

# QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES PORTADORAS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA ANTES E APÓS A FISIOTERAPIA REALIZADA NO HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE GOIÂNIA GOIÁS

## LIFE QUALITY OF WOMEN SUFFERING FROM URINARY INCONTINENCE BEFORE AND AFTER PHYSICAL THERAPY AT THE HOSPITAL MATERNO INFANTIL IN GOIÂNIA GOIÁS

BERQUÓ, Marcela Souza<sup>1</sup>  
RIBEIRO, Marília Oliveira<sup>2</sup>  
AMARAL, Rita Goreti<sup>3</sup>

1. Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde (UFG). Contato: [marcelaberquo@yahoo.com.br](mailto:marcelaberquo@yahoo.com.br)
2. Doutora, Preceptora-Supervisora geral da residência em ginecologia do HMI.
3. Professora, Citopatologista, Doutora, Orientadora do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina (UFG).

### Resumo:

**Objetivo:** Verificar as características sócio-demográficas das mulheres portadoras de incontinência urinária de esforço (IUE), bexiga hiperativa idiopática (BH) ou incontinência urinária mista (IUM) submetidas à fisioterapia no Hospital Materno Infantil (HMI) de Goiânia-GO e comparar a QV das mesmas antes e após a fisioterapia. **Métodos:** Estudo de corte transversal comparativo com 40 mulheres portadoras de IUE, BH ou IUM. A fisioterapia constituiu-se de 12 sessões individuais de cinesioterapia do assoalho pélvico e eletroestimulação vaginal. Para avaliar a QV foi utilizado o questionário de qualidade de vida King's Health Questionnaire (KHQ), aplicado antes e após a fisioterapia. A análise estatística envolveu o cálculo da média, do desvio-padrão, da mediana, das frequências absolutas e relativas. Os domínios do KHQ foram comparados pelo teste de Wilcoxon para amostras pareadas (antes e após), com nível de significância de 0,05. **Resultados:** Os resultados referentes às características sócio-demográficas mostraram que a maioria das mulheres eram brancas, casadas, grande parte tinha uma atividade fora de casa, o grau de escolaridade até o nível fundamental, uma renda familiar de 1 a 2 salários mínimo e negavam tabagismo e etilismo. Em relação à QV, antes e após a fisioterapia, avaliada com o KHQ, verificou-se uma redução significativa em todos os domínios e escalas do questionário KHQ nos três tipos de IU, resultando na melhora da QV dessas mulheres. Em relação à IUE e a IUM, observou-se a cessação de queixas referentes ao domínio das limitações físicas. Quanto à BH, verificou-se a ausência de queixas referentes aos domínios das limitações das atividades diárias, das limitações sociais, das relações pessoais e das medidas de gravidade. **Conclusão:** Observou-se uma melhora da QV das mulheres com IUE, BH e IUM que se submeteram à fisioterapia em diversos aspectos, quando avaliadas com o KHQ.

**Palavras-Chaves:** incontinência urinária de esforço; bexiga hiperativa; incontinência urinária mista; qualidade de vida; fisioterapia.

## Abstract

**Purpose:** Verify the sociodemographic characteristics of women who suffer from effort urinary incontinence (SUI), idiopathic overactive bladder (OAB) and mixed urinary incontinence (MI) submitted to physiotherapy treatment at the Hospital Materno Infantil (HMI) in Goiania – GO and compare their quality of life (QoL) before and after the treatment. **Methods:** A cross-sectional comparative study with forty women who suffer from SUI, OAB and MI. The physiotherapy treatment was constituted of 12 individual sessions of Kinesitherapy of the pelvic floor and vaginal electrical stimulation. In order to evaluate the QoL the King's Health Questionnaire (KHQ) quality of life questionnaire was used before and after physical therapy. The statistical analysis involved calculation of the average, of the standard deviation, of the median, and of the absolute and relative frequencies. The KHQ domains were compared by the Wilcoxon test for paired samples (before and after), with a significance level of 0,5. **Results:** The results related to the sociodemographic characteristics showed that most women were white and married, they had a professional activity, fundamental educational level and a family income of 1 or 2 minimum salaries, they did not smoke nor drink alcoholic substances. About the QoL, before and after the physiotherapy treatment, evaluated with the KHQ, it was possible to verify a meaningful decrease in all domains and scales of the KHQ questionnaire, in the three cases of UI, resulting in a better QoL for these women. In the cases of SUI and MI it was observed the ceasing of complaints about physical limitations. In the case of OAB it was verified the absence of complaints about daily activities limitations, social limitations, personal relationships and the severity measures. **Conclusions:** An improvement of many aspects of the QoL of women who suffer from SUI, OAB and MI and who were submitted to physiotherapy was observed when they were evaluated with KHQ.

**Key-Words:** stress urinary incontinence; idiopathic overactive bladder; mixed urinary incontinence; quality of life; physiotherapy.

## INTRODUÇÃO

Segundo a Sociedade Internacional de Continência (ICS) a IU consiste em perda involuntária de urina pela uretra, que acarreta um problema social e higiênico podendo ser objetivamente demonstrável<sup>1,2,3</sup>. Trata-se de um problema de saúde pública encontrado em qualquer período da vida e em todas as faixas etária, cujo risco aumenta com a idade, podendo determinar uma série de consequências físicas, econômicas, psicológicas, emocionais, sexuais e sociais que irão interferir na qualidade de vida (QV) das mulheres de forma negativa, levando-as a uma mudança de comportamento<sup>3</sup>. Seja de forma temporária ou intermitente, a IU é claramente degradante e aflitiva<sup>4</sup>.

Para alguns autores, a IU não é somente uma alteração fisiopatológica, sendo considerada como uma síndrome, que envolve queixas psicológicas e sociais

tornando as mulheres doentes<sup>4-6</sup>. A IU afeta aproximadamente 18% das mulheres a partir dos 30 anos de idade, podendo acometer até 50% das mulheres em alguma fase de suas vidas<sup>4</sup>. Na população inglesa a prevalência de IU é de aproximadamente 6%, essa taxa varia de acordo com a idade e o sexo, o que totaliza 17 milhões de pessoas sofrendo desse mal. No Brasil, não existem estudos de grande escala sobre a prevalência e a incidência de IU, no entanto, calcula-se que cerca de 10 milhões de mulheres brasileiras possam ser incontinentes em um período de suas vidas<sup>7</sup>.

