middle-Aged Women. **Obstetrics & gynecology**. v. 110, n. 2, p. 346-53, ago. 2007.

YU KO, M. S. et al. Impact of Urinary Incontinence on Urinary Incontinence in Middle-Aged Women. **Obstetrics & gynecology**. Journal of Urology. v. 146, p. 1255-59, 1991.

YU KO, M. S. et al. Impact of Urinary Incontinence on Quality of Life of the Elderly. **The American Journal of Managed Care**. v. 11, n. 4, p. 103-111, jul. 2005. Suplemento.

ZANETTI, M.R.D. et al. Impact of supervised physiotherapeutic pelvic floor exercises for treating female stress urinary incontinence. **São Paulo Medical Journal**. v. 125, n. 5, p. 265 - 9, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

I – IDENTIFICAÇÃO

Iniciais do nome: _____

Código de Identificação: _____

Data: _____

Endereço: _____ Tel:

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

Idade: (anos completos). _____

Faixa etária:

1- 18|-30

2- 30|-45

3- 45|-60

4- 60 ou mais

II – DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E ANTECEDENTES CLÍNICOS E OBSTETRICOS

ESCOLARIDADE:

Atenção: deverá ser anotado quantos anos estudou sem repetir a mesma série.

99- Ignorado

Faixa de escolaridade.

1- sem escolaridade

2- 1 | 4 anos de estudo

3- 4 | 8 anos de estudo

4- 8 anos de estudo

5- 9 | 11 anos de estudo

6- 11 ou mais anos de estudo

QUAL A SUA RENDA INDIVIDUAL:

1 - sem renda

2 - Menos que 1 salário mínimo

3 - 1 salário mínimo

4 - de 1 a 3 salários mínimo

5 - de 3 a 5 salários mínimo

6 – mais de 5 salários mínimo

PROFISSÃO: _____

ESTADO CONJUGAL:

1- casada ou mora com companheiro

2- separada/desquitada/divorciada

3- viúva

4- solteira

PESO: _____

ALTURA: _____

FUMANTE:

1- Sim 2- Não

OBESIDADE:

1- Sim 2- Não

MENOPAUSA:

1- Sim 2- Não

VIDA SEXUAL ATIVA:

1- Sim 2- Não

INCONTINÊNCIA URINÁRIA:

1- Sim 2- Não

CONSTIPAÇÃO INTESTINAL:

1- Sim 2- Não

INGESTÃO DE LÍQUIDOS:

1- menor que 1 litro 2- 1 a 3 litros 3- maior que 3 litros

PATOLOGIAS ASSOCIADAS: _____

NÚMERO DE PARTOS:

1- Nenhum 2- 1 | 2 3- 2 | 4 4- mais que 4

TIPO DE PARTOS:

1- Vaginal nº () – Uso de fórceps 1- Sim 2- Não

Episiotomia 1- Sim 2- Não

2- Cesárea nº ()

3- Ambos nº ()

- Intercorrências no parto 1- Sim 2- Não Qual

(is)??? _____

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado a participar do estudo “*Avaliação da qualidade de vida e função sexual de mulheres com e sem incontinência urinária*”. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é verificar a qualidade de vida e a função sexual de mulheres com e sem incontinência urinária e ver as diferenças entre estes dois grupos. Caso você participe, será necessário responder a algumas perguntas. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO.

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,/...../.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de identidade: _____

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do entrevistador

Telefone de contato dos pesquisadores: (34) 3318 5483; (34) 91661125

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

ANEXOS

ANEXO 1 – INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

WHOQOL – ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck

Professor Adjunto

Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre – RS – Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5

24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

A questão seguinte refere-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente	Sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

ANEXO 2 – INSTRUMENTO *KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE*

Número:

Data:

CONFIDENCIAL 1

1. Como você descreveria sua saúde no momento?

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

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

- Nem um pouco
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito

Gostaríamos de saber quais são seus problemas de bexiga e quanto eles afetam você.

Da lista abaixo, escolha somente aqueles que você apresenta atualmente.

Exclua os problemas que não se aplicam a você.

Quanto que os problemas afetam você?

a. FREQUÊNCIA (ir ao banheiro para urinar muitas vezes)

- Um pouco
- Moderadamente
- Muito

b. NOCTÚRIA (levantar à noite para urinar)

- Um pouco
- Moderadamente
- Muito

c. URGÊNCIA (um forte desejo de urinar e difícil de segurar)

- Um pouco
- Moderadamente
- Muito

d. URGE-INCONTINÊNCIA (vontade muito forte de urinar, com perda de urina antes de chegar ao banheiro)

- Um pouco
- Moderadamente
- Muito

e. INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO (perda urinária que ocorre durante a realização de esforço físico como tossir, espirrar, correr, etc.)

