

PREVALÊNCIA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA E SATISFAÇÃO SEXUAL EM MULHERES PARTICIPANTES DO PROJETO CONVIVER DE ANTÔNIO PRADO/RS

Clari Gasperin Martini^a, Huender José Cardoso de Miranda^a, Joice Lisboa Cucolloto^a, Alenia Varela Finger Minuscoli^a, José Davi Oltramari^a, Alexandra Renosto^{a*}, Daiane Giacomet^a, Gisele Oltramari^a

a) FSG Centro Universitário

Informações de Submissão	Resumo
<p>Alexandra Renosto, endereço: Rua Os Dezoito do Forte, 2366 - Caxias do Sul - RS - CEP: 95020-472</p>	<p>A incontinência urinária (IU) é definida como qualquer perda involuntária de urina. A IU pode ser classificada como sendo de esforço, de urgência ou urge-incontinência, mista ou inconsciente. Frequentemente tem se mostrado com maior comprometimento no sexo feminino, duas vezes maior que nos homens, afetando todos os grupos etários com uma porcentagem de 15 a 30%. Nos Estados Unidos, aproximadamente 13 milhões de adultos já vivenciaram episódios de IU, entre os quais 11 milhões (85%) são mulheres. No Brasil, os dados relacionados à incontinência urinária são insuficientes, dificultando o conhecimento dos fatores de risco para o desenvolvimento da doença e os custos gerados por esta patologia. Métodos: Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, do qual participaram 38 mulheres, com idade variando entre 48 a 79 anos, participantes do grupo de convivência da cidade de Antônio Prado/RS. Objetivos: verificar a prevalência de IU e satisfação sexual na população feminina participante do projeto conviver de Antônio Prado/RS; determinar o perfil socioeconômico, demográfico, uroginecológico, os aspectos relacionados aos problemas de saúde e estilo de vida das mulheres do estudo. Resultados: A prevalência de incontinência urinária apresentada neste estudo foi de 64,7% (N=22). Em relação à qualidade de vida, demonstra-se que a incontinência urinária não tem grande interferência na qualidade de vida destas, porém há descontentamento na satisfação sexual. Obteve-se relação positiva entre as variáveis QSF e IU (p-valor 0,058). Conclusão: O estudo apresentou um percentual considerável de mulheres com IU, verificando-se perda significativa quanto a satisfação sexual das mesmas.</p>
<p>Palavras-chave: Incontinência Urinária.Satisfação sexual.Mulheres. Qualidade de vida.</p>	

1 INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é definida como qualquer perda involuntária de urina (BARACHO, 2007; FREITAS e PY, 2006). Para a International Continence Society, a incontinência urinária é definida como uma condição na qual a perda involuntária de urina é um problema social ou higiênico e é objetivamente demonstrável (ABRAMS et al., 2003; DOUGHTY e WALDROP, 2000). Frequentemente tem se mostrado com maior comprometimento no sexo feminino, duas vezes maior que nos homens, afetando todos os grupos etários com uma porcentagem de 15 a 30%. No entanto, não deve ser considerado como um processo natural do envelhecimento (GROSSE e SENGLER, 2002).

A incontinência urinária pode ser classificada como sendo de esforço (perda urinária de involuntária, que ocorre após exercício físico, tosse ou espirro), de urgência ou urge-incontinência (perda urinária acompanhada por forte desejo de urinar), mista (quando há incontinência de esforço e por urgência, simultaneamente), inconsciente (perda urinária sem urgência ou reconhecimento do extravasamento)(BARACHO, 2007). Na mulher, a idade avançada, raça branca, obesidade, partos vaginais, deficiência estrogênica, condições associadas a aumento da pressão intra-abdominal, tabagismo, doenças do colágeno, neuropatias, histerectomia prévia e infecções urinárias de repetição são fatores de risco que podem levar ao desenvolvimento de IU. Mulheres jovens, desportivas, gestantes, mulheres no pós-parto, na menopausa e idosas são acometidas pela incontinência urinária, destacando-se a importante abrangência desta patologia (GROSSE e SENGLER, 2002).

A estimativa em vários países referente à prevalência de IU, para mulheres de 15 a 64 anos é de 10% a 30% (KRAUSE et al., 2003), de 40 a 60 anos de 14% a 71,5%(VAN et al., 2002), e 26% a 31% para todas as idades(HAGGLUND et al., 2001). Nos Estados Unidos da América, aproximadamente 13 milhões de adultos já vivenciaram episódios de IU, entre os quais 11 milhões (85%) são mulheres (FREITAS e PY, 2006; UMPHRED, 2004; SIMENOVA et al, 1999; GUCCIONE, 2002).