Os tipos de IU mais frequentes na mulher são a incontinência urinária de esforço (IUE), a bexiga hiperativa idiopática (BH) e a incontinência urinária mista (IUM)<sup>5,6,8,9</sup>.

A IUE consiste na perda involuntária de urina que surge com o aumento da pressão intra-abdominal, na ausência de atividade contrátil do detrusor, causando problema social ou higiênico para a mulher. Em condições normais, o esfíncter da uretra é capaz de impedir a saída de urina por ocasião do aumento acentuado e abrupto da pressão intra-abdominal, como em episódios de tosse, espirro, riso, transporte de cargas, marcha, durante a realização de esportes, entre outras. Trata-se do tipo de IU mais frequente em mulheres, com prevalência variando de 15 a 52% dependendo da população estudada e do critério empregado para o diagnóstico<sup>1,7</sup>.

A IU por BH, também chamada de hiperatividade do detrusor ou síndrome de urgência ou síndrome de urgência-frequência, ocorre diante de contrações involuntárias do detrusor, as quais não são consequência de alterações neurológicas e sim de origem idiopática. Esta disfunção do trato urinário baixo, caracteriza-se por urgência miccional, acompanhada por muitas vezes de polaciúria, noctúria, e, algumas vezes, de urge-incontinência. Ocorrem contrações involuntárias e não inibidas do músculo detrusor, durante a fase de enchimento vesical, o que provoca a sensação de urgência miccional, desencadeando a abertura do esfíncter uretral, resultando na perda urinária com baixo volume vesical<sup>8,10</sup>.

A IUM é caracterizada pela combinação dos sintomas da IUE associada à urgência (com ou sem contrações involuntárias do detrusor)<sup>1,7,8</sup>.

Considerando a prevalência de acordo com os tipos de IU, um estudo realizado com mulheres australianas com a faixa etária entre 35 a 64 anos, observou-se que 55% tinham IUE, 31% IUM e 10% BH<sup>5</sup>. Outro estudo realizado com

mulheres brasileiras com a faixa etária entre 25 a 85 anos, observou-se que 57,9% tinha IUM, seguido de 32,3% com IUE e 9,8% com BH<sup>5</sup>.

Seguindo o diagnóstico estabelecido, o tratamento da IU pode ser cirúrgico ou conservador. O tratamento cirúrgico envolve procedimentos invasivos que são de alto custo, podem ou não ocasionar complicações, e ser contra indicados em alguns casos ou, às vezes, rejeitados pelas próprias pacientes. Os índices de cura podem variar de 80 a 98% de forma imediata à cirurgia, mas as recidivas giram em torno de 30% em um período de cinco anos, nestas talvez o principal motivo seja a fraqueza da fásia endopélvica<sup>7</sup>.

Diante disso, atualmente, vem crescendo o interesse pelo tratamento conservador fisioterapêutico. Dependendo do tipo e da severidade da IU, o tratamento fisioterapêutico tem sido recomendado como uma forma de abordagem inicial, podendo ser utilizado de forma individual ou combinado à cirurgia como terapia adjuvante, pré-operatória e combinada ao tratamento medicamentoso, podendo ser indicado também naqueles casos em que a cirurgia foi rejeitada pela paciente ou que não houve sucesso no tratamento cirúrgico<sup>1,11</sup>.

A fisioterapia pode ser uma alternativa no tratamento de mulheres com IU levando a melhora e/ou a cura do grande desconforto sintomático<sup>7,11-16</sup>. Entretanto, seu sucesso depende da motivação, assiduidade, perseverança, empenho da equipe multiprofissional envolvida e principalmente da paciente<sup>11,18</sup>.

Para o tratamento fisioterapêutico manter seu resultado em longo prazo, ou melhor, prolongar a continência, é importante que a mulher mantenha a cinesioterapia pélvica em casa, conforme orientado pelo fisioterapeuta, e faça um retorno anual para o trabalho de manutenção<sup>17,18</sup>.

Assim, os objetivos da intervenção fisioterapêutica são de informar, educar ou reeducar, melhorar a percepção da musculatura do assoalho pélvico (MAP), melhorar a força de contração das fibras musculares da MAP e estimular bons hábitos de vida como a prática de atividade física. Estes poderão ajudar a fortalecer os músculos necessários para manter a continência urinária e a organizar a ação do sistema nervoso autônomo simpático e parassimpático nas contrações involuntárias do músculo detrusor<sup>1,10</sup>. Acredita-se que a fisioterapia determina resultados expressivos para a melhora dos sintomas da IU em até 85% dos casos. Para isso, é necessária a escolha adequada de diferentes técnicas, como por exemplo, a cinesioterapia da MAP e a eletroestimulação vaginal<sup>1,17,19</sup>.

Diversos estudos demonstram o prejuízo que a IU causa na QV das mulheres, entretanto acredita-se que a IUM e a BH determinam maior desconforto do que a IUE, principalmente em mulheres menopausadas<sup>5,9</sup>.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu qualidade de vida (QV) como a percepção que o indivíduo tem de si mesmo, da sua posição na vida dentro do contexto de cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação às suas metas, expectativas e padrões sociais. É um estado completo de bem-estar físico, mental e social, não meramente a ausência de doença ou enfermidade<sup>20</sup>. Trata-se de um conceito multidimensional e bidirecional, que inclui tanto aspectos negativos da vida, incluindo a morte, quanto positiva, como a vida e a felicidade<sup>21</sup>.

Pelo grande impacto que a IU gera na QV das mulheres, a ICS tem recomendado que medidas de avaliação de QV sejam incluídas em todos os estudos, como um complemento das medidas clínicas<sup>6</sup>. A eficácia do tratamento da IU tem sido usualmente avaliada segundo parâmetros objetivos (estudo urodinâmico, teste do absorvente e teste de esforço), mas estes por sua vez não avaliam o impacto que a mesma causa na QV, no cotidiano e no respectivo tratamento sob o ponto de vista destas mulheres<sup>1,6</sup>.

Existem diversos questionários de QV que abordam a IU, sendo estes genéricos ou específicos. No Brasil, Tamanini<sup>5</sup> traduziram, validaram e adaptaram um questionário específico para a IU, chamado King's Health Questionnaire (KHQ), que avalia tanto o impacto da IU nos diferentes domínios da QV, como os sintomas urinários percebidos pelo sujeito. Este questionário é recomendável, considerado de "nível A" para a utilização em pesquisas clínicas, que permite mensurar um dos resultados da intervenção terapêutica em estudo, esta intervenção pode ser o tratamento cirúrgico<sup>4</sup> ou conservador<sup>7,13,15,17,18</sup>.

