

Perfil e qualidade de vida de mulheres em reabilitação do assoalho pélvico

Profile and quality of life of women in pelvic floor rehabilitation
Perfil y calidad de vida de mujeres en rehabilitación del piso pélvico

Maria Helena Baena de Moraes Lopes¹, Juliana Neves da Costa¹, Mariana Bezzon Bicalho¹,
Ticiane Ellen Casale¹, Agnês Raquel Camisão¹, Marcella Lima Victal Fernandes¹

¹ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem. Campinas-SP, Brasil.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

Como citar este artigo:

Lopes MHBM, Costa JN, Bicalho MB, Casale TE, Camisão AR, Fernandes MLV. Profile and quality of life of women in pelvic floor rehabilitation. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(5):2496-505. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0602>

Submissão: 08-10-2017

Aprovação: 06-02-2018

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil sociodemográfico, clínico e sexual, identificar variáveis do perfil que interferem na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) e avaliar correlação entre dois questionários de QVRS usados em um Programa de Reabilitação do Assoalho Pélvico. **Método:** Estudo observacional, analítico e transversal, com base em fichas de atendimento e dois questionários de avaliação da QVRS. **Resultados:** As mulheres possuíam idade média de 55,4 anos, eram casadas, brancas, tinham incontinência urinária (IU) de esforço, de urgência ou mista, com perdas urinárias de moderada a grande quantidade, diárias e diurnas. Apenas 50,5% tinham vida sexual ativa e a maioria apresentava queixas sexuais. A mudança na atividade sexual e alguns tipos de IU afetaram a QVRS. Os dois questionários apresentaram correlação. **Conclusão:** O perfil e a correlação entre os questionários condizem com a literatura. Tipo de IU e mudança na atividade sexual afetam a QVRS.

Descritores: Diafragma da Pelve; Enfermagem; Incontinência Urinária; Qualidade de Vida; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Objective: Describe the sociodemographic, clinical, and sexual profile, identify profile variables that affect the Health-Related Quality of Life (HRQoL), and evaluate the correlation between two HRQoL questionnaires used in a pelvic floor rehabilitation program. **Method:** This is an observational, analytical, and cross-sectional study, based on patient records and two questionnaires for HRQoL evaluation. **Results:** Women presented a mean age of 55.4 years; were married; white; had stress, urge, or mixed urinary incontinence (UI) of moderate to large urine release; and daily or diurnal UI. Only 50.5% had an active sex life and most had sexual complaints. The change in sexual activity and some types of UI affected the HRQoL. The two questionnaires presented a correlation. **Conclusion:** The profile and correlation between the questionnaires are consistent with the literature. The type of UI and changes in sexual activity affect the HRQoL.

Descriptors: Pelvis Diaphragm; Nursing; Urinary Incontinence; Quality of Life; Women's Health.

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil sociodemográfico, clínico y sexual; identificar variables del perfil que interfieren en la Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS) y evaluar correlación entre dos cuestionarios de CVRS usados en un Programa de Rehabilitación del Piso Pélvico. **Método:** Estudio observacional, analítico, transversal, basado en fichas de atención y en dos cuestionarios de evaluación de CVRS. **Resultados:** La media etaria de las mujeres era de 55,4 años, casadas, blancas, con incontinencia urinaria (IU) de esfuerzo, de urgencia o mixta, con pérdidas urinarias de moderada a gran cantidad, diarias y diurnas. Solo 50,5% llevaba vida sexual activa. La mayoría expresaba quejas sexuales. El cambio en la actividad sexual y algunos tipos de IU afectaron la CVRS. Los cuestionarios demostraron correlación. **Conclusión:** El perfil y la correlación entre ambos cuestionarios concuerdan con la literatura. El tipo de UI y los cambios en la actividad sexual afectan la CVRS.

Descriptorios: Diafragma Pélvico; Enfermería; Incontinencia Urinaria; Calidad de Vida; Salud de la Mujer.

AUTOR CORRESPONDENTE Juliana Neves da Costa E-mail: julianancosta@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A prevalência de Incontinência Urinária (IU) entre mulheres varia de 25 a 30%⁽¹⁾. Aquelas com IU referem limitações físicas e sociais e, além de terem seu estado emocional e vida social afetados negativamente, são fortemente impactadas pela doença no que se refere à qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS)⁽²⁾.

Conhecer o perfil e avaliar o impacto da IU na QVRS dessas mulheres possibilita melhor percepção do ponto de vista da paciente. Além disso, identificar e caracterizar os fatores relacionados à QVRS em mulheres com IU pode levar ao desenvolvimento de estratégias preventivas, diagnósticas e terapêuticas para melhorar a QV dessa população⁽²⁾, além de serem possíveis preditores para a busca de tratamento⁽³⁾.

O Programa de Reabilitação do Assoalho Pélvico (PRAP) é um projeto de extensão que assiste mulheres com IU e outras disfunções do assoalho pélvico, capacita graduandos, pós-graduandos e profissionais de saúde para o atendimento dessas mulheres. Utiliza estratégias de educação em saúde e promove treinamento dos músculos do assoalho pélvico e eletroterapia, por meio de atividades individuais realizadas pelo enfermeiro, com vistas ao tratamento e à prevenção dessas disfunções. Nesse programa, o processo de avaliação e mensuração dos resultados do tratamento também é feito por meio de instrumentos próprios, como o diário vesical e o teste de absorventes, e de questionários de avaliação de QVRS específicos para IU já validados no Brasil, a saber: o *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form* (ICIQ-SF) e o *King's Health Questionnaire* (KHQ).

A QVRS é um aspecto importante na avaliação dos resultados do tratamento implementado para a IU. No entanto, é preciso aplicar questionários que, além de válidos e fidedignos, possam agregar informações relevantes à prática clínica e que sejam facilmente aplicáveis⁽⁴⁾, daí a escolha desses questionários específicos para pessoas com IU e disfunções do trato urinário inferior.

Diante dessas considerações, os objetivos deste estudo foram descrever o perfil sociodemográfico, clínico, sexual e a QVRS de mulheres atendidas no PRAP, avaliar quais características do perfil interferem na QVRS e verificar se existe correlação entre os resultados obtidos por meio da aplicação dos dois questionários de QVRS usados neste Programa. A correlação entre ambos foi avaliada no processo de tradução e validação para a língua portuguesa⁽⁵⁾, mas é recomendável verificar se os resultados se confirmam em uma população diferente.