No Brasil, os dados relacionados à incontinência urinária são insuficientes, dificultando o conhecimento dos fatores de risco para o desenvolvimento da doença e os

custos gerados por esta patologia(MORENO, 2004). Apesar de não ser uma condição de ameaça à vida da paciente, a Incontinência Urinária pode causar vários problemas. São observados prejuízos em relação à atividade profissional, relações sociais(PALMA e RICETTO, 1999), traumas psicológicos levando a sentimentos de humilhação, ansiedade, solidão e culpa(SIMONETTI et al., 2001).

Na atividade sexual, a incontinência urinária causa impacto negativo em até 68% das mulheres (SUTHERST, 2010; RIZK et al., 1999) que evitam o relacionamento sexual por causa da umidade causada pela perda urinária durante a noite e vazamentos durante o intercurso, causando-lhes constrangimento e depressão (SUTHERST, 2010). Pesquisas confirmam que 70% das mulheres atingidas por diversos distúrbios mencionais nunca falaram de seu problema a um médico (BOURCIER, 1991; GUCCIONE, 2002; GROSSE, 2002) demonstraram este fato ao estudar uma comunidade com 1060 mulheres, onde a metade delas apresentavam IU severa suficiente para interferir em suas atividades diárias, sendo que estas não haviam procurado seu médico (MINER, 2004). Estes estudos revelam o tabu em relação a esta patologia.

Considerando-se as questões supracitadas, justificou-se a realização deste estudo tendo como objetivos verificar a prevalência de IU e satisfação sexual na população feminina participante do projeto conviver de Antônio Prado/RS; determinar o perfil socioeconômico, demográfico, uroginecológico, os aspectos relacionados aos problemas de saúde e estilo de vida das mulheres do estudo; verificar a associação entre perda urinária e as variáveis sociodemográficas, uroginecológicas, relacionadas aos problemas de saúde e de estilo de vida; verificar o impacto que a incontinência urinária causa na qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária referida e avaliar o impacto que a incontinência urinária causa na satisfação sexual de mulheres com incontinência urinária referida.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, do qual participaram 38 mulheres, com idade variando entre 48 a 79 anos, participantes do grupo de convivência da cidade de Antônio Prado/RS. Os critérios de exclusão foram: não ter apresentado no mínimo uma gestação completa, estar ausente no momento da coleta de dados, possuir

algum tipo de malformação na região perineal, apresentar infecção urinária, doenças osteo-neuro-degenerativas e doenças mentais. Estes critérios resultaram na exclusão de 10,5% do total de mulheres participantes do grupo de convivência. O grupo de estudo foi composto por 34 mulheres que responderam integralmente os questionários, correspondendo a 89,5% do total de participantes do grupo de convivência. A participação das mulheres foi voluntária e os dados manipulados com confidencialidade.

As participantes do estudo responderam a três questionários, sendo acompanhadas pela pesquisadora e quatro estagiárias da Faculdade da Serra Gaúcha (FSG), devidamente treinadas para esclarecer dúvidas na hora do preenchimento dos instrumentos, evitando, assim, respostas em branco ou algum tipo de viés que pudesse comprometer a credibilidade e confiabilidade do estudo. O primeiro questionário avaliou o perfil epidemiológico da amostra, este continha variáveis independentes subdivididas em: demográficas (idade e estado civil), as socioeconômicas (escolaridade e renda familiar), as relacionadas ao estilo de vida (atividade física e tabagismo), as relacionadas aos problemas de saúde (hipertensão, diabetes mellitus, bronquite, incontinência fecal), as uroginecológicas (número de partos vaginais, laceração no parto, episiotomia, peso do maior bebê, quantidade de Kg ganhos na gestação).