- Um pouco
- Moderadamente
- Muito

f. ENURESE NOTURNA (urinar na cama, à noite, durante o sono)

- Um pouco
- Moderadamente
- Muito

g. INCONTINÊNCIA DURANTE RELAÇÃO SEXUAL (perda urinária durante relação sexual)

Um pouco Moderadamente Muito

h. INFECÇÕES URINÁRIAS FREQUENTES

i. DOR NA BEXIGA

j. DIFICULDADE PARA URINAR

k. VOCÊ TEM ALGUMA OUTRA QUEIXA?

QUAL? _____

CONFIDENCIAL 2

A seguir, estão algumas das atividades diárias que podem ser afetadas por seu problema de bexiga.

Quanto seu problema de bexiga afeta você? Nós gostaríamos que você respondesse cada questão, escolhendo a resposta que mais se aplica a você.

Limitações de atividades diárias

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

Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito

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

Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito

Limitações físicas e sociais

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

Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito

4b. Seu problema de bexiga afeta suas viagens?

Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito

4c. Seu problema de bexiga limita sua vida social?

Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito

4d. Seu problema de bexiga limita seu encontro ou visita a amigos?

Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito

Relações Pessoais

5a. Seu problema de bexiga afeta o relacionamento com seu parceiro?

Não aplicável	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5b. Seu problema de bexiga afeta sua vida sexual?

Não aplicável	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5c. Seu problema de bexiga afeta sua vida familiar?

Não aplicável	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Emoções

6a. Seu problema de bexiga faz com que você se sinta deprimida?

Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6b. Seu problema de bexiga faz com que você se sinta ansiosa ou nervosa?

Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6c. Seu problema de bexiga faz você sentir-se mal consigo mesma?

Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sono e disposição

7a. Seu problema de bexiga afeta seu sono?

Nunca	Às vezes	Freqüentemente	O tempo todo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7b. Você se sente esgotada ou cansada?

Nunca	Às vezes	Freqüentemente	O tempo todo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONFIDENCIAL 3Medidas de gravidade

Você faz algumas das seguintes coisas? E se faz, quanto?

8a. Você usa forros ou absorventes para se manter seca?

Nunca	Às vezes	Freqüentemente	O tempo todo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8b. Toma cuidado com a quantidade de líquidos que bebe?

Nunca	Às vezes	Freqüentemente	O tempo todo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8c. Troca suas roupas íntimas quando elas estão molhadas?

Nunca Às vezes Frequentemente O tempo todo

8d. Preocupa-se com a possibilidade de cheirar urina?

Nunca Às vezes Frequentemente O tempo todo

8e. Fica envergonhada por causa do seu problema de bexiga?

Nunca Às vezes Frequentemente O tempo todo

Muito obrigada! Agora veja se você deixou de responder alguma questão.

ANEXO 3 – INSTRUMENTO DE FUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES (FSFI)

Instruções: Este questionário aborda suas sensações e respostas sexuais durante o último mês. Favor responder as questões da forma mais sincera e clara possível. Suas respostas serão mantidas em sigilo. Ao responder às questões, as seguintes definições se aplicam:

- **Atividade sexual** pode incluir carícia, carinhos preliminares, masturbação e relação vaginal.
- **Relação sexual** é definida como a penetração (entrada) peniana na vagina.
- **Estimulação sexual** inclui situações de carinhos preliminares com o parceiro, estimulação própria (masturbação), ou fantasias sexuais.
- **Desejo ou interesse sexual** é um sentimento que inclui necessidade de ter uma experiência sexual, ter sentimento receptivo ao estímulo sexual do parceiro, e pensar ou fantasiar relações sexuais.

Marque somente uma alternativa por questão.