Como a fisioterapia está sendo um tratamento indicado com frequência, recentes estudos vêm demonstrando a melhora da QV das mulheres submetida a este tratamento com a aplicação do KHQ<sup>1,13,15,18</sup>.

Diante da relevância do tema e dos agravantes que a IU gera na QV das mulheres portadoras dessa enfermidade, o presente estudo objetivou verificar as características sócio-demográficas das mulheres portadoras de IUE, BH ou IUM, bem como comparar a QV das mesmas, por meio de um questionário específico para IU, antes e após a fisioterapia realizada no Hospital Materno Infantil de Goiânia-GO.

## MÉTODOS

O presente estudo foi desenvolvido no Serviço de Fisioterapia do Ambulatório de Ginecologia do Hospital Materno Infantil de Goiânia (HMI), após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do HMI. Todas as mulheres participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, redigido conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os valores foram calculados pré-fixado  $\alpha$  em 0,05 e  $\beta$  em 0,20.

Trata-se de um estudo de corte transversal comparativo baseado no questionário de qualidade de vida - Kings Health Questionnaire (KHQ), realizado no período de abril a novembro de 2007, com 40 mulheres que apresentavam IUE, bexiga hiperativa idiopática (BH) ou IUM. Antes de iniciar a fisioterapia, todas as mulheres foram submetidas à consulta ginecológica e ao teste de enchimento vesical para confirmar o diagnóstico da IU, de acordo com a rotina do ambulatório de ginecologia do HMI.

Foram incluídas mulheres com idade  $\geq 30$  anos, com diagnóstico de IUE, BH ou IUM. Foram excluídas as mulheres que receberam tratamento radioterápico pélvico prévio, que foram submetidas a procedimento cirúrgico anterior para tratamento da IU, que estavam em tratamento medicamentoso para IU, aquelas com urocultura positiva, cardiopatias importantes ou doenças que as impedissem de freqüentar e se submeter a um programa de exercícios terapêuticos. Foram também excluídas aquelas portadoras de marcapasso e diabetes, que estavam gestantes, que apresentavam alterações cognitivas que dificultassem a compreensão dos procedimentos, doenças neurológicas e hiperatividade detrusora neurogênica e as que não puderam ser submetidas ao uso de eletrodo vaginal, por alguma doença pélvica ou pela preservação do hímen.

Este estudo foi realizado em duas etapas. A primeira etapa constituiu-se de consulta ginecológica e do teste de enchimento vesical. Após a confirmação do diagnóstico, as mulheres foram encaminhadas para o serviço de fisioterapia, sendo submetidas à avaliação fisioterapêutica, aplicação do TCLE e do questionário KHQ.

Na avaliação fisioterapêutica, foram também coletadas informações sócio-demográficas (idade, cor de pele declarada, estado civil, profissão, nível de escolaridade, renda familiar, tabagismo e etilismo), informações clínicas (índice de massa corpórea (IMC), tipo de IU, tempo de sintomatologia, uso de absorventes e o

número de absorventes utilizados por dia para conter a urina), antecedentes ginecológicos (distopias, estado menopausal), obstétricos (número de gestações, partos normais e cesáreas), co-morbidades e o relato das mulheres sobre a procura do serviço médico no início dos sintomas.

Após esta avaliação, as mulheres receberam informações de forma educacional, através de uma aula expositiva com fotos, sobre os aspectos anatômicos do assoalho pélvico e a fisiologia da micção. Em seguida foram aplicados o TCLE e o KHQ, sendo respondido por elas, na presença da pesquisadora principal, marcando os itens referentes à sua QV atual.

O KHQ é composto de 21 questões que são divididas em oito domínios: percepção geral da saúde, impacto da incontinência urinária, limitações de atividades diárias, limitações físicas, limitações sociais, relacionamento pessoal, emoções e sono/disposição. Apresenta também duas escalas independentes, uma que avalia a gravidade da incontinência urinária (medidas de gravidade) e a outra a presença e a intensidade dos sintomas urinários (escala de sintomas urinários: frequência urinária, noctúria, urgência, urge-incontinência, incontinência urinária de esforço, enurese noturna, incontinência durante a relação sexual, infecções urinárias frequentes, dor na bexiga, dificuldade para urinar e se tem alguma outra queixa).

Estas escalas tipo *likert*, são graduadas em quatro opções de respostas (nem um pouco, um pouco, moderadamente e muito) ou (nunca, às vezes, freqüentemente e o tempo todo). Essas opções de resposta não se enquadram aos domínios de percepção geral da saúde, que possui cinco opções de resposta (muito boa, boa, regular, ruim e muito ruim) e ao domínio de relações pessoais (não aplicável, nem um pouco, um pouco, moderadamente e muito). Este questionário recebe pontuação para cada um de seus domínios, não possuindo um escore geral. Os escores variam de 0 a 100, quanto maior a pontuação, pior a qualidade de vida relacionada àquele domínio.

Na segunda etapa, foram realizadas sessões de fisioterapia. Foram agendadas para cada mulher duas sessões por semana durante um mês e meio, totalizando 12 sessões de fisioterapia.

As sessões de fisioterapia realizadas no HMI eram compostas por cinesioterapia do assoalho pélvico por 10 minutos, seguida de eletroestimulação vaginal por 20 minutos, com o aparelho Dualpex 961 da Quark e uso de eletrodo vaginal individual. A cinesioterapia constituiu de contrações fásicas e tônicas da

MAP, totalizando em média 250 contrações por dia, sendo estas distribuídas em decúbito dorsal, sentada e em posição ortostática. As mulheres foram orientadas e ensinadas a dar continuidade com a cinesioterapia em casa.

Os dados foram descritos através de média, desvio-padrão (DP), mediana, frequências absolutas (n) e relativas (%). Os domínios do questionário KHQ foram avaliados quanto à distribuição normal (simétrica em torno da média) através do teste de Kolmogorv-Smirnov e, como não houve distribuições normais, todos os domínios foram comparados utilizando-se o teste de Wilcoxon para amostras pareadas (antes e após). Para análise da escala de sintomas urinários utilizou-se o Teste de McNemar. O nível de significância foi assumido em 5% e o software utilizado para análise foi o SAS versão 8.2.