OBJETIVO

Primário

Descrever o perfil sociodemográfico, clínico, sexual e a QVRS de mulheres atendidas no PRAP.

Secundários

Avaliar quais características do perfil interferem na QVRS e verificar se existe correlação entre os resultados obtidos por meio da aplicação dos dois questionários de QVRS usados neste Programa.

MÉTODO

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas.

Desenho do estudo

Trata-se de estudo observacional, analítico e retrospectivo.

Local do estudo

Os dados foram obtidos das fichas de atendimento e por meio da aplicação de questionários de QVRS a mulheres que iniciaram tratamento para IU no PRAP, em uma unidade básica de saúde do município de Campinas-SP. A descrição da clientela atendida e os protocolos já estão publicados⁽⁶⁾.

Participantes e tamanho amostral

Foram incluídos no estudo as fichas e os questionários de QVRS que correspondiam ao atendimento inicial realizado no PRAP, os quais continham: dados sociodemográficos, registro de sinais e sintomas de IU ou de disfunção do trato urinário inferior, avaliação das queixas, informação sobre a vida sexual, exame físico e avaliação da QVRS. A amostra do estudo foi composta pelos registros de 94 mulheres atendidas de março de 2007 a dezembro de 2016 no referido PRAP.

Variáveis

Dos diversos dados da ficha de atendimento, foram selecionadas, de acordo com os objetivos do estudo, as seguintes variáveis independentes: características sociodemográficas (idade; estado civil; cor; escolaridade); características clínicas (peso e IMC); tipos de IU (IU de esforço - IUE, IU de urgência - IUU, IU mista - IUM, enurese noturna); quantidade de perda urinária (gotas, pequena, moderada, grande); frequência de perdas urinárias (esporadicamente, ao menos uma vez ao mês, ao menos uma vez por semana, diária); período do dia em que ocorria a perda de urina (dia, noite, dia e noite); comorbidades; atividade sexual (ativa ou inativa); problemas sexuais (falta de lubrificação vaginal, dispareunia); perda urinária durante a relação sexual ou IU coital (não ou sim); autoavaliação da vida sexual (ótima, boa, regular, ruim, péssima); mudanças na atividade sexual devido à IU (não ou sim). Estabeleceram-se, como variáveis dependentes, os escores de QV do questionário KHQ. As variáveis referentes ao perfil sociodemográfico, clínico e sexual foram analisadas apenas em relação aos domínios do KHQ. Além dos seus oito domínios, incluiu-se, na análise, a Escala de Medidas de Gravidade, como já realizado em estudo prévio⁽⁷⁾.

Mensuração dos dados

O ICIQ-SF é composto de quatro questões, que somam pontuação de até 21 pontos: avaliação da frequência de perda urinária (0-5 pontos), quantidade de perda (0-6 pontos), impacto da IU sobre a QV (0-10 pontos) e a quarta questão é um autodiagnóstico sobre a percepção das causas da incontinência. Calcula-se o escore do ICIQ-SF somando-se as pontuações das questões 3, 4 e 5. Os escores variam de 0 a 21: quanto maior a pontuação obtida, pior a QV⁽⁷⁾.

O KHQ é composto de 26 questões, divididas em oito domínios, a saber: Percepção Geral de Saúde (PGS- 1 item), Impacto da Incontinência Urinária (II- 1 item), Limitações de Atividades Diárias (LAD- 2 itens), Limitações Físicas (LF- 2 itens), Limitações Sociais (LS- 2 itens), Relações Pessoais (RP- 3 itens), Emoções (E- 3 itens), Sono/Disposição (SD- 2 itens)⁽⁵⁾. Além desses domínios, existem duas escalas independentes: Medidas de gravidade, que avalia a gravidade da IU, e Escala de Sintomas Urinários, para verificar a presença e intensidade dos sintomas urinários. Pontua-se por cada um de seus domínios, não havendo, portanto, escore geral. Os escores variam de 0 a 100: quanto maior a pontuação obtida, pior a QV relacionada com aquele domínio⁽⁵⁾.

Análise dos Dados

Além da análise descritiva das variáveis, calculou-se o coeficiente de Spearman para verificar a existência de correlação entre o escore do ICIQ-SF e os domínios e medidas de gravidade do KHQ, bem como correlação entre as características do perfil e a QV. Os testes não paramétricos de Mann-Whitney ou de Kruskal-Wallis foram utilizados para avaliar a interferência de algumas variáveis na QV, a saber: IUE, IUU, IUM, enurese noturna, atividade sexual, falta de lubrificação vaginal, dispareunia, IU coital e mudança na atividade sexual.

RESULTADOS

Além das fichas de atendimento, foram analisados os questionários de QVRS das 94 mulheres. A idade média das participantes foi 55,4 (DP = 16,24) anos. A maioria era casada (50,5%), com escolaridade até ensino médio incompleto (55,3%) e se declarava de cor branca (86,5%). Apresentavam peso médio de 69,87kg (DP = 15,78) e IMC, em média, de 28,36 (DP = 6,01). Os tipos mais comuns de IU foram IUE (77,7%) e IUU (53,2%). Como IUM é a concomitância desses dois sintomas, parte dos casos são de IUM (43 casos ou 45,7%). A maioria referiu perdas de moderada a grande quantidade (58,1%), diárias (71,8%), durante o dia (51,2%). Em relação à atividade sexual, a maior parte era ativa sexualmente (50,5%), apresentava queixa de falta de lubrificação vaginal (54,8%) e dispareunia (50,9%), mas considerava sua vida sexual boa ou ótima (54%). Quanto à IU coital, 38,6% referiram perda urinária durante a relação sexual. A maioria (68,8%) não referiu mudança na atividade sexual em virtude da IU, incluindo os casos com e sem IU coital. Em relação a comorbidades, apresentavam com maior frequência Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (45,7%).

Na Tabela 1 são apresentadas somente as correlações significativas entre as variáveis sociodemográficas e os domínios do KHQ. Observa-se que as correlações são fracas e há correlação negativa entre a idade e os domínios limitações sociais e sono e disposição.

Observou-se correlação entre praticamente todos os domínios do KHQ e os escores do ICIQ-SF, exceto nos domínios percepção geral de saúde e relações pessoais. Nos domínios impacto da incontinência ($r=0,5058$; $p<0,0001$), limitações físicas ($r=0,5776$; $p<0,0001$) e medidas de gravidade ($r=0,6016$; $p<0,0001$), a correlação foi positiva e moderada (Tabela 2).

