

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Curso de Mestrado em Enfermagem de
Saúde Materna e Obstétrica

A Qualidade de Vida da Mulher com Incontinência
Urinária de Esforço:
Relação com a Paridade

Dissertação de Mestrado orientada
pela Professora Doutora Cândida Pinto

Marta Susana de Ascensão Maia Lopes

Porto, 2011

DEDICATÓRIA

Ao Tiago

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho não teria sido possível sem a preciosa contribuição de várias pessoas. Desta forma, gostaria de expressar os meus sentidos e sinceros agradecimentos:

À Professora Doutora Cândida Pinto, pela sua inteira disponibilidade, orientação e compreensão.

Ao Professor Doutor Francisco Cruz que permitiu a minha integração na consulta de Urologia Funcional [Incontinência Urinária] do Hospital de São João, E.P.E., e possibilitou a realização deste trabalho de investigação clínica.

Aos meus pais, a quem devo tudo o que sou, obrigada por todo o carinho e ânimo.

Ao Tiago, pelo incentivo, motivação e paciência.

Ao meu filho, que me deu todo o alento que precisava para a conclusão deste trabalho.

LISTA DE ABREVIATURAS

Incontinência Urinária (IU)
Sociedade Internacional de Continência (SIC)
Incontinência Urinária de Esforço (IUE)
Incontinência Urinária de Imperiosidade (IUI)
Incontinência Urinária Mista (IUM)
Síndrome de Bexiga Hiperactiva (SBH)
Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trondelag (EPINCONT)
Índice de Massa Corporal (IMC)
Term Breech Trial (TBT)
Qualidade de Vida (QdV)
Produto Interno Bruto (PIB)
Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS)
Organização Mundial de Saúde (OMS)
Medical Outcome Study-Short Form-36 (SF-36)
Sickness Impact Profile (SIP)
Nottingham Health Profile (NHP)
King's Health Questionnaire (KHQ)
World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)

ÍNDICE

Resumo	11
Abstract	13
Introdução	15
Enquadramento Teórico	17
1. Incontinência Urinária	17
1.1 - Tipos de incontinência urinária	17
1.1.1 - Incontinência Urinária de Esforço	18
1.1.2 - Factores de Risco de IUE	19
1.2- O Pavimento Pélvico na Gestação e no Parto	21
1.3 - A Influência da Paridade e do Tipo de Parto na IUE	23
1.4 - A Prevenção da IU na Prática de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	25
2- Introdução ao Conceito de Qualidade de Vida	28
2.1- Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde	30
2.1.1- Avaliação da Qualidade de Vida	31
2.1.2 - Incontinência Urinária: Repercussões na Qualidade de Vida	34
Materiais e Métodos	37
3.0- Tipo de Estudo	37
3.1- Variáveis	37
3.2- População / Amostra	38
3.3- Instrumento de Colheita de Dados	38
3.4- Procedimento	40
3.5- Análise Estatística	41
3.6- Limitações do Estudo	42
Resultados	43
4.1. Caracterização da Amostra	43
4.1. Descrição das Dimensões do Questionário	44
4.2. Associação entre Ter ou Não Ter Partos Vaginais e o KHQ	46

4.3 Associação entre os Quatro Subgrupos da Amostra e as Dimensões do KHQ	48
4.4 Associação entre os Três Subgrupos da Amostra com Partos Vaginais e as Dimensões do KHQ.....	51
Discussão.....	55
Conclusão	59
Referências Bibliográficas.....	61
Anexo 1	69
Operacionalização das variáveis.....	69
Anexo 2	73
King's Health Questionnaire (KHQ).....	73
Anexo 3	79
Autorização para a utilização do King's Health Questionnaire (KHQ)	79
Anexo 4	87
Autorização da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João, E.P.E.	87
Anexo 5	93
Consentimento informado	93
Anexo 6	97
King's Health Questionnaire (KHQ) – <i>scoring</i>	97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização etária e antropométrica da amostra	44
Tabela 2 - Número de partos vaginais	44
Tabela 3- Descrição das dimensões do questionário.....	45
Tabela 4 – Associação entre ter ou não ter partos vaginais e o KHQ.....	46
Tabela 5 - Associação entre os quatro subgrupos da amostra e as dimensões do KHQ.....	49
Tabela 6 - Associação entre os três subgrupos da amostra com partos vaginais e as dimensões do KHQ	51

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Box-plot para as dimensões do KHQ.....	45
--	----

RESUMO

Problema: A incontinência urinária de esforço (IUE) na mulher é uma doença com elevada prevalência que tem sido relacionada com vários parâmetros da história obstétrica. Esta situação repercute-se na qualidade de vida (QdV) em diferentes dimensões. Com o presente estudo pretendemos atingir os seguintes objectivos: conhecer a QdV das mulheres com IUE; analisar a relação entre a história obstétrica (paridade) e a gravidade dos sintomas; analisar a relação entre a história obstétrica (paridade) e o impacto da IUE na QdV.

Métodos: Estudo descritivo-correlacional, exploratório e transversal, envolvendo 40 mulheres com IUE, com idade inferior a 60 anos. A colheita de dados foi efectuada através de entrevista clínica (que incluiu história obstétrica) e medição dos dados antropométricos. Relativamente à paridade das doentes optou-se pela estratificação em 4 subgrupos: nulíparas (10 doentes), com 1 parto (10 doentes), com 2 partos (10 doentes) e com 3 ou mais partos (10 doentes). O impacto da IUE na QdV foi avaliado através da aplicação do King's Health Questionnaire (KHQ).

Resultados: Relativamente à caracterização etária e antropométrica dos elementos da amostra, constatou-se que a média das idades encontrada foi de 47 anos. Quanto ao peso da amostra, a média foi de 67 Kg e, no que diz respeito ao índice de massa corporal (IMC) foi de 26,8 Kg/m². Na análise das diferentes escalas do KHQ, constatou-se que as dimensões mais afectadas foram: o impacto da IU, a gravidade da IU e as emoções. O estudo comparativo entre o grupo de nulíparas e as mulheres com partos vaginais, mostrou diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0.05$) nas seguintes dimensões avaliadas: percepção geral de saúde, impacto da IU, limitações nas actividades diárias, limitações físicas, limitações sociais, emoções, sono/energia e gravidade da incontinência urinária. Quando procedemos ao estudo comparativo entre nulíparas e mulheres com partos vaginais, considerando os subgrupos por números de partos, constatou-se que

existiam também diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$) para as seguintes dimensões do KHQ: percepção geral de saúde, impacto da IU, limitações físicas, limitações sociais e emoções. Quando comparados os três grupos de mulheres com partos vaginais, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$) apenas nas seguintes escalas de avaliação: limitações físicas, limitações sociais e emoções.

Conclusões: Os resultados sugerem que a história obstétrica se associa a pior QdV das doentes com IUE. Este facto é de primordial importância para o desenvolvimento de estratégias preventivas na prática diária dos enfermeiros, nos contextos da gravidez, do parto e do pós-parto.

Palavras-chave: Incontinência urinária de esforço, qualidade de vida, paridade, King's Health Questionnaire.

ABSTRACT

Title: Impact of Stress Urinary Incontinence in Woman Quality of Life: Relation with Parity

Problem: Female stress urinary incontinence (SUI) is high prevalent disease which has been related with several parameters of obstetric history. This condition has effects on women's quality of life (QoL) in different dimensions. With this study we aim to achieve the following objectives: to assess the QoL in women with SUI; to analyse the relationship between obstetric history (parity) and the severity of symptoms; to analyse the relationship between obstetric history (parity) and the impact of SUI in woman QoL.

Method: Descriptive, correlational and transversal study enrolling 40 women diagnosed with SUI aged less than 60 years old. The data collection process was performed through a clinical interview (which included the obstetric history) and anthropometric measurements. The patients were stratified by parity into 4 groups: nulliparous (10 patients), with 1 delivery (10 patients), with 2 deliveries (10 patients) and with 3 or more deliveries (10 patients). The impact of SUI on the quality of life of these women was measured by the application of the King's Health Questionnaire (KHQ).

Results: Concerning the age and the anthropometric characterization of the patients, the average age was 47 years. In what respects the weight of the sample, the average was 67 Kg and the average BMI was 26,8 Kg/m². In the analysis of KHQ, the dimensions with higher scores were: UI impact, UI severity and emotions. The comparative study of the nulliparous' subgroup and the subgroup of women with vaginal deliveries revealed that there were significant statistical differences ($p \leq 0.05$), namely in the general health perceptions, incontinence impact, role limitations, physical limitations, social limitations, emotions, sleep/energy, and

severity measures. There were also significant statistical differences ($p \leq 0.05$) regarding the 4 subgroups of the study sample (nulliparous and women who had vaginal deliveries) in the following KHQ dimensions: general health perception, incontinence impact, physical limitations, social limitations, and emotions. Comparing the 3 subgroups of women who had vaginal deliveries, there were only significant statistical differences ($p \leq 0.05$) in the following items: physical limitations, social limitations and emotions.

Conclusions: Research results suggest that obstetric history influences the QoL of SUI patients. This fact is crucial for the development of preventive strategies to guide nurses in their daily practice, in pregnancy, labour and post-partum contexts.

Keywords: Stress urinary incontinence, quality of life, parity, King's Health Questionnaire.

INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho é um evento excepcional na vida da mulher. A imagem perfeita de felicidade é idealizada pela sociedade actual. Contudo, a mulher e o seu companheiro são confrontados com mudanças físicas e psicológicas importantes, assim como com o desenrolar de novos papéis e responsabilidades durante o período de pós-parto. Este marco exige ajustes emocionais, comportamentais e cognitivos por parte do casal. A intervenção da enfermeira especialista é fundamental para o desenvolvimento de estratégias de *coping*, no sentido de informar, esclarecer e desmistificar conceitos (Razurel et al., 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007) determina que o parto vaginal é o desfecho ideal para a mulher e o recém-nascido. Contudo, a sua realização tem repercussões bem documentadas ao nível do pavimento pélvico (Burgio et al., 2003), sendo a incontinência urinária (IU) na mulher o distúrbio mais comum que se relaciona com o parto vaginal (Huebner et al., 2010). Esta condição associa-se com morbilidade física significativa, perda de independência, diminuição da qualidade de vida (QdV) e limitações na participação de actividades sociais e domésticas (Botlero et al., 2009).

Pelo referido, a Sociedade Internacional de Continência (SIC) tem recomendado que medidas de avaliação de QdV sejam incluídas em todos os estudos como um complemento das medidas clínicas.

Segundo a literatura científica, há evidência que a gravidez se associa a um risco acrescido de incontinência urinária de esforço (IUE), sendo a paridade e o tipo de parto factores de risco desta condição, ainda mal esclarecidos, dada a escassez de estudos clínicos nesta área. De facto, a vigilância da gravidez e a técnica de realização do parto eutócico são da competência do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica e exigem domínio e a actualização constante. Assim, e relativamente à relevância do estudo para a prática de enfermagem, considera-se

pertinente e indispensável que os enfermeiros especialistas desenvolvam conhecimentos sobre IU e sua relação com a gravidez e o parto.

A maioria dos estudos até à data aponta para o aumento da incidência de IUE com a paridade e o tipo de parto vaginal. A elevada prevalência da IUE e o seu impacto na QdV, exigem que o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, tenha presente na sua prática diária estes conhecimentos, quer em contexto hospitalar, durante a realização do parto, quer ao nível dos cuidados primários, onde a sua intervenção se centra essencialmente na prevenção. Relativamente a este aspecto, salienta-se ainda, o papel já estabelecido, da reabilitação do pavimento pélvico na prevenção e no tratamento conservador da IUE. Na verdade, este é também um domínio da enfermagem em geral e, em particular, da enfermagem em saúde materna e obstétrica.

Deste modo, um dos propósitos deste estudo é contribuir para o conhecimento do papel preventivo do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica na IUE, no decurso da vigilância da gravidez e do pós-parto.

Assim, estabeleceu-se como linha orientadora do presente trabalho o estudo da QdV de mulheres com IUE e a relação com a paridade. Foi desenvolvido um estudo descritivo-correlacional numa amostra de mulheres com o diagnóstico de IUE.

A partir desta linha condutora foram definidos um conjunto de três objectivos a alcançar:

- Conhecer a QdV das mulheres com IUE.
- Analisar a relação entre a história obstétrica (paridade) e a gravidade dos sintomas.
- Analisar a relação entre a história obstétrica (paridade) e o impacto da IUE na QdV.

Este trabalho foi estruturado em três partes. Na primeira parte procedemos à contextualização teórica abordando a IU e a sua relação com a paridade e ainda, a conceptualização da QdV e a sua implicação no contexto específico desta tese. Na segunda parte, encontra-se descrita a metodologia utilizada, com referência ao tipo de estudo, variáveis, população/amostra, instrumento de colheita de dados, procedimento e respectiva análise estatística. A apresentação de resultados e a sua discussão, com recurso à análise de concordâncias e divergências com outros trabalhos, constam também da segunda parte desta investigação. Por fim, e na última parte do trabalho, são apresentadas as conclusões deste estudo e a respectiva bibliografia.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Incontinência Urinária

A IU é uma das novas epidemias do século XXI, com incidência e prevalência crescentes, agravadas pelo aumento contínuo da esperança média de vida (Norton et al., 2006). De acordo com a SIC, a IU refere-se à perda involuntária de urina, que é um problema social e higiénico. Apesar de as perdas involuntárias de urina afectarem de forma devastadora a QdV, a IU na mulher continua a ser subdiagnosticada e subtratada. Estima-se que apenas uma em cada quatro mulheres sintomáticas procura ajuda médica, uma vez que, de forma errónea, a IU é considerada uma consequência natural da idade, sem tratamento eficaz, constituindo, por isso, uma epidemia silenciosa (Yip et al., 2007).

A perda de urina pode ocorrer de forma transitória, geralmente associada a infecções urinárias, diabetes descompensada, uso de determinados fármacos (como os diuréticos, bloqueadores adrenérgicos, benzodiazepinas), consumo de álcool ou cafeína, distúrbios emocionais ou obstipação. Este tipo de IU melhora após o tratamento da causa subjacente. No entanto, para a larga maioria das mulheres, a IU manifesta-se como uma doença crónica, de início gradual, com agravamento progressivo.

1.1 - Tipos de incontinência urinária

Existem três tipos principais de IU – IUE, IU de imperiosidade (IUI) e IU mista (IUM) (Campbell-Walsh, 2007).

Na IUE a mulher perde urina involuntariamente quando aumenta a pressão intra-abdominal em actividades como tossir, rir, levantar objectos ou fazer esforço

físico. Há uma associação nítida entre os esforços e as perdas de urina. O problema nestes casos é que a pressão intravesical ultrapassa a pressão uretral, originando perda de urina. Para a sua fisiopatologia contribuem em graus variáveis de importância a hipermobilidade do colo vesical (secundária a um suporte anatómico pélvico fragilizado) e uma deficiência intrínseca do esfíncter urinário (Campbell-Walsh, 2007).

A IUI é uma das formas de apresentação do Síndrome de Bexiga Hiperactiva (SBH), que se caracteriza por imperiosidade (ou urgência), com ou sem incontinência urinária, geralmente associada a polaquiúria e noctúria. A imperiosidade define-se como uma vontade forte e inadiável de urinar, que pode despertar perda involuntária de urina (Abrams et al., 2003). A imperiosidade surge frequentemente associada a gestos simples do dia-a-dia, como lavar a louça ou a introdução da chave na porta ao chegar a casa, e pode ser agravada pelo consumo excessivo de café, chá ou álcool. Apesar de poder ser provocada por causas neurológicas, a maioria dos casos de SBH é idiopática. Está associada a alterações da contractilidade do músculo detrusor e a alterações da sensibilidade vesical, ainda mal esclarecidas (Campbell-Walsh, 2007).

A IUM resulta da combinação de sintomas dos dois tipos anteriores de IU e, provavelmente, representa o ponto intermédio no espectro contínuo onde figuram, nos extremos, a IUE e a IUI. Geralmente, na IUM, um tipo de sintomas é preponderante (Price et al., 2010). Nestes casos, é importante discriminar os sintomas predominantes, que mais incomodam a doente, pois são estes que determinam a estratégia terapêutica.

1.1.1 - INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO

A SIC define o sintoma de IUE como “a queixa de perda involuntária de urina com o esforço ou exercício, os espirros ou a tosse” (Abrams et al., 2003). Na caracterização da incontinência é recomendável não só especificar o tipo, mas também referir outros aspectos relevantes, como: severidade, factores precipitantes, impacto social, impacto na higiene e QdV, medidas usadas para conter as perdas de urina.

A definição de IUE descreve o sintoma percebido pelo doente ou pelo cuidador. Adicionalmente, a IUE denota um sinal ou uma condição. O sinal de IUE é a observação de perda involuntária de urina pela uretra, síncrona com o esforço, os espirros ou a tosse. A condição “IUE urodinâmica” foi definida pela SIC como a

“perda involuntária de urina quando, na ausência de contrações do detrusor, a pressão intravesical ultrapassa a pressão uretral máxima (Abrams et al., 2003).

