

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

JOSÉ TADEU CARVALHO MARTINS

**PROPOSTA DE DIRETRIZ CLÍNICA DE ATENÇÃO À MULHER COM
INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE**

**VITÓRIA
2015**

JOSÉ TADEU CARVALHO MARTINS

**PROPOSTA DE DIRETRIZ CLÍNICA DE ATENÇÃO À MULHER COM
INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientador: Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva

VITÓRIA

2015

Dados internacionais de Catalogação -na- Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

M386p Martins, José Tadeu Carvalho.
Proposta de diretriz clínica de atenção à mulher com
incontinência urinária na política pública de saúde./ José Tadeu
Carvalho Martins. - 2015.
135f.

Orientador (a): Prof.º Dr.º Valmin Ramos da Silva.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e
Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2015.

1. Incontinência urinária. 2. Estudo urodinâmico. 3. Políticas
públicas. I. Silva, Valmin Ramos da. II. Escola Superior de
Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM.
III. Título.

CDU: 618.1

JOSÉ TADEU CARVALHO MARTINS

**PROPOSTA DE DIRETRIZ CLÍNICA DE ATENÇÃO À MULHER COM
INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 25 de agosto de 2015.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientador

Prof^a. Dra. Ângela Maria Caulyt Santos da Silva

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Avaliadora Interna

Prof. Dr. Luiz Alberto Sobral Vieira Junior

Universidade Federal do Espírito Santo
Avaliador Externo

Às minhas esposa e filha, pelo apoio incondicional em toda minha jornada.

Aos meus pais, pela luta diária de aprimoramento e trabalho.

Aos meus familiares, pela compreensão e incentivo, mesmo quando não pude compartilhar dos momentos em família devido a compromissos profissionais.

Aos meus professores, de quem carrego ensinamentos que são para toda a vida.

Aos meus amigos, pelo companheirismo e cumplicidade.

Ao meu Deus, por sempre me sustentar nos momentos mais difíceis da minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Escola Superior de Ciências da Santa Casa e a todos os seus funcionários e alunos, por me acolher e fazer de suas dependências a minha segunda casa.

Ao diretor clínico do Urocentro, Dr. Paulo de Oliveira Cesar, pela confiança em minha capacidade.

Ao Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva, meu orientador, por sua dedicação constante ao ensino e à pesquisa, compartilhando um pouco de sua vasta experiência e sabedoria e contribuindo imensamente na elaboração deste estudo.

À secretária do Centro de Pós-Graduação da EMESCAM, Yára Mussiello Barcellos, por todo o auxílio e companheirismo.

Ao meu pai, Fernando Martins de Oliveira, pelo exemplo de caráter, competência, profissionalismo, ética e dedicação, que me norteia desde meus primeiros passos.

À minha mãe, Therezinha Carvalho Martins de Oliveira, pela harmonia ao lidar com os obstáculos de muitos e por alegrar nossos espíritos diariamente.

À minha esposa, Jane Quintão de Souza Martins, por estar ao meu lado nas horas boas e ruins, pelos ensinamentos compartilhados e pelo amor dedicado.

À minha filha, Olívia, por compreender quando o papai não podia estar ao seu lado porque estava se dedicando aos estudos e ao trabalho.

“Tudo tem seu tempo determinado, e há tempo para todo o propósito debaixo do céu. Existe tempo para plantar e tempo para arrancar o que se plantou.”

(Provérbios 3:1, 2)

RESUMO

A incontinência urinária é definida como qualquer perda involuntária de urina, sendo a sua incidência subestimada pela escassez de estudos epidemiológicos no Brasil. Estima-se que o problema de incontinência urinária afeta cerca de 200 milhões de pessoas em todo o mundo. O distúrbio da micção tem sido crescentemente reconhecido como tendo fortes impactos biológicos e psicossociais, associados à diminuição da qualidade de vida. Por outro lado, as consequências na saúde, relacionadas à incontinência urinária, são variadas e incluem quadros depressivos, dermatites, aumento do número de fraturas e perturbações do sono. Apesar de reconhecidamente implicar perturbações diárias, muitas vezes são ocultadas pelos afetados, e as queixas não são valorizadas na anamnese realizada por médicos generalistas, contribuindo para a ausência ou retardo no diagnóstico. Assim, uma grande proporção dos indivíduos não se beneficia de cuidados médicos adequados que poderiam resolver ou atenuar esse problema. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi caracterizar a população avaliada e demonstrar que a realização da anamnese e a aplicação de um instrumento de avaliação padronizado, para caracterizar as perdas urinárias, podem reduzir significativamente as indicações dos estudos urodinâmico. Foram realizados dois estudos simultaneamente, o primeiro, retrospectivo, descritivo, quantitativo e de corte transversal sendo incluídas todas as pacientes com diagnóstico prévio de incontinência urinária que realizaram o exame de urodinâmica no período de primeiro de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2013. O segundo estudo, independente do primeiro, foi prospectivo, descritivo, quantitativo, sendo a amostra determinada através de amostragem aleatória simples, partindo de uma amostra piloto de 85 casos para o cálculo do desvio padrão com valor de 27,8, obtendo um número de casos necessários de 186 pacientes, foram incluídas as pacientes com a requisição médica para a realização do exame de urodinâmico, com diagnóstico preliminar de incontinência urinária, entre o período de primeiro de agosto de 2014 até 30 de junho de 2015, quando se obteve um número total de 189 pacientes. Os resultados demonstram um maior acesso ao estudo urodinâmico para as mulheres brancas com maior nível de escolaridade, e a possibilidade de redução das indicações do estudo urodinâmico com o uso do questionário associado à utilização de diretriz para classificação das incontinências urinárias.

Palavras-chave: Incontinência urinária; Estudo urodinâmico; Otimização do acesso; Políticas públicas.

ABSTRACT

Urinary incontinence is defined as any involuntary loss of urine, and its incidence is underestimated by the shortage of epidemiological studies in Brazil. It is estimated that the problem of urinary incontinence affects about 200 million people worldwide. In the United States costs associated with urination disorders are approximately 4.4 million dollars annually, including diagnosis, routine care and treatment. The urination disorder has been increasingly recognized as having strong biological and psychosocial impacts, associated with decreased quality of life, affecting social, psychological, physical and sexual aspects. On the other hand, the health consequences related to incontinence are varied and include depression, dermatitis associated with incontinence, increase of the number of fracture and sleep disturbances. Although it admittedly involves daily disturbances they often are hidden by the affected and forgotten by those who provide health care, frequently generating a sub diagnosis. Therefore a large proportion of individuals do not benefit from adequate medical care that could solve or mitigate the problem. In this sense, the goal of this study is to demonstrate the correct use of a good anamnesis; physical examination and application of specific questionnaire can significantly reduce the indications of urodynamic studies. Two studies were carried out at the same time, the first, retrospective, descriptive, quantitative, and of cross section being included all patients with previous diagnosis of urinary incontinence who performed the urodynamics examination in the period of January 1, 2010 to December 31, 2013. The second study, independent of the first, was prospective, descriptive, quantitative, being the sample determined by simple random sampling from a pilot sample of 85 cases for the calculation of the standard deviation with value of 27.8, obtaining a number of cases of 186 patients, the patients were included with the request for medical examination of preliminary diagnosis of urinary incontinence, between the period of 1 August 2014 until June 30, 2015, when it obtained a total number of 189 patients. The results show a greater access to the urodynamic study for white women with a higher education level, and the possibility of reduction of the urodynamic study with the use of the questionnaire associated with use of guideline to classification of urinary incontinence.

Keywords: Urinary incontinence; Urodynamic studies; Optimization of access; Public policy.

LISTA DE SIGLAS

AAU – Associação Americana de Urologia

AEU – Associação Européia de Urologia

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

EUA – Estados Unidos da América

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICS – Sociedade Internacional de Continência

ICIQ-SF – International Consultation on Incontinence Questionare – Short Form

IU – Incontinência Urinária

IUE – Incontinência Urinária de Esforço

IUF – Incontinência Urinária Funcional

IUM – Incontinência Urinária Mista

IUT – Incontinência Urinária Funcional

IUU – Incontinência Urinária de Urgência

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PMV – Prefeitura Municipal de Saúde

PNH – Plano Nacional de Humanização

PSF – Programa de Saúde da Família

PNSPI – Política Nacional de Saúde Pública do Idoso

PNAISI – Política Nacional de Assistência Integral à Saúde do Idoso

PNSPM – Política Nacional de Saúde Pública da Mulher

PNAISM – Política nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher

QV – Qualidade de Vida

SBU – Sociedade Brasileira de Urologia

SCMV – Santa Casa de Misericórdia de Vitória

SESA – Secretaria Estadual de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Anatomia da musculatura do assoalho pélvico feminino.....	37
Figura 2 - Orientação e sustentação da bexiga feminina.....	38
Figura 3 - Orientação para a anamnese de IU para generalista.....	47
Figura 4 - Algoritmo para o tratamento de IU para médico generalista.....	48
Figura 5 - Recomendações da EAU/SBU para a realização do exame urodinâmico como propedeutica da incontinência Urinária.....	68
Figura 6 - Média de idade das pacientes submetidas ao estudo urodinâmico (n=568).....	71
Figura 7 – Distribuição das pacientes de acordo com o número de partos naturais e submetidas ao estudo urodinâmico (n=5758).....	75
Figura 8– Distribuição das Pressões de Perdas sob Esforços (PPE) identificadas no estudo urodinâmico (n=568).....	78
Figura 9 – Média de idade das pacientes submetidas a estudo urodinâmico (n=189).....	79
Figura 10 – Distribuição das pacientes quanto ao número de partos naturais submetidas ao estudo urodinâmico (n=189).....	81
Figura 11 – Distribuição das PPE identificadas no estudo urodinâmico (n=189).....	82
Figura 12 – Distribuição das pacientes quanto à idade comparando com as perdas através da mensuração da PPE submetidas ao estudo urodinâmico (n=568).....	83
Figura 13 – Distribuição das pacientes quanto à raça, comparando com as perdas através da mensuração da PPE submetidas ao estudo urodinâmico (n=568).....	84
Figura 14 – Distribuição das pacientes quanto ao estado civil comparando com as perdas através da mensuração da PPE submetidas ao estudo urodinâmico (n=568).....	85
Figura 15 - Distribuição das pacientes quanto à escolaridade, comparando com as perdas através da mensuração da PPE submetidas ao estudo urodinâmico (n=568).....	86
Figura 16 – Distribuição das pacientes quanto ao número de partos cesarianos, comparando com as perdas através da mensuração da PPE submetidas ao estudo urodinâmico (n=568).....	86

Figura 17 - Distribuição das pacientes quanto ao número de partos naturais, comparando com as perdas através da mensuração da PPE submetidas ao estudo Urodinâmico (n=568).....	87
Figura 18 - Distribuição das pacientes quanto ao número de cirurgia pélvicas comparando com as perdas através da mensuração da PPE submetidas ao estudo urodinâmico (n=568).....	88
Figura 19 - Distribuição das pacientes quanto à presença de Contrações Não Inibidas (CNI), comparando com as perdas através da mensuração da PPE submetidas ao estudo urodinâmico (n=568).....	89
Figura 20 - Distribuição das pacientes quanto à idade, comparando com as perdas através da mensuração da PPE submetidas ao estudo urodinâmico (n=189).....	90
Figura 21 - Distribuição das pacientes quanto à raça, comparando com as perdas através da mensuração da PPE submetidas ao estudo urodinâmico (n=189).....	91
Figura 22 - Distribuição das pacientes quanto ao estado civil, comparando com as perdas através da mensuração da PPE submetidas ao estudo urodinâmico (n=189).....	91
Figura 23 - Distribuição das pacientes quanto à escolaridade, comparando com as perdas através da mensuração da PPE submetidas ao estudo urodinâmico (n=189).....	92
Figura 24 - Distribuição das pacientes quanto ao número de partos cesarianos, comparando com as perdas através da mensuração da PPE submetidas ao estudo urodinâmico (n=189).....	93
Figura 25 - Distribuição das pacientes quanto ao número de partos naturais, comparando com as perdas através da mensuração da PPE submetidas ao estudo urodinâmico (n=189).....	94
Figura 26 - Distribuição das pacientes quanto ao número de cirurgias pélvicas, comparando com as perdas através da mensuração da PPE submetidas ao estudo urodinâmico (n=189).....	95
Figura 27 - Distribuição das pacientes quanto à presença de Contrações Não Inibidas (CNI), comparando com as perdas através da mensuração da PPE submetidas ao estudo urodinâmico.....	96

Figura 28 - Análise do grau de insatisfação da qualidade de vida para as pacientes com perda urinária de acordo com as respostas da pergunta 4 do ICIQ-SF (n=189).....	100
Figura 29 - Distribuição das pacientes quanto ao tipo de perdas segundo a classificação feita com as repostas da pergunta 5 do ICIQ-SF, submetidas ao estudo urodinâmico (n=189).....	101

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Comparação das respostas à pergunta 2 do questionário ICIQ-SF, com a distribuição da PPE no estudo urodinâmico (n=189).....	98
Tabela 2 - Comparação das respostas à pergunta 03 do questionário ICIQ-SF, entre a distribuição da PPE e a presença e/ou ausência das CNI no estudo urodinâmico (n=189).....	99
Tabela 3 - Mensuração da pressão vesical urodinâmica, comparada com a classificação dos tipos de perdas de acordo com as repostas obtidas a pergunta 5 do ICIQ-SF.....	102
Tabela 4 - Avaliação proporcional da presença de CNI nos tipos de incontinências urinárias classificadas através da resposta 5 do ICIQ-SF.....	103

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Mecanismo de Continência.....	35
Quadro 2 – Principais Centros Neurológicos de Controle da Micção	36
Quadro 3 – Efeitos do hipoestrogenismo no trato urinário inferior	36
Quadro 4 - Classificação dos tipos de incontinência urinária conforme a sintomatologia e a etiologia mais comum	53
Quadro 5 - Diretriz para o encaminhamento, ou não, ao Estudo Urodinâmico, conforme as repostas obtidas a pergunta 5 do ICIQ-SF.....	104

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	24
2.1	CASUÍSTICA.....	24
2.2	MÉTODOS.....	25
2.2.1	Caracterização do local do estudo.....	28
2.2.2	Protocolo do estudo	28
2.2.3	Análise dos dados.....	29
2.2.4	Análise Estatística	29
3	REFERENCIAL TEÓRICO	31
3.1	MECANISMOS DA CONTINÊNCIA URINÁRIA	31
3.1.1	Anatomia Funcional do Assoalho Pélvico	31
3.2	INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA	39
3.2.1	Definição e Prevalência da Incontinência Urinária Feminina Contextualizada nas Políticas Públicas de Atenção às Mulheres	39
3.2.2	Classificação e Implicações Clínicas da Incontinência Urinária.....	49
3.2.3	Abordagem sobre a Qualidade de Vida das Mulheres com Incontinência Urinária e Política Pública para Mulheres.....	54
3.2.4	Estudo Urodinâmico, suas Implicações no Tratamento da IUE e o Contexto Estadual para a Realização do Exame	62
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO: CARACTERIZAÇÃO DAS PACIENTES.....	71
4.1	CARACTERIZAÇÃO DAS PACIENTES NO ESTUDO RETROSPECTIVO....	71
4.2	CARACTERIZAÇÃO DAS PACIENTES NO ESTUDO PROSPECTIVO.....	79
5	ANÁLISE COMPARATIVA DA PRESSÃO DE PERDA POR ESFORÇO COM OS DEMAIS PARAMETROS AVALIADOS.....	83

5.1 ANÁLISE COMPARATIVA DA PPE COM OS DEMAIS PARAMETROS AVALIADOS RETROSPECTIVAMENTE.....	83
5.2 ANÁLISE COMPARATIVA DA PPE COM OS DEMAIS PARÂMETROS AVALIADOS PROSPECTIVAMENTE	89
6 DIRETRIZ CLÍNICA BASEADA NA ANAMNESE, COMPARADA COM A URODINAMICA NA CLASSIFICAÇÃO DA INCONTINENCIA URINÁRIA EM MULHERES, CORFORME AS RESPOSTA OBTIDAS NO ICIQ-SF.....	97
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	105
8 REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	111
APENDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	124
APENDICE B - Termo de Consentimento de Utilização de Dados de Protuários...	126
ANEXO A - Instrumento de Avaliação.....	127
ANEXO B - Carta de Anuencia.....	129
ANEXO C - Comprovante de aprovação da pesquisa na Plataforma Brasil.....	130
ANEXO D - Parecer Consubstanciado do CEP.....	131

1 INTRODUÇÃO

A mulher moderna em sua grande maioria está submetida a dois grandes desafios, o primeiro a realização do sonho e/ou a necessidade do trabalho secular, o segundo as tarefas domésticas associadas aos cuidados necessários com a sua prole. Diante disso, qualquer agravo que mude de forma expressiva a rotina e a qualidade de vida dessas mulheres torna-se um problema considerável, cabendo a aqueles que trabalham direta ou indiretamente na saúde da mulher oferecer todas as condições necessárias para que este agravo possa ser amenizado e/ou curado. Neste sentido o estudo da incontinência urinária torna necessário e políticas públicas que favoreçam o diagnóstico e o tratamento precisam ser discriminadas tendo da Política Pública para a Saúde da Mulher.

A continência é a capacidade normal de acumular urina na bexiga, com controle consciente sobre o tempo e o lugar para urinar, diferente do que ocorre com os outros animais que urinam por reflexo neuro muscular simples (NOGUEIRA, 2008). A micção e a continência urinária são controladas por vários controles neurológicos que integram o sistema nervoso central ao sistema nervoso periférico autônomo e somático garantindo o controle voluntário do ato miccional bloqueando o reflexo miccional primário (MORENO 2004; MONTEIRO, et al., 2007).

A bexiga está localizada no interior da pelve, atrás do pube, desta separada virtualmente pelo espaço pré-vesical, apoiando sobre a musculatura do assoalho pélvico e na frente relacionado com a vagina e do colo uterino, estando separado desses órgãos por uma faixa de tecido conjuntivo denominado septo vesico-vaginal (GRAY, 1967).

O assoalho pélvico é o conjunto de estruturas que dá suporte às vísceras abdominais e pélvico, com alto grau de resistência, constituído pelos músculos coccígeos e elevadores do ânus, que conjuntamente é chamado de diafragma pélvico, sendo este atravessado à frente pela vagina e uretra e ao centro pelo canal anal (BODANESE, 2007).

A uretra é um órgão em forma de um tubo, com luz virtual, aproximadamente 3 a 5 cm de comprimento e 8 mm de diâmetro nas mulheres. O orifício interno da uretra permanece sempre fechado, exceto durante a micção. No seu trajeto, ao nível do terço médio, a uretra atravessa o diafragma pélvico, constituindo o esfíncter externo, tendo fixação através do ligamento pubo vesical e pelo espessamento da fáscia superior do diafragma urogenital (SUGIMURA, 1991). A posição anatômica da bexiga e da uretra sofre diretamente a influência da pressão intra-abdominal, sendo transmitida esta pressão para o coxim vascular submucoso auxiliando na coaptação da mucosa uretral (FORMOSA, 1994).

Com o avançar da idade, devido ao hipogonadismo gerado pela menopausa, o suporte do colo vesical, o comprimento funcional da uretra e a competência do assoalho pélvico, tende a diminuir. Ocorre então a perda da elasticidade e atrofia da mucosa uretral e colo vesical, assim como comprometimento do aporte sanguíneo e do colágeno, levando a redução da resposta muscular da uretra ao estímulo adrenérgico (REKERD et al., 1992). Além disso, pode ocorrer a diminuição da força de contração da musculatura detrusora com piora do controle gerado pelo sistema nervoso central devido ao envelhecimento cortical (GUEDES et al., 2006).

A incontinência urinária é definida como qualquer perda involuntária de urina, clinicamente demonstrável, que cause problema social ou higiênico (INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY, COMMITTEE OF STANDARDIZATION, 1991), sendo a sua incidência, incluindo adultos e crianças, relevante e em ascensão. Estudos sugerem que até 20% da população pediátrica é afetada. Esse número é ainda maior nas mulheres adultas, podendo acometer até 40% delas em alguma fase da vida. A prevalência aumenta com a idade, e erroneamente é interpretada pelas mulheres incontinentes como parte do envelhecimento. Mas, apesar disso, apenas 20% dessas mulheres tornam-se sintomáticas o bastante para necessitar de auxílio clínico. Entre os homens, a incontinência ocorre geralmente após os 65 anos devido a fatores obstrutivos infra vesicais (BARACHO, 2007; CARVALHO, 2008).

Estudos epidemiológicos revelam que a prevalência de incontinência urinária de esforço é de até 50%, a forma mista é de 30 a 40%, e a urge/incontinência varia de

10 a 20%, com os índices de prevalências variando de acordo com a idade das mulheres, onde 25% ocorrem na faixa etária entre 20 a 30 anos e 46% nas idades entre 70 a 80 anos. Em atletas e militares, devido ao esforço físico intenso, mesmo entre mulheres jovens, a perda de urina ocorre entre 28 a 51% (HIGA, 2006). Segundo Souza et al. (2007) a incontinência constitui 10,7% das queixas urinárias das pacientes que procuram os ambulatórios de ginecologia.

As mulheres têm maior probabilidade que os homens de apresentarem perda involuntária de urina, devido à condição anatômica de a uretra ser mais curta e fatores que levam saída da posição intra-abdominal como a gestação, por exemplo, entretanto o número exato de mulheres acometidas pode ser muito maior do que as estimativas atuais. Isso se deve ao fato de que a maioria sente vergonha de procurar ajuda, enquanto que outras acreditam que o problema é consequência normal do envelhecimento ou mesmo acreditam que não existe um tratamento (HUNSKAAR et al, 2005). Há também uma variação importante dessa incidência por inexistir uma padronização no tocante ao volume e à frequência da perda (FARRAR et al., 2005).

Embora a incontinência, isoladamente, não costume evoluir para a insuficiência renal, muitas vezes pode levar a transtornos psicológicos com implicações sociais, e intervir negativamente na qualidade de vida das mulheres (BARACHO, 2007). As consequências indiretas desse distúrbio contribuem para que muitas pacientes se mantenham no domicílio, deprimidas, distantes dos amigos e da própria família. Sofrem em silêncio, com medo ou vergonha de relatar o problema, ou ficam relutantes em procurar um especialista (NIJMAN, 2000; GHOBISH, 2001; WEN et al., 2001).

A incontinência diminui a qualidade de vida, tornando-a limitada, pois o uso diário de absorventes; o custo com medicações; a frequência miccional aumentada; o odor característico da urina; as restrições de determinadas atividades físicas; e as perdas de urina durante o ato sexual; tudo isso leva ao constrangimento e ao afastamento social, gerando alterações psíquicas, sociais e sexuais. É importante para o médico assistente observar a intensidade dos sintomas correlacionando com o nível socioeconômico e cultural da paciente, com o intuito de oferecer com clareza o

esclarecimento da sua condição e oferecer o tratamento mais adequado (REIS et al., 2007; GIRÃO et al., 1995).

O termo Qualidade de Vida (QV) possui muitas definições, mas este tem o intuito de avaliar o efeito de determinadas situações podem influenciar na vida das pessoas. Estão incluídos nesse contexto as condições de saúde física, as funções cognitivas, a satisfação sexual, as atividades do cotidiano, o bem estar emocional e a vida familiar e social (AUGE et al., 2006). Neste sentido, com todos os prejuízos psicológicos, sociais e econômicos, torna-se necessário a avaliação da qualidade de vida para as pacientes com incontinência urinária assim como o esclarecimento da possibilidade de tratamento de patologia.

Buscando aprimorar o diagnóstico das pacientes com incontinência é recomendado à avaliação das disfunções vesicais por meio de um método propedêutico que permita a avaliação funcional do trato urinário inferior (DONG *et al*, 2006). A avaliação do impacto da incontinência urinária e das intervenções a ela relacionadas pode ser feita de forma objetiva ou subjetiva com a utilização de instrumentos de avaliação padronizados ou por entrevista que avaliam o impacto da perda urinária na vida dos pacientes (BENT et al., 1983).

A incontinência urinária pode ser classificada como: Incontinência Urinária de Esforço (IUE), quando a perda, devido à pressão exercida sobre a bexiga e a uretra pelo esforço intra-abdominal, é maior que a resistência uretral, e esta podem ser subclassificada em Tipo I, II e III, por parâmetros videourodinâmicos e clínicos (BLAIVAS, 1994); Incontinência Urinária de Urgência (IUU), que ocorre devido à hiperatividade da musculatura vesical sem o devido bloqueio do Sistema Nervoso Central; Incontinência Urinária por Transbordamento (IUT), quando ocorre prejuízo na micção devido a uma obstrução infra vesical e acaba ocorrendo perda de urina por atravessar o limite da capacidade vesical máxima; Incontinência Urinária Mista, que é a associação da IUE e IUU; e a Incontinência Urinária Funcional (IUF), que ocorre por dificuldade em se locomover até o sanitário. A IUE, IUU e IUM ocorrem com maior frequências nas mulheres, a IUT e IUU nos homens, e a IUF ocorre em pacientes acamados (ALMEIDA et al., 2006; OLSSON et al., 1998).

As incontinências urinárias são oriundas da ineficácia da musculatura do assoalho pélvico, flacidez dos ligamentos e fáschia endopélvica, levando a presença do colo vesical e da uretra proximal para a posição intra-abdominal; idade avançada; gravidez e parto; e queda dos níveis de estrogênios na menopausa, alterando o trofismo da mucosa e do tecido conjuntivo, assim como a diminuição do coxim vascular Peri uretral, e o tônus muscular uretral (CARDOZO, 1990).

A obesidade; doença pulmonar obstrutiva crônica; tabagismo; ingestão hídrica excessiva; fatores dietéticos; constipação intestinal; incapacidade física e mental; doenças que comumente acometem os idosos, tais como acidente vascular encefálico e doença de Parkinson; cirurgias que comprometem o tônus muscular pélvico; ou danos nervosos e efeitos colaterais de medicamentos também podem colaborar para a gênese das incontinências, por aumentarem a pressão intra-abdominal ou por alteração direta da fisiologia urinária (SARTORI et al, 1995). Todos esses fatores isolados ou associados podem contribuir para o isolamento, depressão e perda da autoestima e estão direta, ou indiretamente, relacionados com a incontinência urinária (SILVA et al., 2007).

A Incontinência urinária está relacionada com o envelhecimento, já que a uretra pode torna-se rígida, e o epitélio delgado e friável devido à falta do estímulo estrogênico local. Além disso, os processos inflamatórios da porção distal também podem levar à fibrose e eversão da mucosa, gerando a carúncula uretral, o que contribui para facilitar a perda de urina (FORMOSA et al., 1994). Sendo assim, a IU precisa ser mais bem avaliada e diagnosticada com maior agilidade, tendo em vista que essa patologia é de alta prevalência e causadora de significativos custos para os cofres públicos. Nos Estados Unidos, os custos associados para diagnóstico, cuidados de rotina e tratamento das incontinências urinárias são de aproximadamente quatro milhões de dólares por ano (WAGNER, 2003).

Nesse sentido, há necessidade que as políticas públicas brasileiras, principalmente para as mulheres, e em especial para as idosas, estejam em sintonia, visto que em 2006 o relatório do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estimaram a existência de 17,6 milhões de idosos, 2/3 dessa população composta por mulheres acima de 65 anos. Quando se avalia a política do idoso, a incontinência urinária é

contemplada no protocolo normativo, com o intuito de aperfeiçoar o tratamento desses pacientes. Porém, no Plano Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres de 2005, é citado vagamente sobre - contribuir para a redução das morbidades de causas evitáveis em todos os ciclos da vida, porém nada específico para cada faixa etária, cabendo à saúde da família a triagem dessas pacientes, mas sem um protocolo específico de diagnóstico (BRASIL, 2004). Isso parece indicar que é necessário esperar o envelhecimento para, então, tratar a incontinência urinária entre as mulheres.

Políticas públicas são definidas como o Estado em ação, implantando através de programas e ações projetos voltados para a população. Porém existe uma série de critérios e interesses nas esferas governamentais para contemplar a sociedade como um todo. Há a necessidade do poder público visar o bem comum, não privilegiando grupos, porém precisa haver um olhar para se contemplar as conquistas sociais, com programas que levam a universalização da saúde (HOFLING, 2001).

Assim, estudos que analisam questões femininas e a saúde das mulheres, incluindo neste bojo as pacientes com incontinência urinária, contribuem para o reconhecimento de valor e para a superação de preconceitos que ainda atingem a mulher no seu cotidiano. Segundo Mendes, (2010) para se pensar a saúde da mulher e a elaboração de políticas que contemplem uma visão mais abrangente de saúde, que atinge em especial as mulheres que se defrontam com o envelhecimento, são necessárias não apenas tomar como parâmetro a idade cronológica, mas também as condições subjetivas e sociais que geram mudanças corporais presentes na meia idade, período que se estende aproximadamente dos 40 aos 60 anos, e que impactam na autoimagem feminina e potencializa um sofrer psicológico.

Sendo assim o objetivo primário deste estudo foi construir uma diretriz clínica que permita iniciar um tratamento empírico para mulheres com incontinência urinária de esforço, sem a necessidade do Estudo Urodinâmico e que possa ser incorporado na Política de Atenção à Mulher no SUS, para os médicos da Atenção Básica.

Como objetivo secundário buscou-se: Primeiro revisar a literatura sobre os aspectos conceituais, de diagnóstico e tratamento de incontinência urinária em mulheres, contextualizando com a política pública de acesso e serviços especializados, no atendimento à saúde da mulher. Segundo avaliar o perfil e os achados urodinâmico em uma clínica urológica em Vitória no Espírito Santo. Terceiro avaliar a qualidade de vida das pacientes com incontinência urinária através da aplicação do questionário ICIQ-SF (International Consultation Incontinence Questionnaire – Short Form). Terceiro foi avaliar a necessidade da realização do estudo urodinâmico para pacientes com incontinência urinária de esforço

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

2.1 CASUÍSTICA

Os critérios de inclusão no presente estudo foram mulheres com suspeita clínica de incontinência urinária, portadoras de queixas urinárias baixas, e que foram atendidas no Departamento de Urodinâmica do Urocentro e que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (somente para o componente prospectivo).