O Quadro 1 apresenta as comparações entre os domínios do KHQ e os tipos de IU. Considerando os diferentes tipos de IU, o impacto foi maior quando a mulher apresentava IUU ($p=0,0117$) ou IUM

($p=0,0020$). O mesmo ocorreu em relação ao domínio Limitações nas Atividades Diárias e IUU ($p=0,0147$) e IUM ($p=0,0259$) e entre Medidas de Gravidade e IUM ($p=0,0104$). Considerando a presença de enurese noturna, ela causou impacto nos domínios: Limitações de Atividades Diárias ($p=0,0063$), Limitações Físicas ($p=0,0163$), Emoções ($p=0,0070$) e Medidas de Gravidade ($p=0,0048$). Diante de dados faltantes (questões não respondidas), os totais de respostas apresentados no Quadro 1 variaram.

Tabela 1 – Correlações significativas entre as variáveis sociodemográficas e os domínios do King's Health Questionnaire entre mulheres atendidas no Programa de Reabilitação do Assoalho Pélvico, Campinas, São Paulo, Brasil, 2016

Correlação	Coefficiente*	Valor de p	n
Peso x Limitação de atividades diárias	0,3223	0,0128	59
Idade x Limitações sociais	-0,3012	0,0194	60
Idade x Sono e disposição	-0,2337	0,0451	74
Peso x Medidas de gravidade	0,2723	0,0405	57

Nota - *Coeficiente de correlação de Spearman.

Tabela 2 – Correlação entre o escore do International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form e os domínios do King's Health Questionnaire entre mulheres atendidas no Programa de Reabilitação do Assoalho Pélvico, Campinas, São Paulo, Brasil, 2016

ICIQ-SF/KHQ	Coefficiente*	Valor de p	n
Percepção geral de saúde	-0,0233	0,8448	73
Impacto da incontinência	0,5058	<0,0001	73
Limitação de atividades diárias	0,3221	0,0062	71
Limitações físicas	0,5776	<0,0001	70
Limitações sociais	0,4081	0,0013	59
Relações pessoais	0,3119	0,0533	39
Emoções	0,4913	<0,0001	73
Sono e disposição	0,4513	<0,0001	73
Medidas de gravidade	0,6016	<0,0001	68

Nota - *Coeficiente de correlação de Spearman.

Importante considerar que, por ter sido analisada a presença ou ausência do sintoma, em alguns casos houve concomitância de, por exemplo, IUE e IUM ou IUU e IU coital. Embora a IU coital seja um tipo de IU⁽⁶⁾, os dados referentes a ela são apresentados no Quadro 2, que mostra as variáveis relacionadas à atividade sexual.

O Quadro 2 compara os domínios do KHQ e aspectos relacionados à atividade sexual. Em virtude de dados faltantes por não preenchimento do instrumento, os totais apresentados variaram. Observa-se que as 'Mudanças na atividade sexual devido à IU' afetaram seis domínios do KHQ: Impacto da Incontinência ($p=0,0069$), Limitações Físicas ($p=0,0015$), Limitações Sociais ($p=0,0235$), Relações Pessoais ($p=0,0004$), Emoções ($p<0,0001$) e Sono e Disposição ($p=0,0084$). As Medidas de Gravidade foram também afetadas por essa variável ($p=0,0006$).

Quadro 1 – Comparação entre os domínios do questionário King’s Health Questionnaire e os tipos de incontinência urinária, Campinas, São Paulo, Brasil, 2016

Domínio	IUE	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	Valor de p*
PGS	Sim	62	38,71	19,03	0,00	25,00	25,00	50,00	75,00	0,8376
	Não	14	39,29	21,29	25,00	25,00	25,00	50,00	75,00	
II	Sim	62	62,37	33,32	0,00	33,33	66,67	100,00	100,00	0,6887
	Não	14	59,52	32,50	33,33	33,33	33,33	100,00	100,00	
LAD	Sim	59	42,37	34,51	0,00	16,67	33,33	66,67	100,00	0,8465
	Não	13	42,31	41,73	0,00	0,00	33,33	83,33	100,00	
LF	Sim	59	40,68	35,32	0,00	0,00	33,33	66,67	100,00	0,6724
	Não	12	37,50	42,71	0,00	0,00	25,00	83,33	100,00	
LS	Sim	50	22,44	26,98	0,00	0,00	11,11	33,33	88,89	0,9835
	Não	10	25,56	32,73	0,00	0,00	11,11	55,56	77,78	
RP	Sim	32	30,21	32,91	0,00	0,00	33,33	41,67	100,00	0,3339
	Não	8	52,08	48,34	0,00	0,00	58,33	100,00	100,00	
E	Sim	61	38,62	32,18	0,00	11,11	33,33	66,67	100,00	0,4432
	Não	12	48,15	37,41	0,00	22,22	33,33	83,33	100,00	
SD	Sim	61	37,16	28,93	0,00	16,67	33,33	50,00	100,00	0,6067
	Não	13	32,05	28,43	0,00	16,67	33,33	33,33	100,00	
MG	Sim	58	48,16	25,07	0,00	26,67	46,67	66,67	100,00	0,4990
	Não	11	44,24	23,53	20,00	26,67	46,67	60,00	100,00	
Domínio	IUU	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	Valor de p*
PGS	Sim	42	37,50	20,10	0,00	25,00	25,00	50,00	75,00	0,4078
	Não	34	40,44	18,48	0,00	25,00	50,00	50,00	75,00	
II	Sim	42	70,63	28,71	0,00	33,33	66,67	100,00	100,00	0,0117
	Não	34	50,98	35,04	0,00	33,33	33,33	100,00	100,00	
LAD	Sim	42	50,40	34,63	0,00	33,33	41,67	83,33	100,00	0,0147
	Não	30	31,11	34,39	0,00	0,00	16,67	66,67	100,00	
LF	Sim	41	45,12	38,59	0,00	0,00	50,00	83,33	100,00	0,2564
	Não	30	33,33	32,46	0,00	0,00	33,33	66,67	100,00	
LS	Sim	36	22,53	24,70	0,00	0,00	16,67	33,33	77,78	0,6204
	Não	24	23,61	32,32	0,00	0,00	5,56	44,44	88,89	
RP	Sim	24	39,58	37,04	0,00	0,00	33,33	58,33	100,00	0,1869
	Não	18	27,08	36,45	0,00	0,00	8,33	33,33	100,00	
E	Sim	42	42,86	32,05	0,00	22,22	33,33	66,67	100,00	0,3239
	Não	31	36,56	34,45	0,00	11,11	33,33	66,67	100,00	
SD	Sim	42	40,08	26,81	0,00	16,67	33,33	50,00	100,00	0,0568
	Não	32	31,25	30,75	0,00	16,67	16,67	50,00	100,00	
MG	Sim	42	51,75	24,14	0,00	33,33	53,33	73,33	93,33	0,0739
	Não	27	40,99	24,58	0,00	20,00	40,00	60,00	100,00	
Domínio	IUM	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	Valor de p*
PGS	Sim	37	38,51	20,06	0,00	25,00	25,00	50,00	75,00	0,9096
	Não	39	39,10	18,84	0,00	25,00	25,00	50,00	75,00	
II	Sim	37	73,87	27,37	0,00	66,67	66,67	100,00	100,00	0,0020
	Não	39	50,43	34,09	0,00	33,33	33,33	100,00	100,00	
LAD	Sim	36	50,93	33,79	0,00	33,33	50,00	75,00	100,00	0,0259
	Não	36	33,80	35,74	0,00	0,00	16,67	66,67	100,00	
LF	Sim	35	48,57	38,00	0,00	0,00	66,67	83,33	100,00	0,0802
	Não	36	31,94	33,18	0,00	0,00	25,00	58,33	100,00	
LS	Sim	31	23,66	24,97	0,00	0,00	22,22	33,33	77,78	0,3796
	Não	29	22,22	30,86	0,00	0,00	0,00	44,44	88,89	