## **RESULTADOS**

A idade das mulheres variou de 30 a 80 anos, com média de 50,2 anos. Quanto às características sócio-demográficas, observou-se que as mulheres mais acometidas pela IU eram brancas, casadas, grande parte tinha uma atividade fora de casa, apresentava grau de escolaridade até o nível fundamental, renda familiar de um a dois salários-mínimos e não eram tabagistas ou etilistas (Tabela 1).

**Tabela 1 – Características sócio-demográficas das mulheres com IU submetidas à fisioterapia no HMI-GO, de abril a novembro de 2007**

| <b>Característica</b> | <b>Média</b> | <b>DP</b> |
|-----------------------|--------------|-----------|
| Idade                 | 50,2         | 12,5      |
| <b>Característica</b> | <b>n</b>     | <b>%</b>  |
| <b>Cor</b>            |              |           |
| Branca                | 22           | 81,82     |
| Não brancas           | 18           | 18,18     |
| <b>Estado civil</b>   |              |           |
| Casada                | 27           | 67,5      |
| Divorciada            | 6            | 15        |
| Solteira              | 2            | 5         |
| Viúva                 | 5            | 12,5      |
| <b>Profissão</b>      |              |           |
| Do lar                | 19           | 47,5      |
| Outras atividades     | 21           | 52,5      |
| <b>Escolaridade</b>   |              |           |
| Analfabeta            | 3            | 7,5       |
| Fundamental           | 27           | 67,5      |
| Médio                 | 9            | 22,5      |
| Superior              | 1            | 2,5       |
| <b>Renda Familiar</b> |              |           |
| Menos de 1 salário    | 4            | 10        |
| 1-2 salários          | 30           | 75        |
| ≥ 3 salários          | 6            | 15        |
| <b>Tabagismo</b>      |              |           |
| Não                   | 33           | 82,5      |
| Sim                   | 7            | 17,5      |
| <b>Etilista</b>       |              |           |
| Não                   | 34           | 87,18     |
| Sim                   | 6            | 12,82     |

\* Média, desvio-padrão (DP), freqüências absolutas (n) e relativas (%).

As mulheres apresentaram uma média de 26,2 de IMC com DP de  $\pm 3,9$ . Foram avaliadas e diagnosticadas 37,5% mulheres com IUE, 27,5% com BH e 35% mulheres com IUM. A maioria das mulheres (75%) apresentaram sintomas de IU por um período maior ou igual três anos. Quanto ao número de absorventes utilizados por dia, 75% das mulheres os usava, sendo que 56,7% usavam de 1 até 3 absorventes/dia e 43,3% usavam 4 ou mais/dia.

Em relação aos antecedentes ginecológicos, 58,3 % estavam no período pós-menopausa, 60% das mulheres apresentavam cistocele, 12,5% retocele, 2,5% prolapso uterino e 25% não apresentavam nenhum tipo de distopia. Quanto aos antecedentes obstétricos, 62,5% tiveram 4 ou mais gestações, 17,5% 3 gestações e 20% somente 2 gestações. Do total das mulheres com IU, 40% tiveram 4 ou mais

partos vaginais, 95% tiveram pelo menos 1 parto vaginal e 35% dessas tiveram pelo menos 1 parto cesáreo.

Quanto às co-morbidades relatadas, 50% das mulheres apresentavam depressão diagnosticada, 32,5% apresentavam rinite alérgica e 17,5% negavam alguma doença associada. Das 40 mulheres, 95% não procuraram o serviço médico no início dos sintomas da IU.

Em relação à escala de sintomas urinários do KHQ, antes da fisioterapia, na Tabela 2 pode ser observado que os sintomas mais comuns e que afetavam “muito” as mulheres foram a urgência miccional, a urge-incontinência, o aumento da freqüência urinária e a noctúria, sendo todos com valor de  $p < 0.0001$ . O sintoma referente à incontinência urinária aos esforços foi o mais relatado pelas mulheres, somente 12,5% das afetadas não se queixavam deste sintoma.

Os sintomas menos relatados, mas que afetavam “muito” as mulheres foram a sensação de dificuldade para urinar, as infecções urinárias frequentes, a enurese noturna, a incontinência urinária durante a relação sexual e a sensação de dor na bexiga.

Em relação às outras queixas, 82,5% das mulheres relataram a sensação de esvaziamento incompleto da bexiga, dessas 70% relataram afetar “muito”, 7,5% relataram afetar “moderadamente” e somente 5% relataram afetar “pouco”.

Após as sessões de fisioterapia, observou-se que houve uma redução importante de todas as queixas da escala de sintomas urinários. A maioria das mulheres relatou ausência dos seguintes sintomas: a urgência miccional (97,5%), urge-incontinência (95%), freqüência urinária (95%), noctúria (92,5%) e a IU aos esforços (67,5%).

Em relação aos sintomas menos relatados pelas mulheres, a sensação de dificuldade para urinar, as infecções urinárias frequentes, a enurese noturna e a incontinência urinária durante a relação sexual apresentaram melhora de 100%. Em relação à sensação de esvaziamento incompleto da bexiga, das 33 (82,5%) mulheres que queixaram, 80% não apresentavam mais o sintoma (Tabela 2).

**Tabela 2 – Escala de sintomas urinários das mulheres com IU, antes e após a fisioterapia, no HMI-GO, no período de abril a novembro de 2007.**