1. Quantas vezes você sentiu desejo ou interesse sexual?

5 = Quase sempre ou sempre

4 = Maior parte do tempo (mais da metade das vezes)

3 = Às vezes (cerca de metade das vezes)

2 = Poucas vezes (menos da metade das vezes)

1 = Quase nunca ou nunca

2. Como você classifica o seu desejo ou interesse sexual?

5 = Muito alto

4 = Alto

3 = Moderado

2 = Baixo

1 = Muito baixo ou ausente

3. Quantas vezes você se sentiu realmente excitada sexualmente durante a atividade sexual?

0 = Sem atividade sexual

5 = Quase sempre ou sempre

4 = Na maioria das vezes (mais da metade das vezes)

3 = Às vezes (cerca da metade das vezes)

2 = Poucas vezes (menos da metade das vezes)

1 = Quase nunca ou nunca

4. Como você classificaria a sua excitação sexual durante a atividade sexual?

0 = Sem atividade sexual

5 = Muito alta

4 = Alta

3 = Moderada

2 = Baixa

1 = Sem excitação

5. Como estava sua confiança (segurança) em ficar excitada sexualmente durante a atividade sexual?

0 = Sem atividade sexual

5 = Muito alta

4 = Alta

3 = Moderada

2 = Baixa

1 = Sem confiança

6. Quantas vezes você ficou satisfeita com sua excitação durante a atividade sexual?

0 = Sem atividade sexual

5 = Quase sempre ou sempre

4 = Maioria das vezes (mais da metade das vezes)

3 = Às vezes (cerca da metade das vezes)

2 = Poucas vezes (menos da metade das vezes)

1 = Quase nunca ou nunca

7. Quantas vezes você ficou lubrificada (molhada) durante a atividade sexual?

0 = Sem atividade sexual

5 = Quase sempre ou sempre

4 = Maioria das vezes (mais da metade das vezes)

3 = Às vezes (cerca da metade das vezes)

2 = Algumas vezes (menos da metade das vezes)

1 = Quase nunca ou nunca

8. Que dificuldade você teve de ficar lubrificada (molhada) durante a atividade sexual ou o coito?

0 = Sem atividade sexual

1 = Extremamente difícil ou impossível

2 = Muito difícil

3 = Difícil

4 = Pouco difícil

5 = Não houve dificuldade.

9. Quantas vezes você manteve a lubrificação (ficar molhada) até o fim da atividade sexual?

0 = Sem atividade sexual

5 = Quase sempre ou sempre

4 = Maioria das vezes (mais da metade das vezes)

3 = Às vezes (cerca da metade das vezes)

2 = Poucas vezes (menos da metade das vezes)

1 = Quase nunca ou nunca

10. Que dificuldade você teve em manter a lubrificação (ficar molhada) até o fim da atividade sexual?

0 = Sem atividade sexual

1 = Extremamente difícil ou impossível

2 = Muito difícil

3 = Difícil

4 = Pouco difícil

5 = Não houve dificuldade

11. Quando você foi estimulada sexualmente ou teve relação sexual, quantas vezes você atingiu o orgasmo (clímax)?

0 = Sem atividade sexual

5 = Quase sempre ou sempre

4 = Maioria das vezes (mais da metade das relações)

3 = Às vezes (cerca da metade das relações)

2 = Poucas vezes (menos da metade das relações)

1 = Quase nunca ou nunca

12. Quando você foi estimulada sexualmente ou teve relação sexual, que dificuldade você teve para atingir o orgasmo (clímax)?

0 = Sem atividade sexual

1 = Extremamente difícil ou impossível

2 = Muito difícil

3 = Difícil

4 = Pouco difícil

5 = Não houve dificuldade.

13. Que grau de satisfação você teve com sua facilidade de atingir o orgasmo (clímax) durante a atividade sexual?

0 = Sem atividade sexual

5 = Muito satisfeita

- 4 = Moderadamente satisfeita
- 3 = Igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2 = Moderadamente insatisfeita
- 1 = Muito insatisfeita

14. Que grau de satisfação você teve com o seu envolvimento emocional e amoroso durante a atividade sexual entre você e seu parceiro?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Muito satisfeita
- 4 = Moderadamente satisfeita
- 3 = Igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2 = Moderadamente insatisfeita
- 1 = Muito insatisfeita

15. Que grau de satisfação você teve em relação ao sexo com seu parceiro?

- 5 = Muito satisfeita
- 4 = Moderadamente satisfeita
- 3 = Igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2 = Moderadamente insatisfeita
- 1 = Muito insatisfeita

16. Que grau de satisfação você vem tendo com sua vida sexual?

- 5 = Muito satisfeita
- 4 = Moderadamente satisfeita
- 3 = Igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2 = Moderadamente insatisfeita
- 1 = Muito insatisfeita