Continua

Quadro 1 (cont.)

Domínio	IUM	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	Valor de p*
RP	Sim	20	35,83	34,32	0,00	0,00	33,33	50,00	100,00	0,5271
	Não	20	33,33	40,10	0,00	0,00	25,00	58,33	100,00	
E	Sim	36	44,83	32,20	0,00	22,22	33,33	72,22	100,00	0,2821
	Não	37	36,64	33,83	0,00	11,11	33,33	66,67	100,00	
SD	Sim	36	41,20	27,74	0,00	16,67	33,33	50,00	100,00	0,0668
	Não	36	31,58	29,20	0,00	16,67	16,67	50,00	100,00	
MG	Sim	36	54,63	24,21	0,00	36,67	60,00	73,33	100,00	0,0104
	Não	33	39,80	23,18	0,00	20,00	33,33	60,00	100,00	
Domínio	Enurese Noturna	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	Valor de p*
PGS	Sim	23	41,30	20,79	0,00	25,00	50,00	50,00	75,00	0,4622
	Não	55	37,74	18,75	0,00	25,00	25,00	50,00	75,00	
II	Sim	23	72,46	27,80	33,33	33,33	66,67	100,00	100,00	0,0742
	Não	53	57,23	34,20	0,00	33,33	66,67	100,00	100,00	
LAD	Sim	24	59,72	38,04	0,00	33,33	66,67	100,00	100,00	0,0063
	Não	48	33,68	31,23	0,00	0,00	33,33	58,33	100,00	
LF	Sim	23	55,07	36,73	0,00	16,67	66,67	100,00	100,00	0,0163
	Não	48	32,99	34,29	0,00	0,00	25,00	66,67	100,00	
LS	Sim	20	30,00	32,66	0,00	0,00	22,22	66,67	77,78	0,3558
	Não	40	19,44	24,62	0,00	0,00	11,11	33,33	88,89	
RP	Sim	13	30,77	35,25	0,00	0,00	33,33	33,33	100,00	0,7300
	Não	27	36,42	38,13	0,00	0,00	33,33	66,67	100,00	
E	Sim	24	55,09	33,65	0,00	27,78	55,56	88,89	100,00	0,0070
	Não	49	32,88	30,43	0,00	11,11	33,33	44,44	100,00	
SD	Sim	24	47,22	33,21	0,00	16,67	41,67	75,00	100,00	0,0625
	Não	51	31,00	24,97	0,00	16,67	33,33	50,00	100,00	
MG	Sim	22	60,61	25,52	13,33	46,67	63,33	80,00	100,00	0,0048
	Não	47	41,42	22,02	0,00	20,00	40,00	60,00	86,67	

Nota: PGS - Percepção Geral de Saúde, II - Impacto da Incontinência Urinária, LAD - Limitações de Atividades Diárias, LF - Limitações Físicas, LS - Limitações Sociais, RP - Relações Pessoais, E - Emoções, SD - Sono/Disposição, MG - Medidas de Gravidade. *p-valor obtido por meio do teste de Mann-Whitney

Quadro 2 – Comparação entre os domínios do questionário King's Health Questionnaire e aspectos relacionados à atividade sexual, Campinas, São Paulo, Brasil, 2016

Domínio	Atividade Sexual	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	Valor de p*
PGS	Sim	39	38,46	19,74	0,00	25,00	25,00	50,00	75,00	0,9051
	Não	37	39,19	19,13	0,00	25,00	25,00	50,00	75,00	
II	Sim	39	64,10	29,99	0,00	33,33	66,67	100,00	100,00	0,6275
	Não	37	59,46	36,12	0,00	33,33	66,67	100,00	100,00	
LAD	Sim	39	43,16	34,98	0,00	16,67	33,33	66,67	100,00	0,7827
	Não	33	41,41	36,83	0,00	0,00	33,33	66,67	100,00	
LF	Sim	39	41,88	36,25	0,00	0,00	33,33	66,67	100,00	0,5955
	Não	33	38,02	36,96	0,00	0,00	33,33	66,67	100,00	
LS	Sim	34	25,82	28,13	0,00	0,00	22,22	44,44	77,78	0,3390
	Não	26	19,23	27,32	0,00	0,00	11,11	22,22	88,89	
RP	Sim	34	34,80	34,66	0,00	0,00	33,33	50,00	100,00	-
	Não	6	33,33	51,64	0,00	0,00	0,00	100,00	100,00	
E	Sim	38	42,40	32,25	0,00	11,11	33,33	66,67	100,00	0,4515
	Não	35	37,78	34,11	0,00	11,11	33,33	68,67	100,00	
SD	Sim	39	38,03	28,08	0,00	16,67	33,33	50,00	100,00	0,3647
	Não	35	34,29	29,69	0,00	16,67	16,67	50,00	100,00	
MG	Sim	35	50,29	23,17	0,00	33,33	46,67	66,67	93,33	0,3133
	Não	34	44,71	26,24	0,00	20,00	43,33	60,00	100,00	

Continua

Quadro 2 (cont.)