| Quanto que os problemas afetam você?<br>Sintomas | Antes |      | Depois |       | *Valor-p |
|--|-------|------|--------|-------|----------|
|  | n     | %    | n      | %     |          |
| <b>Frequência Urinária</b>                       |       |      |        |       | < 0.0001 |
| Não tem  | 12    | 30   | 38     | 95,0  |          |
| Um pouco   | 1     | 2,5  | 2      | 5,0   |          |
| Moderadamente                                    | 1     | 2,5  | 0      | 0,0   |          |
| Muito  | 26    | 65   | 0      | 0,0   |          |
| <b>Noctúria</b>                                  |       |      |        |       | < 0.0001 |
| Não tem  | 9     | 22,5 | 37     | 92,5  |          |
| Um pouco   | 4     | 10   | 2      | 5,0   |          |
| Moderadamente                                    | 3     | 7,5  | 1      | 2,5   |          |
| Muito  | 24    | 60   | 0      | 0,0   |          |
| <b>Urgência</b>                                  |       |      |        |       | < 0.0001 |
| Não tem  | 8     | 20   | 39     | 97,5  |          |
| Um pouco   | 1     | 2,5  | 1      | 2,5   |          |
| Moderadamente                                    | 2     | 5    | 0      | 0,0   |          |
| Muito  | 29    | 72,5 | 0      | 0,0   |          |
| <b>Urge-incontinência</b>                        |       |      |        |       | < 0.0001 |
| Não tem  | 11    | 27,5 | 38     | 95,0  |          |
| Um pouco   | 0     | 0    | 2      | 5,0   |          |
| Moderadamente                                    | 1     | 2,5  | 0      | 0,0   |          |
| Muito  | 28    | 70   | 0      | 0,0   |          |
| <b>IUE</b>                                       |       |      |        |       | < 0.0001 |
| Não tem  | 5     | 12,5 | 27     | 67,5  |          |
| Um pouco   | 2     | 5    | 12     | 30,0  |          |
| Moderadamente                                    | 3     | 7,5  | 1      | 2,5   |          |
| Muito  | 30    | 75   | 0      | 0,0   |          |
| <b>Enurese noturna</b>                           |       |      |        |       | 0,0047   |
| Não tem  | 32    | 80   | 40     | 100,0 |          |
| Um pouco   | -     | -    | -      | -     |          |
| Moderadamente                                    | 2     | 5    | 0      | 0,0   |          |
| Muito  | 6     | 15   | 0      | 0,0   |          |
| <b>Incontinência durante a relação sexual</b>    |       |      |        |       | 0,0027   |
| Não tem  | 31    | 77,5 | 40     | 100,0 |          |
| Um pouco   | -     | -    | -      | -     |          |
| Moderadamente                                    | 1     | 2,5  | 0      | 0,0   |          |
| Muito  | 8     | 20   | 0      | 0,0   |          |
| <b>Infecções urinárias freqüentes</b>            |       |      |        |       | 0,0143   |
| Não tem  | 33    | 82,5 | 40     | 100,0 |          |
| Um pouco   | 1     | 2,5  | 0      | 0,0   |          |
| Moderadamente                                    | 2     | 5    | 0      | 0,0   |          |
| Muito  | 4     | 10   | 0      | 0,0   |          |
| <b>Dor na bexiga</b>                             |       |      |        |       | < 0.0001 |
| Não tem  | 19    | 47,5 | 35     | 87,5  |          |
| Um pouco   | 2     | 5    | 4      | 10,0  |          |
| Moderadamente                                    | 4     | 10   | 0      | 0,0   |          |
| Muito  | 15    | 37,5 | 1      | 2,5   |          |
| <b>Dificuldade para urinar</b>                   |       |      |        |       | 0,1573   |
| Não tem  | 38    | 95   | 40     | 100,0 |          |
| Um pouco   | -     | -    | -      | -     |          |
| Moderadamente                                    | 1     | 2,5  | 0      | 0,0   |          |
| Muito  | 1     | 2,5  | 0      | 0,0   |          |

\*Teste de McNemar p&lt;5%.

Analisando de forma geral os três tipos de IU após a fisioterapia, observou-se uma diminuição significativa das médias, medianas e DP dos escores dos domínios avaliados pelo KHQ em relação à percepção geral da saúde, ao impacto da incontinência, às limitações de atividades diárias, às limitações físicas, às limitações sociais, às relações pessoais, às emoções, ao sono/disposição e às medidas de gravidade (Tabela 3).

**Tabela 3 - Comparação dos escores da QV dos domínios do KHQ, antes e após a fisioterapia, no HMI-GO, no período de abril a novembro de 2007.**

| Domínios do KHQ                         | ANTES |      |         | DEPOIS |      |         | P*       |
|---|-------|------|---------|--------|------|---------|----------|
|   | MÉDIA | DP   | MEDIANA | MÉDIA  | DP   | MEDIANA |          |
| <b>Percepção Geral da Saúde</b>         | 78,1  | 24,1 | 75      | 15,6   | 15,7 | 25,0    | < 0.0001 |
| <b>Impacto da Incontinência</b>         | 68,1  | 11,3 | 75      | 5,0    | 11,6 | 0,0     | < 0,0001 |
| <b>Limitações de Atividades Diárias</b> | 63,3  | 27   | 83,3    | 3,8    | 9,6  | 0,0     | < 0.0001 |
| <b>Limitações Físicas</b>               | 75,0  | 29,2 | 83,3    | 0,4    | 2,6  | 0,0     | < 0.0001 |
| <b>Limitações Sociais</b>               | 60,6  | 35,5 | 66,7    | 3,1    | 6,2  | 0,0     | < 0.0001 |
| <b>Relações Pessoais</b>                | 60,8  | 41,1 | 66,7    | 0,8    | 3,7  | 0,0     | < 0.0001 |
| <b>Emoções</b>                          | 87,8  | 20,9 | 100     | 2,8    | 7,9  | 0,0     | < 0.0001 |
| <b>Sono e Disposição</b>                | 50,4  | 34,9 | 50      | 9,6    | 15,5 | 0,0     | < 0.0001 |
| <b>Medidas de Gravidade</b>             | 69,2  | 21,5 | 73,3    | 1,5    | 5,5  | 0,0     | < 0.0001 |

\*Teste de Wilcoxon  $p < 5\%$ .

Analisando de forma separada os três tipos de IU (IUE, BH e IUM), observou-se uma diminuição significativa das médias, DP e medianas em todos os domínios do KHQ (Tabela 4).

Em relação a IUE e a IUM observou-se a ausência das queixas referentes ao domínio de limitações físicas e para BH observou-se a ausência das queixas referentes aos domínios das limitações das atividades diárias, limitações sociais, relações pessoais e nas medidas de gravidade da IU (Tabela 4).