O segundo questionário usado para avaliar o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida foi o “King’s Health Questionnaire” (KHQ), o qual foi submetido ao processo de tradução, adaptação cultural e validação para língua portuguesa (TAMANINI et al., 2003). O questionário apresenta perguntas relativas aos sintomas do trato urinário baixo, sendo composto por vinte e uma questões divididas em oito domínios. Descrevem, respectivamente, a percepção da saúde (um item), o impacto da incontinência (um item), as limitações do desempenho das tarefas (dois itens), a limitação física (dois itens), a limitação social (três itens), o relacionamento pessoal (dois itens), emoções (três itens), o sono e a energia (dois itens). Existem também duas escalas independentes: uma avalia a gravidade da incontinência urinária (medidas de gravidade) e a outra a presença e a intensidade dos sintomas urinários (escala de sintomas urinários). Estas escalas apresentam quatro opções de respostas (nem um pouco, um pouco, moderadamente, muito ou nunca, às vezes, frequentemente, o tempo todo), diferentemente do domínio percepção geral de saúde, que apresenta 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). Há, também, um

espaço para a paciente relatar qualquer outro problema que possa estar relacionado com a bexiga. O KHQ é pontuado por cada um de seus domínios, variando de 0 a 100 e quanto maior a pontuação obtida, pior é a QV relacionada àquele domínio.

O terceiro questionário aplicado para avaliar a função sexual foi utilizado o Quociente Sexual - Versão Feminina (QS-F), que avalia a função sexual da mulher (ABDO, 2006), é composto por 10 questões classificadas em escala de 5 pontos. As respostas são classificadas de acordo com a intensidade nas categorias: nunca, raramente, às vezes, aproximadamente 50% das vezes, a maioria das vezes e sempre. Para a análise das respostas é utilizado um escore de 0 a 5, sendo 0 indicando nunca e 5 indicando sempre. Desta forma, obtendo-se os resultados: 82 a 100 pontos, bom a excelente; 62 a 80 pontos, regular a bom; 42 a 60 pontos, desfavorável a regular; 22 a 40 pontos, ruim a desfavorável; 0 a 20 pontos, nulo a ruim. Portanto, quanto maior o escore melhor a função sexual da mulher.

A coleta de dados principal ocorreu entre os meses de fevereiro e março de 2010, sendo realizada na sede do grupo de convivência da cidade de Antônio Prado/RS. Após a entrada, a análise de dados foi realizada através do Programa SPSS, versão 11.0. Para o estudo de prevalência, foi realizada uma análise das variáveis demográficas, socioeconômicas, estilo de vida, problemas de saúde e uroginecológicas com o QSF e a IU, foi realizada uma análise bivariada, utilizando-se o teste do q-quadrado, sendo considerado como valor estatisticamente significativo $p=0,05$.

Este estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa do Círculo-FSG em 05/05/2010, sob protocolo nº 0078, respeitando assim as questões éticas inerentes à pesquisa com seres humanos.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Das 34 mulheres participantes do estudo, metade (N=17) tinha idade entre 60 a 69 anos e predominantemente viúvas (52,9%), com nível de escolaridade baixo, sendo de até quatro anos (N=17), semelhantes a estudos realizados em população brasileira (GUARISI et al., 2001; SILVA et al., 2005).

A grande maioria das participantes do estudo 61,7% (N=21) apresentaram índice de massa corporal (IMC) considerado alto pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Destas, 35,3% apresentam sobrepeso, 23,5% obesidade e 2,9% obesidade mórbida. A

obesidade é um fator que agrava e contribui para o aparecimento da IU e a prevalência aumenta associado à morbidade (SANTOS et al., 1994; BROWN et al., 1996). Segundo Leslee et al. (2009), estudaram 338 mulheres na Província de Rhode Island e Birmingham/Alabama com incontinência urinária e presença de sobrepeso e obesas; após programa de emagrecimento, verificaram que os episódios de IU reduziram significativamente, chegando a 70% do número de episódios semanais.

A maioria possui renda inferior a três salários mínimos e grande parte realiza atividade física (97,1%). Em relação ao tabagismo, 97,1% (N=33) não fumam, sendo este um fator que neste estudo não se mostrou relevante para presença de incontinência urinária, igualmente encontrado em estudo realizado por Guarisi et al, 2001 (GUARISI et al., (2001), estudando uma população de 160 mulheres no município de Campinas, com presença de incontinência urinária, estando o tabagismo ausente em 127. (Tabela 1).