Domínio	Falta de lubrificação vaginal	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	Valor de p*
PGS	Sim	32	36,72	21,05	0,00	25,00	25,00	50,00	75,00	0,7290
	Não	22	38,64	16,77	25,00	25,00	25,00	50,00	75,00	
II	Sim	32	62,50	32,52	0,00	33,33	66,67	100,00	100,00	0,7319
	Não	22	65,15	34,85	0,00	33,33	66,67	100,00	100,00	
LAD	Sim	32	38,54	34,51	0,00	8,33	33,33	66,67	100,00	0,5663
	Não	21	45,24	37,69	0,00	16,67	33,33	66,67	100,00	
LF	Sim	31	31,72	33,98	0,00	0,00	16,67	66,67	100,00	0,1260
	Não	21	47,62	38,47	0,00	16,67	33,33	66,67	100,00	
LS	Sim	29	19,16	23,17	0,00	0,00	11,11	33,33	77,78	0,3344
	Não	15	28,15	29,36	0,00	0,00	22,22	55,56	77,78	
RP	Sim	19	26,32	33,48	0,00	0,00	16,67	50,00	100,00	0,1229
	Não	16	42,71	34,94	0,00	25,00	33,33	66,67	100,00	
E	Sim	31	34,41	31,99	0,00	0,00	33,33	55,56	100,00	0,0548
	Não	21	50,26	29,53	0,00	33,33	44,44	66,67	100,00	
SD	Sim	32	32,81	28,55	0,00	16,67	33,33	50,00	100,00	0,1732
	Não	21	43,65	29,10	0,00	16,67	33,33	66,67	100,00	
MG	Sim	28	47,62	25,58	0,00	30,00	46,67	60,00	100,00	0,8154
	Não	21	48,89	26,02	0,00	33,33	46,67	60,00	100,00	
Domínio	Dispareunia	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	Valor de p*
PGS	Sim	25	41,00	20,26	0,00	25,00	50,00	50,00	75,00	0,4982
	Não	23	36,96	21,15	0,00	25,00	25,00	50,00	75,00	
II	Sim	25	64,00	33,22	0,00	33,33	66,67	100,00	100,00	0,8196
	Não	23	62,32	32,26	0,00	33,33	66,67	100,00	100,00	
LAD	Sim	25	37,33	32,73	0,00	16,67	33,33	66,67	100,00	0,3068
	Não	21	49,21	38,90	0,00	16,67	33,33	100,00	100,00	
LF	Sim	25	37,33	35,12	0,00	0,00	33,33	66,67	100,00	0,3828
	Não	20	47,50	38,34	0,00	8,33	50,00	75,00	100,00	
LS	Sim	21	22,75	24,21	0,00	0,00	22,22	33,33	77,78	0,8044
	Não	18	23,46	28,74	0,00	0,00	11,11	44,44	77,78	
RP	Sim	19	27,19	34,79	0,00	0,00	16,67	50,00	100,00	0,2013
	Não	15	37,78	31,16	0,00	16,67	33,33	50,00	100,00	
E	Sim	24	37,96	31,58	0,00	11,11	33,33	66,67	100,00	0,2914
	Não	21	47,09	30,41	0,00	22,22	44,44	66,67	100,00	
SD	Sim	25	39,33	28,82	0,00	16,67	33,33	50,00	100,00	0,7961
	Não	21	42,86	30,08	0,00	16,67	33,33	66,67	100,00	
MG	Sim	21	51,43	23,68	0,00	40,00	53,33	60,00	93,33	0,7519
	Não	21	50,79	27,61	0,00	33,33	46,67	73,33	100,00	
Domínio	IU Coital	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	Valor de p*
PGS	Sim	20	33,75	20,32	0,00	25,00	25,00	50,00	75,00	0,3772
	Não	30	40,83	20,22	25,00	25,00	25,00	50,00	75,00	
II	Sim	20	66,67	34,20	0,00	33,33	66,67	100,00	100,00	0,4910
	Não	30	61,11	31,66	0,00	33,33	66,67	100,00	100,00	
LAD	Sim	20	54,17	38,95	0,00	16,67	66,67	91,67	100,00	0,1783
	Não	29	38,51	33,95	0,00	16,67	33,33	66,67	100,00	
LF	Sim	19	46,49	39,51	0,00	0,00	66,67	83,33	100,00	0,5653
	Não	28	38,10	34,50	0,00	8,33	33,33	66,67	100,00	
LS	Sim	16	33,33	32,96	0,00	0,00	16,67	66,67	77,78	0,2181
	Não	25	18,67	23,73	0,00	0,00	11,11	22,22	77,78	
RP	Sim	15	43,33	36,08	0,00	16,67	33,33	83,33	100,00	0,1994
	Não	22	30,30	37,67	0,00	0,00	16,67	50,00	100,00	
E	Sim	20	43,89	27,57	0,00	27,78	33,33	61,11	100,00	0,9579
	Não	28	44,44	35,14	0,00	11,11	38,89	72,22	100,00	

Continua

Quadro 2 (cont.)

SD	Sim Não	20 29	44,17 36,21	30,24 30,88	0,00 0,00	25,00 16,67	33,33 33,33	58,33 50,00	100,00 100,00	0,2545
MG	Sim Não	18 26	53,33 49,49	27,44 24,01	0,00 0,00	33,33 33,33	53,33 46,67	80,00 66,67	100,00 100,00	0,6483
Domínio	Mudanças na atividade sexual devido à IU	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	Valor de p*
PGS	Sim Não	13 30	32,69 37,50	18,78 19,42	0,00 0,00	25,00 25,00	25,00 25,00	50,00 50,00	50,00 75,00	0,6740
II	Sim Não	13 30	82,05 53,33	22,01 32,28	33,33 0,00	66,67 33,33	100,00 33,33	100,00 66,67	100,00 100,00	0,0069
LAD	Sim Não	13 29	51,28 37,93	39,36 34,76	0,00 0,00	16,67 16,67	66,67 33,33	83,33 50,00	100,00 100,00	0,3595
LF	Sim Não	13 29	69,23 28,16	34,59 31,53	0,00 0,00	50,00 0,00	83,33 16,67	100,00 50,00	100,00 100,00	0,0015
LS	Sim Não	11 24	37,37 17,59	28,66 24,72	0,00 0,00	11,11 0,00	33,33 0,00	66,67 27,78	77,78 77,78	0,0235
RP	Sim Não	10 23	63,33 18,12	31,23 24,57	16,67 0,00	33,33 0,00	58,33 0,00	100,00 33,33	100,00 100,00	0,0004
E	Sim Não	13 28	72,65 26,19	20,60 23,27	33,33 0,00	55,56 11,11	66,67 22,22	88,89 33,33	100,00 100,00	<0,0001
SD	Sim Não	13 29	56,41 33,33	25,04 28,87	16,67 0,00	50,00 16,67	50,00 33,33	66,67 33,33	100,00 100,00	0,0084
MG	Sim Não	13 25	71,28 40,00	23,16 21,52	20,00 0,00	60,00 26,67	73,33 40,00	86,67 53,33	100,00 80,00	0,0006