Foram excluídas da análise, as pacientes com indicações clínicas devido à infecção urinária e bexiga neurogênica, e também as que se recusaram a assinar o TCLE (componente prospectivo).

A amostra do estudo prospectivo foi determinada por amostragem aleatória simples, partindo de uma amostra piloto de 85 casos para o cálculo do desvio padrão com valor de 27,8, obtendo um número de casos necessários de 186 pacientes. Foi usado como variável, a Pressão de Perda por Esforço (PPE) com nível de confiança igual a 95%, com margem de erro de 4mmH₂O (estipulada pela própria Dynamed, à aferição dos barômetros para mensuração das pressões intravesicais e abdominal podem variar de 1 a 4 mmH₂O, sem prejuízo no resultado final do estudo quando o critério de pesquisa for à avaliação de perdas por esforço), utilizando a fórmula abaixo para o cálculo da amostra.

$$N = (Z/E)^2 \cdot (S)^2$$

$$N = (1,96/4)^2 \cdot (27,8)^2 = 186$$

N = número da amostra;

Z = 1,96 – tabela de distribuição normal padrão para uma confiança de 95%;

$E = 4$ (definido como margem de erro segura no exame) = margem de erro;

$S = 27,8$ – desvio padrão.

A amostra do estudo retrospectivo foi obtida por análise de prontuários, conforme o número dos pacientes com diagnóstico parcial de incontinência urinária cadastrados no Departamento de Urodinâmica da Urocentro, nos períodos de janeiro de 2010 a dezembro de 2013.

2.2 MÉTODOS

Depois da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM, foram realizados dois estudos simultâneos no Departamento de Urodinâmica do Centro Avançado de Urologia (Urocentro), em Vitória (ES), clínica médica especializada em atendimentos urológicos, que atende pacientes referenciados pelos seus médicos assistentes, para exames propedêuticos e tratamentos urológicos.

O exame Urodinâmico é composto por três fases. A primeira é a fluxometria livre, quando a paciente urina direcionando o jato urinário para dentro do Fluxômetro (aparelho utilizado para medir o fluxo urinário durante a micção espontânea). Ato contínuo é realizado a cistometria, em que é passada uma sonda uretral duplo lúmen para enchimento vesical com soro fisiológico e, simultaneamente, medir a pressão intravesical, passa-se também uma sonda anal para mensurar a pressão intra-abdominal, no final do enchimento vesical são realizadas as manobras de aumento da pressão intra-abdominal por tosse e valsalvas (manobras com o objetivo de aumentar a pressão intra-abdominal, como por exemplo, soprar contra uma resistência fixa) para verificação da presença, ou não, das perdas. Por último, é realizado o estudo fluxo/pressão, quando se verifica a pressão detrusora e o fluxo urinário. O equipamento utilizado no Urocentro é o Dynapack MPX816, da marca Dynamed.

Foram realizados dois estudos simultâneos na clínica Urocentro, aprovados pelo CEP da EMESCAM e pela diretoria da clínica, tendo em anexo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o estudo prospectivo, o Termo de

Consentimento de Utilização de Dados de Prontuários para o estudo retrospectivo, a Carta de Anuência do diretor clínico do Urocentro e o parecer consubstanciado do CEP.

O primeiro foi um estudo descritivo, quantitativo, retrospectivo e de corte transversal. Foram incluídas todas as pacientes com diagnóstico prévio de incontinência urinária que realizaram o exame de urodinâmica no período de primeiro de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2013. Das requisições médicas para o exame de urodinâmica e dos prontuários das pacientes, foram obtidas informações sobre o quadro clínico e dados de identificação da paciente: cor, idade, estado civil, escolaridade, número de gestações e tipos de partos e cirurgias ginecológicas ou pélvicas, visto que apenas uma cirurgia é suficiente para causar lesões no completo músculo facial pélvico. Dos laudos do exame urodinâmico, foram coletadas informações sobre a capacidade; complacência e sensibilidade vesical; presença, ou não, de instabilidade músculo vesical (Detrusor, contrações não inibidas [CNI]); e presença, ou não, de perdas nas manobras de valsalvas ou tosse. Nessa etapa da pesquisa, solicitou-se a dispensa do TCLE para caracterizar o grupo.

O segundo estudo foi prospectivo e foi realizado depois da aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da EMESCAM –(CEP/EMESCAM) e da assinatura do TCLE pelas pacientes que concordaram em participar. Foram incluídas, prospectivamente, todas as pacientes que aceitaram participar do estudo e que comparecerem ao Departamento de Urodinâmica do Centro Avançado de Urologia, em Vitória – ES, com a requisição médica para a realização do exame de urodinâmico, com diagnóstico preliminar de incontinência urinária, entre o período de primeiro de agosto de 2014 até 30 de junho de 2015, quando se obteve um número total de 189 pacientes. Das requisições médicas para os exames de urodinâmica e dos prontuários, foram obtidas informações sobre o quadro clínico e dados de identificação da paciente: cor, idade, estado civil, escolaridade, número de gestações e tipo de partos, cirurgias ginecológicas ou pélvicas. Dos laudos do exame Urodinâmico foram coletadas informações sobre a capacidade, complacência

e sensibilidade vesical, presença, ou não, de instabilidade músculo vesical (Detrusor, CNI), e presença, ou não, de perdas nas manobras de valsalvas ou tosse.

Além disso, antes da realização do exame, foi aplicado um questionário de avaliação da incontinência urinária e qualidade de vida, validado para o idioma português por Tamanini et al.(2005). O questionário é um instrumento de avaliação modificado do International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF), composto de quatro perguntas de múltiplas escolhas a fim de tentar graduar a frequência em que ocorrem as perdas, com repostas variando de “nunca” até o “tempo todo”; o volume urinário, com as perdas variando de nenhuma quantidade até uma grande quantidade; a influência da perda urinária no cotidiano, com zero para nenhuma influência e 10 para muita influência; e o momento no qual ocorrem as perdas para se caracterizar perdas por esforço, por urgência ou por ambas, com o objetivo de classificar os tipos de incontinência urinária.

As pacientes incontinentes foram analisadas em vários itens e totalmente esclarecidas da situação em que se encontravam. Para essa análise, foram investigados os seguintes itens: início e evolução da incontinência urinária; sensação de perdas, perdas iminentes, perdas diurno-noturnas; uso de protetores e número de absorventes por dia; perdas com esforços e atividade sexual; uso de medicamentos; sintomas associados, como frequência urinária, urgência, urge-incontinência, dispareunia, infecção urinária associada e hematúria; história obstétrica e uro-ginecológica prévia; história de antecedentes desde o nascimento, perdas, disfunções e infecções; cirurgia pélvica e outras cirurgias; doenças neurológico-traumáticas infecciosas e degenerativas; alterações intestinais-constipação, incontinência fecal, síndrome do cólon irritável; patologias associadas-obesidade, diabetes, imunodepressão, refluxos vesicouretrais (FONSECA et al., 2005).

Para a revisão de literatura, foi realizada uma busca nas bases de referência bibliográfica da National Library of Medicine (MEDLINE), da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), da Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e do site do Ministério da Saúde, com o objetivo de revisar a literatura sobre os diversos aspectos da incontinência urinária em mulheres e

sobre o acesso à assistência no Sistema Único de Saúde (SUS). Foram incluídos artigos originais e de revisão nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados nos últimos 20 anos, usando estratégias de busca compatíveis com os descritos de cada base pesquisada.

2.2.1 Caracterização do local do estudo

O Centro Avançado de Urologia (Urocentro) é uma clínica médica particular especializada no atendimento dos pacientes urológicos, e constitui-se um centro de referência para o atendimento de pacientes através do SUS (por cotação na Secretaria Estadual de Saúde – SESA/ES) e pacientes particulares e/ou com planos de saúde na Região Metropolitana de Vitória. O serviço de urodinâmica e distúrbio da micção dispõem de equipes médica e de enfermagem em atuação no horário comercial, pois os exames são agendados previamente em caráter eletivo.

2.2.2 Protocolo do estudo

O presente estudo foi iniciado em seres humanos depois da aprovação pelo CEP da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (Anexo A), e seguiu todas as disposições contidas na Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Os pacientes tiveram seus dados relacionados ao atendimento médico analisados através de revisão de prontuários eletrônicos, no estudo retrospectivo. Assim, foi solicitada dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma vez que se tratava de estudo retrospectivo e todas as informações utilizadas no estudo se referem ao atendimento médico já realizado. Entretanto, foi obtido um Termo de Consentimento de Utilização de Dados de Prontuários (anexo B) assinado pelo Diretor Técnico da instituição coparticipante, bem como a Carta de Anuência assinada pelo mesmo. O segundo estudo, independente do primeiro, foi prospectivo e realizado também depois da aprovação pelo CEP/EMESCAM e da assinatura do

TCLE pelas pacientes que concordaram em participar do estudo. Foram incluídas, prospectivamente, todas as pacientes que aceitaram participar do estudo e que compareceram ao Departamento de Urodinâmica do Centro Avançado de Urologia, em Vitória (ES), com a requisição médica para a realização do exame de Urodinâmico e com diagnóstico preliminar de incontinência urinária.

A coleta dos parâmetros que foram utilizados nesta pesquisa é realizada de rotina nos pacientes com incontinência urinária e que são encaminhados pelos seus respectivos médicos assistentes somados à aplicação do questionário de incontinência urinária e qualidade de vida previamente realizado, antes do início do estudo Urodinâmico no Urocentro.

2.2.3 Análise dos dados

Para a análise quantitativa dos dados coletados de forma retrospectiva e prospectiva, os mesmos foram organizados e analisados em software *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 11.5, e *Epilnfo*, versão 3.5.4, e suas distribuições testadas quanto à normalidade (teste de *Kolmogorov-Smirnov*) para verificar o tipo de distribuição das variáveis analisadas (paramétricas, ou não) e, assim, direcionar a escolha do teste estatístico mais adequado. Os parâmetros que apresentaram distribuição normal foram demonstrados em média com seu desvio-padrão, e os demais, em mediana com a mesma amplitude. Para estudo das comparações ou associações foram utilizados o teste qui-quadrado de *Pearson*, o cálculo das *Odds Ratio* e a análise de regressão. O Teste t de *Student* foi utilizado para a comparação de médias. Foram considerados significativos os valores de $p < 0,05$ e o intervalo de confiança de 95%.

2.2.4 Análise Estatística

As variáveis foram descritas como frequência absoluta e relativa, variáveis contínuas foram descritas como média e desvio-padrão, adotando-se nível de significância de

5%, com intervalo de confiança de 95%. Para a avaliação da Pressão de Perda sob Esforço, foi considerada margem de erro de 4cmH₂O no estudo Urodinâmico, sendo considerados significativos os valores com $p < 0,05$.

Para os tipos de perda de urina, foi considerada como mais importante, a pergunta cinco do questionário, que, para efeito de análise, foi classificada em: resposta A = sem perdas; resposta B, D e F = perdas por urgência; resposta C e E = perdas por esforço; resposta G, H e mais de três respostas variadas = perdas mistas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo contempla a revisão dos mecanismos da continência, definição e classificação das incontinências urinárias na mulher, sua prevalência e implicações clínicas, abordando a qualidade de vida dessas mulheres e contextualizando com as políticas públicas relacionadas ao tema e voltadas à saúde da mulher. Contemplam também estudos sobre as indicações para a realização do estudo urodinâmico, sua importância e as dificuldades encontradas no estado do Espírito Santo para o acesso dessas mulheres aos meios de diagnóstico e tratamento.

3.1 MECANISMOS DA CONTINÊNCIA URINÁRIA

3.1.1 Anatomia Funcional do Assoalho Pélvico

A continência urinária é uma conquista da sociedade humana sendo que vários fatores interagem nesta dinâmica, destacando-se a capacidade de transmissão da pressão abdominal para uretra e sua integridade anatômica e funcional, bem todo o conjunto de estruturas responsáveis pelo suporte do colo vesical e dos demais tecidos que constituem o assoalho pélvico (PALMA et al., 2007).

O assoalho pélvico é formado por estruturas fibromusculares que compõem o diafragma urogenital, e é composto por músculos, ligamentos e fáscias. Suas funções estão diretamente relacionadas com as variações da pressão intra-abdominal e com o sustentar passivamente e suspender ativa e sinergicamente os órgãos pélvicos e abdominais, mantendo a continência urinária e fecal através do aparelho esfinteriano uretral externo e o anal (PETROS, et. al. 1990). Os músculos do assoalho pélvico também participam da função sexual de acordo com o estímulo gerado e sofrem distensão máxima no momento do parto natural. Atualmente, entende-se como assoalho pélvico o conjunto dos músculos coccígeos e elevadores do ânus que formam o diafragma pélvico (OLIVEIRA et al., 2008).

O músculo elevador do ânus se divide em pubo coccígeo, ileocócigeo e pubo retal. Os músculos bulbo cavernoso transverso superficial do períneo e o isquiocarvernoso compõem o diafragma urogenital, são compostos por 70% de fibra tipo I, de contração lenta, porém constante mantendo assim o tônus e garantindo a continência passiva no repouso, responsável pela ação antigravitacional que sofre considerável influência com os aumentos crônicos da pressão intra-abdominal; 30% de fibras tipo II, com respostas rápidas aos estímulos, que agem no momento em que ocorre um aumento súbito da pressão intra-abdominal, contribuindo assim para o aumento da pressão de fechamento do esfíncter uretral (PALMA et al., 2007).

A fáscia endopélvica apresenta importante participação na sustentação vesico-vaginal através do suporte passivo com a manutenção do posicionamento vesical e uretral intra-abdominal, ancorada por seus ligamentos, tais como: ligamentos transversos cervicais; ligamento sacro cervicais; ligamentos pubo cervicais, formando o anel peri cervical (POLDEN, et al. 2002; PETROS, et al. 1993). Durante as situações de sobrecarga, como partos vaginais, aumento excessivo do peso corporal, esforço físico intenso e etc., a musculatura pélvica e vaginal, por possuírem elasticidade e tonicidade, podem suportar essas variações, o que não ocorre com a fáscia endopélvica gerando um deslocamento da posição anatômica da uretra e da bexiga o que gera diferentes defeitos do assoalho pélvico, as Celes (GOLBERG, et al.; 2001).

A uretra feminina apresenta, em média, quatro a cinco centímetros de comprimento, sendo formada por quatro camadas:

A camada muscular apresentando as fibras lisas de respostar lentas aos estímulos (o esfíncter interno) com pouca variação de contração espasmódica, com a função de manter a uretra fechada por longos períodos sem fadiga ou perdas.

As fibras musculares estriadas (esfíncter externo), que estão sob o controle direto do sistema nervoso central associado à regulação mediada por neurotransmissores e promovendo o controle voluntário da micção (OLIVEIRA, et al.; 2008).

A submucosa uretral que é constituída por tecido conjuntivo frouxo associado com uma fina camada de fibras musculares lisas e um elaborado plexo vascular, criando assim um suporte importante no mecanismo passivo da continência, através de um processo de selagem na mucosa uretral através do mecanismo de acoplagem das saliências com as depressões, formando o esfíncter mucoso (SAMPAIO, 1994).

Há uma camada intermediária entre a submucosa e a camada muscular, composta por tecido conjuntivo fibroelástico e esponjoso, altamente irrigado por micro vasos, estando sob o efeito direto dos hormônios femininos, em especial o estrogênio (SIMÃO, 2001).

A bexiga está localizada atrás da sínfise púbica e relaciona com a vagina e o útero na região posterior, sem relação com o anus e o reto no caso das mulheres. A bexiga é um órgão muscular composto de quatro camadas (PALMA et al., 2007):

A mucosa composta pelo epitélio de células transicionais é onde se encontram a maioria dos receptores sensitivos que regular a continência, principalmente concentrados no trígono e colo vesical; O colo vesical que, anteriormente, era considerado como determinante principal da continência, passou a não ter proeminência quando se começou a observar a sua abertura presente mesmo sem que houvesse perdas nos exames de vídeo urodinâmica.

A submucosa vesical que é constituída por tecido conjuntivo frouxo associado com uma fina camada de fibras musculares lisas;

Acamada muscular conhecida como o músculo Detrusor responsável pela manutenção do volume urinário durante a fase de enchimento e do ato de micção com a ação ativa da sua contração. O anel trigonal formado por fibras musculares lisas e elastina, que se prolongam a partir do trígono em direção ao colo vesical, está diretamente relacionado com o fechamento do colo vesical, como também com a sua abertura e angulação durante a micção espontânea.

A camada serosa que está presente no fundo vesical e contato direto com o peritônio parietal.

O trato urinário inferior tem como função armazenar uma quantidade adequada de urina sob baixa pressão intravesical e sem perda, o volume médio guardado por uma bexiga adulta é em torno de 350 a 500 ml, ao se atingir a capacidade máxima ocorre à eliminação adequada com intervalos apropriados (RAMOS, 2006). Para atender o controle voluntário da micção, a bexiga deve ter uma função neurofisiológica normal, sendo dividida em duas fases: a fase de enchimento ou armazenamento (comandada pelo sistema nervoso simpático) e a fase de esvaziamento (comandada, principalmente, pelo sistema nervoso parassimpático). A coordenação vesico-esfincteriana resulta de um controle permanente e mútuo entre os sistemas parassimpático, simpático e somático.

A bexiga possui quatro tipos principais de receptores: alfa e beta adrenérgico, muscarínicos tipo II e tipo III (ABRAMS, 2006). Durante o enchimento vesical, os sistemas simpáticos e somáticos inibem o sistema parassimpático, com essa inibição não ocorre à presença de contrações involuntárias do Detrusor. Na fase de esvaziamento, cessa a inibição simpática e ocorre o estímulo para simpático levando a contração detrusora. Há também a presença de diversos neuropeptídeos e neurotransmissores noradrenérgicos, e colinérgico, fazem o ajuste fino do sistema em vários níveis com facilitação e inibição da medula espinhal e em áreas superiores do sistema nervoso central, permitindo o controle completo da micção (NYGAARD et al., 2005).

O sistema nervoso simpático origina-se na medula espinhal toraco-lombar, principalmente em T12 a L2 ou L3. Seus gânglios localizam-se próximos da medula espinhal e a acetilcolina é neurotransmissora na junção pré-sináptica. O neurotransmissor da junção pós-sináptica é a noradrenalina, exerce a sua ação em dois tipos de receptores: um alfa, localizado no caso do trato urinário inferior, na uretra e colo vesical, gera o aumento do tônus muscular uretral e assim promove a oclusão da luz uretra, porém sem ação sobre o músculo Detrusor; e o outro receptor é o beta, localizado no corpo vesical, sua ação é diminuir o tônus muscular melhorando a complacência vesical, sem efeito sobre a porção proximal da uretra (NYGAARD et al., 2005; BHATIA, 1991).

O sistema nervoso parassimpático origina-se na medula sacral no nível de S2 a S4, com gânglios pré-sinápticos com receptores nicotínicos e pós-sinápticos com receptores muscarínicos utilizando a acetilcolina como neurotransmissor. Através de seu estímulo ocorre o controle a função motora, contração e esvaziamento da bexiga, assim como a inervação somática do assoalho pélvico, uretra e do esfíncter externo do ânus. A sensibilidade do períneo, como via aferente, também é controlada por fibras que unem a medula espinal nesse nível. (NYGAARD et al., 2005).

O estímulo elétrico do plexo sacral em estudos de laboratório gerou contração não mediada pelos neurotransmissores colinérgicos e adrenérgicos, podendo então outras substâncias atuar na neurofisiologia da micção, dentre essas, a adenosina trifosfato, a substância P, as encefalinas e as dopaminas (BLAIVAS, 1994).

O sistema nervoso central controla de forma voluntária a continência e deflagra a micção, há padrões complexos de inibição e facilitação entre o cérebro e a medula espinal (NYGAARD et al., 2005; BLAIVAS, 2000).

O quadro 1 descreve os mecanismos da continência; o quadro 2, os centros neurológicos da micção; e o quadro 3, os efeitos do hipoestrogenismo no trato urinário inferior

Quadro 1 – Mecanismo de Continência
Esfíncter Uretral
Topografia intra-abdominal do colo vesical
Cooptação e dobras da mucosa uretral
Coxim vascular Peri uretral
Diafragma pélvico e urogenital
Quadro 1 – Mecanismo de Continência
Ângulos de inclinação uretral e uretrovesical posterior
Fibras elásticas e colágenas Peri Uretral

Quadro 1 – Mecanismo de Continência

¹Fonte –Actas Urolo. Esp. n. 31, v.4; p. 362-365

Quadro 2 – Principais Centros Neurológicos de Controle da Micção
Córtex Cerebral – controle voluntário da micção e atividade inibitória
Substância Reticulo Ponto Mesocefálico – centro de coordenação integra e coordena os demais centros neurológicos e a atividade tônica inibitória.
Cerebelo – controla o equilíbrio e a postura durante a micção.
Medula Sacral – Via de passagem de todos os estímulos aferentes e eferentes, coordena a sincronia da contração do Detrusor e do relaxamento do esfíncter uretral e vice-versa.

Quadro 2 – Principais Centros Neurológicos de Controle da Micção

¹Fonte –Actas Urolo. Esp. n. 31, v.4; p. 362-365

Quadro 3 – Efeitos do hipoestrogenismo no trato urinário inferior
Diminuição do tecido colágeno
Perda da elasticidade
Atrofia da mucosa vulvar, vaginal e uretral.
Atrofia do útero, ovários e coxim vascular periuretral.
Diminuição do tônus e do trofismo muscular do assoalho pélvico
Diminuição do número e da sensibilidade dos receptores alfa-adrenérgico

Quadro 3 – Efeitos do hipoestrogenismo no trato urinário inferior

¹Fonte –Actas Urolo. Esp. n. 31, v.4; p. 362-365

As figuras 1 e 2 ilustram os aspectos anatómicos relacionados ao funcionamento das vias urinárias:

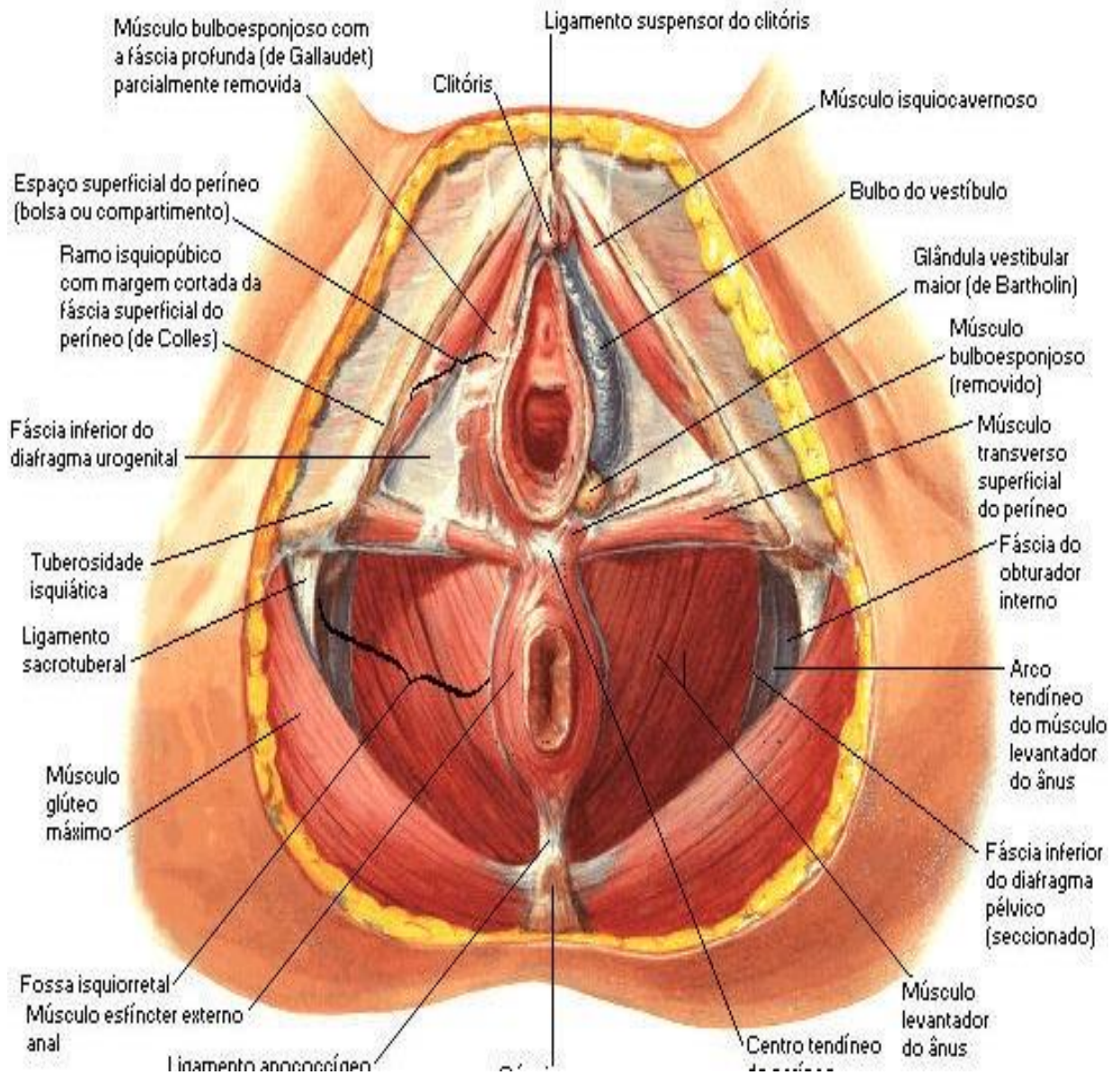


Figura 1 – Anatomia da musculatura do assoalho pélvico feminino¹

¹NETTER, F.H. Atlas Interativa de Anatomia Humana, Artmed, 1999.

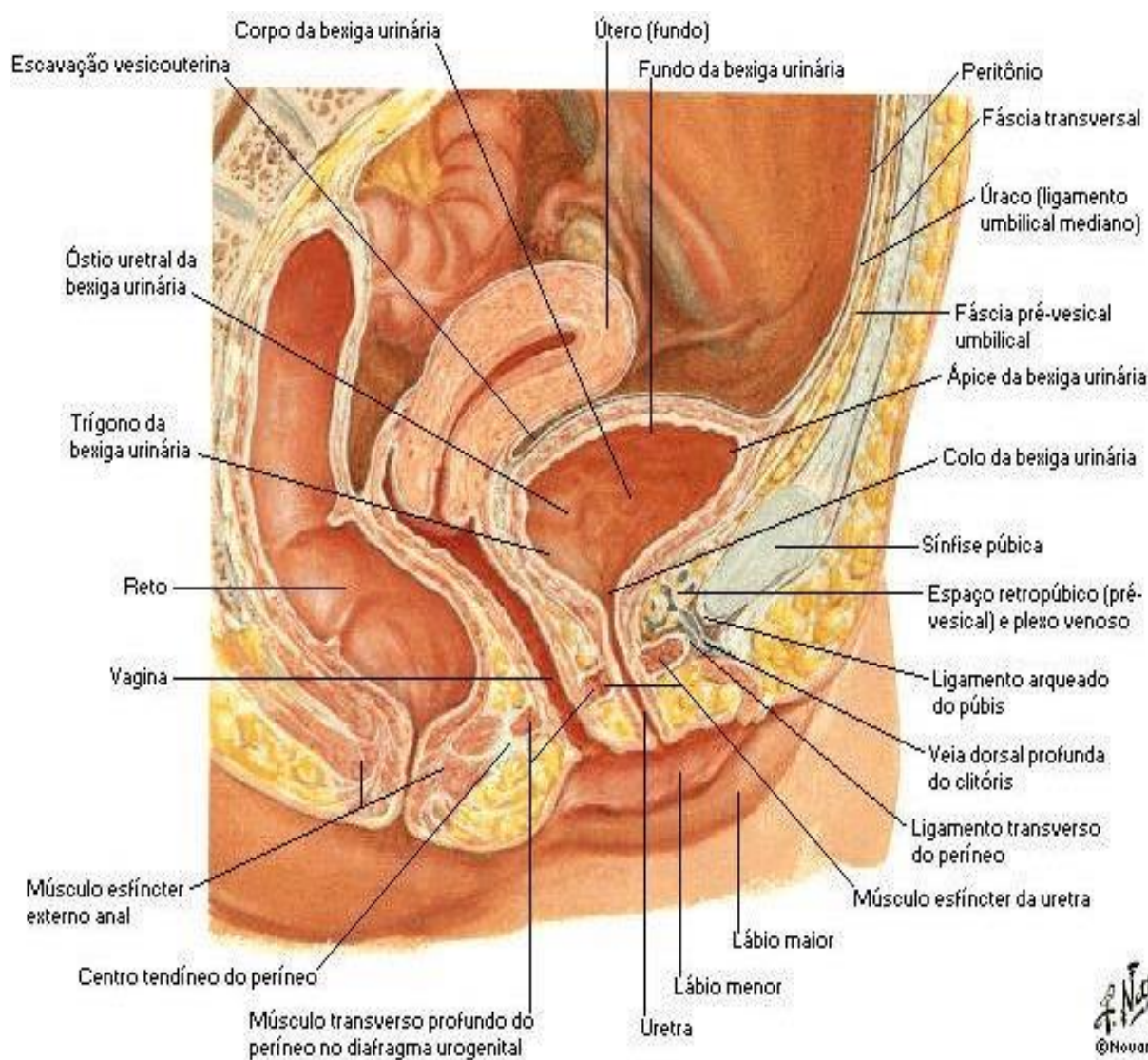


Figura 2 - Orientação e sustentação da bexiga feminina²

²Fonte – NETTER, F.H. Atlas Interativa de Anatomia Humana, Artmed, 1999.