Tabela 01. Características demográficas, socioeconômicas, estilo de vida de mulheres participantes do projeto conviver de Antônio Prado, RS, 2010. (N=34)

Variável	Categorias	(N) %
Demográficas		
Faixa etária	48-59 anos	5 (14,7%)
	60-69 anos	17 (50%)
	70-79 anos	12 (35,3%)
IMC	Até 19,9	2 (5,9%)
	20 – 25	11 (32,4%)
	25,1 – 29,9	12 (35,3%)
	30 – 39,9	8 (23,5%)
	>= 40	1 (2,9%)
Estado civil	Viúva	18 (52,9%)
	Casada	15 (44,1%)
	Divorciada/separada	1 (2,9%)
Socioeconômicas		
Escolaridade (Anos de estudos)	1- 4 anos de estudo	17 (50%)
	5 - 8 anos de estudo	13 (38,2%)
	>= 9 anos de estudo	4 (11,8%)
Faixa de renda familiar	1 – 3 salários	24 (70,6%)
	4 – 7 salários	7 (20,6%)
	>= 8 salários	3 (8,8%)
Estilo de Vida		
Atividade Física	Realiza atividade física	33 (97,1%)
	Não realiza	1 (2,9%)
	Atividade física	

Tabagismo	Presente	1 (2,9%)
	Ausente	33 (97,1%)

Na população estudada, a patologia predominante foi a hipertensão arterial (29,4%), percentual equivalente encontrado em estudo realizado na zona sul de São Paulo, mostrando a prevalência de doenças crônicas, onde a hipertensão arterial apresentava-se em 53% delas, das quais 74,5% da amostra eram mulheres. Em relação à medicação, 88,2% referem fazer uso de algum tipo.

No que se refere à intervenção cirúrgica do aparelho geniturinário, 38,5% (N=13) já se submeteram a algum procedimento. Estudos observam correlações significativas entre cirurgias do aparelho geniturinário e a IU devido a danos causados nas estruturas que sustentam a bexiga e a uretra (MOLLER et al., 2000; ABDO, 2006).

A grande maioria das mulheres realizou mais de três partos naturais, sendo que destas, 35,3% realizaram episiotomia e 38,2% sofreram laceração de períneo no momento do parto. O aumento do peso na gestação, assim como o parto vaginal, eleva o risco de ocorrência de incontinência urinária (SILVA e SANTOS, 2005; SUBAK et al., 2005; PORTER, 2005). No presente estudo, 64,7% (N=22) tiveram filhos com peso ao nascer acima de 3.500kg. A IU ou incontinência fecal pode ocorrer após o parto, particularmente em um segundo estágio prolongado em episiotomia, apresentação instrumental ou na presença de um bebê grande (PORTER, 2005). Quanto ao ganho de peso na gestação, 23,5% (N=8) apresentaram peso entre 16.000kg a 20.000kg. A partir destes dados, fica clara a importância de levar ao conhecimento das mulheres que pretendem realizar seus partos naturais, a importância de realizarem reforço muscular perineal prévio e controle de peso na gestação, diminuindo os riscos de IU.

No que se refere à presença de constipação intestinal, o estudo demonstrou que 41,2% referem dificuldades. O estiramento do reto causado pela constipação crônica comprime a bexiga, causando retenção de urina. Com este evento, há infecções do trato urinário. A força exagerada para eliminar as fezes, causa lesão da musculatura pélvica, através de distensão que conseqüentemente traumatiza o tecido, levando a uma isquemia, favorecendo o aparecimento de IU (MOLLER et al., 2000; PORTER, 2005).

A prevalência de incontinência urinária apresentada neste estudo foi de 64,7% (N=22). Segundo Moreno (2004), a incontinência urinária pode afetar até 50% das

mulheres em alguma fase de suas vidas e cerca de 60% das mulheres acima de 60 anos apresentam a patologia. No entanto, as taxas de prevalência da patologia variam de acordo com os estudos, podendo-se encontrar uma estimativa de 10 a 20% em mulheres jovens e de 30 a 40% em mulheres não institucionalizadas acima dos 65 anos de idade (KLUBER et al., 2012).

Quanto à apresentação da incontinência urinária estudada, 52,94% (N=18) apresentaram perda urinária aos esforços, tais como salto, tosse, corrida, ginástica, dança, agachar e de sentado para de pé; em episódios de tosse, 11,8% (N=4). A incontinência urinária de urgência apresentou-se em 44,1% (N=15) das participantes. Estes valores são equivalentes a outros estudos, onde 77,1% de um total de 182 mulheres com idade entre 30 a 84 anos estudadas na ilha de Pascua/Chile, sendo que a IU de esforço apresentou-se em 40% e IU mista em 40% das participantes (HARWARDT et al., 2004). Outro estudo realizado por Foldspanget al. (1992) em população feminina dinamarquesa de 30 a 59 anos demonstrou que 14,8% tinham incontinência urinária por esforço, 8,6% urge-incontinência e 7,1% incontinência mista. Segundo Figueiredo et al. (2008), também constatou em seu estudo, prevalência maior em IU de esforço, chegando a 97% das 58 mulheres estudadas.