Nota: PGS - Percepção Geral de Saúde, II - Impacto da Incontinência Urinária, LAD - Limitações de Atividades Diárias, LF - Limitações Físicas, LS - Limitações Sociais, RP - Relações Pessoais, E - Emoções, SD - Sono/Disposição, MG - Medidas de Gravidade, IU - Incontinência Urinária. *p-valor obtido por meio do teste

DISCUSSÃO

A IU pode afetar a QV da mulher e o seu bem-estar psicológico e social⁽⁹⁾ e isso depende da severidade e do tipo de incontinência, assim como do número de episódios de perdas urinárias das mulheres acometidas por esses sintomas⁽²⁾. Por se tratar de um problema cuja etiologia é multifatorial, a IU compromete diversas dimensões relacionadas à QV da vida da mulher, como condição física, função cognitiva, satisfação sexual, atividades cotidianas, bem-estar emocional e vida familiar e social⁽¹⁰⁾. Podem estar presentes sentimentos de embaraço, angústia e estresse devido à IU, autoconfiança prejudicada e receio de que outras pessoas percebam⁽¹¹⁾.

Apesar de sua alta prevalência e das repercussões negativas na qualidade de vida⁽³⁾, ainda há escassez de serviços especializados na rede pública aptos a prestar atendimento a essas mulheres, sendo o PRAP uma iniciativa pioneira. Contudo, alguns fatores podem influenciar a baixa procura por atendimento, como vergonha, crença de que a IU faz parte do processo de envelhecimento, entre outros. Soma-se a isso o fato de que o atendimento é realizado uma vez por semana, até quatro consultas por dia, com acompanhamento de cada paciente por 12 semanas ou mais, o que restringe a capacidade de atendimentos.

No presente estudo, observou-se que a enurese noturna afetou quatro domínios do KHQ: Limitação nas Atividades Diárias, Limitações Físicas e Emoções, além das Medidas de Gravidade, como observado em pesquisa anterior⁽¹²⁾, na qual mulheres com enurese noturna apresentaram pior QV. Já a IUU afetou os domínios

Impacto da Incontinência e Limitações nas Atividades Diárias. A IUM, além desses, afetou também Medidas de Gravidade. Uma vez que IUM é uma situação em que a pessoa apresenta queixa de IUE e IUU, era esperado que os resultados fossem semelhantes aos encontrados para os casos de IUU que, pela imprevisibilidade de ocorrência dos episódios de perda urinária, podem causar maior constrangimento. Além disso, a perda de urina em situações de esforço pode explicar o maior número de domínios afetados em comparação com a IUU. Na IUM, por apresentar a IUU como um de seus componentes, o impacto na QV dessas mulheres pode ser particularmente importante, uma vez que a IUU aumenta com a idade e torna-se o tipo mais prevalente entre idosas⁽¹⁾. Os achados são semelhantes aos de um estudo realizado com mulheres espanholas⁽¹³⁾, no qual foi observado que as dimensões da QVRS referentes às atividades de vida diária (trabalhar, estudar, realizar atividades domésticas, entre outras) e ao autocuidado (banhar-se e vestir-se) foram piores nas incontinentes.

A IUE não afetou qualquer domínio do KHQ, como demonstrado em estudo anterior⁽¹⁴⁾, em que as mulheres com perdas urinárias de média a moderada quantidade tinham maiores escores nos questionários de avaliação da QV e, quanto menos severos os sintomas de perda de urina, maior era sua satisfação sexual. Além disso, mulheres com IUE, quando comparadas àquelas com IUU, não tinham sua QV afetada significativamente, o que está em acordo com o observado no presente estudo.

Estudo realizado na Turquia⁽⁹⁾ mostrou resultados semelhantes, exceto em relação à IUE, provavelmente porque as mulheres eram

idosas, com idade média de 77 anos. Nesse sentido, sabe-se que as alterações decorrentes do envelhecimento na sustentação uretral são mais proeminentes e aumentam a susceptibilidade a este tipo de incontinência. Mulheres sem IUE apresentaram melhor QV, assim como aquelas que não apresentavam IUU ou IUM⁽⁹⁾.

A perda de urina durante a relação sexual pode levar a uma desarmonia entre o casal e comprometer a atividade sexual, por causar constrangimento, vergonha e baixa autoestima, afetando a QV⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. De fato, apesar das mulheres com IU coital não terem a QV afetada, quando avaliada pelo KHQ, a variável 'mudanças na atividade sexual' afetou seis domínios da KHQ, além das Medidas de Gravidade. Embora mais da metade das mulheres com vida sexual ativa tenha a avaliada como boa ou ótima, para aproximadamente 46% era considerada regular ou péssima, o que se mostrou condizente com estudo realizado no Brasil, no qual a dificuldade de atingir o orgasmo, a falta de desejo sexual e dispareunia foram mais comuns em mulheres incontinentes⁽¹⁴⁾. De forma semelhante, outro estudo com mulheres brasileiras atendidas em clínicas de uroginecologia observou que mais de 64% daquelas sexualmente ativas sofriam de disfunção sexual - a maioria casada (73%), não hipertensa (73,8%) ou diabética (91,5%)⁽¹⁶⁾, perfil semelhante ao do presente estudo.

Do grupo de mulheres sexualmente ativas no estudo de Karbage et al.⁽¹⁶⁾, 48,3% referiram IU coital: 68,3% com a penetração, 27% com o orgasmo e 4,7% em ambas as situações. Além disso, 58% referiram que o medo de perdas urinárias interferia negativamente na relação sexual às vezes, usualmente ou sempre. Mulheres com IU coital tiveram pior função sexual que as sem IU coital; a IU coital estava associada com baixa excitação sexual e orgasmo infrequente, e a prevalência de IU coital foi de 45%. No presente estudo, houve prevalência de IU coital semelhante: 38%.