A IU é mais prevalente no sexo feminino, sendo o género um factor de risco. Segundo diferentes estudos epidemiológicos, a prevalência de IU feminina pode variar entre 5 e 72% (Nitti et al., 2007). Um estudo prospectivo de referência, Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trondelag (EPINCONT), que envolveu 15307 doentes, relata uma prevalência global de 20.7%, e de 8.7% para as formas moderada e severa de IU (Rortveit et al., 2003). Tendo em conta a distribuição etária, a prevalência é de cerca de 20-30% nas jovens adultas, 30-40% nas mulheres de meia-idade e de 30-50% nas idosas (Hunnskaar et al., 2005). Calcula-se, no entanto, que os números relacionados com a IU não reflectam a verdadeira dimensão do problema, uma vez que muitos casos não são reportados, dado o embaraço social associado a esta condição (Price et al., 2010).

Comparando os diferentes tipos de IU, a forma mais prevalente é a IUE (12.2%), seguida da IUM (5.9%) e, por último, da IUI (1.8%) (Rortveit et al., 2003). Assim, a IUE é o tipo mais comum (49%), sendo mais frequente nas mulheres jovens e de meia-idade, enquanto a IUM (29%) atinge com maior frequência a faixa etária geriátrica (Hunnskaar et al., 2002; Nitti et al., 2007).

De acordo com o resultado de vários estudos, a IUE é o tipo de incontinência mais comum na gravidez, independentemente da raça da mulher ou do instrumento utilizado para a recolha de informação. (Adaji et al., 2010).

1.1.2 - FACTORES DE RISCO DE IUE

No que respeita à IUE, os factores de risco mais relevantes são a idade, hereditariedade, índice de massa corporal (IMC), paridade e tipo de parto (Norton et al., 2006; Nitti et al., 2007).

A prevalência da incontinência aumenta com a idade e a sua etiologia é multifactorial. O processo de envelhecimento causa diversas mudanças na fisiologia do tracto urinário, tais como a diminuição da elasticidade da bexiga, da força do detrusor, da capacidade de adiar a micção e da pressão de encerramento uretral. Por outro lado, verifica-se um aumento das contrações espontâneas do músculo detrusor (Menezes et al., 2010). Um estudo epidemiológico que envolveu 27 936 mulheres norueguesas revelou que a prevalência da IU aumenta com a idade, atingindo um pico por volta da faixa etária dos 50 anos, seguindo-se um ligeiro declínio ou estabilização até aos 70 anos, período a partir do qual a prevalência

volta a aumentar (Price et al., 2010). Em relação à menopausa, não parece haver acordo acerca da sua influência na IU. Enquanto alguns autores indicam este acontecimento como um factor preditivo (Menezes et al., 2010), outros julgam que a menopausa, por si, não implica um aumento da prevalência de IU (Thüroff, et al., 2010). Neste estado hipo-estrogénico, verifica-se que a mucosa uretral fica mais fina e a pressão de encerramento uretral diminui, devido à perda do tónus do esfíncter e a uma alteração do ângulo uretro-vesical (Price, et al., 2010). Para alguns autores, não está também ainda suficientemente provada a influência da histerectomia na IU (Thüroff et al., 2010), enquanto, para outros (Menezes et al., 2010), este é também considerado um factor de risco.

Foi descoberta uma diferença racial na prevalência de IUE, que pode ser explicada por diferenças no volume do músculo uretral detectadas em diferentes raças. Por exemplo, a população afro-caribenha, que apresenta uma prevalência baixa de IUE, revela uma grande capacidade do esfíncter uretral, demonstrada pela maior densidade das fibras do músculo estriado uretral e por uma maior capacidade de pressão de encerramento uretral, quer durante a contracção pélvica quer em descanso. As mulheres descendentes desta população apresentam também mais força no músculo elevador do ânus (Price et al., 2010).

Han (2005) e colaboradores investigaram a relação entre obesidade abdominal e IUE, concluindo que a prevalência de IUE era mais significativa em mulheres com maior perímetro de cintura. Os autores chegaram assim à conclusão de que, mais do que o IMC, um elevado perímetro de cintura pode ser um factor preditivo para a IUE. A perda de peso, conseguida através de um programa dietético de redução de peso ou por cirurgia bariátrica, melhorou os sintomas urinários de esforço, de imperiosidade e mista (Menezes et al., 2010).

A paridade é também um dos factores associados à incontinência urinária (Chaliha, 2009; Viktrup et al., 2001; Wesnes et al., 2009). Mas porque esta temática se enquadra no âmbito do mestrado de saúde materna e obstetrícia, optamos por desenvolvê-la, de forma mais exaustiva, no próximo subcapítulo. A fim de melhor compreender a relação entre a paridade e a IU, serão abordados os processos fisiológicos do pavimento pélvico na gestação e no parto.

1.2- O Pavimento Pélvico na Gestação e no Parto

Durante muitos anos a gravidez e o nascimento foram considerados os principais factores desencadeantes da IU na mulher (Menezes et al., 2010). Apesar de a etiologia exacta do seu aparecimento continuar actualmente por esclarecer, parece associar-se a mudanças hormonais e mecânicas. No início da gravidez a incidência de IU não aumenta. Este achado sugere que o aumento da concentração hormonal, ou mudanças locais tecidulares podem predispor para o aparecimento de IU numa fase tardia da gravidez. Medidas objectivas de avaliação do suporte dos órgãos pélvicos, através da utilização do sistema de quantificação de prolapso dos órgãos pélvicos demonstra que as alterações que ocorrem ao nível do suporte pélvico antecedem o momento do parto (Phillips, Monga, 2005).

As mudanças anatómicas e fisiológicas do pavimento pélvico que ocorrem durante a gravidez não estão, também, completamente esclarecidas. Em algumas mulheres, parece existir uma susceptibilidade individual, com défice de colagénio que propicia o aparecimento de IUE.

Existem três mecanismos principais de suporte dos órgãos pélvicos. Estes incluem: o componente muscular, constituída pelo músculo elevador do ânus e o esfíncter uretral, a fáscia endopélvica e suas conexões ao músculo elevador do ânus, e, por fim, o ângulo posterior da vagina (Phillips, Monga, 2005).

Vários trabalhos evidenciam uma relação entre o tipo de parto vaginal e a ocorrência de lesão mecânica e neurológica do pavimento pélvico, que se associa a desenvolvimento de IU ou fecal, ou ambas (Sooks al., 1994; Allen et al., 1990). Com efeito, existem vários mecanismos de lesão do pavimento pélvico durante o parto vaginal – lesão muscular directa, lesão neuronal (o nervo podendo é particularmente susceptível a compressão e lesão) e lesão do tecido conjuntivo de suporte, com potencial atingimento dos esfíncteres urinário e anal (Dietz, 2006; Diez et al., 2010).

Na verdade, alterações anatómicas e fisiológicas durante a gravidez são possíveis causadoras dos sintomas de IU. Entre elas, salientam-se o aumento do útero, com subsequente aumento da pressão vesical, e alterações nas funções renal, uretral e da bexiga (Adaji et al., 2010).

Existe evidência histológica e imagiológica que o trauma perineal causa ruptura da musculatura pélvica ao nascimento (Phillips, Monga, 2005). Estudos realizados com recurso a ressonância magnética demonstram que o pavimento

pélvico após o parto vaginal apresenta áreas de lesão das fibras musculares, como consequência directa do parto (Phillips, Monga, 2005). Da mesma forma, a análise histológica de biópsias do músculo elevador do ânus, em cadáveres, revela lesão das fibras musculares relacionada directamente com o parto vaginal (Phillips, Monga, 2005). A lesão neurológica do pavimento pélvico, durante o parto vaginal, e subsequente re-inervação, conduzem a uma alteração na morfologia, neurofisiologia e função do pavimento pélvico.

Estudos bioquímicos e electromiográficos foram desenvolvidos para quantificar o grau da lesão neurológica que ocorre durante o parto (Phillips, Monga, 2005). Apesar do mecanismo exacto de lesão nervosa não estar completamente clarificado, parece resultar da compressão do nervo podendo que ocorre durante o parto vaginal (Phillips, Monga, 2005). Contudo, apesar de se encontrar demonstrado que a neuropatia do pavimento pélvico ocorre numa grande maioria das mulheres imediatamente após o parto, sabe-se que uma grande percentagem recupera a função neuromuscular e apenas algumas poderão ter problemas no futuro (Adaji et al., 2010).

Os principais factores que se relacionam com lesão neuromuscular do pavimento pélvico são a paridade, a aplicação de fórceps, o período expulsivo prolongado e a macrossomia fetal (Phillips, Monga, 2005).

A gravidez por si só, também provoca alterações no tecido conjuntivo. Handa (2007) examinou as propriedades bioquímicas da fáscia endopélvica e concluiu que esta se torna mais elástica na gravidez. Aliás esta alteração também se verificou nas mulheres com IUE.

Tendo em conta o anteriormente referido, um dos objectivos dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, é, portanto, minimizar o grau de lesão perineal que ocorre durante o parto. Para isso, é importante a correcta protecção do períneo, bem como a pressão aplicada sobre a cabeça fetal.

1.3 - A Influência da Paridade e do Tipo de Parto na IUE

Estudos clínicos e epidemiológicos indicam que mulheres que tiveram partos vaginais apresentam maior risco de IUE do que as nulíparas e as que tiveram partos por cesariana (Chaliha, 2009; Wesnes et al., 2009).

Adicionalmente, o primeiro parto vaginal parece ser o que acarreta maior disfunção do pavimento pélvico (Viktrup et al., 2001). Adicionalmente, estes autores referem que se uma primípara sofrer de IUE durante a gravidez ou se mantenha até aos 3 meses de pós-parto, o risco de a incontinência persistir até aos 5 anos é de 92%.

O estudo EPINCONT, que incluiu um coorte de 15307 mulheres com menos de 65 anos de idade, estratificadas por paridade e tipo de parto (nulíparas, com 1 a 4 partos por via vaginal, com 1 a 4 partos por cesariana), mostrou que a gravidez se associa a um risco acrescido de IUE e IUM, enquanto o tipo de parto apenas influenciou a incidência de IUE.

Os resultados deste estudo sustentam um risco aumentado de IUE em mulheres com partos por via vaginal relativamente a mulheres com partos por cesariana (*odds ratio* ajustado à idade de 2.3) e, por sua vez, destas com mulheres nulíparas (*odds ratio* ajustado à idade de 1.5). Estes resultados sugerem que os eventos intra-parto poderão condicionar risco de IU, aditivo ao risco inerente à própria gravidez, e que o parto por cesariana terá mesmo um efeito protector sobre o pavimento pélvico (Rortveit et al., 2003). Outros estudos recentes, com menor impacto, não evidenciaram uma correlação significativa entre o tipo de parto e a IUE (Rortveit et al., 2003). Por sua vez, a correlação entre a paridade e a IUE parece gerar menos controvérsia, uma vez que a maioria dos trabalhos existentes na literatura apresenta resultados concordantes sobre este tópico (Herrmann et al., 2009).

Apesar de muitos estudos terem mostrado correlações entre vários factores de risco obstétricos e o desenvolvimento de IUE, não existe consenso relativamente ao impacto e contribuição relativa dos diferentes parâmetros. A influência da paridade e do tipo de parto na IUE e na determinação da gravidade dos sintomas permanece mal esclarecida. De facto, a gravidez e o tipo de parto são factores de risco para o aparecimento de IUE (Arrue et al, 2010). Uma investigação recente desenvolvida em 396 mulheres revelou, contudo, que o único factor associado à presença de IUE seis meses após o parto vaginal é a existência de IU no final da

gestação (Arrue et al., 2010). Este resultado sugere que o mecanismo responsável pela associação entre paridade e IUE parece estar relacionado com alterações que acontecem ainda durante a gravidez (Arrue et al., 2010).

Outro estudo recente com 204 mulheres nigerianas revelou que as primíparas apresentavam uma prevalência menor de IU, sendo notório que esta aumentava à medida que a paridade ia sendo maior. (Adaji et al., 2010).

Chaliha (2009) e colaboradores compararam mulheres com 3 partos vaginais com mulheres com 3 partos por cesariana, para aferir a prevalência de IU ou fecal. Os resultados demonstraram que houve sintomas de IU ou fecal em ambos os grupos. No entanto, a prevalência de IUE aumentou significativamente após múltiplos partos vaginais, sugerindo que o parto por cesariana reduz o seu risco. Foi ainda ressaltado que a diferença entre a prevalência de IU ou fecal pode ter sido pouco significativa devido à pequena dimensão da amostra.

O Term Breech Trial (TBT) reportou uma prevalência menor de IU, no período de 3 meses de pós-parto, no grupo de mulheres que tiveram partos por cesariana comparativamente com o grupo de mulheres que tiveram parto vaginal. Este último, está assim associado à IU pós-parto. No entanto, a sua etiologia difere da de IUE durante a gravidez. Os efeitos da gravidez no funcionamento do pavimento pélvico podem ser diferentes dos do parto vaginal. Está provado que a existência de IU antes do parto aumenta o risco de IU pós-parto. Do mesmo modo, a perda de urina após o parto é um factor de risco para o desenvolvimento de incontinência de longa duração (Huebner et al., 2010).

Os exercícios do pavimento pélvico podem ser considerados uma das primeiras opções no tratamento da IU feminina. O programa de treino dos músculos do pavimento pélvico é uma técnica que permite aumentar a resistência uretral através do aumento da tensão do músculo periuretral, através de sequências de contracções e relaxamentos (Liao et al., 2006). Na verdade, esta terapia, que não apresenta efeitos colaterais, provou promover uma melhoria dos sintomas. Os resultados sugerem que as mulheres que fazem exercícios do pavimento pélvico intensivos e supervisionados durante a gravidez reduzem a probabilidade da ocorrência de perdas de urina no primeiro ano de pós-parto. No caso de primíparas, os exercícios do pavimento pélvico no período pré-natal parecem reduzir a prevalência de IU no fim da gravidez (34 semanas de gravidez ou mais) e no início do pós-parto (menos de 12 semanas). Um programa de treino dos músculos do pavimento pélvico deve compreender, pelo menos, 8 contracções, levadas a cabo 3 vezes por dia. Se este treino trazer resultados positivos, o programa deve ser mantido (Price et al., 2010).

Uma meta-análise recente, que incluiu 675 mulheres, revelou que os exercícios do pavimento pélvico reduziram significativamente o desenvolvimento de IU no período entre as 6 semanas e os 3 meses de pós-parto. (Menezes et al., 2010). Ainda que os enfermeiros não sejam os únicos profissionais de saúde a prestar cuidados a mulheres durante e após a gravidez, o seu juízo clínico e as suas acções podem melhorar significativamente a saúde e a QdV das mulheres, de modo a prevenir e tratar casos de IU (Butterfield et al., 2007). Relativamente a este aspecto, iremos reflectir de seguida sobre a importância da actuação do enfermeiro, no contexto da prevenção da IU.

1.4 - A Prevenção da IU na Prática de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Estudos recentes revelam que as mulheres com IUE após o parto são relutantes na procura de ajuda, apesar de verem a sua qualidade de vida afectada por esta condição (Huebner et al., 2010). Num trabalho de investigação qualitativo desenvolvido por Mason (2001) e colaboradores, que englobou 42 mulheres com sintomas de IUE até às 8 semanas de pós-parto e 15 mulheres até aos 12 meses de pós-parto verificou-se que a maioria das mulheres não se encontrava informada sobre a possibilidade de ocorrência de IUE no pós-parto, mas desejava que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros especialistas na área de saúde materna e obstétrica, as alertassem neste sentido, assim como, pudessem proporcionar informação clara sobre os sintomas, em detrimento de serem as próprias mulheres a abordarem o assunto. Desta forma, os profissionais de saúde, que prestam cuidados à mulher durante a gravidez e pós-parto, devem estar alerta da possibilidade de existência desta condição, do tratamento disponível, e assumirem um papel pró-activo e de aproximação desta realidade.

O tratamento conservador da IUE assenta nos exercícios do pavimento pélvico, introduzidos por Kegel em 1948. A pesquisa bibliográfica desenvolvida demonstra que é difícil ensinar a realizar estes exercícios correctamente (Whitford et al., 2007). Um estudo desenvolvido por Mason (2000) e colaboradores, revela precisamente a necessidade dos profissionais de saúde organizarem a sua prática, no sentido de fornecerem instrução de elevada qualidade à mulher durante a

gravidez e pós-parto, de forma a prevenir ou aliviar os sintomas de IUE que podem ocorrer.

Outro estudo retrospectivo, desenvolvido em Birmingham, numa amostra de 40 mulheres, revela que a morbilidade do pavimento pélvico é desvalorizada pelos profissionais de saúde e pela própria sociedade, não existindo nenhum tipo de intervenção planeada para minorar os sintomas que se associam à lesão do pavimento pélvico (Marx et al., 2007).