**Tabela 4- Comparação dos escores dos domínios do KHQ, da qualidade de vida das mulheres com IUE, BH e IUM, antes e após a fisioterapia, no HMI-GO, no período de abril a novembro de 2007.**

| Domínios do KHQ                   | Média | Antes |         | Depois |      | P*   |          |
|-----------------------------------|-------|-------|---------|--------|------|------|----------|
|                                   |       | DP    | Mediana | Média  | DP   |      | Mediana  |
| <b>IUE (n = 15)</b>               |       |       |         |        |      |      |          |
| <b>Idade</b>                      | 47,33 | –     | –       | –      | –    | –    | –        |
| Percepção Geral da Saúde          | 73,3  | 20,0  | 75,0    | 18,3   | 11,4 | 25,0 | 0,0001   |
| Impacto da Incontinência          | 65,0  | 12,7  | 75,0    | 1,7    | 6,5  | 0,0  | < 0,0001 |
| Limitações das Atividades Diárias | 54,4  | 28,5  | 50,0    | 2,2    | 8,6  | 0,0  | 0,0001   |
| Limitações Físicas                | 64,4  | 30,8  | 66,7    | 0,0    | 0,0  | 0,0  | 0,0001   |
| Limitações Sociais                | 50,4  | 41,3  | 44,4    | 3,0    | 6,6  | 0,0  | 0,0005   |
| Emoções                           | 82,2  | 24,8  | 100,0   | 1,5    | 3,9  | 0,0  | < 0,0001 |
| Sono e Disposição                 | 35,6  | 30,8  | 33,3    | 5,6    | 10,3 | 0,0  | 0,0010   |
| Medidas de Gravidade              | 66,7  | 20,5  | 66,7    | 0,9    | 2,3  | 0,0  | < 0,0001 |
| Relacionamento Pessoal            | 60,0  | 43,6  | 66,7    | 1,1    | 4,3  | 0,0  | 0,0010   |
| <b>BEXIGA HIPERATIVA (n = 11)</b> |       |       |         |        |      |      |          |
| <b>Idade</b>                      | 49,64 | –     | –       | –      | –    | –    | –        |
| Percepção Geral da Saúde          | 88,6  | 23,4  | 100,0   | 9,1    | 16,9 | 0,0  | 0,0010   |
| Impacto da Incontinência          | 70,5  | 10,1  | 75,0    | 2,3    | 7,5  | 0,0  | 0,0010   |
| Limitações das Atividades Diárias | 72,7  | 26,1  | 83,3    | 0,0    | 0,0  | 0,0  | 0,0020   |
| Limitações Físicas                | 78,8  | 28,0  | 100,0   | 1,5    | 5,0  | 0,0  | 0,0010   |
| Limitações Sociais                | 66,7  | 27,2  | 66,7    | 0,0    | 0,0  | 0,0  | 0,0010   |
| Emoções                           | 96,0  | 13,4  | 100,0   | 4,0    | 10,3 | 0,0  | 0,0010   |
| Sono e Disposição                 | 74,2  | 26,2  | 83,3    | 12,1   | 19,8 | 0,0  | 0,0010   |
| Medidas de Gravidade              | 69,1  | 22,8  | 73,3    | 0,0    | 0,0  | 0,0  | 0,0010   |
| Relacionamento Pessoal            | 59,1  | 38,3  | 66,7    | 0,0    | 0,0  | 0,0  | 0,0039   |
| <b>IUM (n = 14)</b>               |       |       |         |        |      |      |          |
| <b>Idade</b>                      | 53,71 | –     | –       | –      | –    | –    | –        |
| Percepção Geral da Saúde          | 75,0  | 27,7  | 87,5    | 17,9   | 18,2 | 25,0 | 0,0002   |
| Impacto da Incontinência          | 69,6  | 10,6  | 75,0    | 10,7   | 16,2 | 0,0  | 0,0001   |
| Limitações das Atividades Diárias | 65,5  | 24,9  | 75,0    | 8,3    | 12,7 | 0,0  | 0,0001   |
| Limitações Físicas                | 83,3  | 27,0  | 100,0   | 0,0    | 0,0  | 0,0  | 0,0001   |
| Limitações Sociais                | 66,7  | 34,3  | 72,2    | 5,6    | 7,2  | 0,0  | 0,0005   |
| Emoções                           | 87,3  | 20,4  | 100,0   | 3,2    | 9,2  | 0,0  | 0,0001   |
| Sono e Disposição                 | 47,6  | 36,9  | 58,3    | 11,9   | 16,6 | 0,0  | 0,0020   |
| Medidas de Gravidade              | 71,9  | 23,0  | 76,7    | 3,3    | 9,0  | 0,0  | 0,0000   |
| Relacionamento Pessoal            | 63,1  | 43,5  | 83,3    | 1,2    | 4,5  | 0,0  | 0,0010   |

\*teste de Wilcoxon p&lt;5%.

## DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo mostraram que a IU atinge de forma negativa e ampla a QV das mulheres portadoras desta enfermidade e que após a fisioterapia, utilizando a cinesioterapia da MAP, a eletroestimulação vaginal, e com a aplicação

do questionário de qualidade de vida KHQ, observou-se desde a redução e até a anulação de algumas queixas referentes à IU e conseqüentemente a melhora da QV.

Verificou-se também que as mais acometidas no HMI-GO e encaminhadas à fisioterapia, entre abril a novembro de 2007 pela IU, eram mulheres brancas, casadas, grande parte tinha uma atividade fora de casa, grau de escolaridade até o nível fundamental, com renda familiar de 1 a 2 salários-mínimos, não tabagistas e não etilistas. Em relação às características clínicas, ginecológicas e obstétricas, a maioria das mulheres se encontrava na pós-menopausa, tinham o número de gestação maior ou igual a quatro, partos vaginais em maior frequência em comparação à cesariana e a maioria tinha cistocele, assim como observado na literatura<sup>10,22,23</sup>.

Analisando a média de idade de forma separada em cada tipo de IU, as 15 mulheres com IUE tiveram a média de 47,3 anos, as 11 mulheres com BH de 49,6 anos e as 14 mulheres com IUM de 53,7 anos. Estes são achados próximos daqueles encontrados na literatura, onde se pôde observar que a IUE foi a mais comum entre as mais jovens<sup>1,5</sup>.

Ainda analisando de forma separada os tipos de IU, nesse estudo observou-se que a maioria das mulheres apresentou IUE (37,5%), seguida pela IUM (35%) e BH (27,5%). Estes resultados são equivalentes aos observados na literatura<sup>24</sup>, mas difere de outros estudos onde a maioria tinha IUM, seguida de IUE e BH<sup>5,9</sup>. Outro estudo realizado com 171 mulheres com IU mostrou que 69 mulheres apresentaram BH, 62 mulheres com IUE e 40 mulheres com IUM<sup>9</sup>.