3.2 INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA

3.2.1 Definição e Prevalência da Incontinência Urinária Feminina Contextualizada nas Políticas Públicas de Atenção às Mulheres

A Sociedade Internacional de Continência (ICS) define incontinência urinária (IU) como qualquer perda involuntária de urina, sendo considerado um problema de saúde pública, afetando a qualidade de vida das mulheres (ABRAMS et al. 2002; IUGA, 2009).

A prevalência da incontinência urinária pode variar conforme os tipos de classificação, como IUE, IUU, IUT, IUM e IF. Entre as mulheres, a IUE é a mais dentre as incontinências urinárias, varia entre 25 a 35% na faixa etária entre 45 a 60 anos, e, acima dos 60 anos, as mulheres podem ter probabilidade superior a duas vezes mais perdas urinárias que os homens e nas pacientes idosas institucionalizadas, essa prevalência pode atingir cerca de 40 a 80% (OLIVEIRA et al., 2009). Ainda segundo Higa et al. (2010), com o aumento progressivo da expectativa de vida da população, o número de mulheres na meia idade tende a aumentar cada vez mais, faixa na qual a IUE torna-se mais prevalente. Para Palma et al.(2007), as perdas aos esforços são responsáveis por 49% das incontinências, variando de 24 a 75% numa população feminina entre 18 a 90 anos. A segunda causa mais frequente é urge-incontinência, com 30 a 45% das incontinências, particularmente na transição para a menopausa, onde a falta do estímulo estrogênico altera a estabilidade detrusora (POLDEN, et al., 2002).

Estima-se que nos Estados Unidos da América do Norte, segundo a Associação Americana de Urologia, em torno de 33 milhões de mulheres são portadoras de IUE, e 10% a 30% destas pacientes apresentam outros tipos de incontinência associados, complicando de forma considerável a qualidade de vida destas pacientes, enquanto a estimativa da Associação Europeia de Urologia é de 22 milhões de mulheres com algum tipo de incontinência urinária (ABRAMS, 2006).

A incontinência urinária gera problemas psicológicos e sociais, sendo estimado que até 25% dos produtos descartáveis de higiene feminina são usados para amenizar o desconforto das perdas, que muito interfere na qualidade de vida, sendo estimado um gasto anual de 10 a 18 bilhões de dólares para todos os cuidados exigidos no tratamento das incontinências, desde tratamentos fisioterápicos, comportamentais, cirurgias e os tratamentos paliativos como uso de fraldas geriátricas (FONSECA, 2009).

O estudo realizado pela Medical Epidemiologic and Social Aspects of Ageing (MESA) observou que 54% dos pacientes com perdas urinárias informavam como queixas clínica ao médico, enquanto 46% utilizavam métodos de adaptação ao problema para controle urinário, tais como absorventes, micções de horário, restrições hídricas, frequência a lugares com acesso fácil ao banheiro e, também, evitavam viagens longas, sem considerar a perda como grande problema para o seu cotidiano. Com isso, apenas 6% referiam importante desconforto com as perdas, gerando dificuldade na determinação da prevalência e resultados terapêuticos.

O estudo realizado por Guarisi et al. (2001) onde se observou que das mulheres entre os 30 e 45 anos de idade, a prevalência chegava a aproximadamente, 18%. No caso das mulheres que estavam no climatério até 35% apresentavam queixas de incontinência urinária de esforço, embora possa ser uma avaliação sub diagnosticada, uma vez que parte das mulheres não relata a perda de urina aos seus médicos clínicos assistentes e mesmo para os ginecologistas por constrangimento ou até por considerarem um processo natural do envelhecimento ou decorrente das gestações (AUGE et al., 2006).

A incontinência urinária feminina, na atualidade, tem levantado muito interesse dos profissionais que atuam nessa área, dentre eles citamos os urologistas, os ginecologistas, geriatras e fisioterapeutas, em decorrência dos múltiplos fatores e consequências relacionadas à doença. Assim têm se procurado investigar a qualidade de vida das mulheres incontinentes, diante das transformações que acarretam o dia-a-dia de forma ampla como o comprometendo do desempenho no trabalho, no cotidiano doméstico e nas relações afetivas e sexuais (VOLKMER et al., 2012). No domínio da sexualidade feminina, o impacto negativo pode ser de até 60%

das pacientes com algum tipo de incontinência, sendo grave em 36% dos casos, podendo ocasionar até a depressão (PALMA et al., 2007).

A história natural da incontinência urinária tende a ser progressiva, com perdas geradas por menores esforços com o passar do tempo. A perda de qualquer função fisiológica, como a capacidade de armazenamento e esvaziamento vesical adequado, mesmo que temporária, é limitante e afeta aspectos importantes na secularidade diária dessas mulheres. Formosa et al.(1994) relataram o enrijecimento uretral associado à epitelização deficitária da mucosa e perda do coxim vascular, além da perda da posição anatômica do complexo uretrovesical, e correlacionaram com o hipogonadismo e o histórico gestacional com a ocorrência da IUE.

Porém, parece claro pelos estudos populacionais que, embora haja correlação, esses não os únicos fatores determinantes, visto que 17% das mulheres incontinentes eram uníparas e 25% da amostra tinham idade abaixo de 35 anos. Todos os fatores relacionados aos aumentos súbitos e recorrentes da pressão intra-abdominal associado ao excesso de peso sobre o diafragma urogenital podem associar a gênese das incontinências. No Brasil, os estudos epidemiológicos sobre a incontinência urinária em mulheres, podem ser subestimados (BARACHO, 2007).

O grande desafio brasileiro para o século XXI é oferecer suporte de qualidade de vida para uma população com mais de 32 milhões de idosos, quadro este que se assemelha aos países desenvolvidos, sendo que a maioria desses idosos é do sexo feminino, constituindo o segmento populacional que mais cresceu nos últimos anos, considerando que 12,8% da população são constituídas por idosas, isso se deve em decorrência da melhora da qualidade geral de vida e da oferta à atenção básica elementar de saúde. O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade da sociedade, sendo ainda que na maioria dos idosos a constatação do nível socioeconômico e educacional baixo e com alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004).

A garantia da atenção à saúde das mulheres no sistema de saúde brasileiro, que é um dos maiores do mundo e que assumiu essa obrigação com a promulgação da Constituição de 1988, tornou-se factível quando foi definido nas leis 8080/90 e

8142/90, como “o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, que se propõe a garantir a atenção integral e gratuita para toda a população, desde o atendimento aos processos de baixa complexidade até os que demandam de alta tecnologia” (GIOVANELLA et al., 2009).

Quando a oferta de serviços públicos não for suficiente para garantir a assistência à população de uma determinada região, quer município, quer estado, o SUS, através dos seus gestores, poderá contratar os serviços prestados pela iniciativa privada, através de licitação pública gerando então os convênios e os contratos, com controle e fiscalização periódicos. Os recentes avanços legais do SUS, explicitados no decreto 7508/11 e através das Leis 12.466/11 e 141/12, levaram reais ampliações para a universalização e qualificação da atenção básica à saúde, com isso tenta-se resolver 85 a 90% das necessidades de saúde da população (GIOVANELLA et al., 2009), aumentando assim, as chances de melhor atendimento às mulheres que não têm acesso ao serviço privado custeado de forma particular ou por plano de saúde.

Nesse sentido, é necessário promover ações que melhorem o acesso a pacientes com incontinência urinária para a promoção da Universalidade, Integralidade e Equidade, contidas nos princípios e diretrizes do SUS:

- 1) Universalidade de acesso em todos os níveis de assistência onde todos têm o mesmo direito de obter as ações e os serviços de que necessitam independentemente de complexidade, custo e natureza dos serviços envolvidos. Com a universalidade, as condições socioeconômicas da população e a inserção no mercado de trabalho não devem implicar acesso diferenciado a determinados tipos de serviços, pois os riscos de adoecimento e financiamento passam a ser repartidos de forma solidária, sendo de responsabilidade de toda a sociedade (PISANESCHI, 2009).
- 2) Equidade sendo entendida como a igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, sem discriminação no acesso aos serviços de saúde, ou seja, não é aceitável que somente alguns grupos, por motivos relacionados à renda, cor, gênero ou religião, tenham acesso a determinados serviços e outros não, exceto em necessidades diferenciadas de saúde, sendo essas orientadas tecnicamente pelo SUS (PISANESCHI, 2009).
- 3) Integralidade da assistência onde se entende como o conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos,

individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Estas ações devem ser associadas às assistências ambulatoriais e hospitalares voltadas para o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Também à articulação necessária entre as políticas no sentido de atuar sobre o processo de saúde e doença, garantir as condições satisfatórias de saúde da população (PISANESCHI, 2009).

No entanto, para que os princípios do SUS seja uma realidade é necessária à participação efetiva da comunidade, pois essa é a garantia de que a população, por intermédio de suas entidades representativas como a participação efetiva nos conselhos de saúde, possa participar do processo de construção de diretrizes e prioridades para a política de saúde, objetivando características peculiares de cada região, de fiscalização do cumprimento das leis e normas do SUS e de controle e avaliação dos serviços prestados cobrando acima de tudo qualidade no atendimento. Essa participação ocorre pela realização das Conferências de Saúde, onde todos os conselhos de saúde se reúnem para então se tornarem um canal permanente de diálogo e interação entre os gestores, os profissionais de saúde e a população (GIOVANELLA et al., 2009).

Considerando que a incontinência urinária afeta mulheres de todas as classes sociais, distribuída em todos os municípios indiscriminadamente, torna-se necessário que a descentralização administrativa promova maior autonomia e responsabilidade aos municípios em decidir e implantar ações e serviços de saúde, incluindo aqui os serviços de atenção à mulher com incontinência urinária. Dessa forma, para que não haja ociosidade na oferta de procedimentos, sendo esta a condição que se encontra os encaminhamentos para a realização do estudo urodinâmico, se faz necessário organizar uma rede de serviços que ofereçam tecnologias de diferentes níveis de especialização, complexidade e custo. Nesse caso, é preciso definir os serviços por níveis de atenção com “hierarquização”, e distribuí-los geograficamente – “regionalização” (GIOVANELLA et al. 2009).

O desafio para a atenção básica na resolução dos problemas de saúde das mulheres com incontinência urinária está no fortalecimento da integração da rede e na garantia de acesso à atenção especializada, passa por este viés a necessidade

de informação, conscientização e capacitação dos médicos generalistas associado à presença do especialista para dar o suporte necessário para auxílio no diagnóstico e tratamento nos casos mais complexos. No entanto deve-se evitar a presença de solução de continuidade do sistema decorrente dos diferentes prestadores de saúde municipal, estadual e privados contratados. A diversidade de prestadores de serviços pode dificultar uma regulação pública capaz de construir um sistema de atenção integral, porém torna-se necessário toda vez que o Estado não é capaz de suprir essa demanda, e a continuidade desses cuidados é considerada como importante indicador para a avaliação do desempenho do sistema de saúde (VIACAVA, 2004).

Essas mulheres estão legalmente protegidas pelo Plano Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres (PNSPM - 2005), que propõe promover a melhoria da saúde das mulheres brasileiras mediante a garantia de direitos constituídos, e ampliar o acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, em todo o território brasileiro; contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida, sendo que conforme se observa na incidência e na prevalência das incontinências urinárias existe um período específico na vida das mulheres onde a frequência deste agravo é mais presente, ou seja, no climatério, os diversos grupos populacionais, sem qualquer forma de discriminação; e ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde, implantando, com as equipes do Programa Saúde da Família (PSF), nos municípios, a atenção qualificada às mulheres com queixas clínico-ginecológicas (BRASIL, 2004).

Apesar de todo o contexto das políticas públicas específico para as mulheres, as pacientes com incontinência urinária, nesse sistema, podem estar enfrentando muitos desafios em relação ao acesso entre a atenção primária e outros níveis assistenciais mais especializados como: dificuldade em se realizar referência e contra referências dessas pacientes com demora na resolução de suas demandas; inexistência de um sistema logístico que resulta em falta de mecanismos de regulação para a marcação de consultas e exames com especialistas; pouca

comunicação entre os profissionais de saúde de níveis assistenciais distintos, muitas vezes por falha na formação dos médicos generalista, outras vezes por carência de médicos especialistas, além de um prontuário único integrado a todo o sistema que permita o acesso à conduta e aos registros clínicos das pacientes (MENDES, 2009).

A formulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM–BRASIL, 2004) teve como foco a preocupação em reduzir os índices de morbidade e de mortalidade por causas previsíveis e evitáveis das mulheres nas várias faixas etárias. Com isso, áreas importantes que anteriormente não eram contempladas, dentre elas, a preocupação com o climatério, menopausas e queixas ginecológicas passaram a ser discutidas e assistidas, evoluindo assim a abrangência das políticas públicas para uma visão que vai além da abordagem materno-infantil para uma atenção mais completa da mulher (FREITAS, 2009).

Considerando o cotidiano da mulher com incontinência urinária, a PNAISM reforça a humanização da atenção em saúde, regulamentando que a humanização e a qualidade da atenção são aspectos primordiais. Nesse sentido, humanizar é muito mais que tratar bem ou de forma amigável, porém devem ser consideradas questões de acessibilidade ao serviço nos três níveis da assistência (federal, estadual e municipal), provisão de tecnologias necessárias, formulação de referência e contra referências, com isso proporcionar a usuária do sistema público condições necessárias para o seu acolhimento gerando assim uma solução para o diagnóstico, tratamento, restabelecimento precoce. (GIOVANELLA et al., 2009).

Tratando-se especificamente da incontinência urinária não há qualquer protocolo deste agravo nas políticas públicas para as mulheres, mesmo quando se aborda o climatério. Porém há uma proposta com protocolo específico para as incontinências urinárias na política para os idosos, porém sem discriminação de gênero, o que se torna um grande problema visto que a origem etiológica pode ser diferente entre homens e mulheres incontinentes.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI, BRASIL, 2006) foi recentemente atualizada, considerando o pacto pela saúde e suas diretrizes operacionais para consolidação do SUS, entendendo que o processo de

envelhecimento apresenta vertentes particulares, caracterizado por doenças e/o condições crônicas não transmissíveis, porém com possibilidade factível para a prevenção, controle e tratamento, e por limitações incapacitantes que podem ser amenizadas. Dentre tais desafios ressalta-se a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa, principalmente na Atenção Básica que deveria resolver à grande maioria das demandas geradas no contexto da saúde da população (MARTINS, 2000).

Nesse direcionamento, a Política Nacional do Idoso em seu caderno de atenção básica, com o tópico “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa”, destina um capítulo completo para avaliação, acompanhamento e direcionamento do paciente com incontinência urinária, no intuito de aperfeiçoar o tratamento desses pacientes. Neste capítulo, abordam as causas agudas, como as endocrinológicas (Diabetes e Hipogonadismo); causas psicológicas (Depressão, Ideias Delirantes); causas farmacológicas (diuréticos anti-hipertensivos, etc.); causas infecciosas; causas neurológicas (AVC, Parkinson, Delírio); e causas crônicas, como a incontinência urinária; oferecendo um protocolo de diagnóstico e tratamento a ser seguido pelo médico generalista antes de encaminhar para o especialista (BRASIL, 1990).

No caderno de atenção básica ao envelhecimento e saúde da pessoa idosa, é disponibilizado um questionário detalhado para auxiliar o médico generalista na realização da anamnese, com foco na orientação para a classificação e diagnóstico diferencial das incontinências urinárias, sem discriminação de gênero, além de um algoritmo para orientação básica do tratamento (BRASIL, 2006), conforme mostrado nas figuras 3 e 4:-.

Avaliação da IU:

Quando a pessoa idosa relata perda involuntária de urina, isso deve ser minuciosamente investigado. As perguntas a seguir auxiliam na investigação da história clínica:

Como ocorre a perda urinária (descreva o problema)?
Quando ocorre?
Há quanto tempo ocorre?
Quando esta condição se tornou um problema?
Quantas vezes ela ocorre ao dia?
Há consciência da necessidade de urinar antes do escape?
Há imediatamente consciência de que está se urinando?
Fica molhado/a a maior parte do dia?
Usa fraldas ou outros absorventes para evitar acidentes? Se sim, ocasionalmente ou o tempo todo?
Evita situações sociais por causa dessa problema?
Há uma infecção do trato urinário agora? Há antecedentes?
É mais difícil controlar a urina ao tossir, se esforçar, espirrar ou rir?
É mais difícil controlar a urina quando se está correndo, pulando ou caminhando?
A incontinência é pior ao se ficar sentado ou parado?
Apresenta obstipação intestinal?
Há algo que se possa fazer para reduzir ou evitar os acidentes?
Já foi tratado para essa condição antes? Se sim, com sucesso?
Tentou fazer exercícios do assoalho pélvico (Kegel)? Se sim, com sucesso?
Que cirurgias já realizou? Que lesões teve?
Que medicamentos usa?
Costuma tomar café? Quanto?
Ingere bebidas alcoólicas? Quanto? Com que frequência?
Fuma? Quantos cigarros ao dia?
Há outros sintomas presentes?

Figura 3 - Orientação para anamnese de IU para generalistas³

No caso de não haver um diagnóstico claro quanto à origem da incontinência urinária, pode-se utilizar o seguinte algoritmo de tratamento:

³Fonte: Caderno de Atenção básica do Ministério da Saúde - ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA (BRASIL, 2006).

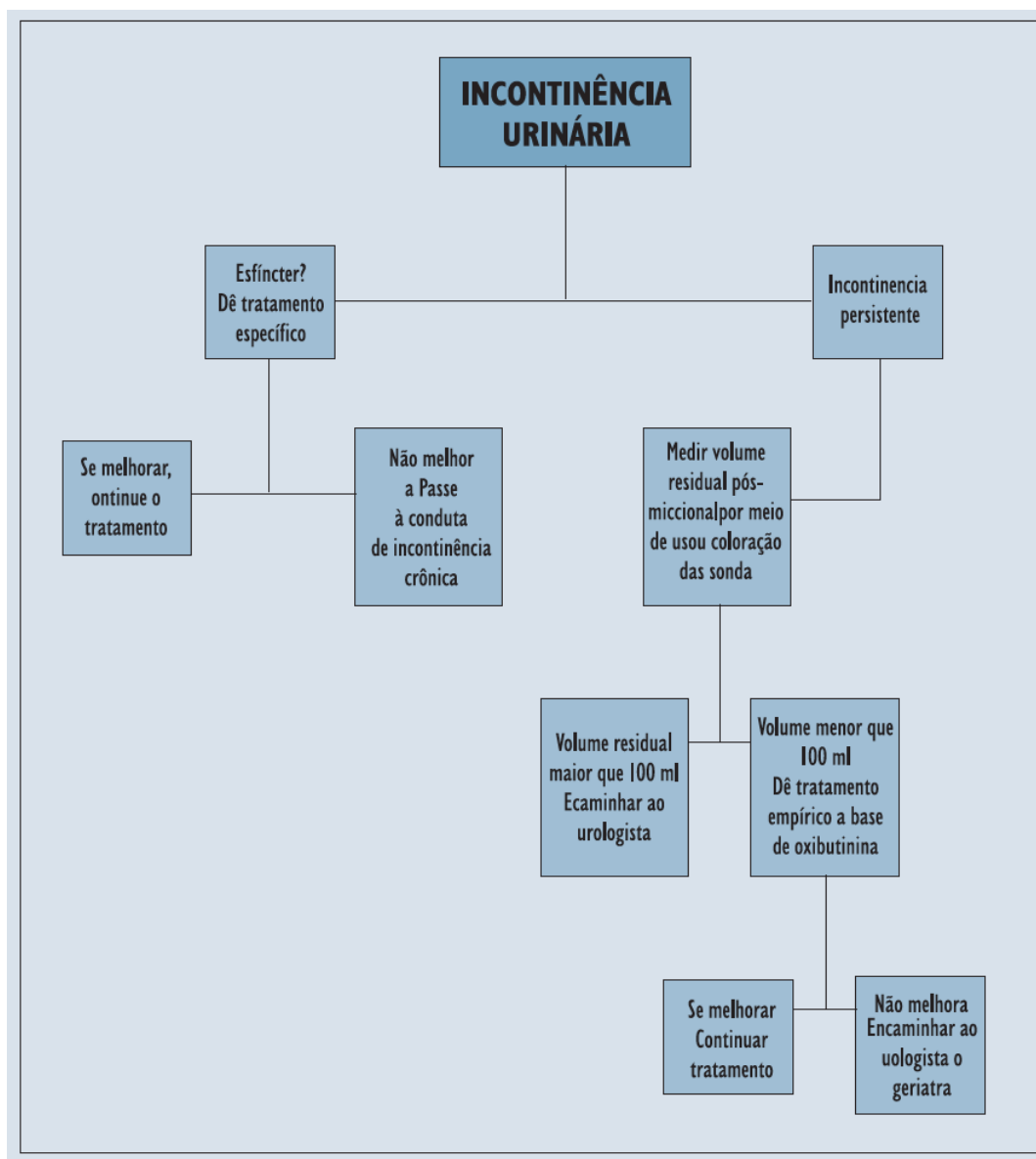


Figura 4 – Algoritmo para tratamento de IU para médico generalista⁴

No município de Vitória, capital do estado do Espírito Santo, a expectativa de vida é de 76,28 anos, encontrando-se acima da média nacional, que é de 73,10 anos. O percentual de mulheres é maior em todas as faixas etárias, chegando a 75,43% para

⁴Fonte: Caderno de Atenção básica do Ministério da Saúde - ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA (BRASIL, 2006).

as pessoas idosas com idade igual, ou superior, há 90 anos, segundo a tendência de feminização do envelhecimento (IBGE, 2010; Prefeitura Municipal de Vitória – Secretaria Municipal de Saúde -PMV/SMS- gerência de atenção à saúde).

Segundo a mesma fonte, apenas 7,44% das mulheres entre 60 a 69 anos, e apenas 5,2% dos idosos (homens e mulheres) com 70 a 79 anos, apresentaram internações hospitalares, sendo que para as mulheres as doenças do aparelho circulatório e neoplasias foram, respectivamente, a primeira e segunda causa de internação hospitalar. Isso leva-nos a imaginar que ou há um subdiagnóstico das doenças vesicais, ou há uma priorização cultural para as doenças tidas como mais graves e que tem prioridade de tratamento.

O município de Vitória possui 30 Unidades Básicas de Saúde, distribuídas em seis regiões municipais de saúde. Dessas unidades, 23 possuem o programa de Estratégia da Saúde da Família (ESF), devendo este serviço ser a principal porta de entrada das mulheres nos serviços de saúde e que deveria realizar os encaminhamentos para outros serviços, consultas com especialistas e exames na rede. Foi criado o Protocolo de Regulação para encaminhamento às consultas e exames especializados de média e alta complexidade, baseado no quadro clínico dos pacientes, definindo assim as prioridades de agendamento. Atualmente, existem seis serviços ambulatoriais especializados, sendo o único município do Espírito Santo a ter um Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (PMV/SMS, 2014).

3.2.2 Classificação e Implicações Clínicas da Incontinência Urinária

A incontinência urinária ocorre quando um dos componentes do processo normal de micção é afetado, alterando o seu funcionamento de forma integrada, desta forma comprometendo tanto a fase de armazenamento como a fase de esvaziamento. Assim, alterações no córtex, no tronco cerebral, na medula espinhal, no Detrusor, ou no complexo esfinteriano podem fazer com que a micção não ocorra de forma satisfatória, gerando uma acomodação irregular da urina e/ou uma eliminação deficitária e incompleta pela bexiga (BAUER; ATALA, 1998), desta forma, diferentes

afeções decorrentes do acometimento primário do sistema urinário inferior podem estar comprometido. As duas teorias etiológicas mais aceitas atualmente para a incontinência urinária por esforço sem mulheres são a hiper mobilidade do colo e/ou uretra, podendo levar a uretrocele ou uretrocistocele e a deficiência do mecanismo esfinteriano intrínseco, com lesão específica do músculo estriado, porém a maioria das mulheres apresenta ambas as causas com proporções diferentes gerando perdas com gravidades específicas (DELORME, 2001).

Os fatores de risco associados à incontinência urinária são: idade; presença de infecção; obesidade devido ao peso sobre o diafragma pélvico; paridade aumentada, principalmente nos casos de parto normais; cirurgias pélvicas que alteram a inervação ou o posicionamento dos órgãos internos; e doenças neurológicas periféricas e centrais (COSTA, et al., 2008). Pacientes com idade avançada, partos normais, partos por fórceps e peso do recém-nascido elevado têm relação direta com a ocorrência da IUE, pois comprometem de forma drástica as estruturas músculo ligamentares do períneo, em contra partida, partos cesarianos e pacientes uníparas têm riscos significativamente menores quando comparadas com o grupo anterior, por poupar as mesmas estruturas (OLIVEIRA et al., 2008).

As causas exatas que provocam a IU não são claramente estabelecidas, dentre as relatadas que podem interferir com a integridade do assoalho pélvico e do esfíncter urinário são: alterações teciduais na qualidade do colágeno e diminuição da densidade de células musculares lisas na uretra e sua substituição por tecido adiposo e células do tecido conjuntivo, este processo recebe o nome de esclerose uretral (PETROS et al., 1993). Os fatores envolvidos na gênese da IU são múltiplos e podem ter origem no aparelho urinário com lesões vesicais e/ou uretrais, assoalho pélvico com comprometimento do sistema músculo ligamentar com flacidez das fâscias e no sistema neurológico podendo ter origem central ou periférica, além de influências hormonais como o hipogonadismo e psicológicas, e, algumas vezes, origem iatrogênica (RIOS et al., 2010).

A incontinência urinária classificada como de esforço (IUE) acontece devido a uma deficiência do suporte uretral e/ou vesical, feito pelos músculos, ligamentos e fâscias do diafragma urogenital, gerando um aumento no deslocamento do complexo

uretrovesical com a não transição da pressão intra-abdominal para o coxim vascular intra uretral com influencia direta sobre a bexiga, colo vesical e alteração da estrutura esfinteriana uretral. Essa condição leva a perda de urina durante o aumento da pressão intra-abdominal, como tosse, espirro, corrida, riso, levantando-se peso, levantar da posição sentada para de pé, ou até mesmo ao andar. Geralmente não ocorrem perdas urinárias durante o repouso e durante o sono, pois não ha aumentos súbitos da pressão intra-abdominais. As perdas ocorrem com pequenos volumes, porém limitando as pacientes a várias atividades do cotidiano (ALMEIDA, et al., 2006; ABRAMS, et al., 2007).

Segundo Olsson e Blaivas (1988), a IUE pode ser classificada conforme parâmetros clínicos e urodinâmicos em:

- 1) Tipo 0 – apesar da queixa típica de IUE, não se consegue observar a perda de urina durante o exame físico ou urodinâmico;
- 2) Tipo I – O colo vesical permanece fechado no repouso, porém abre e desce no esforço, gerando as perdas. Nesse caso, com pressões de perdas mensuradas pelo estudo urodinâmico acima de 120cmH₂O;
- 3) Tipo II – O colo vesical fica fechado no repouso, porém em posição infra púbica ocorrendo a abertura da uretra no esforço, as perdas ocorrem com pressões urodinâmicas de 60 a 120cmH₂O;
- 4) tipo III – caracteriza-se pelo fato do colo vesical e a uretra proximal estarem sempre abertos mesmo em repouso, sugerindo lesão esfinteriana. As pressões urodinâmicas ocorrem com valores menores que 60cmH₂O.

A Incontinência Urinaria de Urgência (IUU), ocorre como consequência da hiperatividade detrusora, situação onde o músculo vesical apresenta contração involuntária e / ou incompetência do sistema nervoso central em inibir estas contrações. Para a preservação da continência urinária é necessário que a bexiga apresente uma função de armazenamento normal, com pressão intravesical baixa

durante todo o enchimento, sem a presença de atividade muscular, caso ocorra à presença dessas contrações ocorre um estímulo cerebral com o intuito de inibir as contrações ou aumentar o tônus no esfíncter uretral. As perdas se dão de forma súbita, às vezes não dando tempo para que a paciente consiga chegar até o banheiro e normalmente ocorre em grandes volumes (ALMEIDA, et al., 2006; ABRAMS, et al., 2002).

A Sociedade internacional de Continência define instabilidade do Detrusor como sendo a contração vesical que ocorre durante a fase de enchimento, enquanto a paciente tenta inibir a micção, ou por inibição central e/ou por contração da musculatura perineal e pélvica complementar. No entanto, em face de uma causa neurológica bem definida emprega-se simplesmente o termo “hiper-reflexia do Detrusor” (VAN VENROOIJ, et al., 1994).

Incontinência Urinária Mista (IUM) ocorre nos casos em que tanto as perdas aparecem devido a esforços como também são desencadeadas por contrações involuntárias do Detrusor. São encontradas em até 30% nos estudos urodinâmicos das pacientes que se submetem a avaliação inicial das incontinências urinárias (ALMEIDA, et al., 2006; ABRAMS, et al., 2002).

Incontinência Urinária por Transbordamento (IUT) acontece quando a bexiga não é capaz de ser esvaziada por longos períodos, tornando-se tão cheia que a urina simplesmente transborda para a uretra quando se chega à plenitude vesical máxima. Isso ocorre normalmente na bexiga com perda de sensibilidade, atonia, ou seja, perda da força muscular detrusora ou quando há presença de obstrução intravesical severa. Esta incontinência é mais comum nos homens e nos pacientes com lesões nervosas periféricas como pode ocorrer nas cirurgias pélvicas e no Diabetes Mellitus (ALMEIDA, et al., 2006; ABRAMS, et al., 2002).

Incontinência Urinária Funcional ocorre por dificuldade em locomover até o banheiro devido a problemas externo ao trato urinário inferior, como ocorre nos pacientes

acamados ou uso de próteses ortopédicas (ALMEIDA, et al., 2006; ABRAMS, et al., 2002).