De facto, os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica constituem o grupo profissional mais apto para fornecer informação sobre a realização de exercícios do pavimento pélvico (Whitford et al., 2007). Neste mesmo estudo, realizado no Reino Unido com 225 mulheres, reporta-se ainda o desejo referido pelas participantes em obter mais informação sobre a realização de exercícios pélvicos, de forma a evitar a IUE. Esta lacuna de informação e de ausência de intervenção por parte dos enfermeiros sugere a necessidade de melhoria dos cuidados na promoção da saúde, nomeadamente na realização de exercícios do pavimento pélvico (Whitford et al., 2007). O mesmo estudo conclui ainda que os níveis de IU referidos pelas participantes durante a gravidez confirmam os estudos já existentes e reforçam a associação entre IU e gravidez.

A intervenção de enfermagem à mulher com IU é um desafio constante. No entanto, e de acordo com estudos realizados, a falta de conhecimento dos enfermeiros pode constituir uma barreira importante na implementação de tratamentos efectivos para esta condição (Saxer et al., 2008). Desta forma, é importante avaliar o conhecimento e a prática dos enfermeiros de forma a melhorar a prestação de cuidados.

Um outro estudo desenvolvido no Reino Unido com 163 mulheres com o objectivo de estabelecer a associação entre a prática de exercícios do pavimento pélvico e o desenvolvimento de IUE entre 6 e 12 meses de pós-parto, revela que a prática diária dos exercícios referidos durante a gravidez se relaciona com uma menor taxa de IUE no pós-parto (Whitford et al., 2007). O mesmo estudo reporta ainda que 1/3 das mulheres refere sintomas de IUE após o parto vaginal. Verificou-se também, que a prática de exercícios de sustentação do pavimento pélvico aumenta durante a gravidez até ao pós-parto imediato, sofrendo depois um declínio. Estas conclusões sustentam a importância do papel dos enfermeiros especialistas que devem encorajar a prática regular e frequente dos exercícios do pavimento pélvico. Salienta-se também que os mesmos, devem questionar sobre o aparecimento de sintomas de IUE e orientar para o seu tratamento (Whitford et al., 2007).

Outra vertente que os enfermeiros especialistas devem considerar na sua prática diária consiste no trauma obstétrico, que inclui o parto vaginal e a realização da episiotomia, factores devidamente comprovados que aumentam a probabilidade de IUE no pós-parto (Menezes et al., 2010). Ora, a prática da episiotomia é da competência dos enfermeiros especialistas e a evidência científica demonstra que a sua realização não protege o períneo do trauma (Phillips, Monga, 2005).

De facto, a competência e a experiência profissional são fenómenos complexos que exigem instrução, supervisão e prática no treino da reparação da lesão do períneo. A experiência estruturada revelou-se uma conduta efectiva na melhoria sustentada das capacidades e conhecimentos dos enfermeiros especialistas em anatomia do períneo e identificação de trauma perineal (Wilson et al., 2011). O National Perineal Assessment and Repair Longitudinal Study tem como objectivo avaliar se a implementação de um programa *standard* de treino em reparação da lesão perineal é efectivo para a redução, de forma significativa, no imediato e a longo prazo, da morbilidade perineal. Quando ocorre lesão perineal cerca de 60 a 85% das mulheres necessitam de intervenção de reparação, pelo que é essencial que haja um plano devidamente estruturado de formação contínua, no sentido do desenvolvimento de capacidades por parte dos enfermeiros especialistas (Wilson et al., 2011).

Apesar da taxa de realização de episiotomia se encontrar em declínio um pouco por todo o mundo, o impacto que esta continua a ter nas diferentes dimensões da vida da mulher deve ser uma preocupação constante. Assim, o desenvolvimento de políticas de regulação da sua prática e a instrução formal e devidamente documentada desta técnica devem constar nos programas de formação (Wilson et al., 2011). De facto, num estudo realizado em 243 mulheres com parto vaginal, constatou-se que a prática da episiotomia, para além de aumentar a dor nas 1^a, 2^a e 6^a semanas de pós-parto, também aumenta a prevalência de IUE no terceiro mês de pós-parto (Chang et al., 2011). Outro estudo que incluiu uma amostra de 482 mulheres revelou que o trauma perineal, associado ou não à prática da episiotomia, se relaciona com o aparecimento de IUE (Williams et al., 2007). Estes dados sugerem que os enfermeiros especialistas devem identificar a associação entre realização de episiotomia e o aparecimento de IUE no pós-parto e referenciar todas as situações de risco que identifiquem ao longo da sua prática diária.

2- Introdução ao Conceito de Qualidade de Vida

A expressão qualidade de vida (QdV) é utilizada quotidianamente em diversos contextos, desde a esfera privada à pública. Actualmente, tornou-se um desiderato da sociedade ocidental, em termos políticos, económicos e sociais.

Diversas conceptualizações e vertentes da expressão QdV foram desenvolvidas ao longo das últimas décadas. Inicialmente este conceito aplicou-se ao nível das ciências sociais mas actualmente insere-se noutras disciplinas, inclusivé no meio artístico e na música. Mas o que se entende realmente por QdV? Como surgiu este conceito e que critérios lhe são atribuídos? Na verdade, o conceito de QdV foi identificado na filosofia grega (Cummins, 2000) e o próprio Aristóteles debruçou-se sobre ele quando analisou o conceito de felicidade (Ferrans, 1996). Cummins (2000) defendeu a existência do conceito QdV e reconheceu o papel que líderes influentes como Sartre, Maslow e Antonovsky tiveram na referência ao estado do indivíduo como ser único. Estas percepções evoluíram ao longo da história. Após a II Guerra Mundial, o crescimento económico e a melhoria no padrão de vida culminou num aumento das expectativas das populações em relação ao bem-estar físico, social e psicológico (Cummins, 2000).

A existência humana foi sempre orientada para a satisfação das suas necessidades. Ao longo dos séculos, porém, esta noção foi adquirindo diferentes contornos. O século XX deixou-nos uma herança indelével. Profundas mudanças sociais, políticas e culturais alteraram a realidade da sociedade ocidental. As condições de vida da maioria da população melhoraram extraordinariamente. Para esta mudança, muito contribuiu o avanço das ciências da saúde.

Este grande desenvolvimento provocou uma mudança de paradigma no entendimento da saúde: dada a diminuição da mortalidade e o aumento da esperança de vida, com o conseqüente aumento das doenças crónicas e os efeitos do envelhecimento da população, o foco da atenção deixou de ser predominantemente quantitativo – duração da vida humana –, para ser mais qualitativo, incidindo no combate às doenças crónicas, associadas também ao envelhecimento da população, e no aumento da qualidade de vida das pessoas.

Esta reconceptualização foi assinalada pela OMS, que, no final dos anos 40, definiu o conceito de saúde como "um estado de bem-estar físico, mental e social, total, e não apenas na ausência de saúde" (OMS, 1948).

Assumiu-se assim uma perspectiva mais holística do ser humano, em que o físico e o psicológico constituem uma síntese complexa. A doença e a saúde passaram, deste modo, a ser vistos como processos dinâmicos, em constante evolução, no complexo equilíbrio de factores biológicos, psicológicos e socioculturais. Julga-se, contudo, que apenas nos anos 60, esta ideia de bem-estar físico, mental e social ficou associada ao conceito de QdV. O termo é atribuído ao relatório norte-americano da Commission on National Goals, publicado em 1960, durante o mandato do presidente Dwight Eisenhower. Este conceito implicava a avaliação de factores como o crescimento económico, a saúde e bem-estar (Aquier, 2007).

Outros autores (Fleck, 1999; Auquier, 2007) apontam também a influência de um outro presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, que se referiu a este conceito como um indicador social, económico e político. Em seu entender, a tarefa da sociedade passava por fornecer as condições necessárias para promover a qualidade de vida das populações, de modo que cada um pudesse perseguir a sua felicidade individual.

A QdV surgiu também ligada à área da Economia, associada ao crescimento das sociedades através da evolução do respectivo produto interno bruto (PIB) ou do rendimento *per capita* (Cummins, 2000).

O conceito de QdV assumiu ainda um carácter político e foi integrado em programas de educação e em estudos da família (Fleck, 1999). Além disso, a noção de QdV é importante para as crianças, adolescentes e para os idosos (Copolla et al., 2002). Outro contexto igualmente abrangido pelo conceito de QdV diz respeito ao ambiente. Barnes (2002) argumenta que a arquitectura e o próprio ambiente físico têm efeitos sobre a QdV, em particular nas pessoas mais idosas.

Pelo que foi explicado até ao momento podemos inferir que de facto, o conceito de QdV assume uma perspectiva multidimensional, sendo influenciada por acontecimentos históricos, políticos, sociais e pela percepção de cada ser individual e único. A cultura e a influência espiritual também afectam a percepção de QdV. A dimensão subjectiva de QdV é frequentemente citada na literatura (Ager, 2002) e inclui as emoções, crenças, desejos e aspectos particulares de cada personalidade. Em contraste, os factos objectivos assumem um papel de menor relevo quando se discute o conceito de QdV (Ager, 2002).

A comunidade científica é unânime em reconhecer a necessidade de desenvolver instrumentos de mensuração objectivos na avaliação da subjectividade individual que cada pessoa tem sobre o conceito QdV.

No início década de 90, a OMS reuniu o World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL), um conjunto de especialistas de diferentes culturas, com o objectivo de avaliar a noção de QdV. Em 1993, a OMS definiu QdV como "a percepção do indivíduo da sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações" (OMS, 1993).

Esta definição permite uma reflexão sobre as dimensões da QdV a considerar. Dela decorrem duas características fundamentais do conceito de QdV – a subjectividade e a multidimensionalidade.

Segundo o WHOQOL (1995), a subjectividade refere-se à percepção pessoal de um indivíduo sobre o seu estado de saúde e sobre a sua vida. Por outro lado, é também multidimensional, uma vez que ultrapassa a esfera individual e tem uma forte ligação com as condições económicas, sociais e culturais que envolvem o sujeito. A multidimensionalidade diz assim respeito aos diferentes planos a ter em consideração – físico, espiritual, social e psicológico.

2.1- Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

Como vimos, o conceito de QdV tornou-se objecto de estudo de várias ciências. No âmbito das ciências da saúde, principalmente a partir dos anos 90, mereceu também um lugar de destaque.

A expressão qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) é definida por Auquier (1997) e colaboradores como "o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos e a organização política e económica do sistema assistencial".

A saúde é um aspecto essencial da qualidade de vida. Consequentemente o conceito QVRS desenvolveu-se no sentido de descrever aspectos da experiência subjectiva do indivíduo que se relacionam directa ou indirectamente com a saúde, doença e incapacidade (Mandzuk, McMillan, 2005).

Por oposição, a avaliação da qualidade de vida em pessoas saudáveis é quantificada através de diversos aspectos que não se relacionam com a doença. Salienta-se contudo, que mesmo nos indivíduos com doença a distinção entre

QVRS é artificial dado que o doente tem que distinguir a parte da sua vida que é influenciada pela saúde e outros aspectos da sua vida que não são afectados pela saúde num dado momento (Barber et al., 2001).

A QVRS é assim um constructo que se pode referir ao bem-estar social, emocional e físico dos doentes, em particular dos que são submetidos a algum tipo de tratamento, pelo que deve incluir uma avaliação do nível de satisfação com a terapêutica, resultados, estado de saúde e perspectivas futuras (Bowling, 1995).

Ao longo dos últimos anos, têm-se sucedido definições de QVRS. Das diferentes contribuições parece, contudo, consensual o entendimento da QVRS como um conceito subjectivo, multidimensional e dinâmico.

No fundo, é agora reconhecido que a percepção do ser humano sobre o seu estado de saúde depende em grande medida dos seus valores e crenças, do seu contexto histórico e cultural, relacionando-se com o seu grau de satisfação relativamente à sua situação física, emocional, familiar e social (Mandzuk, McMillan, 2005).

Outro factor importante é a capacidade de adaptação a novas situações, as estratégias utilizadas pelas pessoas para fazerem face à doença, ou seja, os seus mecanismos de *coping* (Fleck, 1999).

Se houver intervenções específicas para ajudar as pessoas a lidar com a doença e a adequar as suas vidas à nova experiência que estão a vivenciar, verificar-se-á uma melhoria da sua QdV. Por exemplo, a incerteza face à doença é um factor causador de *stress* e ansiedade (Bowling, 1995).

Deste modo, a enfermagem tem um papel fundamental em relação à promoção da saúde e QdV dos indivíduos e das comunidades (Copolla et al., 2002).

2.1.1- AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Actualmente assiste-se a um interesse crescente na avaliação do impacto que várias doenças e condições têm na vida diária dos indivíduos. Além disso, nos anos mais recentes, a maior acessibilidade a tratamentos comportamentais, farmacológicos e cirúrgicos possibilita uma visão global sob a perspectiva da QdV das populações, para além dos tradicionais índices redutores sobre sintomas, morbilidade e mortalidade (Barber et al., 2001).

Mas como avaliar a QVRS? Qual a metodologia a seguir? Que parâmetros devem ser estabelecidos no sentido de concretizar uma correcta avaliação? Vários estudos têm sido realizados para estabelecer uma relação entre a avaliação da QdV feita pelos próprios doentes e aquela realizada por profissionais de saúde.

Num estudo (Fisch et al., 2003), 60% das avaliações de QVRS realizadas pelas equipas médicas e de enfermagem correlacionaram-se com as auto-avaliações dos doentes.

O conceito de QVRS encontra-se actualmente enraizado na área da saúde. Este facto assume um contorno especial quando se trata de doenças crónicas, em que a cura não existe. Contudo, apesar da recente popularidade deste conceito continua por esclarecer o quadro conceptual que define de forma precisa e segura o que se entende por QVRS. Nas últimas décadas, o conceito de QVRS foi introduzido na pesquisa biomédica e de enfermagem. A crescente atenção dirigida a este tema reflecte-se na quantidade de publicações relevantes na área biomédica, psicológica e social. O *International Journal of Nursing Studies* (2006) adianta duas explicações possíveis para este facto. A primeira relaciona-se com o aumento da esperança média de vida, como resultado do desenvolvimento de terapias médicas. A segunda prende-se com a proliferação de tecnologias cirúrgicas e a disponibilidade de novos tratamentos.

Desta forma, as questões que se relacionam com a QdV são incluídas pelos profissionais de saúde e consideradas na opção de diferentes tratamentos. No que diz respeito à quantificação da QVRS nenhum consenso foi ainda estabelecido até à data (Moons, et al., 2006).

Na generalidade QVRS pode ser um conceito que descreve um conjunto de variáveis físicas e psicossociais. Assim sendo, abrange uma variedade de dimensões como a saúde física, condições de vida, percepções, comportamentos, estilos de vida e a própria ideia de felicidade (Moons, et al., 2006). A ausência de uma uniformização de definição equivale a um conceito ambíguo.

Na década de 90 diversos conceitos de avaliação da QdV foram publicados, alguns em literatura específica de enfermagem. A maioria dos conceitos eram genéricos e não se reportavam a um grupo específico de doentes, conduzindo, de facto, a um impacto limitado da sua utilização nos diversos estudos na área da saúde (Moons, et al., 2006).

A análise de diversos conceitos sugerem que a QdV deve ser definida pela satisfação com a própria vida (Ferrans, 1996). A conceptualização da QdV sob a alçada de um modelo biomédico e de enfermagem foi desenvolvida por Ferrans (1996), que agrupou diferentes conceptualizações em seis categorias: vida normal,

utilidade social do indivíduo, felicidade/afectos, satisfação com a vida, concretização de objectivos pessoais e, por fim, capacidades inerentes ao próprio indivíduo.

A diversidade de abordagens na definição de QVRS leva-nos a reflectir sobre as limitações existentes a este nível. Diversos artigos e capítulos de livros dão ênfase a questões de mensuração e de validação de propriedades psicométricas, descurando, no entanto, os aspectos conceptuais na avaliação da QdV.

Após uma revisão cuidada da literatura biomédica, psicológica e social descrevem-se de seguida alguns problemas conceptuais relacionados com a noção de QdV. Os termos QdV, estatuto de saúde e capacidade funcional são, frequentemente, utilizados para definir um mesmo contexto, ou situação (Moons et al., 2006), por parte dos investigadores que assumem que vida saudável é sinónimo de qualidade de vida. Esta presunção pode ser um desafio, na medida em que doentes com problemas significativos de saúde e de capacidade física comprometida não apresentam necessariamente baixos scores de qualidade de vida (Aquier, 2007). De facto, estudos empíricos (Moons, 2005) indicam que a QdV e o estado de saúde são dois conceitos distintos, e que por isso, não devem ser confundidos.

A utilização indiscriminada dos termos QdV, estatutos de saúde e capacidade funcional reflecte-se na mensuração destes conceitos (Moons et al., 2006). Diversos instrumentos de avaliação do estado de saúde como o Medical Outcome Study-Short Form-36 (SF-36), o Sickness Impact Profile (SIP), o Nottingham Health Profile (NHP) e ainda o King's Health Questionnaire (KHQ) foram desenvolvidos. Primariamente o seu objectivo era quantificar a percepção do estado de saúde do indivíduo, mas diversos investigadores recorrem a estes instrumentos para quantificar a QdV, ou o que se designa como QVRS (Schurch, 2007). Este conceito já foi desenvolvido no capítulo anterior.