No que se refere à presença de infecções do trato urinário baixo, no último ano, 32,4% (N=11) apresentaram no mínimo um. A literatura mostra que infecções do trato urinário são consideradas fatores que contribuem para aparecimento de IU. Este evento piora o comportamento da bexiga, já instável, aumentando a frequência de suas contrações involuntárias (LUFT e VRIGEAS-NICHOLS, 1998).

Quanto ao conhecimento da fisioterapia no tratamento de disfunções geniturinárias, apenas 29,4% das participantes responderam que sabiam que a fisioterapia trata estas disfunções. Isso mostra a desinformação e a necessidade de se elaborar estratégias que visem levar ao conhecimento da população a importância do trabalho fisioterapêutico para que mulheres tenham uma qualidade de vida melhor, sem pensar que a incontinência urinária é apenas uma fase normal do envelhecimento. Os dados estão expostos na tabela 2.

Tabela 02. Características relacionadas aos problemas de saúde e uroginecológicas de mulheres participantes do projeto conviver de Antônio Prado, RS, 2010. (N=34)

VI Congresso de Pesquisa e Extensão da FSG & IV Salão de Extensão

Variável	Categorias	(N) %
Problemas de Saúde		
Patologias	Hipertensão	10 (29,4%)
	Diabetes mellitus	2 (5,9%)
	Doenças respiratórias	4 (11,8%)
	Incontinência Fecal	1 (2,9%)
	Não apresentam patologias	17 (50%)
Uso de medicação	Faz uso de medicação	30 (88,2%)
	Não faz uso de medicação	4 (11,8%)
Cirurgias	Retirada de útero	2 (5,9%)
	Bexiga	3 (8,8%)
	Mais de uma cirurgia envolvendo útero, bexiga, ovário e períneo	8 (23,5%)
	Não realizou cirurgia	21 (61,8%)
Uroginecológicas		
Episiotomia	Realizou episiotomia	12 (35,3%)
	Não realizou episiotomia	21 (1,8%)
	Não sabe ou não lembra	1 (2,9%)
Número de partos naturais	1 (um) parto	1 (2,9%)
	2 (dois) partos	10 (29,4%)
	3 (três) partos	7 (20,6%)
	4 (quatro) partos	5 (14,7%)
	5 (cinco) partos	6 (17,6%)
	6 (seis) partos	3 (8,8%)
	9 (nove) partos	1 (2,9%)
Sofreu rasgadura (laceração de períneo no momento do parto)	Sofreu laceração	13 (38,2)
	Não sofreu laceração	19 (55,9%)
	Não sabe ou não lembra	2 (5,9%)
Peso do maior bebê	Não sabe ou não lembra	5 (14,7%)
	2.800kg a 3.500kg	7 (20,6%)
	3.600kg a 4.000kg	10 (29,4%)
	4.100kg a 4.400kg	5 (14,7%)
	4.500kg a 5.000kg	7 (20,6%)
Peso máximo ganho na gestação	5.000kg a 10.000kg	3 (8,8%)
	11.000kg a 15.000kg	6 (17,6%)
	16.000kg a 20.000kg	8 (23,5%)
	Não sabe ou não lembra	17(50%)
Dificuldade de evacuar	Apresenta dificuldades	14 (41,2%)
	Não apresenta dificuldades	20 (58,8%)
Conhecimento da fisioterapia no contexto uroginecológico	Conheciam o trabalho fisioterapêutico	10 (29,4%)
	Não conhecia o trabalho fisioterapêutico	24 (79,6%)
Presença de Incontinência Urinária	Perda de urina	22 (64,7%)
	Não há perda de urina	12 (35,3%)

Situações que ocorre perda de urina	Perda de urina aos esforços (salto, andar, corrida, ginástica, dança, agachar, de sentado para de pé)	18 (52,94%)
	Em episódios de tosse	4 (11,8%)
	Não apresentam perda	12 (35,26%)
Urge-incontinência (desejo de urinar a ponto de perder urina)	Presença de Urge-incontinência	15 (44,1%)
	Não apresenta urge-incontinência	19 (55,9%)
Presença de infecções urinárias no último ano	Apresentaram infecções	11 (32,4%)
	Não apresentaram	23 (67,6%)