Um dos grandes problemas atualmente, além do intenso desconforto que a IU traz, é o fato da não procura do serviço médico pelas mulheres. Nesse estudo, 95% das mulheres relataram a não procura de um serviço médico no início dos sintomas, muitas referiram que achavam que seria um problema normal da idade, algumas por ter acreditado que era um problema passageiro e a maioria relatou ficar envergonhadas em falar do seu problema com outra pessoa. Este resultado pode ser ratificado por alguns estudos que demonstram que os motivos apontados como responsáveis pela não procura do serviço médico foi o fato delas acharem que os sintomas não mereciam atenção dos médicos e que as mesmas não foram objetivamente questionadas pelos mesmos<sup>19,23</sup>.

Sabe-se que a IU é um sério problema fisiopatológico e que pode gerar outros problemas de saúde como, por exemplo, a depressão. Observou-se que 50% das mulheres apresentavam depressão já diagnosticada, esse dado é consistente com os observados por Auge<sup>4</sup>, Lopes; Higa<sup>6</sup>, reforçando o quanto este problema afeta a QV.

Diversos estudos demonstram que a fisioterapia é uma opção no tratamento conservador para a IU e que vem proporcionando uma melhora da QV das mesmas<sup>1,7,10-19</sup>.

Nesse estudo, observou-se uma melhora significativa da QV das mulheres com IU após a fisioterapia. As mulheres relataram que seu problema de bexiga às afetava de alguma forma, muitas referiram aumento da frequência urinária, urgência miccional, urge-incontinência, noctúria e sensação de dor na bexiga. A IU aos esforços e a sensação de esvaziamento incompleto da bexiga, foram os sintomas mais relatados e os quais mais as incomodavam, o que condiz com a literatura<sup>1,5</sup>.

Em relação ao impacto que a IU determina na vida dessas mulheres, os resultados desse estudo mostraram o quanto que a IU afeta a QV. Analisando de forma separada os três tipos de IU abordados, observou-se que a BH foi considerada o tipo que mais afetou de forma negativa, seguida da IUM e da IUE. Estes resultados são compatíveis com os estudos de Coyne<sup>9</sup>, Lopes; Higa<sup>6</sup>.

A presença da IU determinou claramente prejuízos importantes em todos os escores dos domínios (percepção geral da saúde, impacto da incontinência urinária, limitações de atividades diárias, limitações físicas, limitações sociais, relações pessoais, emoções e sono/disposição) e nas escalas independentes (medidas de gravidade e sintomas urinários) do KHQ.

Uma vez que, as mulheres que passam a ter IU se encontram incapacitadas e/ou limitadas diante dos seus afazeres domésticos, como lavar e passar roupas, arrumar a casa, fazer compras e também sofrem prejuízos em suas profissões. Assim como nossos dados, outros estudos puderam reafirmar o quanto apresentar incontinência pode interferir nas atividades diárias<sup>1,4,5</sup>.

Pode-se observar ainda limitações na vida social e física dessas mulheres. A atividade física<sup>25</sup> é fundamental para ter uma QV melhor, pois é uma maneira de aliviar o estresse, reduzir o excesso de peso ou mesmo mantê-lo adequado e, de certa forma, proporciona a interação social.

A partir do momento que a mulher apresenta perdas urinárias, começa a se isolar, se restringir, ter receio de perder urina no momento da atividade física e até mesmo ter medo de estar cheirando a urina. Observou-se também, nesse estudo, que as mulheres citaram que deixam de fazer viagens, dormir fora de casa, passear, ir à igreja, visitar parentes ou amigos, mesmo aqueles que residem na mesma cidade, por receio de não conseguirem conter por muito tempo a urina, por se preocuparem se irão encontrar e chegar a tempo ao banheiro, ou nas viagens por ter que parar várias vezes na estrada para ir ao banheiro o que, de certa forma, irá prolongar as horas de viagem.

Esses resultados foram semelhantes aos de outros estudos que também demonstraram esses tipos de limitações físicas<sup>25</sup> e sociais<sup>13</sup>, e nos quais, após a fisioterapia, essas mulheres conseguiram melhorar e até mesmo anular suas queixas referentes a esses domínios<sup>1,13,18</sup>.

A IU também interfere nas relações pessoais, restringindo a relação com o parceiro, à vida sexual e a familiar. Quando foram abordadas sobre a vida sexual, as mulheres relataram que as restrições podem ser causadas pela perda de urina no momento da atividade sexual, por sentir dor durante a relação sexual, não sentir prazer ou desejo, necessitar de interromper a relação para urinar, ter sempre a sensação de bexiga cheia durante a relação e por ter medo e vergonha de estar cheirando a urina. O presente estudo mostrou que, após a fisioterapia junto ao KHQ, houve uma melhora significativa deste domínio.

Analisando de forma separada a interferência nas relações pessoais das mulheres com IUE, BH e IUM, observou-se que aquelas que tinham IUM foram as mais afetadas, seguidas por aquelas com IUE e BH, o que coincide com os dados da literatura<sup>4,5</sup>.

Os problemas emocionais, psicológicos, de disposição e do sono, também não deixam de estarem associados à IU. Os sentimentos como nervosismo, autodepreciação, depressão, ansiedade, baixo estima, medo, vergonha, insônia, indisposição e cansaço, geralmente estão ligados às queixas dessas mulheres incontinentes. Isso pode ser suportado pelos resultados desse estudo, onde os escores dos domínios referentes às emoções e sono/disposição demonstraram grandes prejuízos na QV, e após a fisioterapia, pode-se observar uma melhora importante e significativa desses domínios do KHQ<sup>1,13,15,18</sup>.

A partir do momento que as mulheres passam a perder menos urina, normalmente ficam menos preocupadas com as perdas urinárias, se limitam menos ou param de se restringir em suas atividades diárias. Desta forma, elas ficam menos preocupadas com a possibilidade de estar cheirando a urina, ficam menos ou não ficam mais envergonhadas por causa de seu problema de bexiga e tomam menos cuidado na ingestão de líquido<sup>5</sup>.

Aquelas mulheres que usam algum tipo de proteção para se manterem secas<sup>4</sup>, como forros ou absorventes, criam uma certa independência e autoconfiança quando se tornam menos incontinentes, usando assim com menor frequência ou deixando de usar estes protetores e ocorrendo uma redução da necessidade de troca de suas roupas íntimas por estarem molhadas. Com a fisioterapia, essas mulheres conseguiram alcançar a redução e até mesmo a anulação destes problemas em seu dia a dia. Os resultados desse estudo estão consoantes com a literatura, que demonstraram a melhora da medida da gravidade do KHQ<sup>1,15,18</sup>.