Na verdade, sendo, como vimos, um conceito subjectivo, ninguém melhor que o próprio indivíduo para a avaliar a sua QdV. Deste modo, os questionários preenchidos pelos próprios afiguram-se como um instrumento viável para esta avaliação.

2.1.2 - INCONTINÊNCIA URINÁRIA: REPERCUSSÕES NA QUALIDADE DE VIDA

A IU feminina é uma condição relativamente comum em mulheres de meia-idade. As medidas tradicionais de mensuração dos sintomas não traduzem de forma adequada o verdadeiro impacto que a IU acarreta na vida da mulher. Além disso, a sociedade actual não reconhece a severidade da morbilidade associada a esta condição (Moons, al., 2006). Por ser considerada uma consequência natural da idade ou pelo embaraço social que pode proporcionar, apenas ¼ das mulheres sintomáticas procura ajuda médica (Price et al., 2010).

Contudo, as perturbações do pavimento pélvico interferem gravemente com a QdV das pessoas afectadas por esta doença, quer a nível psicológico, ocupacional, doméstico, físico e sexual. Por esse motivo, a SIC tem recomendado que medidas de avaliação de QdV sejam incluídas, em todos os estudos, como um complemento das medidas clínicas.

A avaliação da severidade dos sintomas da IU tem sido o principal indicador utilizado para entender as consequências nefastas que a IU acarreta para a mulher. Contudo, o impacto que representa para a QdV não pode de forma alguma, ser descurado. A perda de urina afecta a vida social com consequências profundas, que conduzem a limitações nas actividades sociais, ansiedade, vergonha e isolamento (Symonds, 2003). As mulheres afectadas por esta condição têm tendência a restringir a ingestão de fluidos, a evitar locais sem fácil acesso ao quarto de banho e a limitar o contacto social com outras pessoas (Symonds, 2003).

A IU é um problema mundial que afecta mulheres de todas as idades, de diferentes culturas e raças. Estudos epidemiológicos, desenvolvidos na Europa e na América do Norte, em mulheres, reportam uma prevalência de 10% a 40% de IU (Gasquet et al., 2006). Um estudo desenvolvido em França numa amostra seleccionada de 6675 mulheres com 5160 questionários devolvidos, revelou que a prevalência de IUE era de 19,5%, causando embaraço social e consequências negativas na QdV (Gasquet et al., 2006). As dimensões comprometidas referiam-se às actividades diárias, imagem corporal, impacto emocional, sexualidade e bem-estar. O mesmo estudo reporta que apenas as mulheres com sintomas mais severos de IU procura ajuda com o objectivo de receber tratamento.

Outra investigação conduzida por Monz (2007) e colaboradores revela que a mulher com IUE necessita de planear constantemente o seu dia, preocupando-se quando visita um local novo, organizando as suas actividades de forma a poder aceder rapidamente a um quarto de banho.

A avaliação da eficácia dos tratamentos para a IU, sobretudo as intervenções farmacológicas, baseia-se com frequência na mensuração de parâmetros clínicos, como por exemplo, o número de episódios diários de perda de urina. Apesar da importância desta medida para a monitorização da IU, também a percepção que a doente apresenta sobre o impacto da doença na sua QdV, tem sido cada vez mais reconhecida pela sociedade (Monz et al., 2007).

A mulher que experiencia perda de urina pode ver a sua QdV afectada em muitas dimensões. Este facto depende largamente da severidade da IU, mas também das principais áreas de interesse e actividade da mulher (Riss et al., 2011). Desta forma assume-se como tarefa difícil a definição de forma clara e exacta do modo como a IU afecta a QdV. Assim, diversos factores devem ser considerados, como por exemplo, a actividade profissional, que se relaciona directamente com a possibilidade da mulher aceder a cuidados pessoais de higiene durante as horas de trabalho (Riss et al., 2011).

Na sociedade industrial, a QdV é determinada também por actividades recreativas, como os desportos, as viagens e os espectáculos. Muitas mulheres com IU apontam o facto de não poderem praticar o seu desporto favorito ou de não se sentirem confortáveis numa sala de cinema (Riss et al., 2011).

Compete ao profissional de saúde, nomeadamente ao enfermeiro, elaborar uma correcta colheita de dados e uma história detalhada, de forma a estabelecer um plano de actuação de acordo com as expectativas particulares de cada mulher com IU.

Na área da IU, o uso de questionários de QdV tem sido cada vez mais encorajado pela SIC. Isto deve-se ao facto destes questionários, para além de incorporarem a visão subjectiva do doente sobre sua condição de saúde, terem um baixo custo e não serem métodos invasivos.

Avaliar a QdV destes doentes afigura-se assim fundamental quando se procura escolher tratamentos adequados, analisar uma possível nova terapia ou verificar o impacto de uma técnica. O recurso a questionários de QdV na avaliação dos doentes é assim crucial para se chegar a estas conclusões (Frick et al., 2009).

Na generalidade, as dimensões física, social e emocional devem ser quantificadas para determinar qual o impacto que a IU representa na vida da mulher. A selecção do instrumento de quantificação da QdV deve preencher determinados pré-requisitos, entre eles a consistência interna (o valor 1 representa a perfeita homogeneidade entre os diferentes itens, mas a correlação $>0,95$ indica uma consistência interna excelente) (Symonds, 2003). Outro aspecto a considerar consiste na reprodutibilidade do instrumento, indicando a estabilidade dos itens

quando não se espera nenhum tipo de mudança. Uma correlação de scores $>0,9$ é um excelente indicador. A validade convergente e divergente do instrumento de quantificação da QdV é outra dimensão importante na selecção do questionário (Symonds, 2003). No futuro, seria ideal a existência de um instrumento único que potenciasses todos os aspectos dos questionários individuais de avaliação da QdV na mulher com IU. Assim, seria possível comparar a QdV das mulheres com IU em diferentes estudos de investigação (Frick et al., 2009).

MATERIAIS E MÉTODOS

3.0- Tipo de Estudo

Com o objectivo de determinar a gravidade e impacto na QdV na IUE na mulher e sua relação com a história obstétrica, desenhou-se um estudo descritivo-correlacional. Segundo Fortin (1999), neste tipo de estudo o investigador explora e determina a existência de relações entre variáveis com o objectivo de descrever essas relações. Considera-se também um estudo de tipo exploratório, transversal. Neste estudo procedeu-se à avaliação da QdV das mulheres com diagnóstico de IUE e comparou-se com a paridade. Dado que o questionário aplicado é constituído por escalas de avaliação, que quantificam o objecto de estudo, considera-se que este estudo é metodologicamente quantitativo.

3.1- Variáveis

No presente trabalho foram definidas variáveis dependentes e independentes, imprescindíveis para alcançar os objectivos delineados para o estudo.

Variáveis dependentes: todas as dimensões do questionário de qualidade de vida seleccionado para este estudo.

Variáveis independentes: variáveis biológicas (idade, peso, índice de massa corporal e número de partos). A operacionalização das variáveis referidas encontra-se apresentada no anexo 1.

3.2- População / Amostra

A população alvo do estudo é constituída por 40 mulheres com o diagnóstico clínico de IUE típica, com idade inferior a 60 anos, seguidas na Consulta Externa de Urologia do Hospital de São João, E.P.E. Considera-se esta amostra não probabilística, dado que os elementos da população não têm uma probabilidade igual de serem escolhidos para fazerem parte da amostra (Fortin, 1999).

A proposta de participação e a inclusão das doentes no estudo tiveram como pressupostos os seguintes critérios:

- Diagnóstico clínico de IUE típica, não sujeito a qualquer tipo de tratamento;
- Idade superior a 18 anos;
- Nível de instrução que permitisse interpretar e responder às questões colocadas;
- Aceitação livre e informada de participação no estudo.

Foram excluídas da amostra todas as doentes que apresentaram um ou mais dos seguintes critérios de exclusão:

- Presença de índice de massa corporal superior a 30Kg/m²;
- Existência de outros tipos de IU;
- Alterações neurológicas ou cognitivas impeditivas do preenchimento do questionário.

3.3- Instrumento de Colheita de Dados

As participantes deste estudo foram avaliadas em consulta e submetidas a entrevista clínica (que englobou a colheita da história obstétrica – número de partos e tipo de parto), medição dos dados antropométricos (peso e IMC) e aplicação do KHQ, um questionário específico para medir a QdV em doentes com IU (anexo 2).

O questionário é composto por 21 itens, distribuídos em 9 dimensões: percepção do estado de saúde global (1 item), impacto da IU na vida do doente (1 item), limitação das actividades de vida diárias (2 itens), limitações sociais (2 itens), limitações físicas (2 itens), relações pessoais (3 itens), emoções (3 itens),

sono/energia (2 itens), gravidade IU (5 itens). Os dois primeiros itens serão analisados como uma única dimensão – saúde global. Cada item do KHQ apresenta uma escala de resposta do tipo Likert com 4 opções possíveis. A amplitude de pontuação de cada dimensão varia de 0 (melhor) a 100 (pior).

A utilização deste questionário no estudo pressupõe um pedido de autorização, que foi concedido (anexo 3). Porém, não nos foi possível encontrar qualquer publicação referente ao processo de validação cultural para o nosso país.

Contudo, com a autorização foi-nos enviado o instrumento em português, cuja referência está no site <http://www.mapi-institute.com/home>. Neste pressuposto, inferimos que esse processo tenha ocorrido, e apenas não está publicado. Neste sentido, e apesar do número reduzido de sujeitos no presente estudo, iremos proceder ao estudo de fidelidade, isto é, da sua consistência interna. Para isso recorreremos ao α de Cronbach que é o procedimento mais utilizado e referido na literatura (Fortin, 1999; Ribeiro, 1999). O seu valor é calculado “*com base na média das intercorrelações em todos os itens do teste*” (Ribeiro, 1999, p.113), sendo que não está definido de uma forma rígida o valor que indique uma fidelidade satisfatória (Almeida, Freire, 2003; Ribeiro, 1999). Porém é considerada uma boa consistência interna quando o valor de α excede um valor de 0,80 (Ribeiro, 1999).

Tendo em conta os vários domínios do instrumento encontramos os seguintes valores de α de Cronbach: limitações nas actividades diárias (0,54); limitações físicas (0,65); limitações sociais (0,67); relações pessoais (0,69); emoções (0,53); sono (0,73); gravidade da IU (0,78). Para os domínios percepção geral de saúde e impacto da IU, compostos de itens únicos, não procedemos ao cálculo da consistência interna. Porém, este método está relacionado com o número de itens da escala, sendo que a sua leitura deve ter em conta esse pressuposto. Em escalas pequenas, por exemplo com menos de 10 itens, é aceitável um α de Cronbach baixo (Almeida, Freire, 2003), pelo que o valor obtido não deve ser lido isoladamente, sendo necessário equacionar a ponderação de vários aspectos.

Foi seleccionado este questionário por ser específico; não mede apenas os sintomas urinários, mas também quantifica o impacto da IU nos domínios físico, psicológico e social.

3.4- Procedimento

Para a concretização do projecto de investigação no Hospital de São João, E.P.E., foi solicitada à Comissão de Ética da instituição a autorização para a concretização do trabalho de investigação (Anexo 4).

A colheita de dados foi efectuada na Consulta Externa de Urologia, no período compreendido entre Janeiro e Abril de 2011.

As participantes foram devidamente informadas do objectivo do estudo e foi-lhes solicitada uma aprovação formal através da assinatura do consentimento informado. Todavia, e de acordo com as normas éticas da declaração de Helsínquia, as doentes foram igualmente informadas que, caso solicitassem, teriam acesso aos resultados obtidos, em qualquer momento da realização do questionário poderiam desistir da participação do estudo, sem prejuízo na prestação dos cuidados de saúde e que ainda lhes seria garantido o anonimato das respostas (Anexo 5).

Todos os esclarecimentos necessários decorrentes da aplicação dos questionários foram colmatados pela investigadora do estudo. O respeito pela privacidade do doente, assim como o tempo necessário para o preenchimento do questionário foram assegurados.

Foram analisadas as seguintes variáveis: idade, IMC, paridade e tipo de parto. Relativamente à paridade das doentes optou-se por estratificar em 4 subgrupos: nulíparas (10 doentes), com 1 parto (10 doentes), com 2 partos (10 doentes) e com 3 ou mais partos (10 doentes).

O impacto da IUE na QdV será avaliado através da aplicação do KHQ, um questionário específico para medir a QdV em doentes com IU. A gravidade da IUE será quantificada através de uma das dimensões específicas do questionário, designada por gravidade da IU, sendo composta por 5 itens de avaliação.

Será analisada a relação entre a história obstétrica (paridade – variável independente) e a gravidade da IUE e impacto na QdV das doentes (KHQ) (variáveis dependentes).

Relativamente à paridade, os diferentes grupos serão comparados para aferir se a existência e o número de partos se correlacionam com a gravidade da IUE e o seu impacto na QdV.

3.5- Análise Estatística

A cotação de cada dimensão do questionário consiste num procedimento que contempla o recurso a métodos de transformação linear que permitem a transformação das respostas obtidas numa escala ou *score* (S) de 0 a 100 (anexo 6).

Os testes estatísticos utilizados encontram-se de acordo com os objectivos específicos delineados e as características da amostra e para isso recorreu-se à estatística descritiva.

As variáveis categóricas são descritas através de frequências absolutas e relativas, as variáveis contínuas são descritas através da média e do desvio padrão, mínimo, percentis 25 e 75, mediana e máximo.

Dada a inexistência de normalidade que foi verificada através do teste de Kolmogorov-Smirnov, recorreremos aos testes não paramétricos de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis, em função da natureza das hipóteses testadas. O teste de Mann-Whitney é a alternativa mais comum aos testes t para amostras independentes. É utilizado para determinar se a distribuição de valores de ambos os lados da mediana é igual para duas amostras independentes.

Este teste é utilizado em detrimento do teste t por a mediana produzir mais certeza estatística, ou seja, compara o centro de localização de duas amostras como forma de detectar diferenças entre as localizações. Por sua vez o teste Kruskal-Wallis, é uma alternativa ao teste ANOVA, e segue a mesma lógica do teste Mann-Whitney, sendo utilizado para dois ou mais grupos (Pereira, 2004).

Em todos os testes de hipóteses considerou-se um nível de significância de $\alpha=5\%$.

A análise foi efectuada utilizando o programa de análise estatística de dados IBM SPSS® v.19.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

3.6- Limitações do Estudo

Ao longo da planificação e concretização deste estudo foram identificadas algumas limitações, consideradas aquando da avaliação e interpretação dos resultados obtidos.

Assim, a primeira e mais importante consiste no facto de se estar perante um estudo cuja amostra é de pequena dimensão, o que não permitiu recorrer a testes paramétricos, que como diz a bibliografia são testes mais robustos (Pereira, 2004; Ribeiro, 1999). Por sua vez, os testes não paramétricos não pressupõem os mesmos requisitos, nomeadamente uma distribuição normal, mas, podem não encontrar tantas diferenças entre os dados, quando realmente elas existem. Tudo isto configura um impedimento à generalização de ilações ou conclusões. Outra limitação resulta de não se poder assegurar categoricamente que o questionário foi aplicado num momento em que a doente se encontrava sozinha. Por vezes, a presença de familiares ou cuidadores directos pode influenciar as respostas das participantes no estudo.

RESULTADOS

Da aplicação do instrumento de colheita de dados emergiu um conjunto de resultados que, após análise estatística, foram apresentados sob a forma de tabelas e gráficos. Esta apresentação visa uma melhor compreensão e descrição da amostra em estudo.

4.1. Caracterização da Amostra

A amostra do presente estudo é constituída por 40 mulheres com o diagnóstico clínico de IUE, seguidas na Consulta Externa de Urologia do HSJ, E.P.E. Ao longo do estudo não foi registada qualquer desistência das participantes, que responderam na íntegra ao instrumento de recolha de dados proposto.

Procedemos à caracterização etária e antropométrica dos elementos da amostra, que apresentamos na tabela 1.

Relativamente à idade das participantes no estudo, a média das idades encontrada foi de 47 ± 8 , tendo a mulher mais velha 62 anos e a mais jovem 22 anos de idade.

Quanto ao peso da amostra, a média foi de 67 ± 8 Kg, sendo o valor máximo 80 Kg e o mínimo 51 Kg.

No que concerne à altura das participantes incluídas no estudo, a média encontrada foi de 158 ± 6 cm, com valor máximo de 170 cm e mínimo de 145 cm.

Em relação ao IMC da amostra o valor da média é de $26,8 \pm 2,6$ sendo valor máximo de 30 Kg/m^2 e o mínimo $22,3 \text{ Kg/m}^2$.