No Quadro 4, é sumarizada a classificação dos tipos de incontinência urinária conforme a sintomatologia e a etiologia mais comum.

TIPO	SINTOMAS	CAUSAS MAIS COMUM
ESFORÇO	Escape involuntário de urina (quase sempre em pequenas quantidades) com aumentos da pressão intra-abdominal (por exemplo, tosse, risos ou exercício).	Debilidade e lesão do assoalho pélvico, que provoca hiper mobilidade da base vesical e da uretra proximal. Debilidade do esfíncter uretral ou da saída da bexiga, quase sempre por cirurgia ou traumatismo.
URGÊNCIA	Extravasamento de urina (quase sempre volumes grandes, ainda que seja variável) pela incapacidade para retardar a micção após perceber a sensação de plenitude vesical.	Hiperatividade do Detrusor, isolada ou associada a: <ul style="list-style-type: none"> • Condições locais como uretrite, cistite, tumores, litíase, divertículos; • Alterações do SNC como AVC, demência, parkinsonismo, lesão espinhal.
TRANSBORDAMENTO	Escape de urina (quase sempre em pequenas quantidades) secundária a esforço mecânico sobre a bexiga distendida ou por outros efeitos da retenção urinária e a função	<ul style="list-style-type: none"> • Obstrução anatômica: pela próstata ou por uma cistocele grande; • Bexiga hipocontrátil associada à diabetes mellitus ou lesão medular.

	esfincteriana.	
FUNCIONAL	Escape de urina relacionado com a incapacidade para usar o vaso sanitário por dano da função cognitiva ou física; falta de disposição psicológica ou barreiras no ambiente.	<ul style="list-style-type: none"> • Demência grave; • Imobilidade; • Ataduras; • Depressão.

Quadro 4: Classificação dos tipos de incontinência urinária conforme a sintomatologia e a etiologia mais comum⁵

3.2.3. Abordagem sobre a Qualidade de Vida das Mulheres com Incontinência Urinária e Política Pública para Mulheres

Com o objetivo de diminuir a diferença de atenção às pessoas de acordo com o gênero, o governo federal criou em janeiro de 2003, com status de Ministério, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/RP). O primeiro grande passo foi à realização da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (ICNPM), em julho de 2004, sendo proposta a elaboração do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres –(PNPM) (BRASIL, 2004).

O PNPM reconhece o papel fundamental do Estado, que através de ações e políticas públicas de combate à desigualdade de gênero, tem aumentado a possibilidade de atuação em diversas áreas, atendendo diretamente às necessidades das mulheres em toda a sua diversidade e no seu dia-a-dia (BRASIL, 2004).

⁵Fonte: Caderno de Atenção básica do Ministério da Saúde - ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA (BRASIL, 2006).

Esse plano deveria ser implantado em todas as esferas do poder municipal, estadual e federal, trabalhando junto com a sociedade para sua execução, considerando que o acesso e participação das mulheres nos espaços de poder é um instrumento essencial para democratizar o Estado e a sociedade, a participação popular através dos Conselhos de Saúde se torna primordial para que o tema seja conhecido e discutido, quando se aborda a saúde da mulher. O PNPM tem várias ações, distribuídas em prioridades, que foram definidas a partir dos debates estabelecidos na ICNPM. Foram traçadas quatro linhas de atuação, consideradas como as mais importantes e urgentes para garantir, de fato, o direito a uma vida melhor e mais digna para todas as mulheres (BRASIL, 2004).

As linhas foram assim divididas:

- 1) Autonomia, Igualdade no mundo do Trabalho e Cidadania – atuando nas áreas econômicas e financeiras, no trabalho social e na política, e gerando acesso a bens e serviços, à cidadania, a terra e à moradia;
- 2) Educação Inclusiva e Não-Sexista – incorporar à perspectiva do gênero na educação, não discriminatório, com acesso à educação básica para as mulheres jovens e adultas, com visibilidade da contribuição das mulheres na história da humanidade. Ampliar o acesso à educação infantil (creches e pré-escolas) e promover a alfabetização;
- 3) Saúde das Mulheres, Direitos sexuais e Direitos Reprodutivos – promover a prevenção, assistência e recuperação da saúde com ampliação do acesso aos meios de serviços; garantir direitos sexuais e reprodutivos; trabalhar para reduzir a mortalidade feminina de causas evitáveis; ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde através da saúde da família, dos centros de atenção psicossocial; ampliar ações de planejamento familiar; e promover a prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis;
- 4) Enfrentamento à Violência contra as Mulheres – implantar uma Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, garantido um atendimento integral, humanizado e de qualidade, instituir as redes de atendimento às mulheres em

situação de violência em todos os estados brasileiros, ampliar o acesso à justiça e à assistência jurídica gratuita (BRASIL, 2004).

Caminhando com uma visão mais ampla sobre o gênero o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) com o compromisso de implantação de ações de saúde que contribuam para a garantia de direitos as mulheres e para reduzir a morbidade por causas previsíveis e evitáveis, reforçar a integralidade e a promoção da saúde (BRASIL, 2004).

Dentro dessa política existe um tópico importante com o título “Humanização e Qualidade: Princípios para uma Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher”, em que se observa que a humanização e a qualidade na atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias dando dignidade e hombridade as pacientes, aos servidores e aos gestores públicos (BRASIL, 2004).

As diretrizes da PNAISM são (BRASIL, 2004):

- 1) O SUS deverá estar orientado e capacitado para a atenção integral, contemplando a promoção e as necessidades de saúde e o controle das patologias prevalentes, com garantia do direito à saúde;
- 2) A PNAISM deverá atingir as mulheres em todos os ciclos da vida, grupos populacionais específicos e resguardar as especificidades das diferentes faixas etárias;
- 3) A elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher com o objetivo de alcançar todos os aspectos da saúde sexual e reprodutiva, e nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e etnia. Sendo a participação da sociedade civil fundamental nesta área;
- 4) A gestão desta política deverá estabelecer dinâmica inclusiva para atender às demandas antigas e às novas demandas elencadas pela população feminina;
- 5) As práticas em saúde deverão nortear-se pelo princípio da humanização, demonstrando o interesse em resolver problemas e diminuir o sofrimento assolado ao processo de adoecimento e morte da clientela feminina e seus familiares.

Dentro dos objetivos específicos e estratégias da PNAISM, quanto à incontinência urinária, caberia ressaltar os seguintes tópicos (BRASIL, 2004):

- 1) Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, fortalecendo a atenção básica no cuidado com a mulher, ampliando o acesso e qualificando a atenção clínico-ginecológico na rede SUS;
- 2) Promover à atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, com o intuito de reduzir lesões perineais evitáveis;
- 3) Implantar e programar a atenção à saúde da mulher no climatério na rede SUS, visando à atenção à saúde da mulher na terceira idade, incluindo a abordagem de gênero na Atenção à Saúde do Idoso, relacionando as alterações hormonais geradas por esta fase da vida.

O termo qualidade de vida (QV) como critério de avaliação o objetivo classificar as condições de saúde física, funções cognitivas e mentais, satisfação sexual, atividades do cotidiano, o bem estar emocional isolado e na vida familiar e social. A perda de qualquer função fisiológica, como a capacidade de enchimento e esvaziamento vesical adequada, mesmo que temporária, é limitante e afeta aspectos sociais e psicológicos das pacientes, gerando grande transtorno isolado ou coletivo/familiar. Por isso, a Sociedade Internacional de Continência (ICS) tem recomendado a inclusão de um questionário de qualidade de vida em todo e qualquer estudo sobre a incontinência urinária (FONSECA, et al., 2005; AUGÉ, et al., 2006).

Organização Mundial de Saúde (OMS) iniciou um projeto de avaliação internacional de qualidade de vida, devido à relevância do tema e suas implicações sociais, levando em consideração decisões de tratamento, utilização de novos fármacos e políticas públicas e de pesquisa. A maior parte dos instrumentos de medida de qualidade de vida é baseada em questionários, quer estes sejam usados com aplicações gerais quer com especificidades para cada agravo investigado ou referente a aspectos singulares do cotidiano analisado, estes avaliam os diversos aspectos e dimensões da vida dos pacientes, como o físico, o psicológico, o social, o

desempenho geral, a dor, o sono, e os sintomas específicos de cada doença. No caso das incontinências urinárias existem vários questionários específicos e também com investigação da vida sexual associada (FONSECA, et al., 2005).

Considerando que, culturalmente e principalmente nas pacientes com nível socioeconômico e cultural mais desfavorável, a ideia concebida de que a incontinência urinária faz parte do envelhecimento, existe uma associação com a não procura para melhor entendimento das causas e possível tratamento do evento. Como consequência, o tratamento que deveria ser feito nas idades menos avançadas, com resultado mais duradouro e com menor risco de complicações, em função do menor número de co-morbidades, não ocorre no momento adequado, associado ao desconhecimento das pacientes esta o despreparo dos médicos generalista em abordar e investigar esta patologia (AUGE et al. 2006; VOLKMER, 2012).

A vida das mulheres incontinentes é afetada de diversas maneiras. Passam a se preocupar com disponibilidade de banheiros principalmente nos casos de perdas por urgência, envergonham-se com o odor de urina e sentem-se frequentemente sujas, chegando a apresentar lesões cutâneas como dermatites amoniacais e infecções urinárias repetidas, muitas com dificuldade nas relações sexuais por dor local ou por vergonha ao se apresentarem aos parceiros, perdas urinarias durante o sono e, conseqüente, aumento do cansaço, podendo desencadear quadros de depressão e ansiedade, intensificados pelas sensações de baixa autoestima e gerando também incômodo familiar que no início toleram porem com o passar do tempo começam a esboçar repouso e repreensão, prejuízo nas atividades diárias, no trabalho, em casa e nas atividades físicas (VOLKMER, 2012, AUGE et al. 2006).

As portadoras de incontinência urinária, com frequência, não procuram o profissional de saúde com a queixa principal de perda de urina, mesmo sendo o seu ginecologista. Muitas vezes, considera uma evolução natural do envelhecimento e da gravidez múltipla, o que se observa é que falta informação geral sobre esta patologia, tanto para as pacientes como para as pessoas que trabalham com a saúde. É a severidade da perda que desencadeará o desejo para o diagnóstico e tratamento adequado. O fato é que mais de 70% das pacientes sofrem por

constrangimentos gerando prejuízos psíquicos importantes, até que rompam com a vergonha e apresentem de forma clara o seu problema (AUGE et al. 2006, VOLKMER, 2012).

Os resultados gerados por questionários de qualidade de vida para as pacientes com IUE mostraram inúmeras dificuldades em suas experiências de vida:

1) Dificuldades encontradas para lidar com a IU: sentimentos negativos, como vergonha, sensação de voltar à infância e medo de exalar cheiro de urina; subestimação do problema; concepção sobre as causas da IU com ideias preconcebidas a respeito, como envelhecimento, o número de gestações e partos em idade precoce; acesso ao cuidado profissional, principalmente especialista no assunto; diferenças culturais; limitações causadas pela IU (VOLKMER, 2012, FONSECA, et al., 2005);

2) Modos de enfrentamento: autogestão da IU, manobras para esconder as perdas; busca do apoio dos profissionais naquelas pacientes em que as perdas eram mais acentuadas; pensamentos positivos para submeter-se aos tratamentos propostos; processo de vitimização em que as IU eram apenas mais um dos muitos problemas (VOLKMER, 2012, FONSECA, et al., 2005);

Os estudos mostraram a distância entre a vivência das mulheres incontinentes em relação à família e à sociedade, pois elas preferem enfrentar o problema sozinho e, muitas vezes, adotando a tática do silêncio, com isso criam estratégias para amenizar o sofrimento as perdas como diminuição da injeção de líquidos, uso de absorventes e escolha seletiva de local com banheiros (VOLKMER, 2012).

Tanto o Plano Nacional da Política Pública do Idoso como o Plano Nacional da Política Pública para as Mulheres demonstraram uma grande preocupação com a qualidade de vida e humanização.

A humanização como política que abarca toda a rede SUS visa traduzir os princípios dos postulados de modo que possa ser aplicado para construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde dos usuários e produção com valorização de sujeitos envolvidos na prestação dos serviços. O aumento do grau de corresponsabilidade na produção da saúde, tendo como foco as

necessidades dos cidadãos, com a melhoria nas condições de trabalho, com a formação de rede de equipes multidisciplinares e transdisciplinares nos vários níveis da gestão do SUS (federal, estadual e municipal) e com o intuito de aperfeiçoar o acesso ao exame mais sofisticado e/ou ao especialista (BRASIL, 2004).

A PNAISM reforça a humanização da atenção em saúde, concebendo que a humanização e qualidade da atenção são aspectos indissociáveis, devendo ser consideradas as questões de acessibilidade ao serviço nos três níveis da assistência, provisão de insumos e tecnologias necessárias, formulação de sistemas de referência e contra referência (BRASIL, 2004). Nesse sentido, se enquadra a realização do estudo urodinâmico, como propedêutica bem indicada para facilitar diagnóstico e programar tratamentos, não sendo concebível a espera em longas filas até que se consiga fazer este exame.

A incontinência urinária acaba se caracterizando por uma doença que acomete grande parte dos pacientes idosos, principalmente as mulheres. Portanto, para um acolhimento humanizado dessas mulheres, os profissionais de saúde devem compreender as especificidades dessa população e a própria legislação brasileira vigente. Para isso, devem estar preparados para lidar com as questões do processo de envelhecimento, sabendo diferenciar a questão do gênero nesta fase da vida no que concerne à dimensão subjetiva do sexo feminino; romper com a precariedade nas equipes multidisciplinares, pois é preciso reconhecer a integração entre a rede básica e o sistema de referências e para facilitar o acesso dessas mulheres aos diversos níveis de complexidade da atenção (BRASIL, 2004).

Porém, o que se observa é que o direito à saúde está longe de ser uma realidade. O Estado não investe o necessário não suprimindo assim as demandas elencadas pela população, os trabalhadores da saúde não são remunerados satisfatoriamente e muitos escolhem por trabalhar na medicina privada, principalmente os médicos, os gestores não contam com os recursos e equipamentos que deveriam, pois há uma burocracia que emperra toda a possibilidade e rapidez necessária, e a população não participam do controle sobre a gestão das políticas para reivindicar os seus direitos, por desconhecimento deste direito ou por omissão em não participar dos

Conselhos de Saúde. A promoção e humanização da saúde são processos longos e deveriam ser dinâmicos (SILVA et al. 2007).

As práticas em saúde, então, deverão nortear as atitudes e comportamentos dos profissionais da área a fim de que contribuam para reforçar a atenção à saúde como direito constitucional, que melhorem o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, passa pelo viés dos profissionais capacitados o dever em orientar e divulgar os agravos que mais acometem a sua região como prevenir e possibilidade de tratamento, que busquem o uso de tecnologias apropriadas a cada caso como o objetivo de resolver problemas e diminuir o sofrimento (TAVARES et al. 2009).

A nova visão sobre a mulher deve passar pelo entendimento de sua integralidade, deixando de ser apenas mama, colo uterino e gestação. Mais do que isso, é necessário atuar sobre os diferentes ciclos da vida da mulher, compreendendo a infância, adolescência, idade adulta e senectude, dentro de uma perspectiva de direito a qualidade de vida e opção quanto ao que fazer consigo mesma (MEDEIROS et al. 2005).

Tendo em vista que o sistema de saúde apresenta dificuldades em assistir à mulher em diversas áreas, como por exemplo, o pré-climatério e o climatério, sendo esta a faixa etária em que está a grande maioria das mulheres que apresentam o quadro de incontinência urinária, são essencial questionar a real implantação das PNAISM nos municípios e estados brasileiros. As políticas de saúde ainda não contemplam as especificidades da saúde da mulher de meia idade, tendo em vista as intensas transformações potencializadas pela menopausa e pelo inevitável processo de envelhecimento. As necessidades de cada fase do ciclo vital apresentam características próprias e a suspensão imediata dos hormônios femininos gera transformações rápidas e muitas previsíveis ao corpo da mulher (MARGIS et al. 2001).

Buscando melhorar a qualidade de vida das pacientes e reduzir o encaminhamento indevido para a realização do exame urodinâmico, é recomendado a avaliação das disfunções vesicais por meio de um método propedêutico que permite a avaliação

funcional do trato urinário inferior, através da história clínica, exame físico detalhado e aplicação de questionário como auxílio no diagnóstico (DON et al. 2006).

A avaliação do impacto da incontinência urinária e das intervenções a ela relacionadas pode ser feita de forma objetiva ou subjetiva com a utilização de questionário padronizado, ou por entrevista, a fim de que seja avaliado o impacto da perda urinária na vida dos pacientes e qual a melhor forma de abordagem propedêutica e terapêutica (KUBLIK et al., 2004; SIMÃO, 2001).

3.2.4 Estudo Urodinâmico, suas Implicações no Tratamento da IUE e o Contexto Estadual para a Realização do Exame.

O diagnóstico da incontinência urinária de esforço é basicamente clínico, segundo os critérios da ICS, porém o diagnóstico diferencial com incontinência urinária por urgência e a incontinência urinária mista necessita de uma anamnese e de um exame físico bastante confiável. É importante na classificação das incontinências a intensidade das perdas, necessidade de uso de protetores para as perdas como absorventes íntimos e/ou fraldas, antecedente obstétrico qualitativo e quantitativo, queixas de prolapso genital, cirurgias anti-incontinência prévias e análise do passado neurológico. O diário miccional usado como complemento da anamnese auxilia no autoconhecimento das perdas diárias tornando-se um potente avaliador do grau de perdas, assim como o teste do absorvente pela mensuração do peso pode dar uma estimativa indireta da gravidade do problema (DUECY, et al., 2010; VELAZQUEZ, et al., 2009).

O trato urinário baixo é na realidade um sistema hidráulico, no qual o equilíbrio pressórico intra-abdominal e intra vesical são necessários. Para a adequada continência é necessário que a pressão uretral seja maior que a vesical, para isso o Detrusor precisa estar em repouso e o esfíncter uretral em atividade. Durante a micção, essa situação se inverte, quer pela contração inicial do Detrusor, quer pelo relaxamento do sistema esfíncteriano uretral. O estudo urodinâmico permite medir as pressões em vários pontos do sistema (OLIVEIRA et al. 2009; BENT et al, 1983).

Entende-se que o estudo urodinâmico é um método auxiliar de diagnóstico, que avalia fatores fisiológicos e patológicos relacionados com o mecanismo da micção, tanto na fase de armazenamento como na fase de esvaziamento, analisando o funcionamento da bexiga, do esfíncter uretral e da uretra, com o objetivo de reproduzir os sintomas do trato urinário inferior o mais fisiológico possível, pôr o uso de sondas uretrais e retais pode interferir diretamente nesta fisiologia (ABRAMS, et al., 2003; BHATIA, 1991).

As principais indicações para a realização do estudo urodinâmico na incontinência urinária são: a falha do tratamento clínico, falha do tratamento empírico/cirúrgico; recidiva pós-operatória; no pré-operatório de cirurgias anti-incontinência para reoperações; suspeita de incontinência oculta nos caso de distopias genitais (cistocele e retocele); sintomas sugestivos de dificuldades miccionais sem causas primárias aparentes; causas neurogênicas de disfunções miccionais e/ou incontinência urinária complexa (McDOUGAL, et al. 2011; BRISTOW, et al., 2000).

Segundo Nager et al.(2012), o uso do estudo urodinâmico no pré-operatório da correção de incontinência urinária é discutível. Os autores compararam pacientes com incontinência urinária de esforço submetida à cirurgia com e sem a realização desse exame, e mostraram que o desfecho foi semelhante nos dois grupos após um ano de acompanhamento. No entanto, existem evidências que o estudo urodinâmico deve ser analisado conjuntamente com a história clínica, exame físico e o diário miccional, antes de se instituir o tratamento cirúrgico para a incontinência, devido à falha na classificação e na quantificação da gravidade da incontinência (WINTERS, et al., 2012).

A avaliação urodinâmica dá informações sobre a sensibilidade, capacidade e complacência vesical, contratilidade efetiva do músculo Detrusor, intensidade das perdas, a quantidade de resíduo miccional, sendo a avaliação do resíduo um fator importante no prognóstico do tratamento cirúrgico, devido à possibilidade de maior incidência de retenção urinária no pós-operatório quando este se encontra previamente aumentado. O aparecimento de instabilidade vesical no pós-operatório também sugere uma possível hipercorreção da mobilidade uretral durante o tratamento cirúrgico da incontinência, levando à obstrução infra vesical e gerando

maior insatisfação no pós-operatório, podendo ser considerado uma falha da técnica cirúrgica realizada (NAGER, et al., 2010; HOUWERT, et al., 2009).

A avaliação urodinâmica é considerada um exame invasivo, devido à necessidade de cateterização uretral e retal, sendo muito pouco doloroso e bem tolerado pela maioria dos pacientes, desde que haja uma explicação de como é realizado o exame, compreensão prévia dos objetivos e da importância de sua realização. Os exames complementares para descartar infecção são previamente mandatórios à realização do exame (ABRAMS, 2006; VAN VENROOIJ, et al., 1994). A International Continence Society Committee on standardization of terminology, em 1991, padronizou o estudo urodinâmico em quatro fases: fluxometria livre; Cistometria; Estudo Fluxo/pressão e o Perfil Pressórico Uretral.

Fase do Estudo Urodinâmico:

1) Fluxometria livre – é a etapa inicial do exame, deve ser realizada da forma mais fisiológica possível, ou seja, quando o paciente esboçar desejo miccional normal. A paciente urina em uma cadeira de fluxo sob a qual se encontra um aparelho de Fluxômetro acoplado ao computador. Os sinais eletrônicos resultantes do jato urinário durante a micção são enviados ao computador através do programa específico que gera os gráficos referentes à curva de fluxo (ABRAMS, 2006; SCHAFER, et al., 2002).

Na fluxometria é analisado o volume miccional total eliminado, o tempo total da micção e fluxo urinário, incluindo as interpretações, o volume urinário eliminado pela uretra por unidade de tempo, o fluxo máximo medido após correção de artefatos, sendo considerado como normal um fluxo superior a 15ml/segundo para os homens. Nas mulheres, por possuírem uma uretra mais curta e não possuírem a próstata que gera maior resistência à saída do fluxo urinário pode ter valores normais até maiores que 30mL/segundo. Avalia ainda, o fluxo médio, que é a relação entre o volume urinário e o tempo de fluxo e o padrão da curva que pode ser contínua ou intermitente (ABRAMS, 2006; SCHAFER, et al., 2002; ABRAMS, et al., 2003).

A maior limitação desta fase do exame é sua incapacidade em diferenciar fluxos obstrutivos daqueles com hipocontratilidade vesical, em pacientes com curvas achatadas e alongadas (McDOUGAL, et al., 2011; ATHER, et al., 1998).

2) Cistometria – é a etapa mais importante do exame nos casos de incontinência urinária, na qual são diagnosticadas alterações motoras, sensitivas, de capacidade e complacência vesical. Para a sua realização, utiliza-se um cateter de dupla via (geralmente de 5 a 7f, devendo este cateter ser fino para não causar obstrução durante a micção), uma via para a infusão de líquido (soro fisiológico a 0.9% em temperatura ambiente), e outra via para medir a pressão vesical. A pressão vesical é o registro da pressão dentro da bexiga, a pressão do Detrusor se obtém quando se subtrai a pressão vesical da pressão abdominal exercida sobre a bexiga (ABRAMS, 2002; SCHAFER, et al., 2002).

A medida simultânea da pressão abdominal é essencial para a interpretação correta da Cistometria. Mede-se habitualmente a pressão abdominal por meio de um cateter com balão preenchido por líquido, sem bolhas de ar, que é introduzido no reto. A posição mais adequada para a realização do exame é a ortostática, podendo-se também utilizar a posição de litotomia ou mesmo com o paciente sentado (McDOUGAL, et al., 2011; BRUBACKER, et al., 1990).

Durante a Cistometria o paciente deve referir o primeiro desejo miccional e o forte desejo para urinar, a capacidade normal da bexiga de um adulto está na faixa de 300 a 500 ml. A sensibilidade é avaliada pelo questionamento ao paciente sobre a sensação e o grau de plenitude da bexiga, o que depende muito da interação do examinador com o paciente, o normal é que o primeiro desejo miccional ocorra entre 100 e 200ml infundidos. A avaliação da complacência se dá pela relação entre a variação do volume e a variação da pressão detrusora, sendo os seus valores dados em ml/cmH₂O (ABRAMS, 2006; SCHAFER, et al., 2002).

Avalia-se ainda, durante o enchimento vesical, com a infusão de 200 a 250 ml de soro fisiológico a 0,9%, a pressão de perda por esforço, que é a pressão detrusora intravesical na qual ocorre a perda urinária devido ao aumento da pressão abdominal, na ausência de contração involuntária do Detrusor, usando, para isso, as

manobras provocativas, caso as perdas não ocorram, deverá ser retirado o cateter de cistometria e repetir o esforço, solicitando que a paciente esteja de pé para magnificar às manobras provocativas, sendo as manobras mais usadas a valsalvas (aumento da pressão abdominal por esforço respiratório sobre uma resistência fixa) e tosse (ABRAMS, 2006; SCHAFER, et al., 2002).

A atividade do músculo Detrusor durante o enchimento vesical pode estar normal ou aumentada. O Detrusor estável mantém-se com pressão baixa durante o enchimento vesical, mesmo com manobras provocativas como tosse, uso de valsalvas e, às vezes, utilizando solução com temperatura menor que a ambiente. A hiperatividade vesical, por sua vez, é uma observação urodinâmica que se caracteriza por contrações do músculo Detrusor de aparecimento espontâneo ou provocado, por meio da distensão vesical, e que, segundo a ICS, não importando a sua amplitude, apresente repercussão com sintomas irritativos relatados pelo pacientes no decurso do exame. Se possível, deve-se classificar a hiperatividade do Detrusor em neurogênica quando há componentes neurológicas ou idiopáticas (ABRAMS, 2006; SCHAFER, et al., 2002; JENSEN, 1996).

3) Estudo Fluxo/Pressão - é o registro da pressão vesical, abdominal e do fluxo urinário durante a micção. A aplicação prática do registro é útil para a elaboração do diagnóstico diferencial entre hipocontratibilidade detrusora e obstrução infra vesical, isto se torna necessário, pois muda completamente o tratamento no caso de suspeitas de obstrução infra vesical. A identificação das pressões elevadas com baixo fluxo urinário pode indicar a presença de obstrução, ao passo que baixas pressões com baixo fluxo urinário podem refletir situações de hipocontratibilidade. Não há consenso quanto a um valor crítico para a pressão e o fluxo, que seja diagnóstico de obstrução, porém valores de pressão detrusora maiores que 60cmH₂O com fluxo urinário abaixo de 10ml/s falam muito a favor de presença de obstrução (ABRAMS, 2006; BRUBAKER, et al., 1990).

Homens, geralmente, urinam com uma pressão detrusora de 40 a 60cmH₂O, e as mulheres urinam com pressões mais baixas, em torno de 20cmH₂O, o que vai demonstrar a possibilidade de obstrução é a relação dessas pressões com os valores do fluxo urinário, sendo demonstrada emcmH₂O/ml/s. A presença de

provável obstrução em mulheres pode estar relacionada com as distopias pélvicas como cistoceles e prolapso uterino, passado de cirurgia pélvica ginecológica ou cirurgias prévias para correção de incontinência (ABRAMS, 2006; SCHAFER, 2002).

4) Perfil Pressórico Uretral – é utilizada para avaliar a função de fechamento uretral no repouso e durante o esforço, avaliando também o comprimento uretral funcional, esta parte do exame já tem sido abandonada devido a pouca sensibilidade e especificidade (ABRAMS, 2006; SCHAFER, et al., 2002).

As complicações associadas à realização do estudo urodinâmico são mínimas e estão relacionadas com o cateterismo uretral simples. A passagem do cateter possibilita que bactérias colonizadoras da uretra sejam carreadas para a bexiga em 1 a 2% dos pacientes submetidos ao procedimento. No entanto, em indivíduos saudáveis, os mecanismos naturais de defesa da bexiga têm a capacidade de eliminar as bactérias introduzidas durante o procedimento de inserção do cateter desde que se observe o rigor na assepsia e antissepsia (DÁNCONA, 1988; SCHAEFFER, 1986).

A prevalência de infecção urinária associada ao procedimento é maior em pacientes hospitalizados, em gestantes, idosos, pacientes debilitados e naqueles com anormalidades urológicas. O seguimento rigoroso de protocolos para a realização do procedimento, o uso de antibióticos profiláticos nos pacientes de maior risco e a não realização do exame com presença prévia de infecção urinária, contribui para a redução do risco indevido de infecção urinária decorrente do cateterismo vesical (SCHAFER et al., 2002; CHASSENGE et al., 1998). As utilizações dos dados do estudo urodinâmico facilitam o diagnóstico das incontinências urinárias assim como a sua classificação. Com isso, o tratamento mais indicado para cada tipo de perda urinária pode ser instituído. Porém, o estudo urodinâmico não é passivo de erros de interpretação, assim como não pode substituir uma boa anamnese e o exame físico, pois o mesmo é um exame complementar com suas indicações bem definidas nos protocolos da Sociedade Brasileira de Urologia, que são baseados nos Protocolos Internacionais Americanos e Europeus de Urologia (AUE, 2012). A figura 5 mostra as recomendações para a urodinâmica.