17. Com que frequência você teve desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

- 0 = Não houve relação

1 = Quase sempre ou sempre

2 = A maioria das vezes (mais da metade das vezes)

3 = Às vezes (aproximadamente a metade das vezes)

4 = Poucas vezes (menos do que a metade das vezes)

5 = Quase nunca ou nunca

18. Com que frequência você teve desconforto ou dor logo após a penetração vaginal?

0 = Não houve relação

1 = Quase sempre ou sempre

2 = A maioria das vezes (mais da metade das vezes)

3 = Às vezes (aproximadamente a metade das vezes)

4 = Poucas vezes (menos do que a metade das vezes)

5 = Quase nunca ou nunca

19. Como você classificaria a intensidade de desconforto ou dor durante ou logo após a penetração vaginal?

0 = Não houve tentativa de coito

1 = Muito alto

2 = Alto

3 = Moderado

4 = Baixo

5 = Muito baixo ou nulo

ANEXO 4 - SINTAXE DO INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

STEPS FOR CHECKING AND CLEANING DATA AND COMPUTING FACET AND DOMAIN SCORES

```

recode q1 q2 q3 q4 q5 q6 q7 q8 q9 q10 q11 q12 q13 q14 q15 q16 q17 q18 q19 q20
q21 q22 q23 q24 q25 q26
(1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (else=sysmis).
execute.

```

```

recode q3 q4 q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1) into
qr_3 qr_4 qr_26.
execute.

```

```

compute phys=(mean.6 (q3, q4, q10, q15, q16, q17, q18))*4.
compute psych=(mean.5 (q5, q6, q7, q11, q19, qr_26))*4.
compute social=(mean.2 (q20,q21,q22))*4.
compute envir=(mean.6 (q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24, q25))*4.

```

```

compute total=(mean.2 (q1, q2))*4.

```

```

compute phys_p=(phys - 4) * (100/16).
compute psych_p=(psych - 4) * (100/16).
compute social_p=(social - 4) * (100/16).
compute envir_p=(envir - 4) * (100/16).

```

```

compute total_p=(total - 4) * (100/16).

```

```

compute q1_p=(q1 - 1) * (100/4).
compute q2_p=(q2 - 1) * (100/4).

```

```

count total=q1 to q26 (1 thru 5).
select if (total>21).
execute.

```

```

compute qr_3_p=(qr_3 - 1) * (100/4).
compute qr_4_p=(qr_4 - 1) * (100/4).
compute q5_p=(q5 - 1) * (100/4).
compute q6_p=(q6 - 1) * (100/4).
compute q7_p=(q7 - 1) * (100/4).
compute q8_p=(q8 - 1) * (100/4).
compute q9_p=(q9 - 1) * (100/4).
compute q10_p=(q10 - 1) * (100/4).
compute q11_p=(q11 - 1) * (100/4).
compute q12_p=(q12 - 1) * (100/4).
compute q13_p=(q13 - 1) * (100/4).
compute q14_p=(q14 - 1) * (100/4).
compute q15_p=(q15 - 1) * (100/4).
compute q16_p=(q16 - 1) * (100/4).
compute q17_p=(q17 - 1) * (100/4).

```

```
compute q18_p=(q18 - 1) * (100/4).  
compute q19_p=(q19 - 1) * (100/4).  
compute q20_p=(q20 - 1) * (100/4).  
compute q21_p=(q21 - 1) * (100/4).  
compute q22_p=(q22 - 1) * (100/4).  
compute q23_p=(q23 - 1) * (100/4).  
compute q24_p=(q24 - 1) * (100/4).  
compute q25_p=(q25 - 1) * (100/4).  
compute qr_26_p=(qr_26 - 1) * (100/4).
```

ANEXO 5 - GRÁFICOS DE ESCALA X ESCORES DO KHQ**1. PERCEPÇÃO GERAL DE SAÚDE (Questão 1)**

Escala	Escore
Muito boa	1
Boa	2
Regular	3
Ruim	4
Muito ruim	5

2. IMPACTO DA INCONTINÊNCIA (Questão 2)

Escala	Escore
Nem um pouco	1
Um pouco	2
Moderadamente	3
Muito	4

3. LIMITAÇÕES DE ATIVIDADES DIÁRIAS (Questões 3a e 3b)**4. LIMITAÇÕES FÍSICAS e SOCIAIS (Questões 4a, 4b, 4c e 4d)**

As questões 3a, 3b, 4a, 4b, 4c e 4d apresentam a mesma escala de respostas com os respectivos escores, como segue abaixo:

Escala Escore

Nem um pouco	1
Um pouco	2
Moderadamente	3
Muito	4

5. RELAÇÕES PESSOAIS (Questões 5a, 5b e 5c)**Escala Escore**

Não aplicável	0
Nem um pouco	1
Um pouco	2
Moderadamente	3
Muito	4

6. EMOÇÕES (Questões 6a, 6b e 6c)**Escala Escore**

Nem um pouco	1
Um pouco	2
Moderadamente	3
Muito	4

7. SONO E DISPOSIÇÃO (Questões 7a e 7b)

Escala	Escore
Nunca	1
Às vezes	2
Freqüentemente	3
O tempo todo	4

8. MEDIDAS DE GRAVIDADE (Questões 8a, 8b, 8c, 8d e 8e)

Escala	Escore
Nunca	1
Às vezes	2
Freqüentemente	3
O tempo todo	4

ESCALA DE SINTOMAS

Escala	Escore
Omitiu resposta	0
Um pouco	1
Moderadamente	2
Muito	3

ANEXO 6 - ESCORES DOS DOMÍNIOS DO FSFI

Domínio	Questão	Varição do escore	Fator	Escore mínimo	Escore máximo
Desejo	1, 2	1-5	0,6	1,2	6,0
Excitação	3,4,5,6	0-5	0,3	0	6,0
Lubrificação	7,8,9,10	0-5	0,3	0	6,0
Orgasmo	11,12,13	1-5	0,4	0	6,0
Satisfação	14,15,16	0 (ou 1) – 5*	0,4	0,8	6,0
Dor	17,18,19	0-5	0,4	0	6,0
Escore total				2,0	36,0

*Variação para o item 14 = 0–5; variação para os itens 15 e 16 = 1–5.

ANEXO 7 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS/UFTM



5/5

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP
Parecer Consubstanciado
PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: QUALIDADE DE VIDA E FUNÇÃO SEXUAL DE MULHERES COM E SEM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa

INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM

DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 17/03/2010

PROTOCOLO CEP/UFTM: 1533

Benefícios: conhecer a qualidade de vida e a função sexual de mulheres com e sem incontinência urinária e compará-los, posteriormente possibilitar outros estudos que permitam a implementação de ações, a fim de prevenir os baixos escores nestes domínios, bem como proporcionar uma melhor qualidade de vida para estas mulheres.

8. RETORNO DE BENEFÍCIOS PARA O SUJEITO E/OU PARA A COMUNIDADE – citados acima

Espera-se encontrar baixos escores de qualidade de vida e função sexual em mulheres com incontinência urinária quando comparados com os das mulheres sem incontinência urinária.

9. JUSTIFICATIVA DE SUSPENSÃO TERAPÊUTICA (“Wash out”) – Não pertinente.

10. JUSTIFICATIVA DO USO DE PLACEBO – Não pertinente.

11. ORÇAMENTO FINANCEIRO DETALHADO DA PESQUISA

MATERIAL	QUANTIDADE	VALOR UNIT	VALOR ESTIMADO ANO (R\$)
1. Papel sulfite A4	03 pacotes	13,00	39,00
2. CD/DVD	01 caixa c/50	50,00	50,00
3. Caderno capa dura (c/100)	01 unidade	10,00	10,00
4. Toner para impressora	01 unidade	274,00	274,00
5. Canetas azuis	01 caixa c/50	30,00	30,00
6. Lápis preto	01 caixa c/20	20,00	20,00
7. Combustível (gasolina)	100 litros	2,60	260,00
8. Total			683,00

12. FORMA E VALOR DA REMUNERAÇÃO DO PESQUISADOR

A remuneração do primeiro pesquisador será feita com recursos próprios, sendo que este possui regime professor adjunto da Universidade. Já o segundo pesquisador é bolsista do REUNI e também não terá remuneração.

13. ADEQUAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO E FORMA DE OBTÊ-LO.

O Termo será obtido e está adequado.

14. ESTRUTURA DO PROTOCOLO – O protocolo está adequado para atender às determinações da Resolução CNS 196/96.

15. COMENTÁRIOS DO RELATOR, FRENTE À RESOLUÇÃO CNS 196/96 E COMPLEMENTARES.

PARECER DO CEP: APROVADO

(O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início do processo).

DATA DA REUNIÃO: 14-05-2010

Profª. Ana Palmira Soares dos Santos
 Coordenador