Interessante observar que a mudança da atividade sexual em virtude da IU afetou seis domínios do KHQ e as Medidas de Gravidade, elevando os seus escores, o que indica pior QV, pois a mulher incontinente sente-se envergonhada, sem confiança e frustrada⁽¹⁶⁾. Embora a perda de urina durante a relação sexual não tenha afetado os domínios do KHQ, ao contrário de outro estudo⁽¹⁷⁾, a mudança da atividade sexual é um aspecto que deve ser investigado durante o cuidado à pessoa com IU. Além disso, o bem-estar é menor nas mulheres que referem IU e diminui com a sua severidade, notando-se redução da QVRS⁽¹⁸⁾. O impacto da IU na sexualidade pode estar associado não apenas com a perda urinária, mas, também, com a insegurança psicológica e piora da autoimagem diante da condição de embarço, que pode ser mais frequente em pacientes com IU severa⁽¹⁹⁾.

O atual estudo confirma a correlação positiva do ICIQ-SF com quase todos os domínios do KHQ, exceto Relações Pessoais e Percepção Geral de Saúde. No estudo de Tamanini et al.⁽⁷⁾, que realizou a validade de constructo do ICIQ-SF usando o KHQ, também foi observada associação moderada entre os resultados obtidos por meio da aplicação dos dois instrumentos, talvez em decorrência das diferenças entre ambos. O KHQ avalia 'problemas de bexiga', ou seja, inclui outros sintomas do trato urinário inferior além da IU e possui escalas de pontuações diferentes, com maior número de itens⁽⁷⁾.

Os achados obtidos neste estudo confirmam os resultados de outras pesquisas, embora tenham sido realizados mediante

a aplicação de diferentes questionários, e demonstram impacto negativo da IU em várias dimensões da vida dessas mulheres. Estudo transversal⁽²⁰⁾ observou associação negativa forte nas dimensões da QV relacionadas com energia, isolamento social e mobilidade física. O fato de afetar a energia sugere que a IU é uma doença crônica, que afeta a vida diária em vários momentos, e poderia explicar a percepção de lassitude que contribui para a não procura de assistência⁽²⁰⁾.

O isolamento social pode ser associado com IU devido a problemas como odor, necessidade de troca de proteção e consequente recusa de visitar locais públicos, o que provavelmente limita o contato com outras pessoas. A atividade física pode ser afetada devido a idas frequentes ao banheiro e risco de perda urinária durante o esforço. O domínio Relações Pessoais do KHQ pode estar relacionado aos aspectos de vida familiar e sexual⁽²¹⁾. O impacto da IU na vida social restringe a ida da mulher a lugares públicos, viagens, dormir fora de casa e visitar amigos, devido ao odor de urina e à possibilidade de não haver local adequado para a micção e higiene pessoal^(10,14). Em estudo anterior⁽¹⁴⁾, a QV mensurada pelo KHQ mostrou maiores escores nos domínios Impacto da Incontinência (57,14) e Medidas de Gravidade (45,71) e foram encontrados resultados semelhantes entre os diferentes tipos de IU e os domínios do KHQ.

Optou-se por analisar as variáveis sociodemográficas apenas em relação aos domínios do KHQ, por ser o mais amplo e específico QVRS para problemas urinários⁽²¹⁾. Encontraram-se correlações fracas entre alguns domínios e as variáveis idade e peso. As correlações negativas da idade com os domínios Limitações Sociais e Sono e Disposição podem indicar que a IU afeta mais as pessoas jovens, tanto por serem mais ativas socialmente como pelo fato da IU ser considerada culturalmente um fenômeno inerente ao envelhecimento⁽³⁾, mas essa é uma suposição que ainda precisa ser confirmada.

Embora o presente artigo não apresente os resultados obtidos no que se refere ao atendimento realizado no PRAP por não ser este um objetivo proposto, a análise dos dados coletados mostra que eles são relevantes para o planejamento e avaliação da assistência. De fato, Nystrom et al.⁽²²⁾ evidenciaram que instrumentos validados são capazes de mensurar a melhora clinicamente relevante da IU, quando se realiza a avaliação no início e ao final do tratamento.

Limitações do estudo

Embora os resultados deste estudo mostrem associações, elas precisam ser investigadas em estudos longitudinais. As análises múltiplas e o tamanho amostral pequeno impossibilitaram a exclusão de mulheres com mais de um tipo de IU, para que as análises fossem realizadas separadamente, de acordo com o tipo de IU apresentada. Além disso, não foram utilizados questionários validados para avaliação da atividade sexual.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

O perfil das mulheres atendidas no Programa é semelhante ao de outros estudos e os resultados encontrados são confirmados por outras pesquisas, permitindo que possam, pelo menos em parte, ser generalizados^(9,12-16,20).

A avaliação da QV das mulheres com IU por meio de questionários validados é importante para o planejamento e avaliação da assistência de enfermagem, pois mensura a melhora clinicamente relevante da IU. Como os dois questionários apresentam correlação, pode-se utilizar aquele que o serviço considere mais adequado. O tratamento apropriado, por sua vez, pode reduzir o impacto negativo da IU na QVRS dessas mulheres, otimizar recursos destinados aos cuidados à saúde e fomentar políticas públicas para a minimização dessa condição tão prevalente.

CONCLUSÃO

O perfil das mulheres atendidas no referido PRAP mostra que, em sua maioria ou em média, têm aproximadamente 55

anos de idade, são casadas, brancas, com IUE, IUU ou IUM, apresentam perdas urinárias de quantidade moderada a grande, diárias e diurnas. Também a maioria não tem doenças crônicas prevalentes na população em geral, embora quase metade delas relate HAS. Apenas 50,5% têm vida sexual ativa e a maioria apresenta queixas sexuais. A mudança na atividade sexual é a variável que afetou o maior número de domínios da QV avaliada pelo KHQ.

Observou-se correlação entre praticamente todos os domínios do KHQ e os escores do ICIQ-SF, exceto no domínio Relações Pessoais, confirmando o achado de estudos anteriores. Diante dos resultados, recomenda-se utilizar questionários de QVRS para avaliar este quesito no momento inicial e ao término do tratamento, a fim de mensurar o alcance dos resultados.