Tabela 1 - Caracterização etária e antropométrica da amostra

	Média	Dp	Min	P25	Mediana	P75	Max
Idade	47	8	32	41	48	55	62
Peso (kg)	67	8	51	62	66	73	80
Altura (cm)	158	6	145	154	158	163	170
IMC	26,8	2,6	22,3	24,8	26,4	29,4	30,0

Dp- desvio padrão; Min- mínimo; P25- Percentil 25; P75 – Percentil 75; Max- Máximo

Por sua vez, e no que se reporta a paridade (tabela 2), constatamos que 10 mulheres (25%) são nulíparas, e 30 (75%) tiveram um ou mais partos vaginais. Neste último grupo 10 (33%) das participantes tiveram um parto vaginal único, 10 mulheres (33%) tiveram dois partos vaginais, 7 mulheres (23%) tiveram três partos vaginais e por último, 3 mulheres (11%) que compõem a amostra tiveram 4 partos vaginais.

Tabela 2 - Número de partos vaginais

	n	(%)
Partos Vaginais		
Não	10	(25)
Sim	30	(75)
1	10	(33)
2	10	(33)
3	7	(23)
4	3	(11)

4.1. Descrição das Dimensões do Questionário

A Tabela 3 pretende sintetizar os resultados obtidos nas diferentes dimensões do KHQ.

Os dados presentes indicam uma mediana de *scores* mais elevados nas dimensões relativas ao: impacto da IU ($66,66 \pm 24,11$), gravidade de IU ($60,00 \pm 15,36$) e emoções ($55,55 \pm 11,53$).

Relativamente à avaliação da escala sobre o impacto da IU, constata-se a maior amplitude de respostas, sendo os *scores* máximos e mínimos encontrados respectivamente de 100 e 33,33.

É ainda de salientar que o S mediano encontrado é de 50,00 para as seguintes dimensões do questionário: percepção geral de saúde, limitações nas actividades diárias, limitações físicas, relações pessoais, sono/energia.

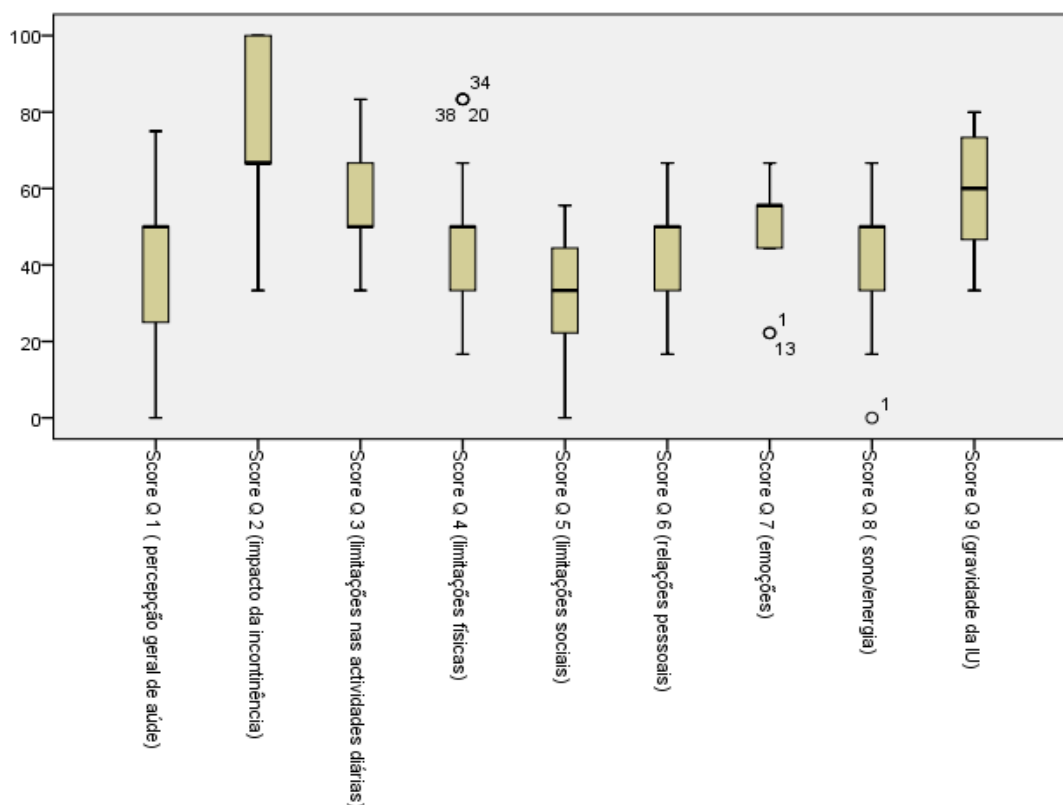
No que concerne à avaliação das limitações sociais é possível constatar que esta dimensão do instrumento de colheita de dados apresenta o S mediano mais baixo (33,00±15), sendo o valor máximo de 56,00 e mínimo de 0.

Tabela 3- Descrição das dimensões do questionário

	Média	Dp	Min	P25	Mediana	P75	Max
Percepção geral de saúde	43	23	0	25	50	50	75
Impacto da incontinência	73,33	24,11	33,33	66,66	66,66	100,00	100,00
Limitações nas actividades diárias	55,41	16,18	33,33	50,00	50,00	66,66	83,33
Limitações físicas	47,08	20,63	16,66	33,33	50,00	50,00	83,33
Limitações sociais	30	15	0	22	33	44	56
Relações pessoais	38,72	14,64	16,66	33,33	50,00	50,00	66,66
Emoções	49,72	11,53	22,22	44,44	55,55	55,55	66,66
Sono/energia	45	17	0	33	50	50	67
Gravidade da IU	59,83	15,36	33,33	46,66	60,00	73,33	80,00

Dp- desvio padrão; Min- mínimo; P25- Percentil 25; P75 – Percentil 75; Max- Máximo

Figura 1 - Box-plot para as dimensões do KHQ



4.2. Associação entre Ter ou Não Ter Partos Vaginais e o KHQ

No sentido de identificarmos possíveis diferenças entre a paridade e a QdV recorreremos ao teste de Mann-Whitney. O estudo comparativo entre o grupo de nulíparas e as mulheres com partos vaginais, descrito na tabela 4 mostrou que existem diferenças estatisticamente significativas nas seguintes escalas de avaliação: percepção geral de saúde ($p=0,005$), impacto da IU ($p=0,004$), limitações nas actividades diárias ($p=0,020$), limitações físicas ($p=0,001$), limitações sociais ($p=0,021$), emoções ($p=0,014$), sono/energia ($p=0,046$), e gravidade da incontinência urinária ($p=0,008$). É de salientar que das nove dimensões do questionário, apenas não se encontraram diferenças estatisticamente significativas para a escala de avaliação das relações pessoais ($p=0,792$).

Tabela 4 – Associação entre ter ou não ter partos vaginais e o KHQ

	Partos Vaginais		p*
	Não	Sim	
Percepção geral de saúde			
Média	25	49	0,005
Dp	20	20	
Min	0	0	
P25	0	25	
Mediana	25	50	
P75	50	75	
Max	50	75	
Impacto da incontinência			
Média	53,33	80,00	0,004
Dp	23,31	20,72	
Min	33,33	33,33	
P25	33,33	66,66	
Mediana	50,00	66,66	
P75	66,66	100,00	
Max	100,00	100,00	

	Partos Vaginais		p*
	Não	Sim	
Limitações nas actividades diárias			
Média	45,00	58,89	
Dp	13,72	15,62	
Min	33,33	33,33	
P25	33,33	50,00	0,020
Mediana	41,67	58,33	
P75	50,00	66,66	
Max	66,66	83,33	
Limitações físicas			
Média	28,33	53,33	
Dp	13,72	18,77	
Min	16,66	16,66	
P25	16,66	50,00	0,001
Mediana	24,99	50,00	
P75	33,33	66,66	
Max	50,00	83,33	
Limitações sociais			
Média	22	32	
Dp	13	14	
Min	0	0	
P25	17	22	0,021
Mediana	22	33	
P75	33	44	
Max	33	56	
Relações pessoais			
Média	39,58	38,46	
Dp	12,40	15,47	
Min	33,33	16,66	
P25	33,33	16,66	0,792
Mediana	33,33	50,00	
P75	41,67	50,00	
Max	66,66	50,00	
Emoções			
Média	41,11	52,59	
Dp	13,91	9,20	
Min	22,22	22,22	
P25	22,22	44,44	0,014
Mediana	44,44	55,55	
P75	55,55	55,55	
Max	55,55	66,66	

	Partos Vaginais		p*
	Não	Sim	
Sono/energia			
Média	33	49	0,046
Dp	24	13	
Min	0	22	
P25	17	33	
Mediana	33	50	
P75	50	50	
Max	67	67	
Gravidade da IU			
Média	49,33	63,33	0,008
Dp	10,04	15,34	
Min	33,33	33,33	
P25	46,66	53,33	
Mediana	50,00	70,00	
P75	60,00	73,33	
Max	60,00	80,00	

*Teste de Mann Whitney

4.3 Associação entre os Quatro Subgrupos da Amostra e as Dimensões do KHQ

Para aferir se as diferenças entre os subgrupos da amostra eram estatisticamente significativas ou apenas variações casuais, recorreremos ao teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Assim, quanto à situação de paridade, o primeiro grupo é composto por 10 nulíparas, o segundo por 10 mulheres com um parto vaginal, o terceiro por 10 mulheres com dois partos vaginais, e, finalmente, o quarto e último grupo é constituído por 10 mulheres com 3 ou mais partos vaginais.

A interpretação dos resultados revela que existem diferenças estatisticamente significativas nas seguintes escalas de avaliação do questionário: percepção geral de saúde ($p=0,014$); impacto da IU ($p=0,019$); limitações físicas ($p<0,001$); limitações sociais ($p=0,003$) e emoções ($p=0,010$). A actividade diária dos diferentes grupos de doentes com IUE não parece estar comprometida neste estudo ($p=0,092$), sendo o maior valor do S de mediana o que representa o grupo das mulheres com 2 partos vaginais ($66,66\pm 19,64$).

No que respeita à dimensão das relações pessoais, constatou-se que estas também não são afectadas ($p=0,723$) nesta amostra, sendo o maior valor do S de mediana representativo dos grupos de mulheres com 1 e 3 partos vaginais (50,00).

Relativamente às dimensões sono/energia e gravidade da IU não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 5 - Associação entre os quatro subgrupos da amostra e as dimensões do KHQ

	Partos Vaginais				p*
	0	1	2	3	
Percepção geral de saúde					
Média	25	48	43	58	0,014
Dp	20	22	21	17	
Min	0	0	25	25	
P25	0	50	25	50	
Mediana	25	50	38	50	
P75	50	50	50	75	
Max	50	75	75	75	
Impacto da incontinência					
Média	53,33	73,33	80,00	86,66	0,019
Dp	23,31	26,30	17,22	17,22	
Min	33,33	33,33	66,66	66,66	
P25	33,33	66,66	66,66	66,66	
Mediana	50,00	66,66	66,66	100,00	
P75	66,66	100,00	100,00	100,00	
Max	100,00	100,00	100,00	100,00	
Limitações nas actividades diárias					
Média	45,00	55,00	58,33	63,33	0,092
Dp	13,72	11,25	19,64	15,31	
Min	33,33	33,33	33,33	50,00	
P25	33,33	50,00	33,33	50,00	
Mediana	41,67	50,00	66,66	58,33	
P75	50,00	66,66	66,66	83,33	
Max	66,66	66,66	83,33	83,33	
Limitações físicas					
Média	28,33	40,00	53,33	66,66	<0,001
Dp	13,72	21,08	10,54	13,61	
Min	16,66	16,66	50,00	50,00	
P25	16,66	16,66	50,00	50,00	
Mediana	24,99	41,67	50,00	66,66	
P75	33,33	50,00	50,00	83,33	
Max	50,00	83,33	83,33	83,33	

	Partos Vaginais				p*
	0	1	2	3	
Limitações sociais					
Média	22	22	34	40	0,003
Dp	13	16	13	8	
Min	0	0	11	22	
P25	17	0	22	33	
Mediana	22	33	33	44	
P75	33	33	44	44	
Max	33	33	56	44	
Relações pessoais					
Média	39,58	37,03	35,41	42,59	0,723
Dp	12,40	16,20	16,52	14,70	
Min	33,33	16,66	16,66	16,66	
P25	33,33	16,66	16,66	50,00	
Mediana	33,33	50,00	41,67	50,00	
P75	41,67	50,00	50,00	50,00	
Max	66,66	50,00	50,00	50,00	
Emoções					
Média	41,11	46,66	54,44	56,66	0,010
Dp	13,91	10,21	6,31	8,20	
Min	22,22	22,22	44,44	44,44	
P25	22,22	44,44	55,55	55,55	
Mediana	44,44	44,44	55,55	55,55	
P75	55,55	55,55	55,55	66,66	
Max	55,55	55,55	66,66	66,66	
Sono/energia					
Média	33	42	55	48	0,057
Dp	24	11	14	12	
Min	0	22	33	33	
P25	17	33	50	33	
Mediana	33	50	58	50	
P75	50	50	67	50	
Max	67	50	67	67	
Gravidade da IU					
Média	49,33	61,33	62,00	66,66	0,050
Dp	10,04	16,27	16,35	14,40	
Min	33,33	40,00	33,33	33,33	
P25	46,66	46,66	60,00	60,00	
Mediana	50,00	63,33	66,66	73,33	
P75	60,00	73,33	73,33	73,33	
Max	60,00	80,00	80,00	80,00	

*- Teste de Kruskal Wallis

4.4 Associação entre os Três Subgrupos da Amostra com Partos Vaginais e as Dimensões do KHQ

A interpretação da tabela 6 tem como objectivo comparar os três subgrupos de mulheres com partos vaginais com IUE e as várias dimensões do questionário. Deste modo, o primeiro subgrupo é composto por 10 mulheres com 1 parto vaginal, o segundo é constituído por 10 mulheres com dois partos vaginais e o terceiro e último subgrupo por 10 mulheres com 3 ou mais partos vaginais.

O estudo comparativo entre os subgrupos descritos acima sugere a presença de diferenças estatisticamente significativas apenas em três escalas de avaliação do questionário: limitações físicas ($p=0,003$); limitações sociais ($p=0,014$) e emoções ($p=0,045$).

É notório que nas restantes dimensões do questionário não existem diferenças estatisticamente significativas quando comparados os três subgrupos de mulheres. Assim, a percepção geral de saúde, o impacto da IU, as limitações nas actividades diárias, as relações pessoais, o sono/energia e ainda a gravidade da IU não se encontram comprometidos quando comparados os 3 subgrupos da amostra em estudo.

Salienta-se que o valor S de mediana é máximo (100,0) no subgrupo representativo de mulheres com 3 ou mais partos vaginais em relação ao domínio impacto da IU.

Tabela 6 - Associação entre os três subgrupos da amostra com partos vaginais e as dimensões do KHQ

	Partos Vaginais			p*
	1	2	3	
Percepção geral de saúde				
Média	48	43	58	
Dp	22	21	17	
Min	0	25	25	
P25	50	25	50	0,216
Mediana	50	38	50	
P75	50	50	75	
Max	75	75	75	

	Partos Vaginais			p*
	1	2	3	
Impacto da incontinência				
Média	73,33	80,00	86,66	0,448
Dp	26,30	17,22	17,22	
Min	33,33	66,66	66,66	
P25	66,66	66,66	66,66	
Mediana	66,66	66,66	100,00	
P75	100,00	100,00	100,00	
Max	100,00	100,00	100,00	
Limitações nas actividades diárias				
Média	55,00	58,33	63,33	0,558
Dp	11,25	19,64	15,31	
Min	33,33	33,33	50,00	
P25	50,00	33,33	50,00	
Mediana	50,00	66,66	58,33	
P75	66,66	66,66	83,33	
Max	66,66	83,33	83,33	
Limitações físicas				
Média	40,00	53,33	66,66	0,003
Dp	21,08	10,54	13,61	
Min	16,66	50,00	50,00	
P25	16,66	50,00	50,00	
Mediana	41,67	50,00	66,66	
P75	50,00	50,00	83,33	
Max	83,33	83,33	83,33	
Limitações sociais				
Média	22	34	40	0,014
Dp	16	13	8	
Min	0	11	22	
P25	0	22	33	
Mediana	33	33	44	
P75	33	44	44	
Max	33	56	44	
Relações pessoais				
Média	37,03	35,41	42,59	0,553
Dp	16,20	16,52	14,70	
Min	16,66	16,66	16,66	
P25	16,66	16,66	50,00	
Mediana	50,00	41,67	50,00	
P75	50,00	50,00	50,00	
Max	50,00	50,00	50,00	

	Partos Vaginais			p*
	1	2	3	
Emoções				
Média	46,66	54,44	56,66	0,045
Dp	10,21	6,31	8,20	
Min	22,22	44,44	44,44	
P25	44,44	55,55	55,55	
Mediana	44,44	55,55	55,55	
P75	55,55	55,55	66,66	
Max	55,55	66,66	66,66	
Sono/energia				
Média	42	55	48	0,098
Dp	11	14	12	
Min	22	33	33	
P25	33	50	33	
Mediana	50	58	50	
P75	50	67	50	
Max	50	67	67	
Gravidade da IU				
Média	61,33	62,00	66,66	0,714
Dp	16,27	16,35	14,40	
Min	40,00	33,33	33,33	
P25	46,66	60,00	60,00	
Mediana	63,33	66,66	73,33	
P75	73,33	73,33	73,33	
Max	80,00	80,00	80,00	

*- Teste de Kruskal Wallis

DISCUSSÃO

Este capítulo tem como finalidade interpretar, analisar e discutir os resultados obtidos na investigação, evidenciando a sua contribuição para o conhecimento. Na discussão dos dados enfatizam-se novos aspectos observados, analisando concordâncias e divergências com outros trabalhos já publicados.