<i>(OBS: Referem-se apenas a adultos sem alteração neurológica com incontinência urinária)</i>	GR
Médicos que realizam avaliação urodinâmica em pacientes com incontinência urinária deveriam: - Certificar-se de que o exame reproduz os sintomas do paciente - Interpretar os resultados no contexto do problema clínico - Checar prontuários para controle de qualidade - Lembrar que pode haver variação fisiológica em um mesmo indivíduo	C
Explicar aos pacientes que os resultados urodinâmicos podem ser úteis na discussão das opções de terapêuticas, entretanto há limitações nas evidências de que a realização da avaliação urodinâmica irá alterar o tratamento da incontinência urinária	C
Não realizar avaliação urodinâmica rotineira quando oferecer tratamento conservador para incontinência urinária	B
Realizar avaliação urodinâmica caso os achados possam mudar a escolha do tratamento cirúrgico	C
Realizar avaliação urodinâmica antes de cirurgia para incontinência urinária, caso existam sintomas de bexiga hiperativa, história de cirurgia prévia ou suspeita de dificuldade miccional	C
Não realizar rotineiramente perfil pressórico uretral	C

Figura 5 – Recomendações da EAU/SBU para a realização do exame urodinâmico como propedêutica da incontinência Urinária⁶

⁶Fonte: Diretrizes para Incontinência Urinária da European Association of Urology – EAU – *Guideline Office 2012*

É recomendado que, para mulheres com sintomas de IUE, em que no exame físico se observe a perda de urina durante a manobra de esforço, a avaliação urodinâmica seja opcional e não obrigatória. Nas pacientes com sintomas atípicos de incontinência, ou que realizaram tratamento cirúrgico sem sucesso, é recomendável realizar a avaliação urodinâmica previamente ao novo tratamento cirúrgico. Em mulheres com sintomas de bexiga hiperativa, a avaliação urodinâmica é recomendável antes do tratamento clínico. Pacientes com IUE e pressão do Detrusor durante a micção inferior a 12cmH₂O, apresentam maior risco de desenvolverem retenção pós-operatória (AEU, 2012).

Dentre os vários tratamentos realizados no decorrer das décadas, as cirurgias de *SLING* (faixas), principalmente as faixas que se implantam na região da uretra média, são as ideais para a correção das perdas urinárias e alteração fisiopatológica da incontinência urinária, quando estas perdas não estão associadas às distopias pélvicas. Vários trabalhos sobre a utilização dos diversos tipos de *sling*, sejam autólogos ou sintéticos, em pacientes com todos os tipos de IU, revelaram que os resultados não apresentam diferença significativa entre a técnica de implante por via supra púbica ou transobturadora. Correção cirúrgica por esta técnica apresenta menos falhas quando comparada a colposuspensão laparoscópica, atingindo taxas de sucesso de até 95% nos cinco primeiros anos (NASSIF et al. 2013). Segundo Palma et al., (2007), o *sling* é uma das técnicas padrão-ouro para o tratamento cirúrgico das portadoras de incontinência urinária.

As diretrizes da SBU, balizadas pelos *guidelines* da Associação Europeia de Urologia (2012), orientam que na mulher incontinente, quando a única queixa é perda de urina aos esforços e com visualização da perda de urina durante o exame físico, a avaliação urodinâmica confirma o diagnóstico de IUE em mais de 90% dos casos. A pressão de perda por manobra de esforço tem sido utilizada para classificar o tipo de incontinência urinária de esforço na mulher, diferenciando em perdas por hiper mobilidade uretral e perdas por insuficiência esfíncteriana intrínseca. Com a difusão do tratamento da incontinência urinária de esforço pela técnica de *sling*, esta classificação perdeu um pouco sua importância, pois esta técnica cirúrgica contempla os dois tipos de perdas por esforço (AEU, 2012; OLSSON, et al., 1988).

Uma revisão da Cochrane (2005) comparando as técnicas cirúrgicas ente si para IUE, mostrou resultados melhores com a operação de Burch. Por outro lado, outro estudo mais recente, um ensaio clínico, multicêntrico randomizado, comparou a técnica de Buch com a *sling* para tratamento da IUE. Após 24 meses de acompanhamento, as taxas de sucesso foram superiores no grupo submetido à cirurgia do *sling* [66%vs.49%, $p < 0,001$] (ALDO et al. 2007).

Navara et al.(2010), através de uma meta-análise com 39 estudos randomizados e controlados, evidenciou que a cirurgia de *sling* na uretra média com material sintético é mais eficaz do que a colpossuspensão de BURCH, sendo igual em efetividade com as cirurgias de *sling* pubovaginais supra púbica, porém com menores complicações no intra e pós- operatórios imediatos devido à rapidez e facilidade na realização do procedimento.

No caso específico da Grande Vitória, existem seis serviços de urodinâmica para atendimento no setor privado, ou seja, para exames particulares e para convênios. Existe, no interior do estado, um serviço em Linhares e outro em Cachoeiro do Itapemirim também para atendimento particular e convênios. No serviço público, o tempo médio de espera para a realização do exame urodinâmico é em torno de 6 a 12 meses para os pacientes da Grande Vitória, podendo ser ainda maior nos casos dos pacientes do interior do estado. Há apenas dois serviços públicos, um na Santa Casa de Misericórdia de Vitória e outro no Hospital Universitário Cassiano Antônio Morais –(HUCAM), sendo que a maioria dos exames realizados inclui pacientes atendidos nos próprios ambulatórios desses hospitais-escola, ficando a rede estadual com a necessidade de compra da realização do exame por licitação pública nas clínicas privadas (SBU-ES, 2014).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO: CARACTERIZAÇÃO DAS PACIENTES

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PACIENTES NO ESTUDO RETROSPECTIVO

Nos dados retrospectivos, foram incluídas 568 pacientes avaliadas nos anos de 2011 (261 – 46,0%), 2012 (171 – 30,1%) e 2013 (136 – 23,9%). A redução anual do número de pacientes com incontinência urinária para serem submetidos ao estudo urodinâmico, se deve à priorização de pacientes com bexiga neurogênica, devido ao maior risco de evolução para insuficiência renal.

A média de idade foi de $54,4 \pm 15,0$ anos (variância de 6 a 89 anos), sendo que 49,8% das pacientes avaliadas estavam na faixa de 41 a 60 anos de idade, conforme mostrado na figura 6.

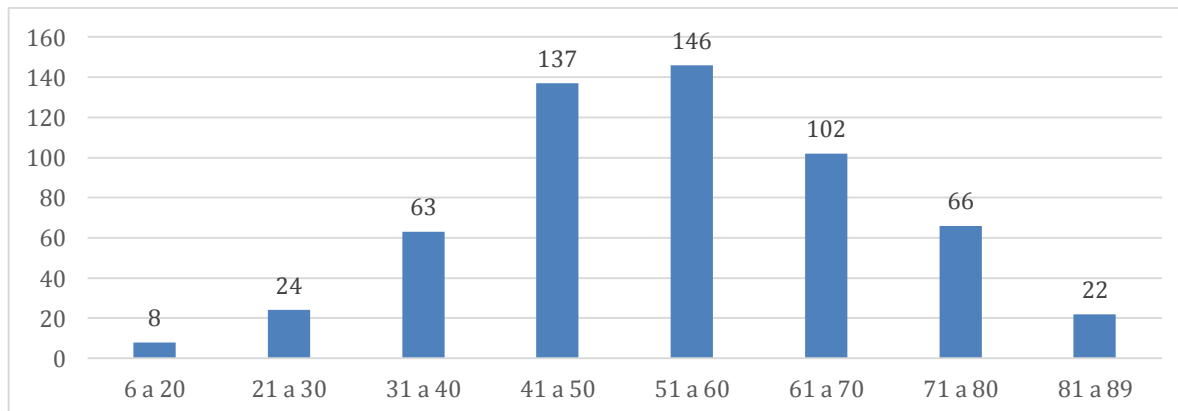


Figura 6 – Média de idade das pacientes submetidas a estudo urodinâmico (n=568)

Estes resultados estão de acordo com os estudos de Wennberg et al. (2009) e Hannestad et al. (2000), em que se observa a prevalência de IUE em mulheres entre 45 e 60 anos, variando entre 35 a 45% conforme os parâmetros utilizados e a classificação dos tipos de incontinência, sendo a IU a doença mais frequentemente encontrada na população acima de 40 anos e com piora progressiva dos sintomas

quando não o tratamento precoce, comparado com hipertensão arterial, depressão e Diabetes Mellitus (HAMPEL et al., 2003).

Segundo Prado et al. (2011), a prevalência de IU muda conforme as variáveis estudadas como o volume de urina perdida como exemplo, gravidade dos sintomas, comprometimento da qualidade de vida, idade, o início dos sintomas e se são percebidos como problemas para as pacientes, número de partos normais e cesarianos e cirurgias pélvicas associadas. Esses são alguns parâmetros estudados que determinam resultados de prevalência, e que foram utilizados neste estudo.

Na análise da política pública específica para as mulheres, observa-se o foco é centrado, primeiramente, na fase materno/infantil e puerperal, mesmo antes da criação e implantação do SUS, sendo criados programas de acompanhamento pré-natal, aleitamento materno e planejamento familiar. O enfoque que se segue dentro das políticas de saúde é para os cânceres específicos femininos, como o de colo uterino e mama, com campanhas educativas e divulgação e, também, ampliação dos recursos propedêuticos específicos, como coleta para o Papanicolau e aumento da oferta de exames de mamografia, sendo de extrema importância devido à possibilidade de diagnóstico precoce e cura dessas doenças graves e que podem evoluir para a morte. Depois vêm os enfoques nas doenças crônicas de controle clínico, como a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus, porém estas patologias não são exclusivas do sexo feminino sendo também abordadas na política de saúde do homem, do trabalhador e do idoso. Em apenas um momento é citada a avaliação, controle e tratamento das doenças do climatério onde se poderia encaixar a IU, porém nada específico diante de uma doença tão frequente e tanta repercussão clínico/social como esta (VOLKMER, 2012; BARRETO, et al., 2006; BRASIL, 2004).

Em relação à cor, as pacientes foram classificadas em brancas (384 – 67,6%), pretas (35 - 6,2%) e pardas (149 – 26,2%). Esta distribuição percentual pode ter ocorrido pela característica da Urocentro ser uma clínica privada com atendimento preferencial para pacientes de convênio e particulares, enquanto que os pacientes do SUS são submetidos ao estudo urodinâmico através da compra por licitação pública do serviço. Como a política interna da clínica Urocentro os pacientes encaminhados para qualquer procedimento não são relatados nos prontuários a

forma de pagamento para os procedimentos (particulares seguros saúde ou SUS). Esses dados demonstram ainda uma diferença significativa entre a maioria das mulheres brancas, que podem pagar um plano de saúde e/ou estão empregadas em locais onde possuem benefícios assistenciais por meio da medicina complementar, em detrimento das pacientes que não possuem outro recurso a não ser o SUS, e que, na sua maioria, podem ser afrodescendentes (BARRETO et al., 2006; GUIMARÃES, 2002).

Segundo Aguiar (2007), os seres humanos se reconhecem enquanto pertencentes às raças, o que no campo da sociologia poderíamos dizer que raça é uma construção social, sendo a cor um critério relevante no reconhecimento das posições na estrutura de classe, como se observa no Brasil quando se compara a raça negra de origem escravizada e a raça branca de origem imigratória europeia. A raça funciona como um mecanismo relativo de criação de desvantagens no acesso ao mercado de trabalho e a outros setores da vida social, podendo ser devido à falta de estímulo ao desenvolvido sócio/cultural, falta de condições de acesso ao estudo ou simplesmente por preconceito subliminar. Porém, essas ideias se complementam e criam barreiras ao acesso às políticas públicas e aos direitos sociais básicos, por desinformação, por acomodação ou por limitação intelectual, tais como emprego, moradia, lazer, segurança e, principalmente, a saúde, que estão garantidos na constituição de 1988.

Quanto ao estado civil, estas pacientes foram agrupadas em casadas (458- 80,6%), solteiras (11 – 1,9%), viúvas (54 – 9,5%) e separadas (45 – 7,9%). Observa-se uma significativa proporção de mulheres casadas, viúvas e separadas em relação às solteiras. Isso se deve ao fato da relação direta da IU com a presença de partos, principalmente os naturais, associado ao aumento da idade e a presença, ou o início do climatério (LONG, et al., 2008; PETROS, et al., 1993).

Esses estudos demonstraram o comprometimento do sistema de continência urinária extrínseca e intrínseca como a congestão vascular submucosa, o tecido elástico intrínseco, musculatura lisa intrínseca, musculatura estriada periuretral e a transmissão da pressão intra-abdominal estão relacionadas diretamente e de forma objetiva com o trauma gerado pelo parto, mais acentuado o normal e também as

alterações ocorridas pelo envelhecimento. A qualidade do colágeno individual também pode estar mais sujeita a alterações consequentes à gravidez e paridade, que não só atuam por meio de mecanismos hormonais, preparando a pélvis para a passagem do feto no parto como a dilatação dos ligamentos pélvicos e aumento da sua elasticidade, mas também pela própria lesão mecânica causada pela passagem da criança no momento do parto no caso do parto normal e com piora significativa quando há demora neste trabalho de expulsão da criança. A correção dos prolapso pélvicos com a reposição anatômica da uretra pela correção do ligamento pubo uretral, corrigindo as cistoceles quando presente permite a transmissão fisiológica da pressão intra-abdominal ao sistema vascular intrínseco uretral (PETROS et al., 1993).

Quanto à escolaridade foi observado o seguinte: ensino fundamental (90 – 15,8%), ensino médio (315 – 54,9%) e ensino superior (166 – 29,2%). Nos mesmos moldes de análise feita para a avaliação dos pacientes quanto à raça, pode ser feito também para a escolaridade e pela característica da clínica ser, preferencialmente, de pacientes com uso de medicina complementar e pagamentos particulares. O ensino e a inserção no mercado de trabalho permitem o acesso a privilégios sociais, como a medicina de saúde suplementar, através de planos ou seguros de saúde.

A partir da década de 80, segundo AGUIAR (2007), os movimentos sociais, principalmente os movimentos emancipatórios, com destaque para os movimentos feminista, passaram a ocupar o lugar de novos atores políticos. O surgimento deste movimento abriu caminho para o ingresso da mulher no mercado de trabalho, acesso ao estudo e automaticamente passaram a pleitear seus direitos como cidadãos, estando à saúde como uma prerrogativa de conquista junto com o voto e autonomia financeira. Apesar disso, em seus lares, as mulheres continuaram tendo que conciliar trabalho secular com as tarefas domésticas e com o cuidado dos filhos, consideradas atribuições naturais das mulheres, gerando uma dupla jornada de trabalho e acarretando sérios problemas de saúde físicos e psicológicos. O número importante de mulheres com apenas o ensino médio (54,9%) observado neste estudo, sugere uma necessidade social de se conciliar estudo, trabalho, família e

criação dos filhos, demandas que geram a elas uma grande dificuldade de acesso ao ensino superior nas universidades públicas.

Quanto ao tipo de parto, o procedimento de cesariana não foi realizado em 169 (29,8%); sendo encontradas mulheres submetidas a uma cesariana (155 - 27,3%), com duas cesarianas (207 - 36,4%) e com três, ou mais, cesarianas (36- 6,3%).

A ausência de parto natural foi observada em 152 (26,8%) pacientes, havendo uma distribuição muito semelhante para mulheres que tiveram entre 1 e 3 filhos de parto natural, conforme mostrado na figura 7.

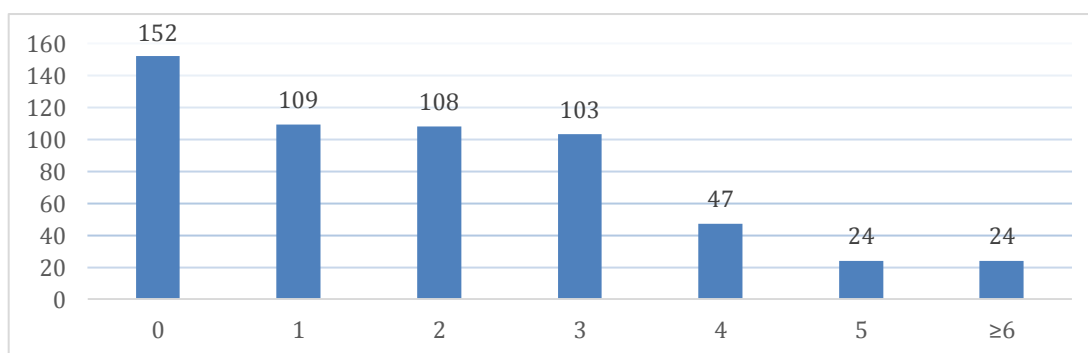


Figura 7 – Distribuição das pacientes de acordo com o número de partos naturais e submetidas ao estudo urodinâmico (n=568)

Segundo Herschorn et al., (2008) a prevalência mais alta de IU em mulheres com dois, ou mais filhos, deve-se à fraqueza relativa do colo vesical e do mecanismo esfíncteriano uretral, com aumento significativo para os quadros de IU mista nos casos de número maior da prole. A correta assistência ao parto ameniza os fatores agressores do complexo da continência urinária, porém a recuperação das lesões causadas pelo parto depende de mecanismos individuais de cada mulher para sua perfeita recuperação.

Para que os mecanismos uretrais da continência atuem, é fundamental manter em posição anatômica, por meio dos suportes ligamentares e muscular do assoalho pélvico. Segundo Abrans (2006), as alterações provocadas no final da gravidez e,

principalmente, no trabalho de parto e nos trabalhos de partos múltiplos, geram alteração no suporte do assoalho pélvico com deslocamento para fora da pelve das estruturas intra-abdominais, gerando: o deslocamento da bexiga (cistocele), do útero (prolapso uterino) ereto (retoceles). Favorecendo, em última hipótese, o surgimento isolado e associado da incontinência urinária.

Segundo Petros et al., (1993), o ligamento pubo uretral fixa a uretra ao púbis, e no momento do esforço, causa uma angulação da uretra impedindo as perdas por oclusão indireta da sua luz gerada pela resistência deste ligamento. A compreensão desse novo mecanismo de continência veio permitir a realização da cirurgia no nível do terço médio da uretra para tratar a IUE, evitando abordar o colo vesical para suspendê-lo o que gerava uma angulação estremada com perda da mobilidade natural dos órgãos pélvicos e colocar a uretra proximal sob a influência da pressão abdominal. Com esse postulado, as cirurgias de *Sling* de Uretra Média tornaram-se padrão-ouro para o tratamento cirúrgico da IUE (PRADO et al., 2011).

No bojo das políticas públicas direcionadas às mulheres, observa-se a importância de encaminhá-las, em idade fértil, para o acompanhamento correto do pré-natal, assim como no puerpério, tentando restabelecer o mais rápido possível as atividades físicas leves e o controle de natalidade, pois a multiparidade é sem sombra de dúvida uma grande agressão ao diafragma urogenital, e, acima de tudo, o acompanhamento dessa mulher na fase da menopausa colabora significativamente para controle das alterações e fraquezas musculares decorrente do hipogonadismo.

Cirurgias pélvicas foram observadas em 158 das 568 pacientes avaliadas, com uma distribuição de 21,1% para a perineoplastia, e de 6,7% para a histerectomias, demonstrando, como foram observados por Prado et al. (2011), uma diminuição das cirurgias vaginais para o tratamento da IUE depois de demonstrada a superioridade das cirurgias de correção de posicionamento da uretra média para o tratamento da IUE (os *SLINGs*). As cirurgias vaginais como a perineoplastia com colporrafia anterior não conseguem manter a tensão necessária sobre a uretra média durante o esforço abdominal, com isso acaba-se comprimento a uretra sob o arco inferior do

púbis gerando obstrução infra vesical em vez de continência quando se tenta corrigir as perdas por esta técnica.

A contração não inibida, ou instabilidade detrusora, estava presente em 213 (37,5%) das 568 avaliadas. Caracteriza-se a contração não inibida, como a pressão detrusora maior que 16cmH₂O, associada, ou não, à presença de desejo miccional durante a fase de enchimento vesical no estudo urodinâmico (NAGER et al., 2010).

As contrações, geralmente, levam a sintomas irritativos vesicais como polaciúria, disúria, nictúria e urgência miccional. Tornar-se necessária a suspeita clínica desses sintomas para a caracterização do quadro de bexiga hiperativa ou IUU, e nos casos de perdas com esforço associado à presença de IUM. A contração não inibida, ou a presença de instabilidade detrusora em 37,5% dos casos, está de acordo com a literatura (HAMPEL et al. 2003).

Várias teorias tentam explicar a etiopatogenia da instabilidade vesical, dentre elas, a hipersensibilidade à acetilcolina, aumento de fibras sensitivas na submucosa, ativação de reflexos medulares latentes, micro refluxos no trígono vesical e diminuição do controle inibitório do Sistema Nervoso Central. Esse conjunto de sintomas pode estar associado à incontinência de esforço, caracterizando a incontinência mista (HAMPEL et al., 2003).

Os valores da Pressão de Perdas sob Esforço (PPE) estão distribuídos na figura 8, onde se observa o maior número de pacientes com perdas nos valores de 91 a 135cmH₂O, sendo estes valores classificados por Blaivas et al. (2000) como as IUE tipo I, em que as perdas se dão por esforço significativo, como tosse forte, espirro ou atividade física importante. Segundo estes mesmos autores, essas pacientes são as que melhor respondem ao tratamento, quer fisioterápico, quer cirúrgico, cabendo ao médico assistente, junto à paciente, decidir sobre o seu tratamento.

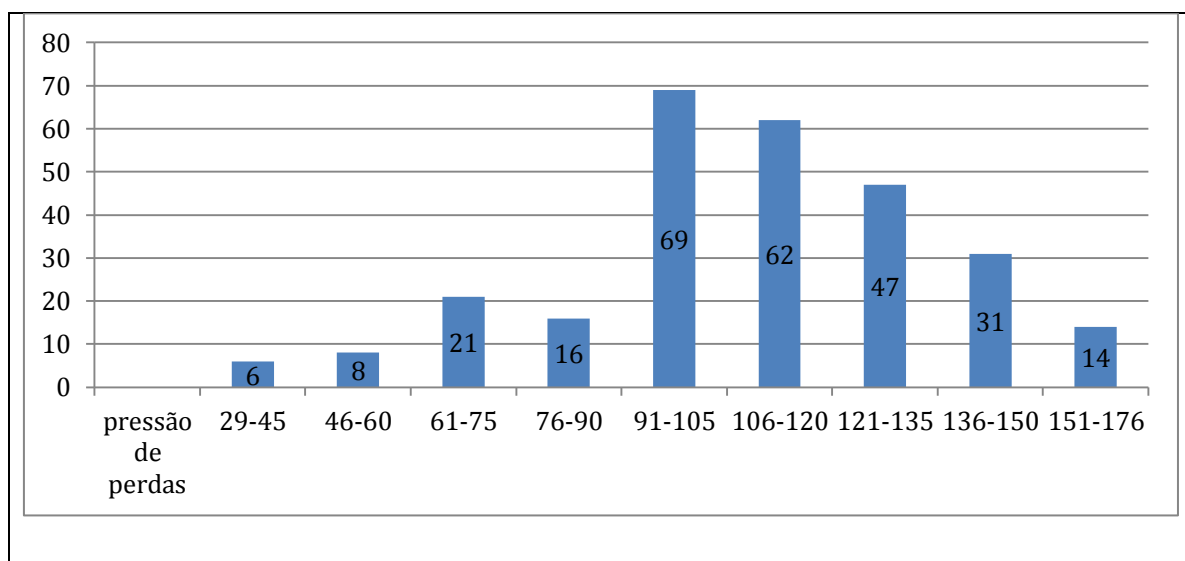


Figura8– Distribuição das Pressões de Perdas sob Esforços (PPE) identificadas no estudo urodinâmico (n=568)

4.2 CARACTERIZAÇÃO DAS PACIENTES NO ESTUDO PROSPECTIVO

Nos dados prospectivos foram incluídas 189 pacientes, sendo que a média de idade foi de $54,7 \pm 13,5$ anos (variância de 27 a 87 anos), com predomínio entre as faixas etárias de 41 a 60 anos conforme figura 09.

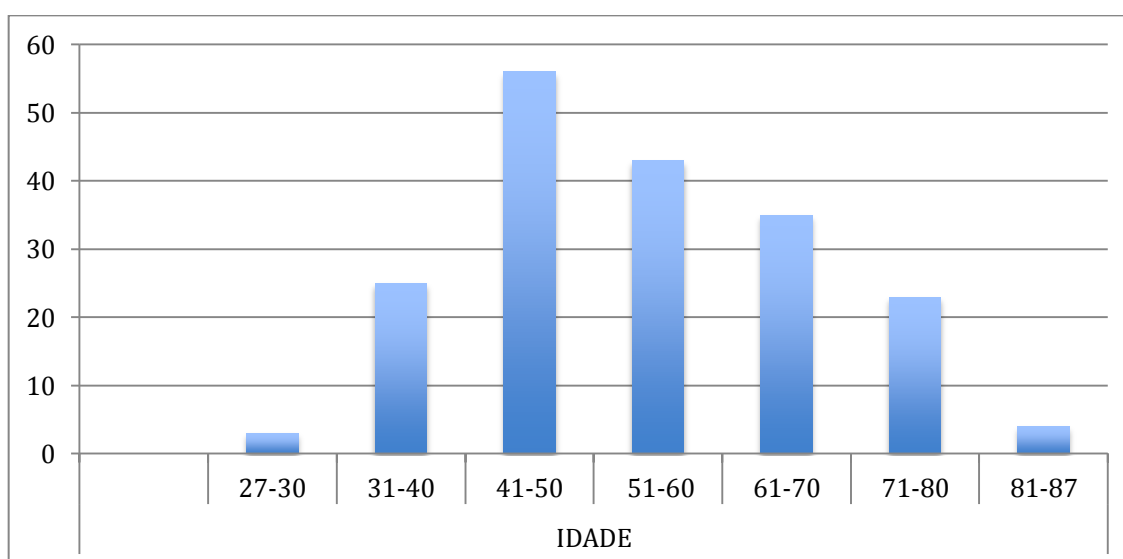


Figura 9 – Média de idade das pacientes submetidas a estudo urodinâmico (n=189)

A prevalência de mulheres em idade adulta evoluindo para o climatério foi verificada neste estudo, e estão de acordo com os estudos de Hannested, et al., (2000), com frequência de 40% de mulheres em idade adulta com presença de algum tipo de incontinência urinária, piorando significativamente com o aumento da idade e das perdas estrogênicas locais (PRADO et al., 2011).

Em relação à cor, 137 (72,5%) eram brancas, 38 (20,1%) eram pardas e 14 (7,4%) eram pretas. Na avaliação do estado civil, as pacientes foram agrupadas em casadas (122 - 64,6%), solteiras (20 - 10,6%), viúvas (29 - 15,3%) e separadas (18 - 9,5%). No caso da escolaridade, foi observada a seguinte relação: ensino fundamental (28 - 15,3%), ensino médio (88 - 46,6%) e ensino superior (72 - 38,1%). Estes resultados confirmam o que foi observado no estudo retrospectivo, em que as

pacientes com maior grau de escolaridade e de cor branca tiveram maior acesso à realização do estudo urodinâmico.

A clínica Urocentro ter seu caráter prioritário de atendimento os pacientes particulares e de medicina suplementar (convênios e seguros saúde), e que, quando os exames são realizados pelo SUS, estes são feitos por licitação pública, fica claro que existe uma parcela pequena de mulheres de cor preta, com grau de escolaridade no ensino fundamental, e isso também reflete a necessidade de maior divulgação e empenho dos gestores públicos para melhorar o acesso das pacientes do sistema público ao estudo urodinâmico.

A análise dos resultados referentes ao estado civil demonstrou claramente uma relação com a presença da prole e também com os tipos de partos encontrados. As mulheres mais idosas e no climatério foram as que mais apresentaram perdas com menores esforços. Conforme Long., et al., (2008), as perdas ocorrem por diminuição significativa da capacidade elástica dos ligamentos pélvicos com substituição dessas por fibras colágenas e que, automaticamente, gera perda do posicionamento destes junto ao diafragma urogenital e enrijecimento da uretra.

O parto Cesário foi observado com as seguintes proporções: nenhuma cesariana (74 - 39,2%), com uma cesariana (52 - 27,5%), com duas cesarianas (55 - 29,1%) e com três cesarianas (7 - 3,7%).

Os partos naturais foram distribuídos conforme demonstra a figura 10, sendo que 63 mulheres com 33,3% não tiveram filhos de forma natural. Observou-se que o maior predomínio foi das pacientes com dois e três filhos por parto natural.

Os números de partos variando entre dois e três para naturais, e dois para cesarianas, demonstram que mais importante que o número de gestações é a qualidade na quais estas são conduzidas pelos médicos assistentes quando se relaciona com a presença de incontinência urinária, principalmente no final da gravidez, quando a estrutura músculo-ligamentar sofre com o aumento do volume uterino e com o trauma na saída da criança (HERSCHORN, et al., 2008; ABRANS, et al., 2007).

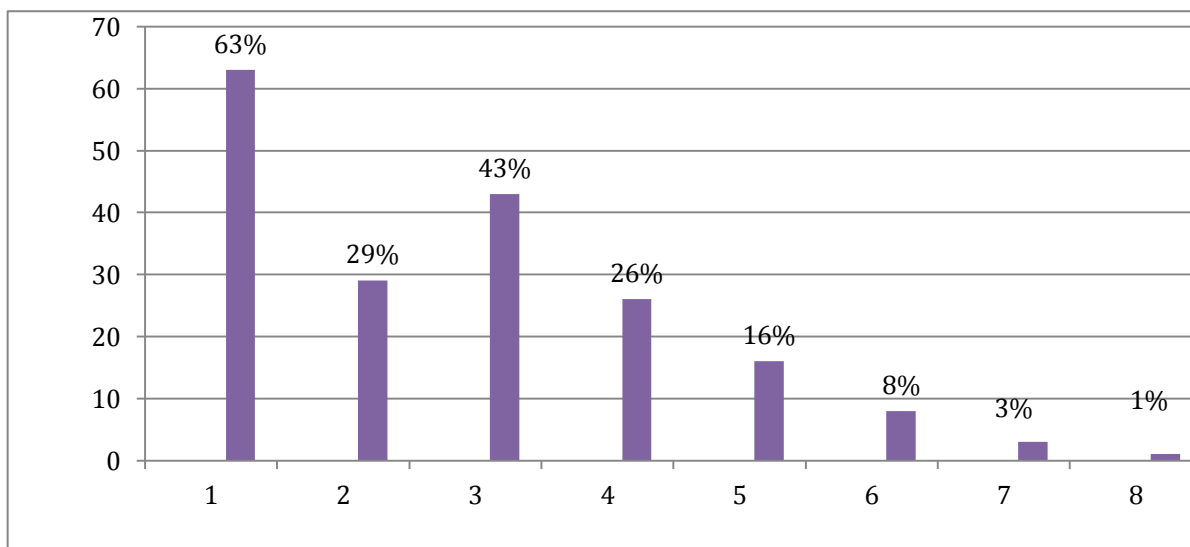


Figura 10 – Distribuição das pacientes quanto ao número de partos naturais submetidas ao estudo urodinâmico (n=189)

Na avaliação das cirurgias pélvicas ficou assim distribuído: 48 mulheres submetidas à perineoplastia (25,4%), 24 mulheres submetidas à histerectomias (12,6%) e 117 mulheres sem cirurgias pélvicas (61,9%). Também nesses resultados, observa-se que a realização da perioplastia prévia não reduz a incidência de IU. Da mesma forma, a presença de histerectomias prévia não foi significativa para o aumento das perdas urinárias, conforme observaram Prado et al. (2011) e Abrans, et al., (2007).