REFERÊNCIAS

1. Minassian VA, Sun H, Yan XS, Clarke DN, Stewart WF. The interaction of stress and urgency urinary incontinence and its effect on quality of life. *Int Urogynecol J*[Internet]. 2015[cited 2017 Sep 16];26(2):269-76. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00192-014-2505-8>
2. Kwon BE, Kim GY, Son YJ, Roh YS, You MA. Quality of life of women with urinary incontinence: a systematic literature review. *Int Neurourol J*[Internet]. 2010[cited 2017 Dec 14];14(3):133-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2998399/>
3. Sensoy N, Dogan H, Ozek B, Karaaslan L. Urinary incontinence in women: prevalence rates, risk factors and impact on quality of life. *Pak J Med Sci*[Internet]. 2013[cited 2017 Dec 14];29(3):818-22. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3809317/pdf/pjms-29-818.pdf>
4. Hewison A, McCaughan D, Watt I. Assessing quality of life with incontinence. *Nurs Times*[Internet]. 2015[cited 2017 Dec 14];111(20):21-3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26548261>
5. Tamanini JT, D'Ancona CA, Botega NJ, Rodrigues Netto Jr NJ. Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. *Rev Saúde Pública*[Internet]. 2003 [cited 2017 Sep 16];37(2):203-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n2/15287.pdf>
6. Lopes MHBM, Costa JN, Lima JLDA, Oliveira LDR, Caetano AS. Pelvic floor rehabilitation program: report of 10 years of experience. *Rev Bras Enferm*[Internet]. 2017[cited 2017 Sep 16];70(1):219-23. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/en_0034-7167-reben-70-01-0231.pdf
7. Tamanini JTN, Dambros M, D'Ancona CAL, Palma PCR, Rodrigues Netto N. Validation of the "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF) for Portuguese. *Rev Saúde Pública*[Internet]. 2004[cited 2017 Sep 16];38(3):438-44. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n3/en_20662.pdf
8. Haylen BT, Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn*[Internet]. 2010[cited 2017 Sep 16];29:4-20. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nau.20798/epdf>
9. Goral Turkcu S, Kukulu K. Urinary incontinence and quality of life of women living in nursing homes in the Mediterranean region of Turkey. *Psychogeriatr*[Internet]. 2017[cited 2017 Sep 16];1-7. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/psyg.12271/epdf>
10. Faria K, Pedrosa LAK. Avaliação da qualidade de vida e função sexual de mulheres com e sem incontinência urinária. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2012[cited 2017 Sep 16];4(2):366-73. Available from: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/12486>
11. Pakgohar M, Hamid TA, Ibrahim R, Vahid-Dastjerdi M. Portrait representation of postmenopausal women's experiences of living with urinary incontinence. *J Women Aging*[Internet]. 2015[cited 2017 Sep 16];27:81-95. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08952841.2014.928145?scroll=top&needAccess=true>
12. Abdelwahab HA, Soltan EM, Metawee MA, Sherief MH, Metwally AH. Nocturnal Enuresis in women and its relation to urinary incontinence. *Arab J Urol*[Internet]. 2015[cited 2017 Sep 16];13(3):199-202. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2090598X15000418?via%3Dihub>
13. Villoro R, Merino M, Hidalgo-Vega A, Jimenez M, Martinez L, Aracil J. Women with urinary incontinence in Spain: health-related quality of life and the use of healthcare resources. *Maturitas*[Internet]. 2016 [cited 2017 Sep 16];94:52-7. Available from: [http://www.maturitas.org/article/S0378-5122\(16\)30194-3/fulltext](http://www.maturitas.org/article/S0378-5122(16)30194-3/fulltext)
14. Senra C, Pereira MG. Quality of life in women with urinary incontinence. *Rev Assoc Med Bras*[Internet]. 2015 [cited 2017 Sep 16];61(2):178-83. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v61n2/0104-4230-ramb-61-02-0178.pdf>

15. Caruso S, Brescia R, Matarazzo MG, Giunta G, Rapisarda AMC, Cianci A. Effects of urinary incontinence subtypes on women's sexual function and quality of life. *Urology*[Internet]. 2017 [cited 2017 Sep 16];pii. Available from: [http://www.goldjournal.net/article/S0090-4295\(17\)30646-5/pdf](http://www.goldjournal.net/article/S0090-4295(17)30646-5/pdf)
16. Karbage SAL, Santos ZMSA, Frota MA, Moura HJ, Vasconcelos CTM, Vasconcelos Neto JA, et al. Quality of life of Brazilian women with urinary incontinence and the impact of their sexual function. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*[Internet]. 2016[cited 2017 Sep 16];201:56-60. Available from [http://www.ejog.org/article/S0301-2115\(16\)30115-4/pdf](http://www.ejog.org/article/S0301-2115(16)30115-4/pdf)
17. Gray T, Li W, Campbell P, Jha S, Radley S. Evaluation of coital incontinence by electronic questionnaire: prevalence, associations and outcomes in women attending a urogynaecology clinic. *Int Urogynecol J*[Internet]. 2017[cited 2017 Sep 16];[ahead of print]. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00192-017-3380-x>
18. Smith AP. Female urinary incontinence and wellbeing: results from a multi-national survey. *BMC Urol*[Internet]. 2016[cited 2017 Sep 16];16(1):22. Available from: <https://bmcurol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12894-016-0140-z>
19. Felipe MR, Zambon JP, Girotti ME, Burti JS, Hacad CR, Cadamuro L, et al. What is the real impact of urinary incontinence on female sexual dysfunction? a case control study. *Sex Med*[Internet]. 2017[cited 2017 Sep 16];5(1):e54-e60. Available from: [http://www.smoa.jsexmed.org/article/S2050-1161\(16\)30070-8/pdf](http://www.smoa.jsexmed.org/article/S2050-1161(16)30070-8/pdf)
20. Bedrednova D, Fritel X, Zins M, Ringa V. The effect of urinary incontinence on health-related Quality of Life: is it similar in men and women? *Urology*[Internet]. 2016[cited 2017 Sep 16];91:83-9. Available from: [http://www.goldjournal.net/article/S0090-4295\(15\)01186-3/pdf](http://www.goldjournal.net/article/S0090-4295(15)01186-3/pdf)
21. Fitz FF, Costa TF, Yamamoto DM, Resende APM, Stupp L, Sartori MGF, et al. Impacto do treinamento dos músculos do assoalho pélvico na qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. *Rev Assoc Med Bras*[Internet]. 2012[cited 2017 Sep 27];58(2):155-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n2/v58n2a10.pdf>
22. Nystrom E, Sjostrom M, Stenlund H, Samuelsson E. ICIQ symptom and quality of life instruments measure clinically relevant improvements in women with stress urinary incontinence. *Neurourol Urodynam*[Internet]. 2015[cited 2017 Sep 16];34(8):747-51. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nau.22657/epdf>