A amostra deste estudo é constituída por 40 doentes com o diagnóstico de IUE, que, segundo diversos estudos epidemiológicos, representa um dos tipos de IU mais prevalente (Ahmed et al., 2011).

O quadro etário desta amostra retrata a realidade das doentes com IUE, ou seja, mulheres com idade superior a 40 anos. A IU constitui um problema de saúde importante na meia-idade. Aproximadamente 20% das mulheres com idade superior a 40 anos vive com um impacto negativo significativo na sua vida social e qualidade de vida (Menezes et al., 2010). Estudos epidemiológicos conduzidos em diversas populações revelam que, de facto, a idade é um factor de risco para o aparecimento de IUE (Menezes et al., 2010).

Relativamente à caracterização antropométrica da amostra deste estudo, constatou-se que o peso médio (67 Kg) e o IMC médio (26,8 Kg/m²) não se associaram ao aparecimento de IUE. De acordo com a OMS, a obesidade define-se pela presença de um IMC superior a 30 Kg/m² e a sua associação com a IUE está bem documentada (Menezes et al., 2010). De facto, a obesidade e a presença de um IMC superior a 30 são considerados factores de risco para o aparecimento de IUE (Ahmed et al., 2011). Aliás, a perda de peso, através do recurso a um programa dietético, associa-se a uma clara melhoria dos sintomas de IUE (Menezes et al., 2010; Leslee et al., 2009). Relativamente à amostra deste estudo, o IMC não pode ser considerado um factor determinante no aparecimento de IUE.

No que respeita à paridade, a amostra caracteriza-se por apresentar 25% de mulheres nulíparas e 75% com um ou mais partos vaginais. Diversos estudos comprovam que a paridade é um factor de risco universal no desenvolvimento de

IUE (Arrue et al., 2010). De facto, a IU na mulher é o distúrbio do pavimento pélvico mais comum associado ao parto (Huebner et al., 2010). Nesta amostra apesar da sua dimensão reduzida, constata-se um valor percentual mais elevado de mulheres com história obstétrica.

A IU é uma condição que pode ser avaliada através de instrumentos de quantificação que medem a quantidade e a frequência de urina perdida diariamente. Contudo, esta observação reflecte apenas o grau de perda de urina, mas não quantifica a sua implicação na QdV da mulher. Desta forma, diversos peritos chegaram a um consenso no sentido de incluir as dimensões física, social e emocional nos instrumentos de avaliação da QdV, assim como a percepção geral do doente e o grau de satisfação com a sua QdV (Corcos et al., 2002).

Os resultados obtidos nas diferentes dimensões do KHQ atestam uma mediana de *scores* mais elevados nas dimensões relativas ao impacto da IU (66,66), gravidade de IU (60,00) e emoções (55,55). Estes dados são significativos, e de acordo com diversos estudos a informação que o instrumento de colheita de dados proporciona relativamente ao impacto psico-social da doença é relevante e determinante para o tratamento da mesma (Corcos et al., 2002). Aliás estes resultados corroboram a literatura, que reporta uma diminuição significativa da QdV das doentes com IUE. De facto, um estudo de coorte de 2109 mulheres de diferentes etnias e idades revelou que a perda de urina se traduz num elevado impacto na QdV, com repercussões severas nos domínios do lazer (nomeadamente viagens), social e emocional (Frick et al., 2009).

Neste estudo é ainda de referir que o *S* mediano encontrado é de 50,00 para as seguintes dimensões do questionário: percepção geral de saúde, limitações nas actividades diárias, limitações físicas, relações pessoais, sono/energia. Ora, este valor apesar de ser um valor médio (o *score* varia de 0 a 100) assume uma proporção significativa, dado que foi encontrado para cinco das nove dimensões do questionário e corrobora a importância da utilização de instrumentos de quantificação da QdV, como o KHQ, que assumem um papel importante sobretudo em situações benignas, como a IU (Corcos et al., 2002).

No que diz respeito à associação entre ter ou não partos vaginais, a monitorização da QdV através do KHQ, permitiu constatar que, neste estudo, a presença de partos vaginais parece estar associada a maiores alterações na QdV da mulher com IUE. De facto, a análise comparativa demonstra que as mulheres com partos vaginais parecem ter uma QdV mais comprometida em comparação com as mulheres nulíparas com IUE, para as seguintes dimensões do questionário: percepção geral de saúde, impacto da IU, limitações nas actividades diárias,

limitações físicas, limitações sociais, emoções, sono/energia e gravidade da IUE. Ou seja, encontraram-se diferenças significativas para oito das nove dimensões do questionário. Diversos estudos retrospectivos e prospectivos corroboram efectivamente estes resultados, e identificam a paridade como factor de risco para o desenvolvimento da IUE (Viktrup et al., 2008). Na realidade, a lesão do pavimento pélvico relaciona-se com a associação existente entre a paridade e a IUE, apesar de causa permanecer pouco esclarecida (Arrue et al., 2010).

Relativamente à análise comparativa entre os quatro subgrupos de mulheres com IUE e os diferentes domínios do instrumento de colheita de dados, verificou-se que as mulheres com mais partos vaginais foram as que apresentaram maior comprometimento da QdV nas seguintes dimensões do questionário: percepção geral de saúde, impacto da IU, limitações físicas, limitações sociais e emoções. De facto, a paridade é considerada um factor de risco importante para o aparecimento da IUE, assim como para a sua gravidade (Menezes et al., 2010).

Os resultados obtidos vão também de encontro à literatura existente nesta área, que salienta que a IUE conduz a um impacto significativo na QdV da mulher, independentemente da idade ou do seu estado de saúde (Frick et al., 2009). Por outro lado, a actividade diária, o relacionamento pessoal, o sono/energia e a gravidade da IU não se encontram comprometidos quando se compararam os diferentes subgrupos. Estes factos são interessantes, apesar da literatura reportar que a IUE afecta de forma adversa todos os aspectos que se relacionam com a QdV das populações (Ragins et al., 2008). Provavelmente estes resultados podem estar relacionados com tamanho dos subgrupos da amostra. Na realidade, as dimensões física, social, intelectual, sexual e psicológica são atingidas de forma diferente, dependendo do tipo de doente, da sua idade, do ambiente cultural e da ocupação profissional. Assim sendo, constitui uma missão difícil para o doente ser capaz de sumarizar todos os efeitos adversos que a IUE representa na sua QdV num único *score* (Frick et al., 2009).

Quando procedemos à análise comparativa entre os três subgrupos de mulheres com partos vaginais, com IUE e as várias dimensões do questionário é notório que não se verificaram alterações na QdV na maioria das escalas de avaliação. Este achado é sustentado pela literatura, que reconhece que a paridade, por si só, é um factor de risco para o aparecimento de IUE, independentemente do número de partos (Botlero et al., 2009). Este dado enfatiza o facto de não se encontrarem diferenças comparativas importantes na QdV das mulheres com um, dois e três ou mais partos vaginais, para as seguintes dimensões do questionário:

percepção geral de saúde, impacto da IU, limitações nas actividades diárias, relações pessoais, sono/energia e ainda gravidade da IU.

Contudo, para as restantes dimensões do questionário, ou seja limitações físicas, limitações sociais e emoções constatou-se que o grupo de mulheres com maior número de partos vaginais apresentou maior comprometimento da QdV. Também a gravidade da IU é mais severa neste subgrupo. De facto, vários estudos referem que a mulher com 3 ou mais partos vaginais apresenta um risco acrescido no desenvolvimento de sintomas de IUE mais severos (Ahmed et al., 2011).

Em suma, os resultados obtidos enfatizam a necessidade de aprofundar o conhecimento nesta área, para a prática de enfermagem de saúde materna e obstétrica, no sentido de aplicar medidas preventivas que visam a minimização de riscos associados ao aparecimento da IUE.

CONCLUSÃO

A avaliação da QdV na mulher com IUE é um processo complexo dada a subjectividade e multidimensionalidade que encerra. Neste estudo, foi utilizado o KHQ, um instrumento que permitiu avaliar a QdV da mulher com IUE nos domínios físico, psicológico e social.

Neste trabalho foi analisada a relação entre a história obstétrica (paridade) e a IUE e sua gravidade numa amostra de 40 doentes com idade inferior a 60 anos. Foi também avaliado o impacto da IUE na QdV dessas doentes.

Da aplicação do KHQ e análise dos dados concluiu-se que a QdV das mulheres com IUE desta amostra, estava afectada em todas as dimensões do questionário, excepto na escala de avaliação das relações pessoais.

O estudo comparativo entre nulíparas e mulheres com partos vaginais, independentemente do número, revelou que a paridade se associa a maior comprometimento da QdV na mulher com IUE.

O estudo comparativo entre nulíparas e mulheres com 1, 2 e 3 ou mais partos vaginais mostrou que as mulheres com mais partos vaginais apresentaram maior afecção da QdV.

No estudo comparativo entre mulheres com 1, 2 e 3 ou mais partos vaginais não se verificaram alterações da QdV na maioria das escalas de avaliação. Contudo, na dimensão do questionário que avalia a gravidade da IU, o subgrupo de mulheres com partos vaginais apresentou um *score* médio mais elevado

É da maior importância o desenvolvimento de outros estudos com amostras mais alargadas para uma melhor compreensão dos resultados aqui obtidos, que devem merecer reflexão.

Tendo em conta a associação existente, entre os diversos parâmetros da história obstétrica e a IUE, salienta-se a importância da actuação do enfermeiro

especialista em saúde materna e obstétrica, no sentido de implementar estratégias que visem a prevenção e o tratamento da IUE. Desta forma, ao nível da prevenção primária, a intervenção é dirigida para medidas de educação para a saúde, nomeadamente para o ensino/supervisão dos exercícios do pavimento pélvico (durante a gravidez e pós-parto) e ainda programas de controlo de peso. Ao nível secundário, é crucial a prevenção do trauma perineal, associado ou não à prática de episiotomia, durante o parto. Quanto ao tratamento, o enfermeiro deverá integrar uma equipa multidisciplinar na área de reabilitação do pavimento pélvico.

A IUE afecta a QdV da mulher nas dimensões física, psíquica, social e emocional. Os factores de risco obstétricos de IUE e a avaliação da QdV das mulheres afectadas por esta condição, devem estar contemplados na prática diária dos enfermeiros especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMS, P. [et al.] – The standardization of terminology in lower urinary tract function: Report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. *Urology*. Vol. 61, (2003), p. 37-49.
- ADAJI, S. [et al.] – Suffering in silence: pregnant woman's experience of urinary incontinence in Zaria, Nigeria. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. Vol. 150, (Fever. 2010), p. 19-23.
- AGER, A. – quality of life assessment in critical context. *Journal of Applied Research in intellectual disabilities*. Vol. 15, (2002), p. 369-376.
- ALLEN, R.E. [et al.] – Pelvic floor damage and childbirth: a neurophysiological study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Vol. 97, (1990), p. 770-79.
- ALMEIDA, L. S.; FREIRE, T. – *Metodologia de investigação em psicologia e educação*. 3ª ed. Braga: Psiquilibrios, 2003.
- ARRUE, M. [et al.] – Stress urinary incontinence six months after first vaginal delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. Vol. 150, (Fever. 2010), p. 210-214.
- AUQUIER, P. [et al.] – Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. *Revue Prevenir*. Vol. 33, (2007), p. 77-86.
- BARBER, M. [et al.] – Psychometric evaluation of 2 comprehensive condition-specific quality of life instruments for women with pelvic floor disorders. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Vol. 185, nº 6 (Jul. 2001), p.1389-1395.
- BARNES, S. – The design of caring environments and the quality of life of older people. *Ageing and society*. Vol. 22, (2002), p. 775-789.

- BOTLERO, R. [et al.] – Age-specific prevalence of, and factors associated with, different types of urinary incontinence in community-dwelling Australian women assessed with a validated questionnaire. *Maturitas*. Vol. 62, (2009), p. 134-139.
- BOWLING, A. – Measuring Disease. *Buckingham*. Open University Press. (1995).
- BURGIO, K. [et al.] – Urinary incontinence in the 12-month postpartum period. *American College of Obstetricians and Gynecologists*. Vol. 102, n°6, (Dez. 2003), p. 1291-98.
- BUTTERFIELD, Y. [et al.] – Peripartum urinary incontinence: A study of midwives' Knowledge and practices. *Australian College of Midwives*. Vol. 20, (Abr. 2007), p. 65-69.
- CALMAN, K. C. – Quality of life in cancer patients an hypothesis. *Journal of Medical Ethics*. Vol. 10, (1984), p. 124-127.
- CAMPBELL-WALSH – *Urology*. 9th ed. Vol. 1. Philadelphia: Saunders, Elsevier, 2007.
- CHALIHA, C. – Postpartum pelvic floor trauma. *Current Opinion of Obstetrics and Gynecology*. Vol. 21, (2009), p. 474-479.
- CHANG, S. [et al.] – Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: A prospective follow-up study. *International Journal of Nursing Studies*. Vol. 48, (2011), p. 409-418.
- CHOU, P.L. [et al.] – Factors Associated with Urinary Stress Incontinence in Primiparas. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. Vol. 44, n°1, (Mar. 2005), p. 42-47.
- COPOLLA, L. [et al.] – Urinary incontinence in the erderly: relation to cognitive and motor function. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. Vol. 35, (2002), p. 27-34.
- CORCOS, J. [et al.] – Quality of life assessment in men and woman with urinary incontinence. *The Journal of Urology*. Vol. 168, (Set. 2002), p. 896-905.
- CUMMINS, R. A. – Objective and Subjective Quality of Life: An interactive model. *Social Indicators Research*. Vol. 43, (2000), p. 307-334.
- DIETZ, H. P. – Pelvic floor trauma following vaginal delivery. *Current Opinion of Obstetrics and Gynecology*. Vol. 18, (2006), p. 528-537.

- DIEZ, I. [et al.] – Factors involved in stress urinary incontinence 1 year after first delivery. *International Urogynecology Journal*. Vol. 21, (2010), p. 439-445.
- DOLAN, L.; HILTON, P. – Obstetric risk factors and pelvic floor dysfunction 20 years after first delivery. *International Urogynecology Journal*. Vol. 21, (2010), p. 535-544.
- DUMOULIN, C. [et al.] – Predictors of success for physiotherapy treatment in women with persistent postpartum stress urinary incontinence. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. Vol. 91, (Jul. 2010), p. 1059-63.
- FATTAH, M.A. [et al.] – A simple visual analogue scale to assess the quality of life in woman with urinary incontinence. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. Vol. 133, (2007), p. 86-89.
- FERRANS, C. – Development of a conceptual model of quality of life. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*. Vol. 10, nº3 (1996), P. 293-304.
- FISCH, M.J. [et al.] – Assessment of quality of life in outpatients with advanced cancer: the accuracy of clinician estimations and the relevance of spiritual well-being. *Journal of Clinical Oncology*. Vol. 21, nº14, (Jul. 2003), p. 2754-2759.
- FLECK, M. P. [et al.] – Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*. Vol. 33, nº2, (1999) p. 198-205.
- FLECK, M. P. [et al.] – Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 21, nº1, (1999), p. 19-28.
- FORTIN, M. – *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 1999.
- FRICK, A. C. [et al.] – Mixed Urinary Incontinence: Greater Impact On Quality of Life. *The Journal of Urology*. Vol. 182, (Ago. 2009), p. 596-600.
- GASQUET, I. [et al.] – Influence of the Severity of Stress Urinary Incontinence on Quality of Life, Health Care Seeking, and Treatment: A National Cross-Sectional Survey. *European urology*. Vol. 50, (Mai. 2006), p. 818-825.
- HAN, M.O. [et al.] – Abdominal obesity is associated with stress urinary incontinence in Korean women. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*. Vol. 17, nº1, (Jan. 2006), P. 35-39.