A instabilidade vesical foi observada em 79 mulheres das 189 examinadas, com um percentual de 42,2%, este diagnóstico urodinâmico foi demonstrado com pressão detrusora maior que 16cmH₂O. Estes resultados estão de acordo com Nager et al. (2010), que observou uma correlação entre 25% da presença de instabilidade vesical com perdas por esforço. Também foi observada uma incidência de 25 a 40% de perdas por instabilidade detrusora pura sem perdas por esforço associada nos trabalhos relacionados (HAMPEL et al., 2003).

Na análise da PPE para o grupo de 189 pacientes (paciente que tiveram zero de perda até 180cmH₂O), a média foi de 67,1 com um desvio padrão de 51,4, porém quando se avaliou apenas as pacientes que tiveram perdas por esforço, e não por

instabilidade vesical, o total foi de 127 pacientes, sendo que a média subiu para 102,47 com uma variância de 51cmH₂O a 180cmH₂O, e o desvio padrão foi de 27,8.

Também nesta fase do estudo, foi evidenciada a maior presença de perdas com pressões entre 81 e 125cmH₂O. Conforme a classificação de Blaivas et al., (2000), estaria estas pacientes classificadas no tipo I, com provável boa resposta ao tratamento fisioterápico prévio ao tratamento cirúrgico.

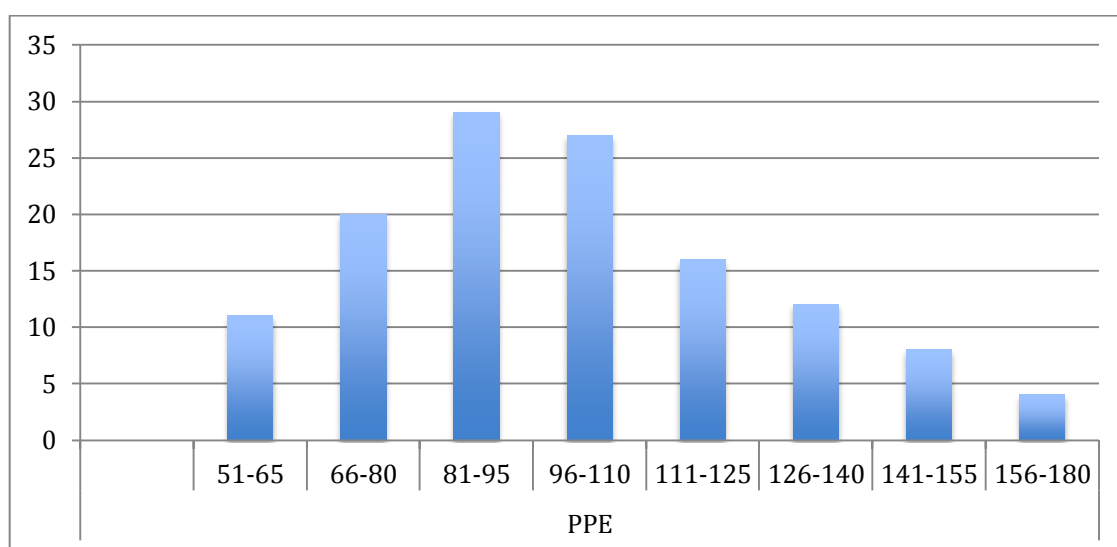


Figura 11 – Distribuição das PPE identificadas no estudo urodinâmico (n=189)

5 ANÁLISE COMPARATIVA DA PRESSÃO DE PERDA POR ESFORÇO COM OS DEMAIS PARÂMETROS AVALIADOS

5.1 ANÁLISE COMPARATIVA DA PPE COM OS DEMAIS PARÂMETROS AVALIADOS RETROSPECTIVAMENTE

Não foram observadas perdas urinárias durante o estudo urodinâmico para PPE no intervalo entre zero e 28cmH₂O, porém as idades entre 31 e 60 anos foram representativas nesse grupo, podendo estar relacionada à falha na demonstração das perdas pelo estudo urodinâmico.

Na distribuição das idades em comparação com as Pressões de Perda por Esforço, observa-se uma significativa preponderância nos valores entre 91 a 135cmH₂O com maior representação das idades entre 40 e 60 anos, fase essa em que se observa a maior prevalência das incontinências urinárias, além de ser a faixa etária produtiva para a maioria das mulheres. Esses valores de pressão são factíveis de tratamento com resultados que melhoram significativamente a qualidade de vida das pacientes (HAMPEL et al., 2003). Como se observa na figura 12.

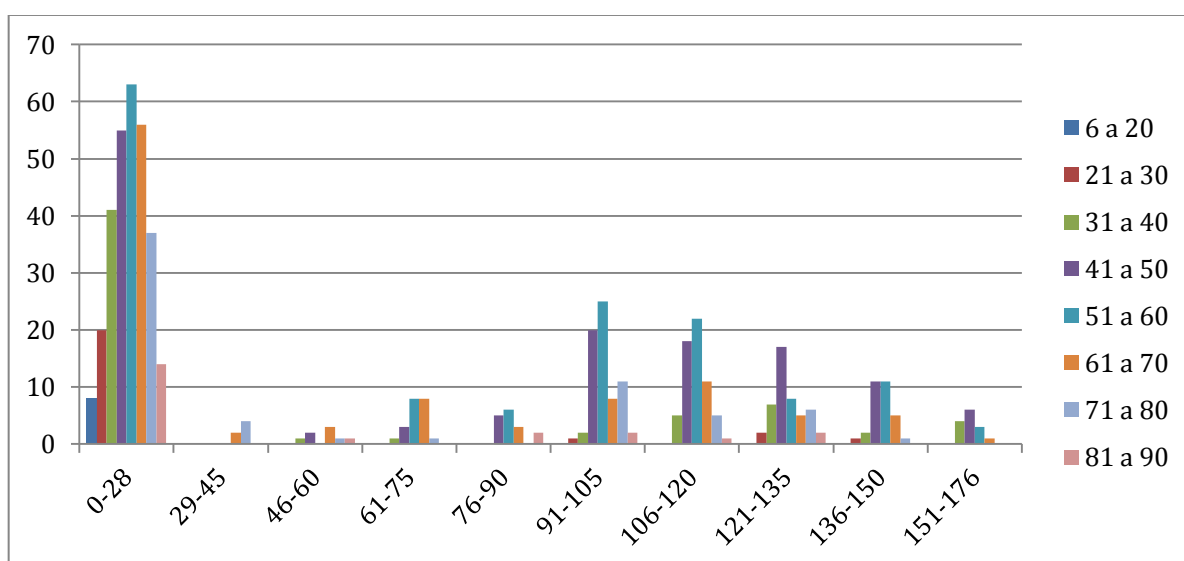


Figura 12 – Distribuição das pacientes quanto à idade comparando com as perdas através da mensuração da PPE submetidas ao estudo urodinâmico (n=568)

Nesta fase do estudo, observou-se que a mesma frequência proporcional de pressão de perdas ocorreu quando estas foram estratificadas pelo valor em cmH₂O nas mulheres da raça branca, parda e preta. O resultado encontrado está de acordo com Prado et al.(2011), revelando que, no caso das mulheres brasileiras, não há diferença de prevalência quando se avalia a raça. Porém, no estudo epidemiológico que abordou mulheres brancas e pretas de uma comunidade europeia, com idade entre 34 a 64 anos, a prevalência de IU baseada no número de perdas urinárias nos últimos 12 meses foi de 33,1% nas mulheres brancas e 14,6% nas mulheres pretas, podendo estar relacionado à menor taxa de miscigenação europeia comparada com a brasileira (FENNER et al., 2008).

Essa diferença foi observada por Novielli et al., (2003), num estudo comparativo entre as americanas afro descendentes e as caucasianas com padrões de prevalência semelhante, onde padrão mistura das raças nas relações familiares, representa a miscigenação da população e que levaria a variações dos padrões genético-musculares, isto também ocorre no caso das brasileiras como se observa na figura 13.

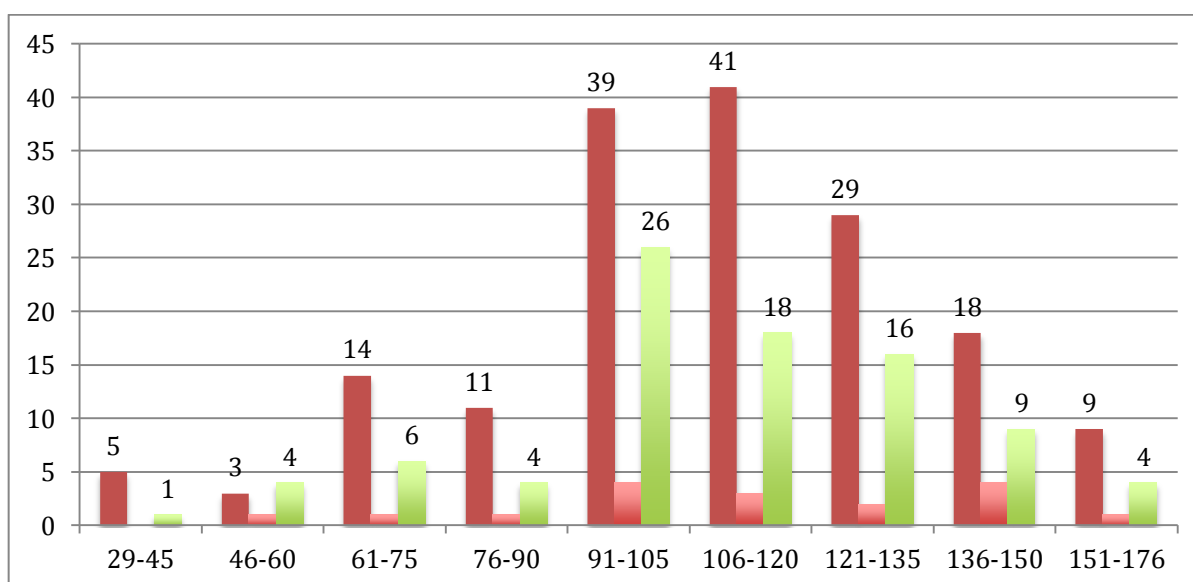


Figura 13 – Distribuição das pacientes quanto à raça, comparando com as perdas através da mensuração da PPE submetidas ao estudo urodinâmico (n=568).

Na análise do estado civil, observou-se um número expressivo de mulheres casadas com pressão de perdas em comparação com as solteiras, o que se justifica pela idade e pelo número de filhos, como mostrou os trabalhos de Wennberg et al. (2009) e Hannestad, et al., (2000), demonstrando que o envelhecimento e o número da prole são fatores importantes na gênese da IUE, como se observa na figura 14.

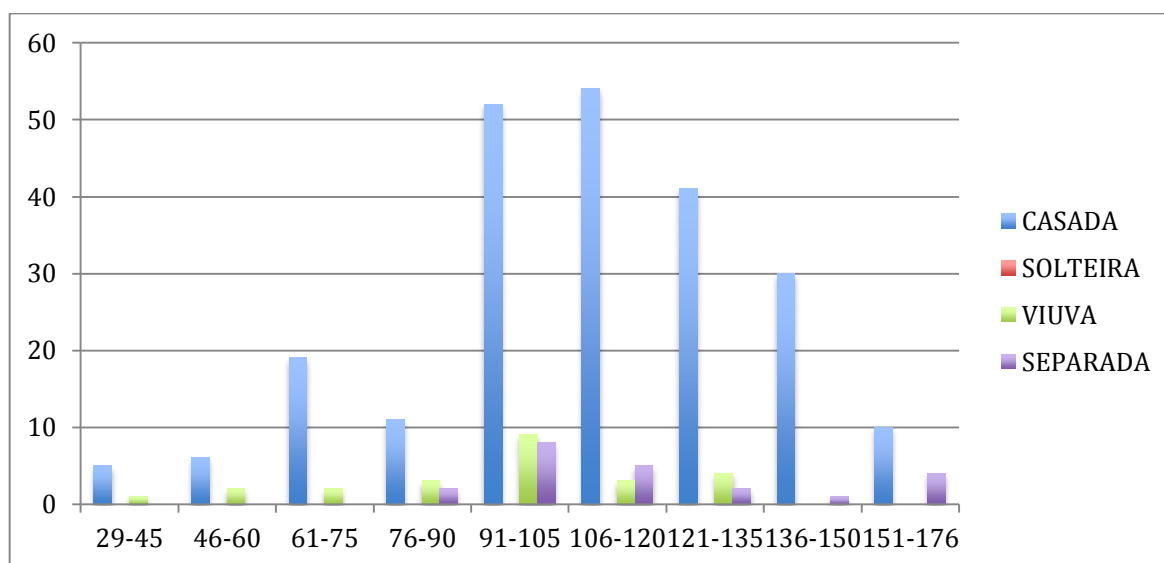


Figura 14 – Distribuição das pacientes quanto ao estado civil comparando com as perdas através da mensuração da PPE submetidas ao estudo urodinâmico (n=568)

Também foi observada nesta fase do estudo, uma proporcionalidade entre as pressões de perdas de urina com suas mensurações estratificadas com o grau de escolaridade, sendo as perdas entre 91cmH₂O e 150cmH₂O foi à de maior frequência. Este grupo se encontra classificado por Blaivas et al. (2000), como IUE tipo I e II, e que são passíveis de tratamento fisioterápico preliminarmente ao tratamento cirúrgico, sem prejuízo de afastamento do mercado de trabalho, principalmente para aquelas que poderão optar pela fisioterapia preliminar, como se observa na figura 15:

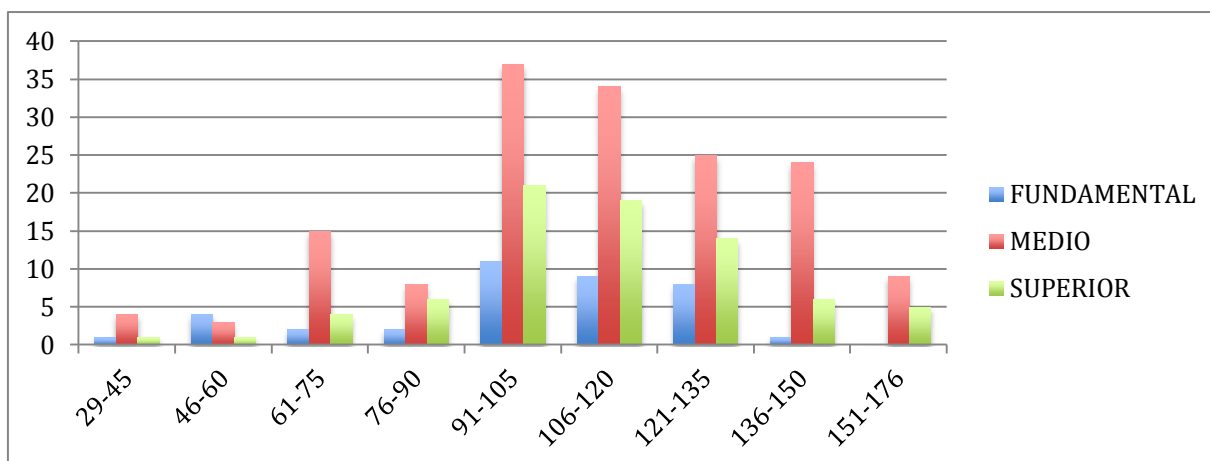


Figura 15 – Distribuição das pacientes quanto à escolaridade, comparando com as perdas através da mensuração da PPE submetidas ao estudo urodinâmico (n=568).

Quando analisamos o número de partos cesarianos com o valor da pressão de perdas em cmH₂O, o número de partos aumenta a possibilidade da presença dessas pressões serem mensuradas, principalmente aquelas com médios esforços entre 91cmH₂O e 120cmH₂O, demonstrando, como já foi observado por Herschorn et al., (2008) e Abrans et al., (2007), que a própria gravidez, principalmente no final da gestação, compromete de forma importante o diafragma urogenital, como se observa na figura 16.

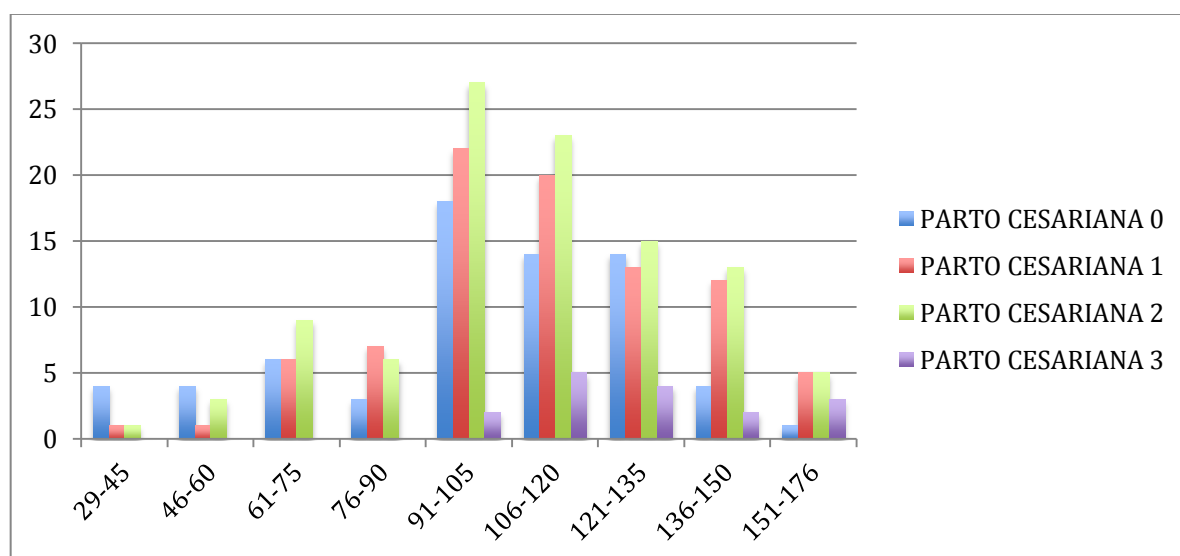


Figura 16 – Distribuição das pacientes quanto ao número de partos cesarianos, comparando com as perdas através da mensuração da PPE submetidas ao estudo urodinâmico (n=568).

Como já descrito anteriormente, o parto normal compromete muito mais o diafragma urogenital, assim como seus ligamentos, aumentando significativamente a possibilidade de ocorrer à presença de pressões de perdas positivas como observaram Herschorn et al., (2008) e Abrans et al., (2007). Na figura 17, se observa que quanto maior o número de filhos, mais frequente será a presença de PPE.

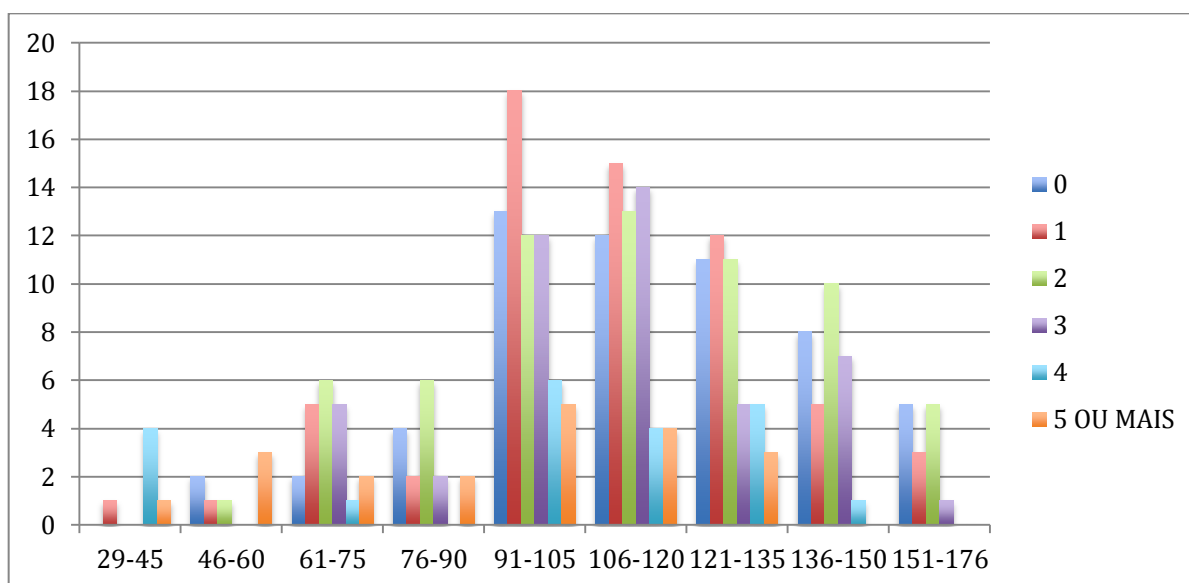


Figura 17 – Distribuição das pacientes quanto ao número de partos naturais, comparando com as perdas através da mensuração da PPE submetidas ao estudo urodinâmico (n=568).

As cirurgias pélvicas foram separadas em perineoplastia e histerectomia. No caso das pacientes que já previamente tinham sido submetidas à perineoplastia, observou-se uma presença importante, principalmente nas perdas de médios esforços, entre 91cmH₂O e 120cmH₂O, demonstrando o que já foi observado por vários autores e revisado por Prado et al.(2011), que esta cirurgia não é mais recomendada para o tratamento da IUE, isso vai ao encontro aos descrito nos GUIDELINES/AEU (2012).

Já no caso das pacientes submetidas à histerectomias prévias, 47,4% delas apresentaram IUE, e 47% apresentaram instabilidade vesical por presença de CNI no estudo urodinâmico, confirmando o que já foi observado por Nager et al., (2010) e Petros et al.(1993), quando abordaram os fatores favorecedores de surgimento da

incontinência urinária. Ratificando a necessidade da realização do exame urodinâmico nos casos de pacientes previamente submetidas a cirurgias pélvicas, ginecológicas ou reoperações para recidiva de IUE.

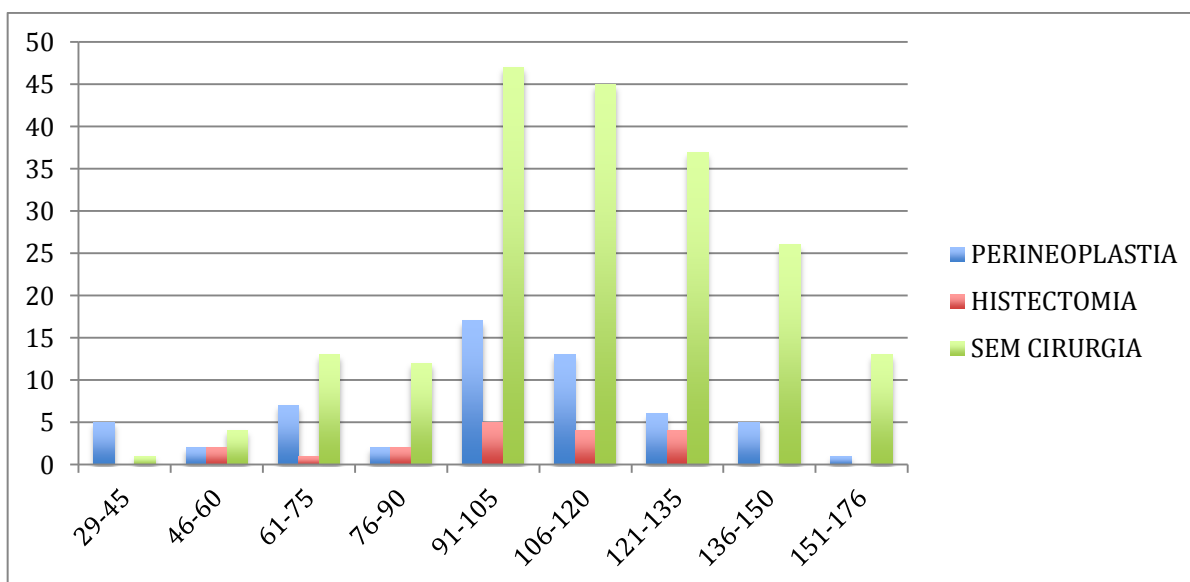


Figura 18 – Distribuição das pacientes quanto ao número de cirurgias pélvicas comparando com as perdas através da mensuração da PPE submetidas ao estudo urodinâmico (n=568).

Nas pacientes que apresentaram simultaneamente a presença de perdas urinárias por esforços decorrentes do aumento da pressão intra-abdominal (tosse e/ou valsalvas) associado à presença de instabilidade vesical devido à presença de CNI durante a realização do estudo urodinâmico, observou a presença de 37,5%, caracterizando assim, como diagnóstico urodinâmico a Incontinência Urinária Mista (IUE associado a Urge/incontinência), estes valores aproximam do que foram observados por Prado et al., (2011).

Incontinência Urinária por Urgência e a incontinência Urinária Mista poderiam ser suspeitadas através de uma boa anamnese com maior ênfase nos sintomas irritativos, como por exemplo, a urgência miccional, a urge/incontinência, a polaciúria, a poliúria, a nictúria e a disúria, podendo ser confirmada posteriormente através do exame Urodinâmico (NAGER et al. 2012 e HAMPEL et al., 2003). Na

figura 19, abaixo, são demonstrados de forma estratificada os valores de PPE, que variaram de 35cmH₂O a 166cmH₂O comparados com a presença de CNI.

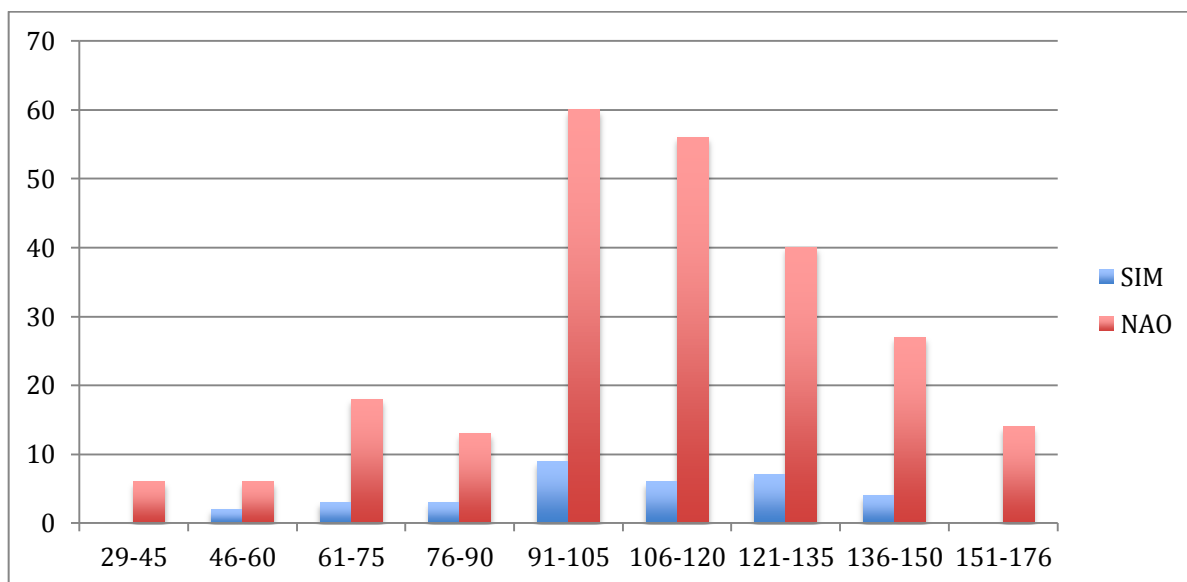


Figura 19 – Distribuição das pacientes quanto à presença de Contrações Não Inibidas (CNI), comparando com as perdas através da mensuração da PPE submetidas ao estudo urodinâmico (n=568).

5.2 ANÁLISE COMPARATIVA DA PPE COM OS DEMAIS PARÂMETROS AVALIADOS PROSPECTIVAMENTE

Os resultados prospectivos demonstraram uma presença significativa de mulheres com idade entre 40 a 60 anos, conforme observado por Wennberg et al.(2009), sendo a prevalência das incontinências urinárias mais significativas, com valores de Pressão de Perda por Esforço (PPE) com variação entre 66 a 140cmH₂O. No caso das mulheres mais idosas, com pressões de perda mais baixas, é sempre importante considerar a opção pelo tratamento cirúrgico, e nas pacientes mais jovens, com pressão de perda maior, pode-se optar, inicialmente, pelo tratamento fisioterápico/comportamental, conforme a classificação de Blaivas et al., (2000), com o Tipo I, com PPE acima de 120cmH₂O, podendo responder à reabilitação pélvica; com o Tipo II, com PPE entre 60 a 120cmH₂O, podendo ter alguma melhora com a

reabilitação pélvica; com o Tipo III, com PPE menores que 60cmH₂O, quando já estaria indicada a opção pela cirurgia de primeira escolha (PRADO et al., 2011). Com se observa na figura 20.