Em relação à qualidade de vida, a pesquisa mostrou que grande maioria encontra-se entre as faixas de pontuação de 0 a 40, demonstrando que a incontinência urinária não tem grande interferência na qualidade de vida das mesmas. Já em estudos realizado por Auge et al. (2006), estudando uma população 60 mulheres atendidas no Ambulatório da Santa Casa de Misericórdia/SP, concluíram que os sintomas, limitações e preocupações relacionadas à IU exercem impacto negativo na qualidade de vida das pacientes. Outro estudo realizado por Borges et al. (2009), com 50 mulheres atendidas no Serviço de Uroginecologia do Hospital de Jundiaí/SP, quando questionadas referente ao estado de saúde naquele momento, metade das participantes relataram regular e aproximadamente um terço classificou-o como ruim ou muito ruim, concluindo assim que os sintomas ligados a IU afetam a qualidade de vida das participantes.

Tabela 03. Distribuição dos resultados de qualidade de vida, obtidos através do questionário King's Health Questionnaire (KHQ), de mulheres participantes do Projeto Conviver de Antônio Prado, RS, 2010. (N=34)

Variável	Categorias	(N) %
0 -10	1	7 (20,6%)
11- 30	2	5 (14,7%)
31 -40	3	10 (29,4%)
41 -50	4	7 (20,6%)
51 – 60	5	5 (14,7%)

No que diz respeito à satisfação sexual, a grande maioria das participantes se classificaram entre desfavorável a regular e nulo a ruim. Com este estudo, comprovou-se que a incontinência urinária teve um impacto significativo na vida sexual das

mulheres. (Tabela 4). Contrapondo, há resultados encontrados no estudo de Ribeiro e Raimundo (2005) estudando uma população de 93 mulheres com idade entre 35 a 81 anos da cidade do Porto/Portugal, onde as mulheres se ajustam de modo satisfatório a patologia, não tendo consequências devastadoras na sua vida sexual. Outro estudo foi realizado por Polizere Alves (2009), com 38 mulheres de 60 anos, onde 34,2% das mulheres entrevistadas relataram padrão de desempenho e satisfação sexual de regular a bom e 29,0% tiveram padrão bom e excelente.

Tabela 04. Distribuição dos resultados do Quociente Sexual- Versão feminina (QS-F) de mulheres participantes do Projeto Conviver de Antônio Prado, RS, 2010. (N=34)

Variável	Categorias	(N) %
Padrão de desempenho Sexual	Bom a excelente	1 (2,9%)
	Regular a bom	8 (23,5%)
	Desfavorável a regular	5 (14,7%)
	Ruim a desfavorável	1 (2,9%)
	Nulo a ruim	19 (55,9%)

A distribuição do Quociente Sexual – Versão feminina (QS-F) e da incontinência urinária segundo as variáveis demográficas, socioeconômicas, estilo de vida, problemas de saúde e uroginecológicas não mostrou associação estatística significativa. Entretanto, a variável QSF, quando testada sua associação com a incontinência urinária, mostrou-se altamente significativa p-valor 0,058 (tabela 05), ou seja, as mulheres que relatam perda de urina demonstraram um nível de satisfação sexual reduzido. Ressalta-se que mais da metade da amostra possui situação conjugal de viúva ou separada, sendo um fator predisponente para a diminuição ou até mesmo a não realização da atividade sexual por não possuírem um parceiro fixo.

Tabela 05. Associação dos resultados do Quociente Sexual- Versão feminina (QS-F) com a Incontinência Urinária referida de mulheres participantes do Projeto Conviver de Antônio Prado, RS, 2010. (N=34)

	Perda de Urina	Não relata perda	p-valor
Bom a excelente	1	1	0,058
Regular a bom	6	2	

Desfavorável a regular	3	2
Ruim a desfavorável	1	1
Nulo a ruim	11	6
Total	22	12

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apresentou um percentual considerável de mulheres com IU. Apesar deste resultado, verificou-se que não há perda significativa no quesito qualidade de vida, porém é preocupante no que diz respeito à satisfação sexual das mesmas.