- HANDA, V.L. [et al.] – The impact of fecal and urinary incontinence on quality of life 6 months after childbirth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Vol. 197, (Dez. 2007), p. 636.ei-636.e6.
- HEFNAWY, A.; WADIE, B. – Severe stress urinary incontinence: Objective analysis of risk factors. *Maturitas*. Vol. 68, (Jan. 2011), p. 374-377.
- HERRMANN, V. [et al.] – Stress urinary incontinence 3 years after pregnancy: correlation to mode of delivery and parity. *International Urogynecology Journal*. Vol. 20, (2009), p. 281-288.
- HUEBNER, M. [et al.] – The impact of pregnancy and vaginal delivery on urinary incontinence. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Vol. 110, (Abr. 2010), p. 249-251.
- HUNG, H. [et al.] – An alternative intervention for urinary incontinence: Retraining diaphragmatic, deep abdominal and pelvic floor muscle coordinated function. *Manual Therapy*. Vol. 15, (Jan. 2010), p. 273-279.
- HUNSKAAR, S. [et al.] – Epidemiology and natural history of urinary incontinence (UI). In ABRAMS, P.; CARDOZO, L. (eds) - Incontinence (2nd ed.), United Kingdom: *Health Publications*, (2002). p. 165-201.
- HUNSKAAR, S. [et al.] – Epidemiology of urinary (UI) and faecal (FI) incontinence and pelvic organ prolapse (POP). In ABRAMS, P.; CARDOZO, L. (eds): - Incontinence (3rd ed.), United Kingdom: *Health Publications*, (2005). p. 255-312.
- LESLEE, L. S. [et al.] – Weight Loss to Treat Urinary Incontinence in Overweight and Obese Women. *The New England Journal of Medicine*. Vol. 360, (Jan. 2009), p. 481-490.
- LIAO, Y. [et al.] – Pelvic floor muscle training effect on urinary incontinence knowledge, attitudes, and severity: An experimental study. *International Journal of Nursing Studies*. Vol. 43, (2006), p. 29-37.
- LIAO, Y. [et al.] – Prevalence and impact on quality of life of lower urinary tract symptoms among a sample of employed woman in Taipei: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. Vol. 46, (Dez. 2009), p. 633-644.
- LIEBLING, R.E. [et al.] – Pelvic floor morbidity up to one year after difficult instrumental delivery and caesarean section in the second stage of labour: A cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Vol. 191, (2004), p. 4-10.
- MANDZUK, L.; MCMILLAN, D. – A concept analyses of quality of life. *Journal of Orthopaedic Nursing*. Vol. 9, (2005), p. 12-18.

- MARX, S. [et al.] – A Q methodology study of women’s experience of enduring postnatal perineal and pelvic floor morbidity. *Midwifery*. Vol. 23, (2007), p. 322-334.
- MASON, L. [et al.] – The instruction in pelvic floor exercises provided to woman during pregnancy or following delivery. *Midwifery*. Vol. 17, (Out. 2000), p. 55-64.
- MASON, L. [et al.] – Women’s reluctance to seek help for stress incontinence during pregnancy and following childbirth. *Midwifery*. Vol. 17, (Jun. 2001), p. 212-221.
- MASUE, T. [et al.] – Lifestyle and health factors associated with stress urinary incontinence in Japanese women. *Maturitas*. Vol. 66, (Abr.2010), p. 305-309.
- MENEZES, M. [et al.] – Predictors of female urinary incontinence at midlife and beyond. *Maturitas*. Vol. 65, (2010), p. 167-171.
- MONZ, B. [et al.] – Patient Characteristics Associated with Quality of Life in European Woman seeking Treatment for Urinary Incontinence: Results from PURE. *European urology*. Vol. 51, (2007), p. 1073-82.
- MOONS, P. [et al.] – Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*. Vol. 43, (Mar. 2006), p. 891-901.
- NITTI, V. [et al.] – Urinary Incontinence: Epidemiology, Patophysiology, Evaluation and Management Overview. In WEIN, A.J.; KAVOUSSI, L. (eds): *Campbell-Walsh Urology (9th ed.)*, Saunders: Elsevier, 2007. p. 2046-78.
- NORTON, P.; BRUBAKER, L. – Urinary incontinence in women. *Lancet*. Vol. 367, (2006), p. 56-57.
- PEREIRA, A. – *Guia prático de utilização do SPSS: Análise de dados para ciências sociais e psicologia*. 5ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2004.
- PHILLIPS, C.; MONGA, A. – Childbirth and the pelvic floor: the gynaecological consequences. *Reviews in Gynaecological Practice*. Vol. 5, (2005), p. 15-22.
- PRICE, N. [et al.] – Pelvic floor exercise for urinary incontinence: A systematic literature review. *Maturitas*. Vol. 67, (Ago. 2010), p. 309-315.
- RAGINS, A.I. [et al.] – Effects of Urinary Incontinence, Comorbidity and Race on Quality of Life Outcomes in Women. *The Journal of Urology*. Vol. 179, (Fever. 2008), p. 651-655.

- RAZUREL, C. [et al.] – Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery*. Vol. 27, (2011), p. 237-242.
- RISS, P. KARGL, J. – Quality of life and urinary incontinence in women. *Maturitas*. Vol. 68, (2011), p. 137-142.
- RORTVEIT, G. [et al.] – Urinary Incontinence after Vaginal Delivery or Cesarean Section. *New England Journal of Medicine*. Vol. 348, (2003), p. 900-907.
- SAXER, S. [et al.] – Nurses' Knowledge and practice about urinary incontinence in nursing home care. *Nurse Education Today*. Vol. 28, (Mai. 2008), p. 926-934.
- SCHURCH, B. [et al.] – Reliability and Validity of the Incontinence Quality of Life Questionnaire in Patients with Neurogenic Urinary Incontinence. *Archive of Physical Rehabilitation*. Vol. 88, (Mai. 2007), p. 646-652.
- SOOKS, S. J. [et al.] – Injury to the innervation of pelvic floor sphincter musculature in childbirth. *Lancet*. Vol. 2, (1994), p. 546-50.
- SUNG, V. W. [et al.] – Impact of age on preoperative and postoperative urinary incontinence quality of life. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Vol. 197, (Dez. 2007), p. 680.e1-680.e5.
- SYMONDS, T. – A Review of Condition-Specific Instruments to Assess the Impact of Urinary Incontinence on Health-Related Quality of Life. *European Urology*. Vol. 43, (Jan. 2003), p. 219-225.
- THUROFF, J. [et al.] – EAU Guidelines on Urinary Incontinence. *European Urology*. Vol. 59, (2011), p. 387-400.
- VIKTRUP, L. [et al.] – Does the impact of subsequent incontinence risk factors depend on continence status during the first pregnancy or the postpartum period 12 years before? A cohort study in 232 primiparous women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Vol. 199, n° 73, (Jul. 2008), p. 73e1-73e4.
- VIKTRUP, L.; LOSE, G. – The risk of stress incontinence 5 years after first delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Vol. 185, (2001), p. 52-87.
- WESNES, S. [et al.] – The effect of urinary incontinence status during pregnancy and delivery mode on incontinence postpartum. A cohort study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Vol. 116, (2009), p. 700-707.
- WHITFORD, H. [et al.] – A cross-sectional study of knowledge and practice of pelvic floor exercises during pregnancy and associated symptoms of

- stress urinary incontinence in North-East Scotland. Vol. *Midwifery*. 23, (2007), p. 204-217.
- WHITFORD, H. [et al.] – A longitudinal follow up of woman in their practice of perinatal pelvic floor exercises and stress urinary incontinence in North-East Scotland. *Midwifery*. Vol. 23, (2007), p. 298-308.
 - WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*. Vol. 23, n°3, (1994), p. 24-56.
 - WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*. Vol. 41, n°10, (1995), p. 1403-1409.
 - WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. *Social Science Medicine*. Vol. 46, n°12, (1998), p. 1569-1585.
 - WILLIAMS, A. [et al.] – The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to perineal trauma. *Midwifery*. Vol. 23, (2007), p. 392-403.
 - WILSON, A. E. – Effectiveness of an educational programme in perineal repair for midwives. *Midwifery* (2011).
 - YIP, S. K.; CARDOZO, L. – Psychological morbidity and female urinary incontinence. *Practice Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. Vol. 21, n°2, (2007), p. 321-329.

ANEXO 1

OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Variável	Valores/Códigos	Tipo de variável	Importância na investigação
Idade	Anos	Numérica	Independente
Peso	Kg	Numérica	Independente
IMC	Kg/m ²	Numérica	Independente
Paridade	Número de partos	Numérica	Independente
Percepção geral de Saúde	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muito bom 2. Bom 3. Razoável 4. Fraco 5. Muito Fraco 	Categórica Ordinal	Dependente
Impacto da IU	<ol style="list-style-type: none"> 1. Não afecta 2. Um pouco 3. Moderadamente 4. Muito 	Categórica Ordinal	Dependente
Limitações nas actividades diárias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Não afecta 2. Um pouco 3. Moderadamente 4. Muito 	Categórica Ordinal	Dependente
Limitações físicas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Não afecta 2. Um pouco 3. Moderadamente 4. Muito 	Categórica Ordinal	Dependente
Limitações sociais	<ol style="list-style-type: none"> 1. Não afecta 2. Um pouco 3. Moderadamente 4. Muito 	Categórica Ordinal	Dependente
Relações pessoais	<ol style="list-style-type: none"> 0. Não se aplica 1. Não afecta 2. Um pouco 3. Moderadamente 4. Muito 	Categórica Ordinal	Dependente
Emoções	<ol style="list-style-type: none"> 1. Não 2. Um pouco 3. Moderadamente 4. Muito 	Categórica Ordinal	Dependente
Sono/energia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Às vezes 3. Bastantes vezes 4. Sempre 	Categórica Ordinal	Dependente
Gravidade da IU	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Às vezes 3. Bastantes vezes 4. Sempre 	Categórica Ordinal	Dependente

ANEXO 2

KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE (KHQ)

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE

(Portuguese version of the King's Health Questionnaire 1993)

Ao responder a estas questões, tenha em conta a experiência que teve **durante as 2 últimas semanas**.

Como descreveria o seu estado geral de saúde neste momento?

Escolha uma resposta

Muito bom

Bom

Razoável

Fraco

Muito fraco

Até que ponto acha que o seu problema urinário afecta a sua vida?

Escolha uma resposta

Não afecta

Um pouco

Moderadamente

Muito

Vire a página,
s.f.f.

Abaixo estão mencionadas algumas das actividades diárias que podem ser afectadas pelos problemas urinários. Até que ponto o seu problema urinário o(a) afecta?

Gostaríamos que respondesse a todas as perguntas. Responda às questões tendo em conta as **2 últimas semanas**. Escolha a resposta mais adequada ao seu caso.

LIMITAÇÕES NAS ACTIVIDADES DIÁRIAS

Não afecta Um pouco Moderada-
mente Muito

Até que ponto o seu problema urinário afecta as suas actividades domésticas (por exemplo limpar, ir às compras, pequenos arranjos na casa, etc.)?

O seu problema urinário afecta o seu trabalho, ou as suas actividades diárias normais fora de casa?

LIMITAÇÕES FÍSICAS/SOCIAIS

Não afecta Um pouco Moderada-
mente Muito

O seu problema urinário afecta as suas actividades físicas (por exemplo, ir dar um passeio a pé, correr, praticar desporto, ginástica, etc.)?

O seu problema urinário afecta a sua capacidade de andar de camioneta, carro, avião ou comboio?

O seu problema urinário limita o seu convívio com outras pessoas?

O seu problema urinário limita a sua capacidade de visitar/ver os(as) amigos(as)?

RELAÇÕES PESSOAIS

Não se aplica Não afecta Um pouco Moderada-
mente Muito

O seu problema urinário afecta o relacionamento com o seu (a sua) parceiro(a)?

O seu problema urinário afecta a sua vida sexual?

O seu problema urinário afecta a sua vida familiar?

EMOÇÕES

Não Um pouco Moderada-mente Muito

Sente-se deprimido(a) devido ao seu problema urinário?

Sente-se ansioso(a) ou nervoso(a) devido ao seu problema urinário?

Sente-se mal consigo próprio(a) devido ao seu problema urinário?

SONO/ENERGIA

Nunca Às vezes Bastantes vezes Sempre

O seu problema urinário afecta o seu sono?

O seu problema urinário faz sentir-se cansado(a)/esgotado(a)?

Com que frequência faz ou sente o seguinte:

Nunca Às vezes Bastantes vezes Sempre

Usa protecções para se manter seco(a)?

Tem cuidado com a quantidade de líquidos que ingere?

Tem de mudar de roupa interior porque esta está molhada?

Preocupa-se porque pode cheirar mal?

Fica envergonhado(a) por causa do seu problema urinário?

OBRIGADO, VERIFIQUE AGORA SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES.

ANEXO 3

AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DO KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE (KHQ)

2050

USER-AGREEMENT

USE OF THE KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE (KHQ) AND ITS TRANSLATIONS

Date : 12/16/11 11:10
 day month year

PART 1. USER'S NAME

LICENSEE: *Please have the information type written*
 Title : ANNA C. HILDWIFE
 Company : ACQUITHL DE INC - 4000 KENNEDY BLVD, SUITE 1000
 Address : ATLANTA, GEORGIA 30304
 Country : USA
 Phone : 404.333.6235 Fax :
 Email : anna.hildwife@acqithl.com
 VAT number (if applicable):

Contact name if different from above: *Please have the information type written*
 Title :
 Company :
 Address :
 Country :
 Phone : Fax :
 Email :

PART 2. CONTEXT OF KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE (KHQ) USE

- Individual clinical practice
 - Expected duration of use: indefinite or Number of years 1
- Research study/project
 - Title: QUALITY OF LIFE: RELATION WITH GESTETIC RISK IN WETLANDS
 - Disease or condition: STAGE 4 MALIGNANT MELANOMA
 - Type of research: clinical trial economic quality of life epidemiologic/observational marketing
 - Quality of Life as primary end point: yes no
 - Design: comparative - parallel group comparative - cross-over non comparative with follow-up or cohort follow-up cross-sectional Other (please specify) _____
- Number of expected patients (total): 40
- Number of administrations of the questionnaire per patient: 1
- Length of the follow-up (if any) for each patient: _____ months
- Planned study/project date: start 09/10 end 07/11
month/year
- Mode of administration: Paper Electronic version
 - If electronic administration, please precise the type of medium:
 - PDA Web-based
 - CDY/DVD - Other (please precise): _____
- Other project
 - Title: _____
 - Disease or condition: _____
 - Expected duration of use: _____
 - Brief description of the project: _____
- Presentation Format:
 - Article
 - Book
 - Electronic version (please precise type of medium): _____
 - Other (please precise): TABLETS

PART 3. PROJECT FINANCING (tick the appropriate box)

Not funded academic research/project, individual medical practice

Projects not usually funded, but funding comes from overall departmental funds or from the University or individual funds.

Funded academic research/project

Projects involving funding from commerce, government, EU or registered charity. Funded academic research- sponsored by industry, fit the "commercial study/project" category.

Commercial study/project

Industry, CRC, any for-profit companies

Grants / Sponsoring from (if any) (name of the governmental/foundation/company or other funding/sponsoring source):

PART 4. TRANSLATIONS

Please indicate in which language(s) and for which country(ies) the King's Health Questionnaire (KHQ) is needed:

Language:	For use in the following country	Language:	For use in the following country	Language:	For use in the following country
e.g. English	USA				
e.g. Spanish	USA				
PORTUGUESE	PORTUGAL				

Note: The King's Health Questionnaire (KHQ) translation(s) may not be available in the country required or may not have undergone a full linguistic validation process.

Please check availability and status of translations with MAPI Research Trust. If not available in the language(s) required, a Linguistic Validation must be undergone.

PART 5. USER AGREEMENT

On behalf of Professor Linda Cardozo and Mr. Con Kelleher, copyright owners of the King's Health Questionnaire (KHQ), MAPI Research Trust grants USER the non-exclusive, non-transferable right to use the King's Health Questionnaire (KHQ) in the countries listed in Part 4 (TRANSLATIONS) above, subject to the following terms, conditions, and only upon signature of this agreement by USER:

1. Ownership, Copy and Use Restrictions

1.1 Ownership of Intellectual Property

USER acknowledges that Professor Linda Cardozo and Mr. Con Kelleher (the "OWNERS"), are the owners of all intellectual property rights in and to the King's Health Questionnaire (KHQ), including all copyright in the King's Health Questionnaire (KHQ) and in all derivative works, including but not limited to existing and future translations of the King's Health Questionnaire (KHQ), and as such hold the unfettered right to use, reproduce and exploit the King's Health Questionnaire (KHQ) and all of its translations, throughout the world.

USER is required to place the OWNERS' copyright notice "KHQ © Linda Cardozo and Con Kelleher, 1997. All Rights Reserved," on all copies of the King's Health Questionnaire (KHQ) distributed or used by USER.

1.2 No modification

USER shall not modify, abridge, condense, adapt, recast, transform or create a derivative work of the King's Health Questionnaire (KHQ) in any manner or form, including but not limited to any minor or significant change in wording, formatting or organization in the King's Health Questionnaire (KHQ), without the prior written agreement of the OWNERS of the King's Health Questionnaire (KHQ).

1.3 No translation

USER shall not translate the King's Health Questionnaire (KHQ), without the prior written agreement of the OWNERS. For any new translation of the King's Health Questionnaire (KHQ), a Translation Agreement shall be signed with MAPI Research Trust.

In the context of commercial studies or any project funded by the pharmaceutical industry, the translation work must be coordinated by the Linguistic Validation Department of MAPI Institute.

1.4 No reproduction

USER shall not reproduce the King's Health Questionnaire (KHQ) except for the limited purpose of generating sufficient copies for use in the clinical investigations stated hereunder, all such copies shall include the copyright notice of the OWNERS.