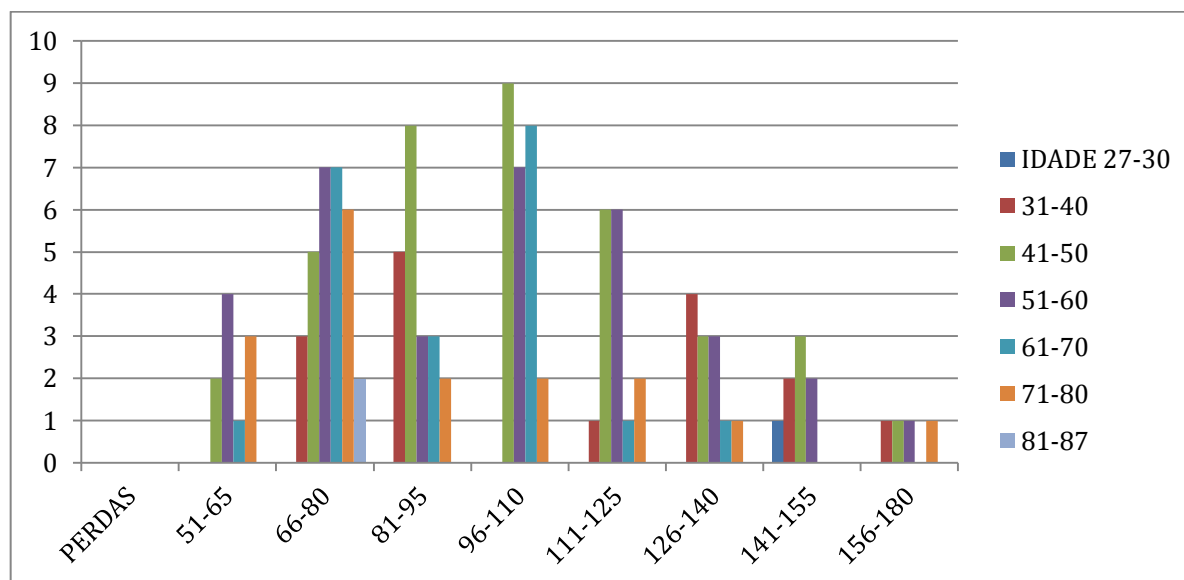


Figura 20 - Distribuição das pacientes quanto à idade, comparando com as perdas através da mensuração da PPE submetidas ao estudo urodinâmico (n=189).

Os dados obtidos, quando comparados à raça das pacientes submetidas ao estudo urodinâmico com a estratificação das perdas, demonstraram maior presença de perdas aos médios esforços para as pacientes brancas, e uma presença mais significativa das perdas com maiores esforços nas pacientes negras, como foi observado nos trabalhos de Fedner-junior et al.(2002), porém não se observou proporcionalmente maior incidência de perdas ocorridas entre as pacientes da raça branca em relação as paciente da raça preta. Conforme foi relatado por Novielli et al., (2003), a mistura das raças não faz com que haja maior prevalência da incontinência, mas sim o tipo de perdas conforme a classificação de Blaivas et al., (2000). Como observado na figura 21.

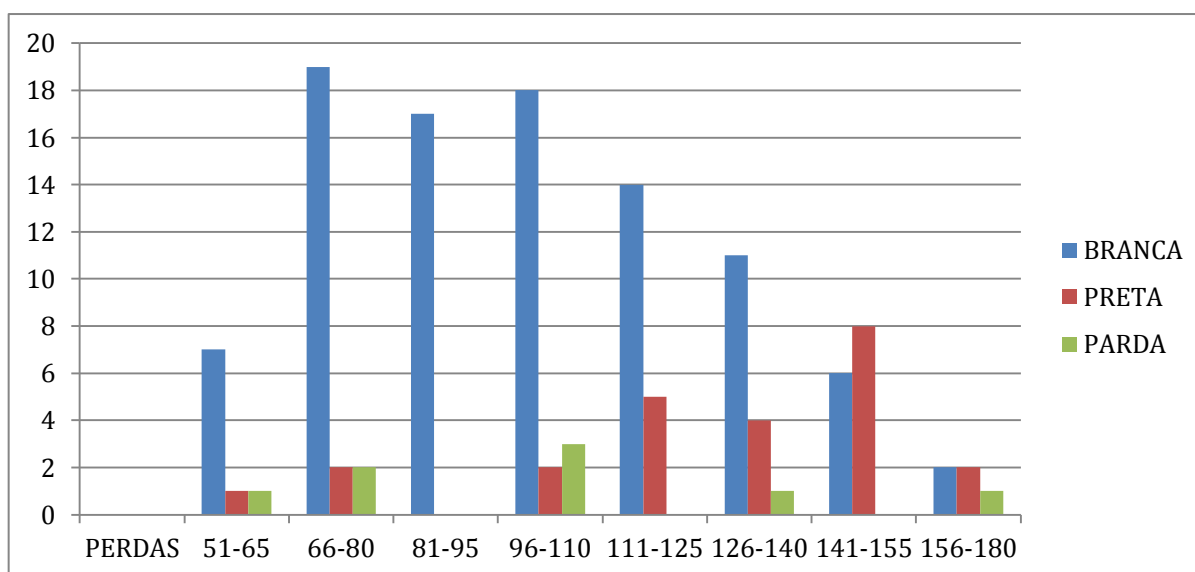


Figura 21 - Distribuição das pacientes quanto à raça, comparando com as perdas através da mensuração da PPE submetidas ao estudo urodinâmico (n=189).

Assim como nos resultados retrospectivos também nesta fase do estudo, observou-se a presença significativa das mulheres casadas; em seguida viúvas, em comparação com as solteiras, isso se deve, provavelmente, pela presença da prole, como relatou Hannestad et al., (2000), observando uma relação direta com a idade e a presença de gestações sucessivas. Conforme a figura 22.

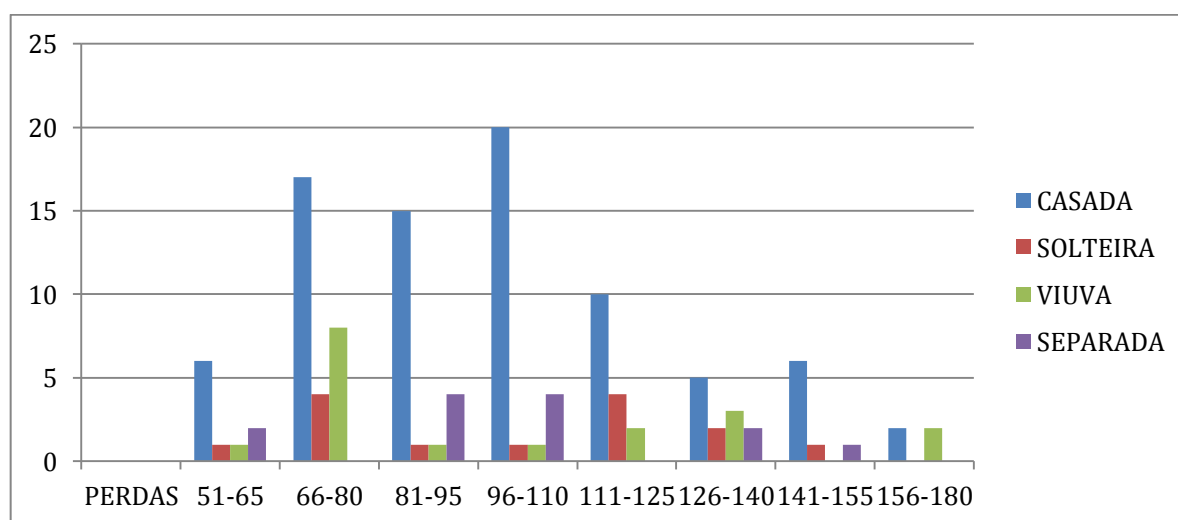


Figura 22 - Distribuição das pacientes quanto ao estado civil, comparando com as perdas através da mensuração da PPE submetidas ao estudo urodinâmico (n=189).

A escolaridade foi representativa para as pacientes com ensino médio e superior, visto na figura 23, observando que nessas pacientes as pressões de perda foram intensidade maior, o que permite um leque amplo de opções terapêuticas quando o diagnóstico ocorre mais precoce, como observou Prado et al., (2011). Nas pressões de perdas menores, observa-se um aumento das pacientes com ensino fundamental, e quando comparado com o gráfico da distribuição por idade, observa-se uma relação direta com as pacientes de maior idade. Conforme o que foi observado por Fedner-junior et al., (2002), a correlação direta entre o comprometimento da estrutura de continência pélvica, com o envelhecimento e o aparecimento de perdas urinárias com menor esforço, limita as opções terapêuticas para o tratamento cirúrgico.

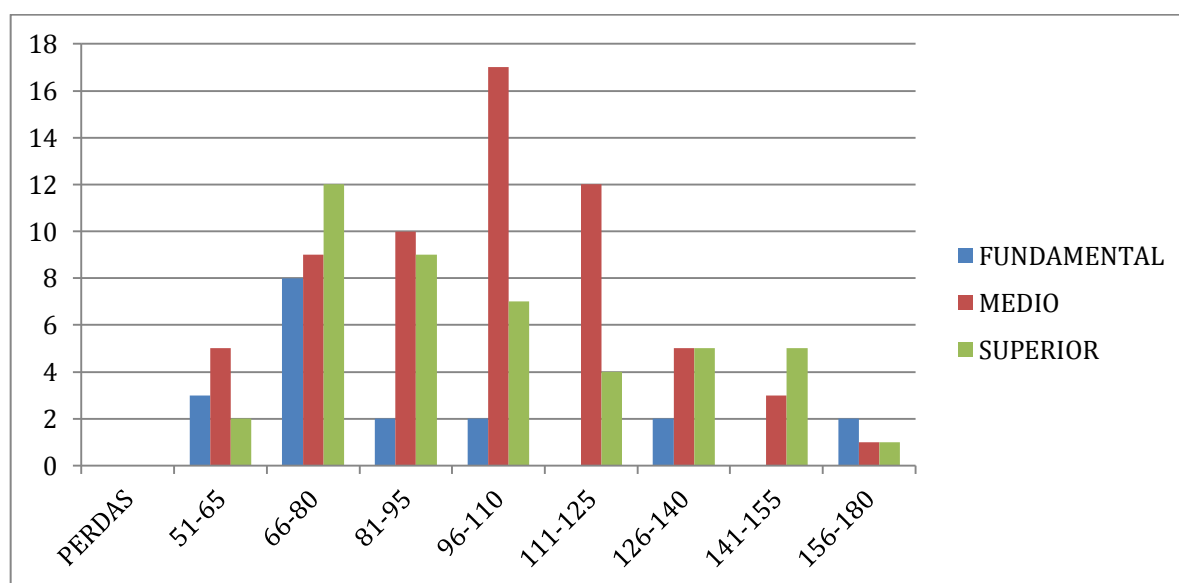


Figura 23 - Distribuição das pacientes quanto à escolaridade, comparando com as perdas através da mensuração da PPE submetidas ao estudo urodinâmico (n=189).

A relação da pressão de perda com o parto cesariano demonstrou uma igualdade da prevalência das perdas quando os números de parto eram um ou dois, contudo ocorreu um aumento principalmente nas pressões de perdas de média intensidade, quando ocorria a terceira gestação vista na figura 24, sugerindo que não é apenas o

tipo de parto que pode ser a gênese das perdas, mas a própria compressão uterina sobre a bexiga pode favorecer as perdas no futuro (ABRANS, 2006).

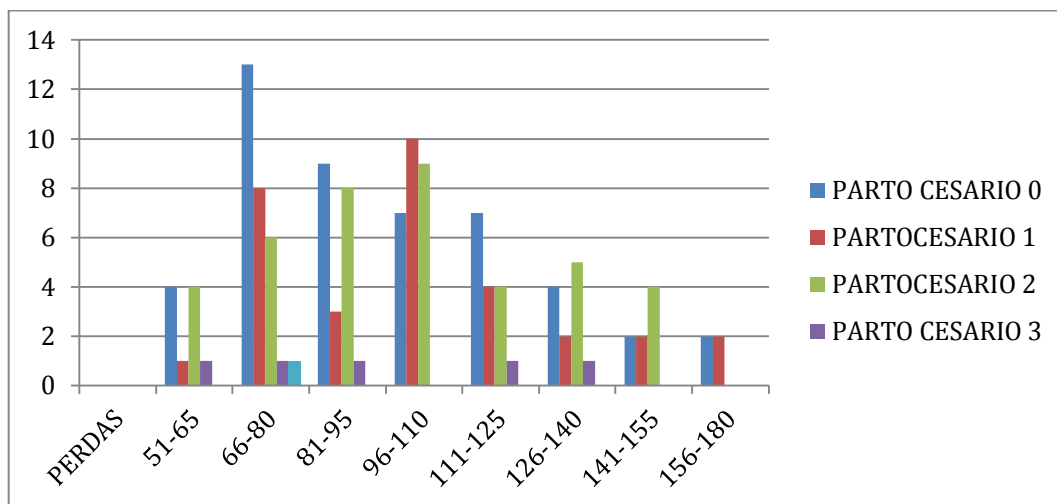


Figura 24 - Distribuição das pacientes quanto ao número de partos cesarianos, comparando com as perdas através da mensuração da PPE submetidas ao estudo urodinâmico (n=189).

No caso dos partos normais, foi observada na figura 25, uma distribuição homogeneia das pressões de perdas, mesmo para aquelas pacientes que tiveram uma ou duas gestações até três gestações, ocorrendo claramente maior frequência de perdas com menores esforços para aquelas pacientes que tiveram um número maior de filhos. Porém, mais importante que a quantidade de partos é a qualidade na assistência pré-natal e puerperal para o restabelecimento precoce e correto dessas mulheres conforme os estudos de Harvey, et al., (2001) e Blaivas et al (2000).

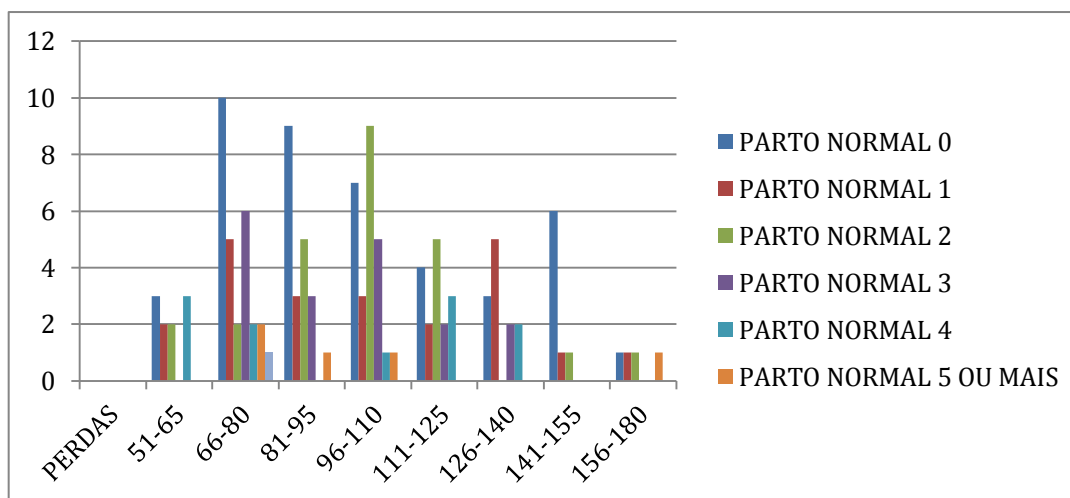


Figura 25 - Distribuição das pacientes quanto ao número de partos naturais, comparando com as perdas através da mensuração da PPE submetidas ao estudo urodinâmico (n=189).

A presença de perdas com PPE entre 66 a 110 cmH₂O foi observada na figura 26, tanto para as pacientes que haviam sido submetidas à perioplastia, como também à histerectomia, sendo classificado por Blaivas et al. (2000), como IUE tipo II, ou seja, como médios esforços, no caso da perineoplastia, podem ocorrer falhas nesta modalidade cirúrgica para o tratamento da IUE, por falta de sustentação da parte mediana da uretra, não sendo mais a primeira escolha como tratamento das incontínências urinárias. No caso da histerectomia, conforme Nager et al. (2010), há uma relação direta da alteração do complexo músculo/ligamentar, em que a parte dele fica ancorada no colo uterino com a sustentação vesical e uretral. Nesta cirurgia, quando os ligamentos não são devidamente reparados e fixados, ocorre perda significativa da sustentação vesico uretral, favorecendo o aparecimento da cistouretrocele e, conseqüentemente, as perdas por esforço (Petros et al., 1993).

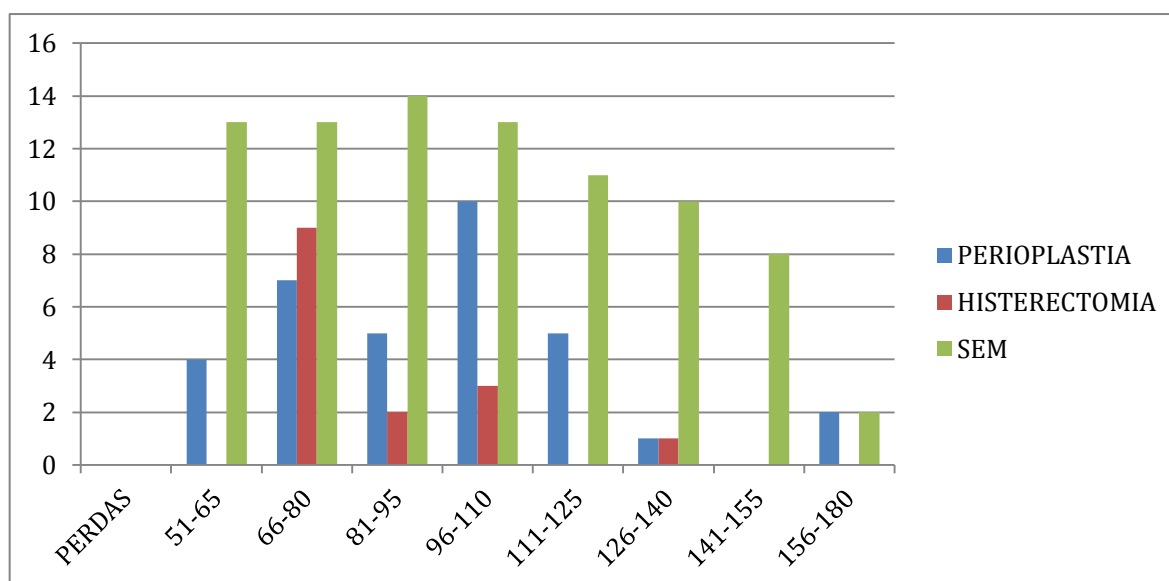


Figura 26 - Distribuição das pacientes quanto ao número de cirurgias pélvicas, comparando com as perdas através da mensuração da PPE submetidas ao estudo urodinâmico (n=189).

Como também foi observado nos resultados retrospectivos, ocorreu maior presença de Contrações Não Inibidas (CNI) nos valores das Pressões de Perdas por Esforço (PPE) mais baixo, entre 51 a 80 cmH₂O, caracterizando uma somatória da instabilidade detrusora com o esforço intra-abdominal sobre a bexiga, gerando a Incontinência Urinária Mista, com valores de prevalência observados numa média de 42% neste estudo, valor este observado por outros autores como Prado et al. (2011) e Hampel et al. (2003). Estes dados ficam bem evidenciados na figura 27 abaixo.

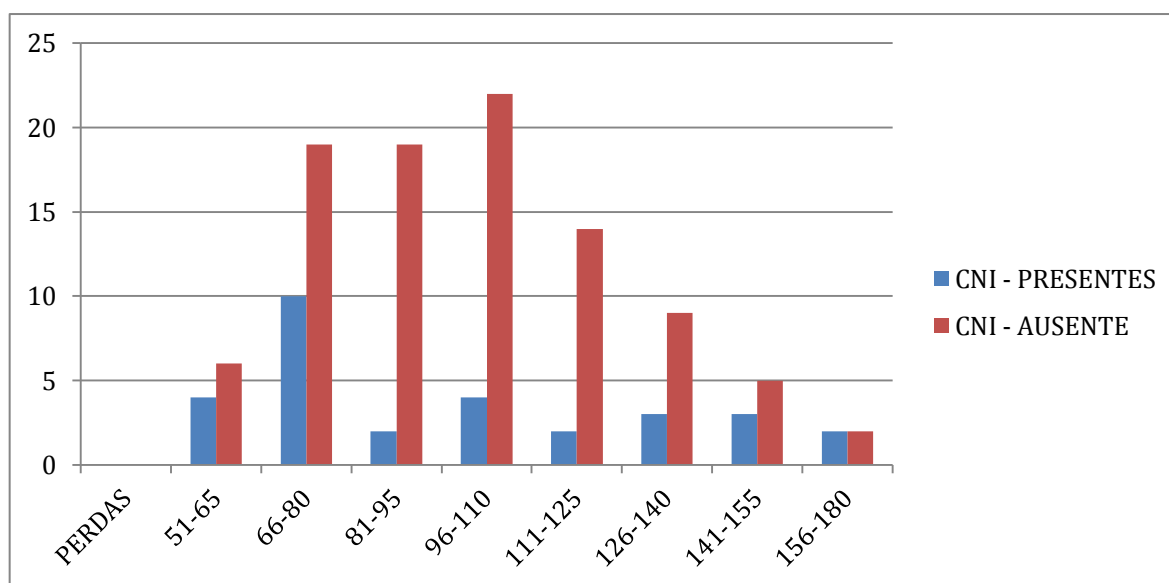


Figura 27 - Distribuição das pacientes quanto à presença de Contrações Não Inibidas (CNI), comparando com as perdas através da mensuração da PPE submetidas ao estudo urodinâmico (n=189).

Estes dados analisados permitiram classificar e quantificar as pressões de perdas por esforço na pacientes observando os diversos parâmetros epidemiológicos avaliados concomitantes por este estudo, com isso foi possível caracterizar as pacientes estudadas quanto à raça, escolaridade, cor, estado civil, cirurgias ginecológicas, partos prévios e tipos de partos, assim como a prevalência dos sintomas associados a outros agravos pesquisados avaliados no estudo urodinâmico como a capacidade, complacência e sensibilidade vesical; a presença de perdas por esforço abdominal ou por instabilidade detrusora, além da presença ou não da obstrução infra vesical e hipocontratilidade detrusora. Foram observadas várias correlações diretas entre a literatura e os resultados obtidos confirmando a importância da pesquisa epidemiológica e a relevância em caracterizar e divulgar a incontinência urinária, tão frequente e que gera tanto sofrimento as pacientes.

6 DIRETRIZ CLÍNICA BASEADA NA ANAMNESE, COMPARADA COM A URODINÂMICA NA CLASSIFICAÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES, CONFORME AS RESPOSTAS OBTIDAS NO ICIQ-SF.

O uso de questionários para avaliação da qualidade de vida vem de forma considerável colaborar para o entendimento correto dos sintomas e como este tem causado alterações objetivas e subjetivas no cotidiano dos pacientes avaliados. No caso específico do questionário para avaliação da qualidade de vida para incontinência urinária, este fornece parâmetros importantes da rotina dos pacientes, mecanismo de adaptação e em alguns casos a conformação sócio cultural com as perdas sem o questionamento real da gravidade desta patologia. O uso do ICIQ-SF neste estudo permitiu avaliar os impactos das perdas, classificá-las empiricamente construindo uma diretriz para auxílio diagnóstico para o examinador e para as pacientes avaliadas foi um ganho no autoconhecimento e conscientização que não há normalidade nas perdas urinárias, mesmo que se tenha uma idade avançada e/ou uma prole numerosa.

A primeira pergunta solicita a data de nascimento;

A segunda pergunta é “com que frequência você perde urina?”: as respostas variam de “nunca” a até “o tempo todo”. Sendo que as repostas de perdas “uma vez ao dia” e de “diversas vezes ao dia”, foram significativamente importantes em 118 pacientes, conforme se observa na Tabela 1:

	Ocorrência	Pressão de Perda Sob Esforço - PPE		
		Contagem	Máximo- mínimo	Média±DP
ICIQ-SF02	Nunca	6	-	-
	Uma vez por semana, ou menos	18	0-155,0	68,7±55,2
	Duas ou três vezes por semana	30	0-165,0	83,8±52,9
	Uma vez ao dia	34	0-144,0	72,3±48,7
	Diversas vezes ao dia	84	0-180,0	64,6±50,6
	O tempo todo	12	0-110,0	53,7±48,4

Tabela 1 - Comparação das respostas à pergunta dois do questionário ICIQ-SF, com a distribuição da PPE no estudo urodinâmico (n=189).

Na terceira pergunta, foi solicitado para a paciente avaliar a “quantidade de urina que ela acha que perde”, tendo como resposta uma variação de “nunca” a até “uma grande quantidade”. Para essa pergunta, analisamos as perdas em comparação com a presença de esforço (PPE) e também com a presença de contrações não inibidas (CNI). Ficou claro que, quando há presença de instabilidade vesical (CNI), existe uma geração de maior frequência e maior volume de urina perdida no decorrer do dia, mas quando há apenas perdas por esforço, essas perdas se dão com menor volume e menor frequência no decorrer do dia, conforme pode ser verificado na Tabela 2:

ICIQ-SF		Pressão de Perda Sob Esforço - PPE		
		Contagem	Máximo- mínimo	Média±DP
Presente	Nunca	1	-	-
	CNI			
	Uma pequena quantidade	33	0-165,0	43,7±57,9
	Uma moderada quantidade	29	0-128,0	30,8±44,8
Ausente	Uma grande quantidade	15	0-165,0	38,1±53,9
	Nunca	5	0	0
	Uma pequena quantidade	56	0-157,0	91,5±39,6
	Uma moderada quantidade	31	50,0-145,0	93,1±22,3
	Uma grande quantidade	14	45,0-180,0	97,7±37,1

Tabela 2 - Comparação das respostas à pergunta 03 do questionário ICIQ-SF, entre a distribuição da PPE e a presença e/ou ausência das CNI no estudo urodinâmico (n=189).

Na quarta pergunta, é quantificado o grau de interferência que a incontinência urinária causa na rotina diária das pacientes, mostrando que quanto maior a perda, pior é a qualidade de vida. Na figura 28, foram comparadas estas repostas com a PPE, demonstrando-se que as perdas com maiores esforços são as que mais incomodam. Na análise de comparação entre valores de perdas (PPE) com a idade, observa-se que as maiores pressões ocorrem, geralmente, nas pacientes mais jovens, confirmando o que já foi relatado como uma preocupação das mulheres em fase produtiva com este problema, e a aceitação das mulheres mais idosas, considerando as perdas como algo comum na velhice.

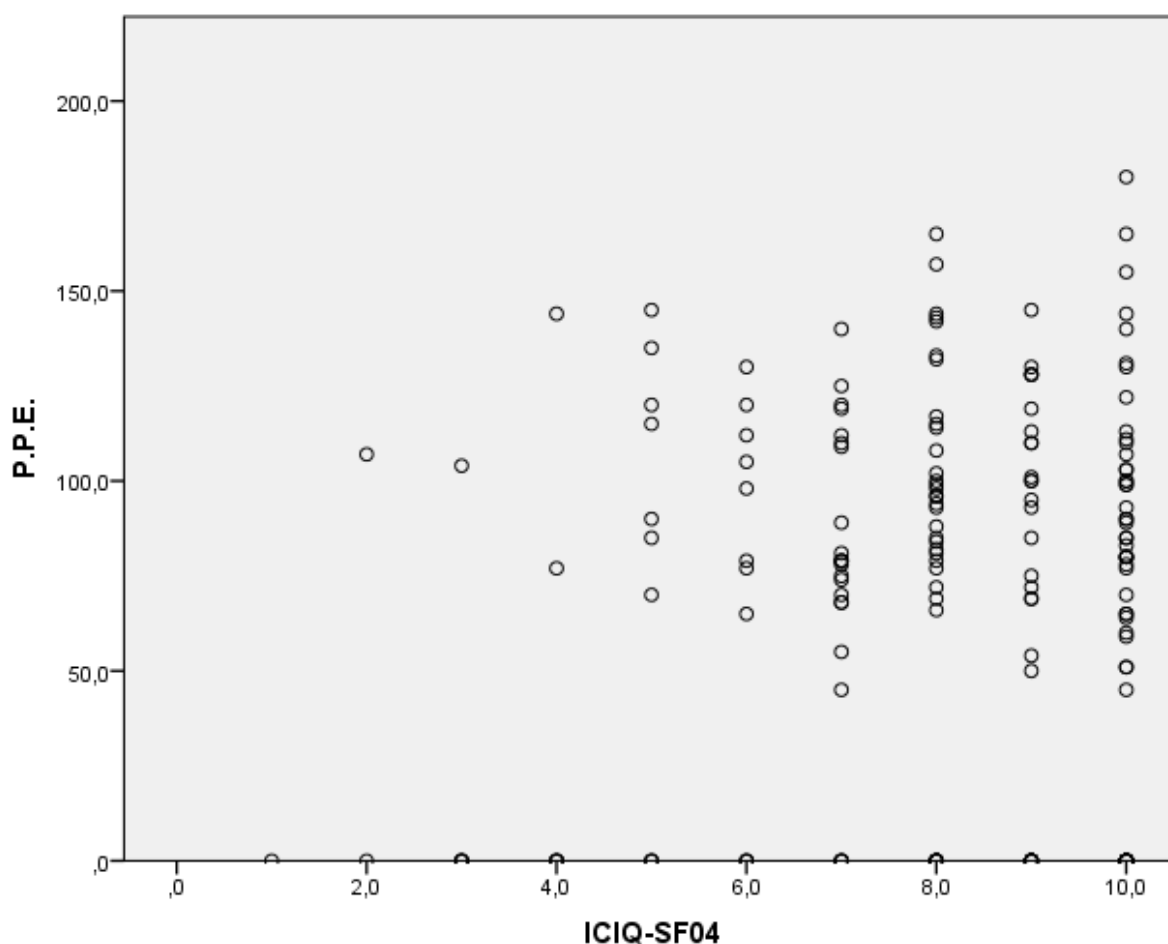


Figura 28 – Análise do grau de insatisfação da qualidade de vida para as pacientes com perda urinária de acordo com as respostas da pergunta 4 do ICIQ-SF (n=189).