No presente estudo, analisando de forma separada a QV das mulheres antes e após a fisioterapia, observou-se que as mulheres com IUE apresentaram melhora em todos os domínios e escalas do KHQ e a anulação do domínio referente às limitações físicas. Esse resultado, referente ao domínio de relações pessoais, diverge do estudo de Rett<sup>1</sup> que não observou diferença significativa no escore deste domínio.

As mulheres com BH foram as mais afetadas nos domínios da percepção geral da saúde, impacto da incontinência urinária, limitações das atividades diárias, limitações sociais, emoções, sono/disposição.

Por fim, as mulheres com IUM foram mais afetadas nos domínios das limitações físicas, limitações sociais, relações pessoais e na escala de medidas de gravidade. Apresentaram também a melhora em todos os domínios e escalas do KHQ após a fisioterapia, atingindo a anulação das queixas referentes ao domínio das limitações físicas<sup>5</sup>.

Pode-se ressaltar ainda que, sob uma avaliação com o KHQ e comparação entre o impacto, o desconforto nos 3 tipos de IU, a IUM e a BH foram as que mais afetaram a QV dessas mulheres. Estes resultados estão consoantes com a literatura<sup>9</sup>.

Assim, tendo em vista os resultados do presente estudo, sugere-se que a IU afeta de forma importante a QV das mulheres, podendo levá-las a adquirir ou

acrescentar outros problemas de saúde, sejam eles psíquicos, emocionais ou orgânicos. Apesar da amostra por tipo de IU ter sido pequena, os resultados desse estudo são consistentes com a literatura atual.

## CONCLUSÃO

Concluimos que, a IUE, a BH e a IUM, determinam redução na QV das mulheres e que essas, quando submetidas à fisioterapia e avaliadas com o KHQ, apresentam melhora da mesma.

## REFERÊNCIAS

1. Rett MT, Simões JA, Herrmann V, Gurgel MSC, Morais SS. Qualidade de vida das mulheres após o tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007;29(3):134-40.
2. Silva APM, Santos VLGC. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. *Rev Esc Enferm USP.* 2005;39(1):36-45.
3. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, *et al.* The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of international Continence Society. *Review. Urology.* 2003;61(1):37-49.
4. Auge AP, Zucchi CM, Costa FMP, Nunes K, Cunha LPM, Silva PVF, *et al.* Comparações entre os índices de qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária submetidas ou não ao tratamento cirúrgico. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(6):352-7.
5. Tamanini JTN, D'Ancona CAL, Botega NJ, Netto Jr NR. Validação do King's Health Questionnaire para o português em mulheres com incontinência urinária. *Revista de Saúde Pública.* 2003;37(2):203-211.
6. Lopes MHB, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev Esc Enferm USP.* 2000;40(1):34-41.
7. Coyne KS, Zhou Z, Thompson C, Versi E. The impact on health-related quality of life of stress, urge, and mixed urinary incontinence. *BJU international.* 2003;92(7):731-5.
8. Guarda RI, Gariba M, Nohama P, Amaral VF. Tratamento conservador da incontinência urinária de esforço. *Rev Femina.* 2007;35(4):219-27.
9. Feldner JRPC, Sartori MGF, Lima GR, Baract EC, Girão MJBC. Diagnóstico clínico e subsidiário da incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(1):54-62.
10. Arruda RM, Sousa GO, Castro RA, Sartori MGF, Baract EC, Girão MJBC. Hiperatividade do detrusor: comparação entre oxibutinina, eletroestimulação funcional do assoalho pélvico e exercícios perineais. Estudo randomizado. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007;29(9):452-8.

11. Oliveira KAC, Rodrigues ABC, Paula AB. Técnicas fisioterapêuticas no tratamento e prevenção da incontinência urinária de esforço na mulher. *Revista Eletrônica F@pciência*. 2007;1(1):31-40.
12. Abreu NS, Baracho ES, Tirado MGA, Dias RC. Qualidade de vida na perspectiva de idosas com incontinência urinária. *Rev Bras. Fisioter*. 2007;11(6):429-436.
13. Balmforth JR, Mantle J, Bidmead J, Cardozo L. A prospective observational trial of pelvic floor muscle training for female stress urinary incontinence. *BJU International*. 2006;98(4):811-7.
14. Hay-Smith EJC, Dumoulin C. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(1).
15. Wang AC, Wang Y, Chen M. Single-blind, randomized trial of pelvic floor muscle training, biofeedback-assisted pelvic floor muscle training, and electrical stimulation in the management of overactive bladder. *J.Urology*. 2004;63(1):61-1.
16. Camarão SS, Pacetta, Camarão S, Barros ACS, Mantese JC. Avaliação da eletroestimulação da terapêutica da incontinência urinária de esforço feminina. *Rev Ginec & Obst*. 2003;14(4):166-9.
17. Neumann P, Morrison S. Physiotherapy for urinary incontinence. *Australian Family Physician*. 2008;37(3):118-21.
18. Neumann PB, Grommer KA, Grant RE, Gill VA. Physiotherapy for female stress urinary incontinence: a multicentre observational study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2005;45(3):226-32.
19. Herrmann V, Potrick BA, Palma PCR, Zanettini CL, Marques A, Netto JR NR. Eletroestimulação transvaginal do assoalho pélvico no tratamento da incontinência urinária de esforço: avaliações clínica e ultra-sonográfica. *Rev Assoc Med Bras*. 2003;49(4):401-5.
20. Who, Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Geneva, *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
21. Dubeau CE. The impact of urge urinary incontinence on quality of life: Importance of patients perspective and explanatory style. Boston, *JAGS*. 1998; 46(6):683-92.
22. Guarisi T, Pinto-Neto AM, Osis MJ, Pedro AO, Costa-Paiva LHS, Faúndes A. *et al*. Procura de serviços médicos com mulheres com incontinência urinária. São Paulo, *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2001;23(7):439-43.
23. O'Brien J, Austin M, Seth P, O'Boyle P. Urinary incontinence: prevalence, need for treatment, and effectiveness of intervention by nurse. *Br Med J*. 1991;303(23):1308-12.
24. Higa R, Lopes MHBM, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enferm USP*. 2002;42(1):187-92.
25. Caetano AS, Tavares MCGCF, Lopes MHBM. Incontinência urinária e a prática de atividades físicas. *Rev Bras Med Esporte*. 2007; 13(4): 270-4.