In no event shall USER distribute copies of the King's Health Questionnaire (KHQ) to third parties that are outside the scope of the defined study by sale, rental, lease, lending, or any other means, or publish copies of the King's Health Questionnaire (KHQ) without the prior written agreement of the OWNERS of the King's Health Questionnaire (KHQ) and/or MAPI Research Trust.

1.5 Publication

In case of publication in an article or in a book, USER shall:

- Cite the reference publication: Kelleher C.J, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104:1374-9

- Insert the author's copyright: "KHQ © Linda Cardozo and Con Kelleher, 1997. All Rights Reserved"

- Mention the following information: "King's Health Questionnaire (KHQ) contact information and permission to use: MAPI Research Trust, Lyon, France. E-mail: contact@mapr-trust.org - Internet: www.mapr-trust.org"

- Not include a copy of the Questionnaire. If the inclusion of the Questionnaire is necessary, USER shall include the following note: "Sample copy - Do not use without permission" in the background of the page.

- Submit the last version of the documentation related to the King's Health Questionnaire (KHQ) as it will appear in the project to MAPI Research Trust before distribution for approval.

1.6 E-Application

In case of E-application, USER shall:

- Insert the author's copyright: "KHQ © Linda Cardozo and Con Kelleher, 1997. All Rights Reserved" on all screens related to the King's Health Questionnaire (KHQ)

- Submit the last version of the screens related to the King's Health Questionnaire (KHQ) as it will be presented in the application shall be reviewed and approved by MAPI Research Trust before being given permission to use.

2. License Fees

2.1 Processing Fees (MAPI Research Trust)

- The use of the King's Health Questionnaire (KHQ) in commercial studies involving "for-profit" organizations is subject to a distribution fee payable to MAPI Research Trust, of an amount of 500 (five hundred) Euros per study/project plus an additional 150 (one hundred and fifty) Euros per existing language version supplied.

- The use of the King's Health Questionnaire (KHQ) in funded academic research is subject to a distribution fee payable to MAPI Research Trust, of an amount of 300 (three hundred) Euros per study/project plus an additional 50 (fifty) Euros per existing language version supplied.

- The use of the King's Health Questionnaire (KHQ) in non-funded academic research and individual clinical practice is free of charge.

2.2 Invoicing

Upon execution of this Agreement, MAPI Research Trust shall promptly provide USER with a definitive invoice, and USER shall pay the invoice within thirty (30) days of the date indicated on the invoice.

3. Provision of Data

All data, results and reports obtained by or prepared in connection with, the authorized use of the King's Health Questionnaire (KHQ) shall remain the property of the USER. However, in the interest of furthering the usefulness and development of the King's Health Questionnaire (KHQ), USER agrees to share data at baseline, results and reports obtained through use of the King's Health Questionnaire (KHQ) with the OWNERS, subject to the removal of confidential and patient identifying information.

4. Infringement

If, at any time during the term of this agreement, USER learns of any infringement by a third party of any intellectual property rights in connection with the King's Health Questionnaire (KHQ) USER shall



promptly notify MAPI Research Trust. MAPI Research Trust shall notify the OWNERS of such infringement who may at their discretion decide to institute or not institute proceedings against the infringing party.

5. Confidentiality

All and any information related to the King's Health Questionnaire (KHQ) including but not limited to the following: information concerning clinical investigations, creations, systems, materials, software, data and know-how, translations, improvements, ideas, specifications, documents, records, notebooks, drawings, and any repositories or representation of such information, whether oral or in writing or software stored, are herein referred to as confidential information.

In consideration of the disclosure of any such confidential information to the other, each party agrees to hold such confidential information in confidence and not divulge it, in whole or in part, to any third party except for the purpose specified in this Agreement.

6. Use of name

It is agreed that MAPI Research Trust shall not disclose, whether by the public press or otherwise, USER's Company name or USER's name (if USER is not a company), to any third party except to the OWNERS.

USER shall not use the name of the OWNERS in any public announcements, publicity or advertising with respect to the subject matter of this Agreement without prior written approval of the OWNERS.

7. Copy to the OWNERS / OWNERS Third Party Beneficiaries

It is understood that a copy of this User Agreement may be provided to the OWNERS, and that the OWNER shall be third party beneficiaries of this Agreement and that as such, the OWNERS shall have the right to enforce against USER for the OWNERS' benefit, the obligations and covenants of the USER which are included for the OWNERS' benefit in this Agreement.

8. Liability

8.1. In case of breach of contract

In the event of total or partial breach by MAPI Research Trust of any of its obligations hereunder, MAPI Research Trust's liability shall be limited to the direct loss or damage suffered by USER as a result of such breach and shall not include any other damages such as consequential damages, loss of profit and operating losses. USER acknowledges that the OWNERS shall not have any liability to USER in the event of any breach by MAPI Research Trust of any of its obligations under this Agreement.

8.2. In the scope of the use of the King's Health Questionnaire (KHQ)

Under no circumstances may the OWNERS or MAPI Research Trust be held liable for direct or consequential damage resulting from the use of the King's Health Questionnaire (KHQ) or for consequences resulting from the use of the King's Health Questionnaire (KHQ).

8.3. In the event of non-renewal of this Agreement

In the event of non-renewal of this Agreement by MAPI Research Trust for any cause or failure by MAPI Research Trust to conclude a new agreement with USER upon the expiry of this Agreement, neither MAPI Research Trust, nor the OWNERS will have any liability for payment of any damages and/or indemnity to USER.

9. Term and Termination



This Agreement shall be effective as the date of its signature by USER and shall continue until expiry of the study/project referred to in PART 2 (CONTEXT OF King's Health Questionnaire (KHQ) USE) of the present Agreement.

Either party may terminate this Agreement immediately upon providing written notice to the other party in the event of:

- the other party's unexcused failure to fulfill any of its material obligations under this Agreement or
- upon the insolvency or bankruptcy of, or the filing of a petition in bankruptcy or similar arrangement by the other party.

Upon expiration or termination of this Agreement MAPI Research Trust may retain in its possession confidential information it acquired from USER relating to the King's Health Questionnaire (KHQ) during the term of this Agreement.

10. Assignment

This Agreement and any of the rights and obligations of USER are personal to the USER and cannot be assigned or transferred by USER to any third party or by operation of law, except with the written consent of MAPI Research Trust and the OWNERS.

11. Separate Agreement

This Agreement shall apply only to the study/project as referred to and defined in PART 2 (CONTEXT OF King's Health Questionnaire (KHQ) USE) above. The use of the King's Health Questionnaire (KHQ) in any additional study/project of the USER will require a separate agreement and the payment of related distribution and royalty fees.

12. Entire Agreement, Modification, Enforceability

This Agreement contains the entire agreement between USER and MAPI Research Trust and cancels and supersedes all prior agreements, oral or written, between the parties with the respect to the subject matter hereto.

This Agreement or any of its terms may not be changed or amended except by written document and with the written permission of the OWNERS and the failure by either party hereo to enforce any or all of the provision(s) of this Agreement shall not be deemed a waiver or an amendment of the same and shall not prevent future enforcement thereof.

If any one or more of the provisions or clauses of this Agreement are adjudged by a court to be invalid or unenforceable, this shall in no way prejudice or affect the binding nature of this Agreement as a whole, or the validity or enforceability of each and every other provision of this Agreement.

13. Governing law

This Agreement is made in and shall be governed by and interpreted in accordance with the substantive laws of France, without regard to conflicts of laws.

14. Forum

Any controversy arising under this Agreement if litigated, shall be adjudicated in the court of the competent jurisdiction in Lyon, France, notwithstanding the plurality of defendants or claim in warranty, even in the event of emergency procedures or protective procedures, and the parties hereby submit to the exclusive jurisdiction of such court.

ANEXO 4

AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DO CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, E.P.E.



Exma. Sra.
Enf.^a Marta Susana Lopes
Serviço de Cirurgia Pediátrica

ASSUNTO: Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de São João

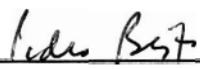
Projecto de Investigação – *“Gravidade e impacto na qualidade de vida
incontinência urinária de esforço na mulher: relação com a história obstétrica”*

Junto envio em anexo cópia do parecer da Comissão de Ética para a Saúde sobre o referido projecto, bem como da autorização do Conselho de Administração, para poder dar início ao seu trabalho.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 17 de Maio de 2011

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde



Dr. Pedro Brito

Direcção Clínica
6-5-2011

AUTORIZADO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO REUNIÃO DE 12 MAIO 2011
Prof. Doutor António Pereira

[Signature]
Presidente do Conselho de Administração

Directora Clínica Enfermeira Directora Administrador Executivo Administrador Hospitalar

[Signature] *[Signature]* *[Signature]* *[Signature]*

Dra. Margarita Soares Enfermeira Búfida Pereira Dr. João Pereira Dr. António J. Matos

para o CA
João Pereira de D.C.

Exmo. Senhor Presidente
do Conselho de Administração do
Hospital de S. João – EPE

Hospital São João.
Paulo Bettencourt
Adquirido da Direcção Clínica

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação

Nome do Investigador Principal: Marta Susana de Ascensão Maia Lopes

Título do projecto de investigação: Gravidade e Impacto na Qualidade de Vida da Incontinência Urinária de Esforço na Mulher: Relação com a História Obstétrica.

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de Urologia do Hospital de S. João – EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efectivação.

- Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Hospital de S. João respeitante a estudos/projectos de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos,

Porto, 22 / Dezembro / 2010

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

[Signature]

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE – H. S. JOÃO

PARECER

Título da Investigação: "Gravidade e Impacto na Qualidade de Vida da Incontinência Urinária de Esforço na Mulher: Relação com a História Obstétrica"

Investigador: Marta Susana de Ascensão Maia Lopes

Orientador: Cândida Assunção Santos Pinto - Professora na Escola Superior de Enfermagem do Porto

Elo de ligação: A investigadora exerce funções no Serviço de Pediatria Cirúrgica; o elo de ligação ao Serviço de Urologia será o Dr. Tiago Lopes

Serviço onde se realizará a Investigação: Serviço de Urologia – Consulta; foi enviada a esta CES autorização do Director do Serviço, Prof. Doutor Francisco Cruz

Promotor: N.A.

Pertinência do estudo:

Segundo a investigadora, na literatura consultada para a elaboração deste projecto, há evidência que a gravidez se associa a um risco acrescido de incontinência urinária de esforço (IUE), sendo a paridade e o tipo de parto factores de risco desta condição, ainda mal esclarecidos, dada a escassez de estudos nesta área.

Concepção do estudo:

A amostra será constituída por 40 mulheres com diagnóstico de IUE, com idade inferior a 60 anos, seguidas na Consulta Externa de Urologia do Hospital de São João.

As participantes serão avaliadas em entrevista clínica, que incluirá:

- colheita da história obstétrica;
- medição de dados antropométricos;
- quantificação da gravidade IUE, através do nº de pensos diários usados por cada doente;
- avaliação do impacto da IUE na qualidade de vida, através da aplicação do *King's Health Questionnaire (KHQ)*.

A investigadora prevê concluir o seu projecto de investigação em Julho de 2011.

Benefício/Risco: A investigadora não identifica quaisquer riscos, nem benefícios imediatos, associados à participação neste estudo.

Respeito pela liberdade e autonomia do sujeito: Está prevista a obtenção de consentimento informado (Mod. CES) e foi elaborada uma "Carta de Explicação do Estudo", para informar o participante sobre os procedimentos a que será sujeito neste trabalho de investigação.

Confidencialidade dos dados: A investigadora assegura que em nenhum tipo de publicação que se venha a produzir será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos participantes.

Financiamento: N.A.



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE – H. S. JOÃO

PARECER

Indemnização por danos: N.A.

Propriedade dos dados: Não está prevista a publicação dos resultados desta investigação

CV do investigador: A investigadora anexa currículo, atestando a sua competência para o estudo que se propõe realizar.

✓ **Conclusão:** Feita a análise do presente trabalho, proponho a esta CES a sua aprovação.

Porto, 05 de Maio de 2011

A relatora,

Raquel Ribeiro

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação do Estudo (em português):

Título: Impacto na Qualidade de Vida da Incontinência Urinária de Esforço na Mulher:
Relação com a Paridade

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante) _____

_____, compreendi a explicação que me foi fornecida, por escrito e verbalmente, da investigação que se tenciona realizar, para qual é pedida a minha participação. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e para todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de decidir livremente aceitar ou recusar a todo o tempo a minha participação no estudo. Sei que se recusar não haverá qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Foi-me dado todo o tempo de que necessitei para reflectir sobre esta proposta de participação.

Nestas circunstâncias, decido livremente aceitar participar neste projecto de investigação, tal como me foi apresentado pelo investigador(a).

Data: ____ / _____ / 20____

Assinatura do(a) participante: _____

O(A) Investigador(a) responsável:

Nome: *Marta Susana de Ascensão Maia Antunes Lopes*

Assinatura: _____

O **modelo** de solicitação de consentimento informado aqui apresentado é optativo

ANEXO 6

KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE (KHQ) – *SCORING*

Kings Health Questionnaire

PART I

General Health Perception

1. How would you describe your health at present ?

SCALE

SCORE

Very good 1
 Good 2
 Fair 3
 Poor 4
 Very poor 5

Incontinence Impact

2. How much do you think your bladder problem affects your life ?

Not at all 1
 A little 2
 Moderately 3
 A Lot 4

PART II

Role Limitations

3a. To what extent does your bladder problem affect your household tasks (eg cleaning, shopping etc) ?

3b. Does your bladder problem affect your job, or your normal daily activities outside the home ?

Not at all 1
 Slightly 2

Physical limitations

4a. Does your bladder problem affect your physical activities (eg going for a walk, run, sport, gym etc) ?

4b. Does your bladder problem affect your ability to travel ?

Moderately 3
 A lot 4

Social limitations

4c. Does your bladder problem restrict your social life ?

4d. Does your bladder problem limit your ability to see / visit friends ?

Personal Relationships

5a. Does your bladder problem affect your relationship with your partner ?

5b. Does your bladder problem affect your sex life ?

5c. Does your bladder problem affect your family life ?

Not applicable 0
 Not at all 1
 Slightly 2
 Moderately 3
 A lot 4

Emotions

6a. Does your bladder problem make you feel depressed ?

6b. Does your bladder problem make you feel anxious or nervous ?

6c. Does your bladder problem make you feel bad about yourself ?

Not at all 1
 Slightly 2
 Moderately 3
 Very much 4

Sleep / Energy

7a. Does your bladder problem affect your sleep ?

7b. Do you feel worn out or tired ?

Never 1
 Sometimes 2
 Often 3
 All the time 4

Severity Measures

Do you do any of the following; if so how much ?

Ba - Wear pads to keep dry ?

Bb - Be careful how much fluid you drink ?

Bc - Change your underclothes when they get wet ?

Bd - Worry in case you smell ?

Be - Get embarrassed because of your bladder problem ?

Never 1
 Sometimes 2
 Often 3
 All the time 4

PART III

We would like to know what your bladder problems are and how much they affect you. From the list below choose only those problems that you have at present. Leave out those that do not apply to you.

- **Frequency** : Going to the toilet very often.
- **Nocturia** : Getting up at night to pass urine.
- **Urgency** : A strong and difficult to control desire to pass urine.
- **Urge incontinence** : Urinary leakage associated with a strong desire to pass urine.
- **Stress incontinence** : Urinary leakage with physical activity, eg coughing, sneezing, running.
- **Nocturnal enuresis** : Wetting the bed at night.
- **Intercourse incontinence** : Urinary leakage with sexual intercourse.
- **Frequent waterworks infections**
- **Bladder pain**
- **Difficulty passing urine**
- **Other (Please specify)**

Scale	Score
A little	= 1
Moderately	= 2
A lot	= 3
Omitted	= 0

To Calculate Scores

1. General Health perceptions

$$\text{Score} = ((\text{Score to Qu1} - 1)/4) \times 100$$

2. Incontinence Impact

$$\text{Score} = ((\text{Score to Qu 2} - 1)/3) \times 100$$

3. Role Limitations

$$\text{Score} = (((\text{Scores to Qu 3a} + 3b) - 2) / 6) \times 100$$

4. Physical limitations

$$\text{Score} = (((\text{Score to Qu 4a} + 4b) - 2) / 6) \times 100$$

5. Social limitations

$$\text{Score} = (((\text{Score to Qu 4c} + 4d + 5c) - 3) / 9) \times 100 **$$

** If score to Qu 5c > = 1, If 0 then ...-2) / 6) x 100

6. Personal Relationships

$$\text{Score} = (((\text{Score to Qu5a} + 5b) - 2) / 6) \times 100 ***$$

** If score to Qu 5a + 5b > = 2,
If Qu 5a + 5b = 1; -1) / 3) x 100
If Qu 5a + 5b = 0; treat as missing value (Not applicable)

7. Emotions

$$\text{Score} = (((\text{Score to Qu 6a} + 6b + 6c) - 3) / 9) \times 100$$

8. Sleep / Energy

$$\text{Score} = (((\text{Score to Qu 7a} + 7b) - 2) / 6) \times 100$$

9. Severity Measures

$$\text{Score} = (((\text{Score to Qu 8a} + 8b + 8c + 8d + 8e) - 5) / 15) \times 100$$