Com estes resultados, percebe-se a importância de implementação de programas de exercícios específicos para incontinência, incorporados à vida diária das mulheres incontinentes. Paralelamente a estes programas, sugere-se a necessidade de programas junto aos órgãos de saúde, visando à qualidade de vida das mulheres no avanço da idade. Cabe aos profissionais fisioterapeutas a responsabilidade de informar e divulgar a importância do trabalho, visto que a perda de urina não é normal em nenhuma idade, devendo sempre ser investigada e tratada corretamente.

REFERÊNCIAS

- ABDO, C. H. N. Elaboração e Validação do Quociente Sexual-Versão Feminina: uma Escala para Avaliar a Função Sexual da Mulher. **Rev. Bras. Méd.**, 2006.
- ABRAMS, P.; CARDOZO, L.; FALL, M.; GRIFFITHS, D.; ROSIER, P.; ULMSTEN, U.; VAN KERREBROECK, P.; VICTOR, A.; WEIN, A.; STANDARDISATION SUB-COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the international continence society. **Urology**; 61:37-49, 2003.

AUGE, A. P.; ZUCCHI, C. M.; DA COSTA, F. M. P.; NUNES, K.; CUNHA, L. P. M.; DA SILVA, P. V. F.; RAMOS, T. U. Comparações entre os Índices de Qualidade de Vida em Mulheres com Incontinência Urinária Submetidas ou não ao Tratamento Cirúrgico. **Rev. Bras. De Ginecologia e Obstetrícia**. Vol 28 n° 6. Rio de Janeiro. Jun, 2006.

BARACHO, E. Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia. 4ª ed. rev. e ampliada. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2007.

BORGES, J. B. R.; NERI, L.; SIGRIST, R. M. S.; MARTINS, L. O.; GUARISI, T. MARCHESINI, A. C. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária pelo uso do Kings Health Questionnaire. **Einstein**. 7(3 Pt 1):308-13, 2009.

BOURCIER, A. Le plancherpelvien. Paris: **Vigot**, 1991.

BROWN, J. S.; SEELEY, D. G.; FONG, J.; BLACK, D. M.; ENSRUD, K. E.; GRADY, D. Urinary Incontinence in women: who is at risk? **Obstet Gynecol**. 87(5 Pt):715-21, 1996.

DOUGHTY, D. B.; WALDROP, J. Introductory concepts. In: Doughty DB. Urinary & fecal incontinence: nursing management. **Saint Louis: Mosby**; p. 29-34, 2000.

FIGUEIREDO, E. M.; LARA, J. O.; CRUZ, M. C.; QUINTÃO, D. M. G.; MONTEIRO, M. V. C. Perfil sociodemográfico e clínico de usuários de serviços de fisioterapia uroginecológica da rede pública. **Rev. Bras. Fisioterapia**. Vol. 12 n° 2. São Carlos Mar/abr, 2008.

FOLDESPANG, A.; MOMMSEN, S. LAM, G. W.; ELVING, L. Parity as a correlate of adult female urinary incontinence. **J Epidemiol Community Health**. 46(6):595-600, 1992.

FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guarabara Koogan, 2006.

GROSSE, D.; SENGLER, J. Reeducação Perineal: Concepção, realização e transcrição em prática liberal e hospitalar. São Paulo: **Manole**, 2002.

GUARISI, T. NETO, A. M. P.; OSIS, M. J.; PEDRO, A. O.; PAIVA, L. H. C.
FAÚNDES, A. Incontinência Urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: Inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**. 35(5):428-35, 2001.

GUCCIONE, A. A. Fisioterapia Geriátrica. 2ª ed. Rio de Janeiro. **Guanabara koogan**, 2002.

HAGGLUND, D.; WALKER-ENGSTRÖM, M. L.; LARSSON, G.; LEPPERT, J.
Quality of life and seeking help in women with urinary incontinence: A populationbased study. **Acta ObstetriciaandGynecologicaScandinavica**: 80; 1051-1055, 2001.

HARWARDT, T.; FUENTES, B; VENEGAS, M; LEAL, C; VERDUGO, F; BENIER, P. Estudio de Prevalência de Incontinência Urinária em Mujeres de Isla de Pascua. **Revista Chilena de Urologia**, vol 69/ nº 1, 2004.

KLÜBER, L.; MORIGUCHI, E. H.; CRUZ, I. B. M. A influência da fisioterapia na qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária: revisão. **Revista de Medicina da PUCRS**;12(3): 243-249, 2012.

KRAUSE, C.; WELLS, T.; HUGHES, S.; BRINK, C.; MAYER, R. Incontinence in women: effect of expectancy to regain control and severity of symptoms on treatment outcomes. **Urologic Nursing**;23 (1), 54-61, 2003.

LESLEE, L.; SUBAK, M. D.; WING, R.; WEST, S.; FRANKLIN, M. D. F.; VITTINGHOFF, E.; CREASMAN, J. M.; RICHTER, H.E.; MYERS, D.; BURGIO, K. L.; GORIN, A. A.; MACER, B. J.; KUSEK, J. W.; GRADY, D.; FOR THE PRIDE INVESTIGATORS. Weight Loss to Treat Urinary Incontinence in Overweight and Obese Women. **The New England Journal of Medicine**. 360:481-490, 2009.

LUFT, J.; VRIHEAS-NICHOLS, A. A. Identifying the risk factors for developing incontinence: can we modify individual risk? **GeriatrNurs.** 19(2):66-70, 1998.

MINER, J. R.; Economic and personal impact of fecal and urinary incontinence. **Gastroenterology.**126(1): S8-S13, 2004.

MOLLER, L. A.; LOSE, G.; JORGENSEN, T. Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years of age. **Obstet Gynecol.**;96(3):446-51, 2000.

MORENO, A. L. Fisioterapia em uroginecologia. São Paulo: **Manole**, 2004.

PALMA, P. C. R.; RICETTO, C. L. Z. Incontinência Urinaria de esforço na Mulher. In: NETTO JR., N.R. (org) **Urologia Prática**. São Paulo: atheneu, 1999.

POLIZER, A. A.; ALVES, T. M. B. Perfil da satisfação e função sexual de mulheres idosas. **Fisioter Mov.** 22(2):151-158, 2009.

PORTER, S. Fisioterapia de Tidy. 13ª ed. Rio de Janeiro: **Elselvier**, 2005.

RIBEIRO, J. P.; RAIMUNDO, A. Satisfação sexual e percepção de saúde em mulheres com incontinência urinária. **AnálisePsicológica.** 3(XXIII):305-314, 2005.

RIZK D.E.; SHAHEEN, H.; THOMAS, L.; DUNN, E.; HASSAN, M. Y. The prevalence and determinants of health care-seeking behavior for urinary incontinence in United Arab Emirates women. **IntUrogynecol J PelvicFloorDysfunct**;10:160-5, 1999.

SANTOS W.N.; FEITOSA, J. A.; OLIVEIRA, F. D. C.; OLIVEIRA FILHO, M.; ALMEIDA, F. M. L.; MEDEIROS, F. D. C. Efeitos da obesidade sobre a função urinária na mulher. **RBGO.** 16(5):175-8, 1994.

SAXTON, J.; SHEN, H.; SILVA, A. P. M.; SANTOS, V. L. C. G. Prevalência da Incontinência Urinária em Adultos e Idosos Hospitalizados. **Enferm USP.** 39(1):36-45, 2005.

SIMENOVA Z.; MILSOM, I.; KULLENDORFF, A. M.; MOLANDER, U.; BENGTTSSON, C. The prevalence of Urinary incontinence and its influence on the quality of life in women from na urban Swedish population. **Acta ObstetGynecolScand.** 78(6): 546-51, 1999.

SIMONETTI, R.; TRUZZI, J. C.; BRUSCHINI, H.; GLASHAN, R. Q. Incontinência urinaria em idosos: Impacto social e tratamento. **A terceira idade**, São Paulo, v.12, n. 23, Nov. p. 53-69, 2001.

SUBAK L.L.; WHITCOMB, E.; SUTHERST, J. R. Sexual dysfunction and urinary incontinence. **BJOG** 1979;86:387-8, 2010.

TAMANINI, J. T.; D'ANCONA, C. A. L.; BOTEGA, N. J. ; NETTO, N. R, J. R. Validação do King's Health Questionnaire para o português em mulheres com incontinência urinária. **Rev. Saúde Pública**;37(37):203-11, 2003.

UMPHRED, D. A. Reabilitação Neurológica. 4ª ed. Barueri: **Manole**, 2004.

VAN, D. V.; DE LEEUW, J. R.; ROOVERS, J. P. ; HEINTZ, A. P. The effect of urinary incontinence and overreactive bladder symptoms on quality of life in young women. **British Journal of Urology International.** 90, 544-549, 2002.

VITTINGHOFF, E.; BROWN, J. S. Weight loss: a novel and effective treatment for urinary incontinence. **J Urol.** 174(1):190-5, 2005.