A quinta pergunta refere-se ao momento em que ocorre a perda da urina, na tentativa de se caracterizar os tipos de perda, de acordo com a classificação já exposta no referencial teórico. Assim, as repostas foram agrupadas como se segue:

- Resposta A = sem perdas;
- Resposta B, D e F = perdas por urgência;
- Resposta C e E = perdas por esforço;
- Resposta G, H e três ou mais respostas variadas = perdas mistas.

Das 189 pacientes avaliadas, observou-se que 135 mulheres deram duas respostas a estas perguntas, e 53 pacientes deram três respostas a esta perguntas. Diante dessas respostas, para caracterização dos tipos de incontinência, estratificaram-se as pacientes de acordo com a classificação acima onde se observou que 48,1% deram repostas sugestivas de IUE, como se esta representado na figura 29:

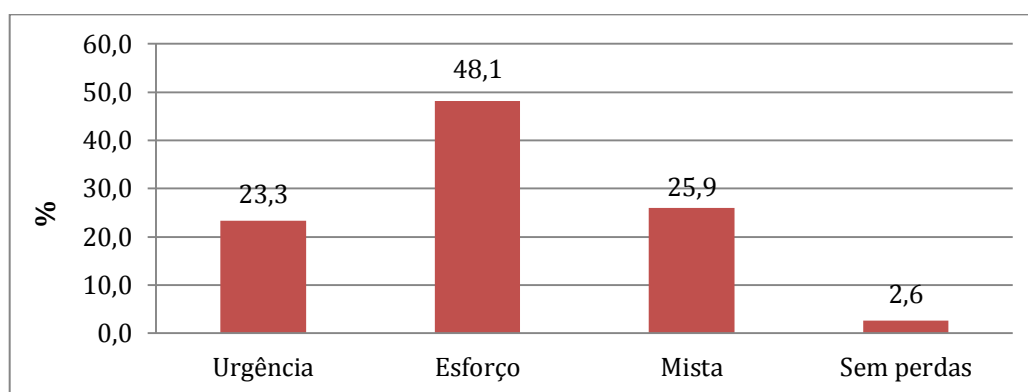


Figura 29 – Distribuição das pacientes quanto ao tipo de perdas segundo a classificação feita com as respostas da quinta pergunta do ICIQ-SF, submetidas ao estudo urodinâmico (n=189).

Na tabela 3, foram verificados os valores da pressão de perda da urina por esforço vesical durante a realização do estudo urodinâmico. Depois, esses valores foram comparados com as respostas da quinta pergunta do questionário ICIQ-SF, a fim de avaliar o quantidade de pressão com o esforço pela verificação das pressões vesicais, onde se observou que as pacientes que foram classificadas como perdas por esforços pela quinta pergunta, apresentaram valores de médias e medianas maiores que aquelas que foram classificadas como perdas mistas. Esse fato confirma a suspeita clínica em que se observa a associação de instabilidade vesical com perdas da urina por aumento da pressão intra-abdominal, acaba gerando perdas com valores urodinâmicos menores pela somatória do estímulos internos sobre o músculo Detrusor gerando a sua contração involuntária e o complexo vesico/esfincteriano quando comparado com as perdas por esforço isoladas onde apenas há interferência externa sobre a uretra e a bexiga.

	P.P.E.				
	Mediana	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Urgência	,0	,0	128,0	18,1	37,7
Esforço	96,0	,0	165,0	91,5	41,1
Mista	79,0	,0	180,0	71,2	46,9
Sem perdas	,0	,0	77,0	15,4	34,4

Tabela 3 - Mensuração da pressão vesical urodinâmica, comparada com a classificação dos tipos de perdas de acordo com as respostas obtidas à quinta pergunta do ICIQ-SF.

Na tabela 4, verifica-se que a presença de instabilidade vesical através da ativação de contrações não inibidas (CNI) foi proporcionalmente significativa em comparação com a ausência das mesmas, quando comparada com a classificação da incontinência urinária de urgência realizada pelas respostas B,D e F a quinta pergunta do ICIQ-SF. Na mesma análise, observa-se que, no caso da incontinência urinária por esforço com as repostas C e E, a presença proporcional de CNI foi consideravelmente menor quando comparada com a ausência dessas contrações e, no caso da incontinência urinária mista com as repostas G, H e três ou mais repostas, a presença, ou não, de CNI foi bastante semelhante.

		C.N.I		
		Presente	Ausente	Total
Urgência	Contagem	31	11	42
	% do Total	16,6%	5,9%	22,5%
Esforço	Contagem	26	65	91
	% do Total	13,9%	34,8%	48,7%
Mista	Contagem	20	29	49
	% do Total	10,7%	15,5%	26,2%
Sem perdas	Contagem	2	3	5
	% do Total	1,1%	1,6%	2,7%
Total	Contagem	79	108	187
	% do Total	42,2%	57,8%	100,0%

Tabela 4: avaliação proporcional da presença de CNI nos tipos de incontinências urinárias classificadas através da quinta pergunta do ICIQ-SF

Esses resultados observados nas tabelas 3 e 4 estão de acordo com o que foram observados por Colli et al. (2003), que afirma que até 25% dos aumentos da pressão abdominal durante o esforço, pode desencadear as contrações não inibidas do Detrusor, gerando perdas com esforços menores devido à soma da instabilidade vesical com a pressão abdominal sobre a uretra e a bexiga. Com isso, o volume de urina perdida acaba sendo significativamente maior quando comparado com as perdas apenas devido ao esforço com aumento da pressão abdominal.

Com esses dados, podemos construir uma diretriz que muito facilitará ao médico generalista a suspeição diagnóstica da IUE, facilitando o encaminhamento precoce a tratamento empírico, deixando para a utilização da avaliação urodinâmica aquelas pacientes com quadros mais completos onde a história clínica, o exame físico e aplicação do questionário não permite uma clareza diagnóstica como esta demonstrado no quadro abaixo:

Resposta A – sem perdas: paciente deverá ser acompanhada pelo médico generalista com o periódico anual conforme a idade.
Resposta B, D ou F – perdas por urgência miccional: paciente deverá ser encaminhado para a realização do estudo urodinâmico, a fim de que seja avaliado o grau de instabilidade detrusora, obstrução infra vesical e posterior terapêutica complementar.
Resposta C e E – perdas por esforço: paciente poderá ser tratada inicialmente com reabilitação pélvica e, caso haja falha no tratamento, necessitará de reavaliação.
Resposta G, H ou três ou mais respostas variadas – perdas mistas: paciente deverá ser encaminhada para a realização do estudo urodinâmico.

Quadro 5: Diretriz para encaminhamento, ou não, ao Estudo Urodinâmico, conforme a resposta à quinta pergunta do ICIQ-SF.

Essa diretriz permite um norteamento para o tratamento inicial da incontinência urinária de esforço (IUE), sendo esta IU a que tem a maior prevalência entre as mulheres, principalmente em fase produtiva e que pode se beneficiar inicialmente com um tratamento fisioterápico e comportamental melhorando de forma considerável a qualidade de vida dessas pacientes.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Incontinência Urinária é definida pela ICS como o relato de qualquer perda involuntária de urina, tomando sempre em consideração as queixas das pacientes. A caracterização das IU ocorre de acordo com os sintomas associados, podendo, então, ser classificada em IUE – Esforço, IUU - Urgência, IUM - Mista IUT - Transbordamento e IUF - Funcional (ABRAMS, 2006).

Ocorrem numa prevalência média mundial de 26,5% para mulheres entre 34 a 64 anos, e 41% naquelas acima de 65 anos, se tornando extremamente comum com o envelhecimento, podendo estar associada a outros fatores, tais como obesidade, raça branca nos caso dos países caucasianos, paridade múltipla, menopausa e histerectomia (FENNER-JUNIOR et al. 2002; MELVILLE et al., 2005).

A literatura aponta para uma prevalência maior de incontinência para as mulheres brancas caucasianas, independente da idade, podendo ser até 2,5 vezes maiores em comparação com as mulheres não brancas, gerando uma piora significativa na qualidade de vida, proporcionalmente pior quanto maior for à frequência das perdas da urina, gerando um impacto negativo nessas pacientes, principalmente quando o acesso à informação sobre os seus sintomas estão disponíveis (KUBIK et al., 2004; GOODE et al., 2008).

Os custos gerados pelas incontinências urinárias são significativos, tanto individualmente, contabilizado pelos pacientes, como para o sistema de saúde, gerando, dessa forma, um aumento progressivo de gastos com cuidados paliativos ou terapêuticos. A busca pelo tratamento depende das condições sociais, econômicas e culturais, fatores como renda e escolaridade influenciam diretamente na procura e no acesso ao diagnóstico e ao tratamento, o conhecimento dos profissionais da área de saúde sobre esta patologia também reflete de forma direta e objetiva o tratamento precoce dessas pacientes (HIGA et al., 2010; ANGER et al., 2007).

Apesar dos transtornos causados com a IU, tais como o isolamento social, o constrangimento e a restrição das atividades diárias, além de interferir na vida sexual, o que se observou com Lopes et al. (2006), as pacientes ainda demoram a procurar ajuda ou tratamento, sendo que muitas consideram as perdas da urina como natural, devido ao envelhecimento. No Brasil, segundo Fedner-junior et al. (2002), quase 10% das mulheres que visitam o ginecologista têm como queixa principal a perda urinária.

Os resultados analisados por este estudo, tanto retrospectivamente como prospectivamente, demonstraram uma correlação com a literatura sobre os dados epidemiológicos de incidência e prevalência da incontinência urinária nas pacientes estudadas. Assim como os fatores que podem estar relacionados com a gênese das perdas, também estão de acordo com os observados na literatura.

A utilização do ICIQ-SF (INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE – SHORT FORM) no estudo prospectivo proporcionou uma visão clara de como as perdas urinárias influenciam a qualidade de vida das pacientes, e mesmo aquelas pacientes que durante a anamnese não consideravam a incontinência como uma doença, mas sim como algo comum no envelhecimento, e após responderem o questionário, verificaram uma relação direta entre as perdas urinárias e as mudanças nas rotinas diárias como foi observado nos estudos de Bushnell et al., (2005).

A aplicação do questionário deu-se de forma que as perguntas fossem de fácil compreensão, e que as dúvidas fossem sanadas durante as respostas das pacientes. Com isso, obteve-se uma clareza tanto das entrevistadas como dos entrevistadores acerca da rotina diária dessas pacientes frente às suas perdas como observado nos trabalhos de Oliveira et al., (2009). Através das respostas, pudemos classificar as pacientes indiretamente com os tipos de incontinência urinária, e comparamos com os resultados obtidos na pesquisa de Pressão de Perda por Esforço (PPE) durante o estudo urodinâmico, sendo que houve uma correlação direta da presença de perdas por esforço durante a urodinâmica com as respostas C e E da pergunta 5 do ICIQ-SF, com 34,8% do total de 189 pacientes analisadas. Este dado está de acordo com a literatura que observou uma estratificação

proporcional dos tipos de incontinência urinária como IUU – 15-25%, IUE – 30-45% e IUM – 20-40% (COLLI et al., 2003).

A literatura médica não é unânime na utilização do sinal clínico da perda urinária como único método para o diagnóstico de incontinência urinária. Em uma ampla revisão sobre o tema, conclui-se que a avaliação urodinâmica deve ser realizada, especialmente, quando a cirurgia é a opção ao tratamento. Segundo os autores, apenas quando a terapia não cirúrgica é contemplada (comportamental, farmacológico ou fisioterápico), o exame urodinâmico pode ser dispensável (HAVEY et al., 2001).

Diante dos resultados epidemiológicos obtidos por este estudo, em que se evidenciou uma média de idade de 54,7 anos para as pacientes encaminhadas ao Urocentro para ser realizado o estudo urodinâmico, com mediana entre 45 a 60 anos, sendo que esta faixa etária se correlaciona com a fase produtiva das mulheres, quer no trabalho secular, quer no trabalho doméstico, ficou, assim, claro a necessidade de políticas públicas que permitam a divulgação, instrução e acesso ao diagnóstico da incontinência urinária para essas pacientes.

Houve, sem sombra de dúvidas, uma evolução nas políticas públicas para as mulheres nos últimos 30 anos. Se no século passado, nas décadas de 30, 50 e 70, as demandas eram para suprir o programa materno-infantil, a partir da década de 90, através do SUS influenciado pelos movimentos sociais e conferência de saúde, a abordagem de saúde da mulher tomou corpo mais amplo através, primeiramente, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM (LEITE, et al., 2009). As políticas de apoio à saúde da mulher representam temáticas importantes, nas quais a mulher passa a ser vista em sua integralidade, não mais como apenas tendo útero, mama e filhos, mas como um sujeito participativo de suas demandas e cobrando dos gestores públicos, repostas as mesmas (FREITAS, 2009).

A despeito dos vários programas elencados no decorrer deste século, tais como: Programa Nacional de Pré-Natal e Nascimento, de 2000; Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, de 2004; Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, de 2005; Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, de

2004/2008; Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004/2007/2012; Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: atenção à saúde das mulheres negras, de 2005; Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos: com ênfase na mortalidade materna, de 2006; Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST, de 2007; Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoa, de 2007; Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual, de 2011; e a Política Brasileira de Enfrentamento da AIDS: Resultados, Avanços e Perspectivas. Notam-se, ainda, várias lacunas, cujas articulações se fazem necessárias, como a atenção ao climatério/menopausa (justamente a faixa etária em que se observa a esmagadora maioria das pacientes com presença de incontinência urinária); queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; entre outras (LEITE, 2009).

Muitos são os fatores que têm levado mulheres a adoecerem no Brasil. As doenças mais comuns são, em sua maioria, relacionadas ao processo de trabalho vivido por elas, devido à sobrecarga de tarefas. Não se pode esquecer que a ocupação da mulher no espaço público não a desobriga das atividades domésticas, colocando-a ainda quando chega a sua casa, depois do trabalho, a iniciar uma nova jornada no espaço privado. Conciliar as atividades exercidas pelas mulheres nas esferas públicas e privadas tem sido cada vez mais difícil, e isso gera sofrimento e adoecimento às mulheres (OLIVEIRA, 2008).

As doenças crônicas e degenerativas, sendo a incontinência urinária enquadrada neste grupo, constituem o perfil do quadro de agravos à saúde no Brasil. Perfil este que esta relacionada ao estilo de vida dos indivíduos, condições sociais e ambientais. A demanda que surge para o sistema público, como o resultado dos problemas de saúde que vêm afetando a população, não encontra a oferta dos serviços de saúde de forma suficiente, e este configura outro problema para o processo de adoecimento das mulheres (MEYER, 2005).

Enquanto política pública, o Sistema Único de Saúde busca promover a atenção médica através de serviços de assistência à saúde. Um dos grandes desafios seria reconhecer que, para a mulher, este serviço vai além de um mero atendimento

médico, em seu sentido clínico, afinal, já se reconhece no ato médico, a possibilidade de educação em saúde, deveria, portanto, às mulheres ser atribuída atenção, carinho e direito a escuta, em vista do momento de dor e fragilidade advindas do sofrimento físico-psíquico que a incontinência urinária pode gerar (LEITE et al., 2009). É preciso que haja uma visão mais atenta ao princípio da consecução da integralidade em saúde como direito universal e como dever do Estado.

Com este estudo, podemos verificar que a aplicação do questionário ICIQ-SF pode auxiliar de forma objetiva a suspeição diagnóstica dos tipos de incontinência urinária, devendo estes resultados, quando associados à história clínica e o exame físico, fornecer dados suficientes para a confirmação diagnóstica prévia. Ficará sempre a cargo do médico assistente, a escolha do melhor tratamento para esse agravo.

Através deste estudo, foi possível analisar as várias alterações sociais, psicológicas e familiares que a incontinência urinária pode gerar na vida das mulheres. Como essas alterações podem e modificam toda uma estrutura de vida, desde alterações de hábitos alimentares, vestimentas, opções por lugares sociais específicos com banheiro, até o isolamento social-familiar, evoluindo com processos depressivos. Também constatamos que a falta de informação levou a uma acomodação quando constatamos a aceitação da incontinência urinária como algo natural no envelhecimento. Todos esses agravos geraram custos reais para a paciente, para os familiares e para o estado.

Fica claro que, numa nação continental como o Brasil, com uma população bastante expressiva, a elaboração e aplicação de políticas públicas para as mulheres devem seguir um critério. Acredito que, prioritariamente, já estão sendo contempladas as patologias que podem evoluir para a morte, ou as incapacitantes, assim como questões de violência. Nesse contexto, para que a incontinência urinária possa ser conhecida pelos órgãos governamentais, trabalhos como este podem servir de base e esclarecimento, principalmente porque quando se diagnostica a incontinência nas mulheres mais jovens, o tratamento pode ser mais efetivo, rápido, com menos complicações e maior agilidade ao retorno das atividades diárias, quando

comparado ao tratamento oferecido para as pacientes idosas devido à comorbidades da velhice.

A utilização da diretriz proposta por este estudo facilitará pelos médicos generalistas e outros profissionais da saúde poderão alavancar o diagnóstico precoce e tratamento inicial da IUE, pois são para estes profissionais que os pacientes na rede básica de saúde são encaminhados, com isso, reserva-se para a análise dos especialistas apenas aquelas pacientes já contempladas na diretriz ou aquelas que venham a ter falhas no tratamento inicial da IUE.

8 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ABRAMS, P.; CARDOSO, L.; FALLI, M. The standardization of terminology of lower Urinary Tract Function: report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. *NeurourolUrodyn*, v. 21,p. 167-178, 2002.

ABRAMS, P.; CARDOSO, L.;FALLI, M.; GRIFFITHS, D.; ROSIER, P.; ULMSTEN, U. The standardization of terminology of lower urinary tract function. *Urology*, v. 61, n. 1, p. 37-49,Jan.2003.

ABRAMS, P. *Urodynamics*. 3ed.Springer, 2006.

ABRAMS, P.; DRAKE, M. Overactive bladder. In: WEIN, A., KAVAOUSSI, I. R., NOVICK, A. C., PARTIN, A. W., PETER, C. A. (Editors).*Campbell-Walsh Urology*,v.3.Philadelphia, PA: SaundersElsevier, 2007. p. 2079-2090.

AGUIAR, M. M. A construção das hierarquias sociais:classe, raça, gênero e etnicidade. *Caderno de Pesquisa do CDHIS*,n. 36/37, p. 83-88, 2007.

ALDO, M.E.; RICHER, H.E.; BRUCHKER, L. Burchcolpossupencion versus Facial Slingtoreduceurinary stress incontinence. *New Engl. JournalMed.*,v. 356, p. 2143-7, 2007.

ALMEIDA, G.F.; NESRALLAH, J. L.; CLARO, A. F. J.; ORTIZ, V.; SROUGI, M. Incontinência urinária. *Rev. Bras. Med.*, v.63, n. 7, jul.2006.

ANGER, J.T.; RODRIGUEZ, L.V.; WANG, Q.; CHEN, E.; PASHOS, C.L.; LITWIN, M.S. Radical disparities in the surgical management of stress incontinence among female medicarebeneficiaries. *Journal ofUrology*,v. 177, n. 5, p. 1846-1850, May2007.

ATHER, M.H.;MEMON,A.Uroflowmetry and evaluation of voiding disorders.*TechUrol*,v. 4, p. 111-117, 1998.

ACTAS UROLO. ESPAÑA n.31,v.4; p. 362-365.

AUE – EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY, *GUIDELINES OFFICE*, Publicadonosanais da SBU – Sociedade Brasileira de Urologia, Brasília, 2012.

AUGE, A.P. et al. Comparação entre os índices de qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária submetidas, ou não, ao tratamento cirúrgico. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v.28, n. 6, p. 352-357, jun.2006.

BARACHO, E. *Fisioterapia aplicada à obstetrícia, urogenicologia e aspectos de mastologia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

BARRETO, M.L., CARMO, E.H. Situação de saúde da população brasileira: tendências históricas, determinantes e implicações para as políticas de saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, jul./dez. 2006.

BAUER, S.B.; ATALA, A. Bladder dysfunction. In: BARRAT, T. M.; AVNER, E. D.; HARMON, W. E. (Editors). *Pediatric Nephrology*. 4th ed. Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins, 1998. p. 913-931.

BENT, A. E.; RICHARDSON, D. A., OSTERGARD, D. R. Diagnosis of lower urinary tract disorders in post-menopausal patients. *American Journal of Obstet. Gynecol.*, v. 145, p. 218, 1983.

BHATIA, N. N. Neurophysiology of micturition. In: OSTERGARD, D. R.; BENT, A. E. (Eds). *Urogynecology and Urodynamics: theory and practice*. 3 ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1991. p.31.

BLAIVAS, J.G.; GROUTZ, A. Bladder outlet obstruction nomogram for women with lower urinary tract symptomatology. *NeuroUrol Urodyn*, v. 19, p. 553-564, 2000.

BLAIVAS, J. G. Pubovaginal sling. In: KURSH, E. D.; MCGUIRE, E. J. *Female Urology*. Philadelphia: Lippincott Co, 1994. p. 239.

BODANESE, M.L. *Investigação da prevalência de sintomas de disfunção miccional nos hábitos miccionais de uma amostra populacional com crianças de 8 a 11 anos*. 2007.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: [Lei Orgânica da Saúde]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18.055.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição [da] República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Qualisus – Política de qualificação da atenção à saúde*. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica – ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA. Brasil, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Síntese das diretrizes para a política de atenção integral à saúde da mulher 2004 a 2007. In: *Ministério da Saúde (Org.). 2004: ano da mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 77-82. (Série E. Legislação de saúde).

_____. Ministério da Saúde (Org.). *2004: ano da mulher*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. (Série E. Legislação de saúde).

BRISTOW, S. E.; HILON, P. Assessment and investigations for urinary incontinence. *Baillieres's Clin Obstet gynecologic*, v. 14, n. 2, p. 227-249, 2000.

BRUBAKER L.; SAND PK. Cystometry, urethrocytometry and videocystourethrography. *Clin Obstet Gynecol*, v. 33, p. 315-329, 1990.

BUSHNELL, D. M.; MARTIN, M. L.; SUMMERS, K. H.; SVIHRA, J.; LIONIS, C; PATRICK, D. L. Quality of life of women with urinary incontinence: Cross-cultural performance of 15 language versions of the I-QOL. *Qual Life Res*, v. 14, n. 8, p. 1901-1913, 2005.

CARDOZO, L. Role of estrogens in the treatment of female urinary incontinence. *J. Am. Geriatr. Soc.*, v. 38, p. 326, 1990.

CARVALHO, F.J.W. Envelhecimento dos aparelhos geniturinário. In: FREITAS, E. V.; PY, L. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

CHASSANGE, S.; BERNIER, P.A.; HAAB, F. et al. Proposed cutoff values to define bladder out obstruction in women. *Urology*, v. 51, p. 408-411, 1998.

COLLI, E.; ARTIBANI, W.; GOKA, J.; PARAZZINI, F.; WEIN, A.J. Are urodynamic tests useful tools for initial conservative management of non-neurogenic urinary incontinence? A review of the literature. *EurUrol*, v. 43, n. 1, p. 63-69, 2003.

COSTA, C.; SANTOS, L.; FERREIRA, M. O fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico com a técnica de biofeedback em mulheres com Incontinência Urinária de Esforço. 2008. 23f.

D'ANCONA, C.A.L. *Contribuição ao estudo experimental do peristaltismo ureteral*. 1988. Tese de doutorado – Faculdade de ciências medica, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

DELORME, E. La bandellettetrans-obturatrice: um procede mini-invasif pour traiter l'incontinence urinaire d'effort de la femme. *Progrès en Urologie*, v. 1, p. 1306-1313, 2001.

DONG, D.; XU, Z.; SHI, B.; CHEN, J.; JIANG, X.; WANG, H. Urodynamic study in the neurogenic bladder dysfunction caused by intervertebral disk hernia. *NeurourolUrodyn*, v. 25, n. 5, p. 446-450, 2006.

DUECY, E.E.; PULVINO, J.Q.; MCNANLEY, A.R.; BUCHSBAUM, G.M. Urodynamic prediction of occult stress urinary incontinence before vaginal surgery for advanced pelvic organ prolapse: evaluation of postoperative outcome. *Female Pelvis Med Reconstr Surg*, v. 16, n. 4, p. 215-217, Jul. 2010.

FARRAR, D. J.; WHITESIDE, C. J.; OSBORNE, J. L. A urodynamic analysis of micturition symptoms in the female. *Surg. Gynec. Obstet.*, v. 141, p. 875, 2005.

FENNER, D.E.; TROWBRIDGE, E.R.; PATEL, D.L.; FULTZ, N.H.; MILLER, J.M. Establishing the prevalence of incontinence stury: racial differences in women's patterns of urinary incontinence. *J Urol*, v. 179, n. 4, p. 1455-1460, Apr. 2008.

FREITAS, G.L. Discutindo aPolítica Pública de Atenção a Saúde da Mulher no contexto da promoção a Saúde.*Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 11, p. 424-8, nov.2009.

FELDNER-JUNIOR, P.C.; BEZERRA, L.R.P.S.; GIRÃO, M.J.B.C.; CASTRO, R.A.; SARTORI, M.G.F.; BARACT, E.C. Valor da queixa clínica e exame físico no diagnóstico da incontinência urinária. *Rev.Bras.Ginecol.Obstet*, v. 24, n. 2, p. 87-91, 2002.

FONSECA, E.S.M.; CAMARGO, A.L.M. et al. Validation of a quality of life questionnaire (King's Health Questionnaire) in Brazilian women with urinary incontinence (2005).Disponível em: <<http://www.scielo.br>>.Acesso em: 28 abril 2009.

FORMOSA, A. M.; BRINCAT, M. P.; CARDOZO, L. D. Collagen. In: LOBO, R. A. (Eds) *Treatment of postmenopausal women*. New York:Raven Press, 1994. p. 143.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M.H.; ALMEIDA, P.F.; ESCOREL, S.; SENNA, M.C.M.; FAUSTO, M.C.R.; DELGADO, M.M.; ANDRADE, C.L.T.; CUNHA, M.S.; MARTINS, M.I.C.; TEIXEIRA, C.P. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de antenção primária à saúde no Brasil. *Rev. Ciencia e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GIRÃO, M. J. B. C.; LIMA, G. R. de, SARTORI, M. G. F. Incontinência urinária de esforço. In: RAMOS, O. L.; ROTHSCHILD, H. A. (Eds). *Atualização Terapêutica. Manual Prático de Diagnóstico e Tratamento*. São Paulo, Artes Médicas, 1995.

GHOBISH, A.G. Storage detrusor pressure in bilateral hydroureteronephrosis.*Eur. Urol.*, v. 39, p. 571-4, 2001.

GOLDBERG, R.P.; TOMEZSKO, J.E.; WINKLER, H.A.; KODURI, S.; CULLIGAN, P.J.; SAND, P.K. Anterior or posterior sacrospinous vaginal vault suspension long-term anatomic and functional evaluation. *ObstetGynecol*, 2001.

GOODE, P. S.; BURGIO, K. L.; REDDEN, D. T.; MARKLAND, A.; RICHETER, H. E.; SAWEYER, P. et al. Population based study of incidence and predictors of urinary incontinence in black and white older adults. *J Urol*, v. 179, n. 4, p. 1449-1453, 2008.

GRAY, D. J. A pelve. In: GARDNER, E.; GRAY, D. J.; O'RAHILLY, R. Anatomia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1967.p.505.

GUARISI, T.; AAR, O.; PINTO – NETO, M. J. M. O.; ORCESI, A.; COSTA – PAIVA, L.H.; FANDES, A. The Search of Medical Care by Women with Urinary Incontinence. *Rev. Bras. Ginec. Obst.* v.23, n. 7, p. 439 – 443, 2001.

GUEDES, J.M.; SEBEN, V. Incontinência urinária no idoso: abordagem fisioterapêutica. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*. Passo Fundo, 2006.

GUIDELINE OFFICE 2012 – EAU, EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY, Diretrizes para Incontinência Urinária, Sociedade Brasileira de Urologia, 2012.

GUIMARÃES, A.S.A. *Classes, Raças e Democracias*. São Paulo: Editora 34, 2002.

HAMPEL, C.; GILITITZER R.; PAHERNICK S.; HOHENFELLNER M.; THUROFF J.W. Epidemiology and etiology of overactive bladder. *Urology*, v. 42, n. 6, p. 776-86 2003.

HANNESTAD, Y.S.; RORTVEIT, G.; SANDVIT, H.; HUNSKAAR, S.A. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence; the Norwegian EPINCONT study. *Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trondelag. Journal Clinic Epidemiology*, v. 53, n. 11, p. 1150-1157, Nov. 2000.

HARVEY, M. A.; VERSY, E. Predictive value of clinical evaluation of stress urinary incontinence: a summary of published literature. *IntUrogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, v. 12, n. 1, p. 31-37, 2001.

HERSCHORN, S.; GAJEWSKI, J.; SCHULZ, J.; CORCOS J. A population-based study of urinary symptoms and incontinence; the Canadian Urinary Bladder Survey. *British Journal of Urology, UK*, v. 101, n. 1, p. 52-58, Jan. 2008.

HIGA, R.; LOPES, M.H. B. M.; REIS, M.J. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 2006.

HIGA, R.; RIVORÊDO, C.R.S.F.; CAMPOS, L.K.; LOPES, M.H.B.M.; TURATO, E.R. Vivências das mulheres brasileiras com incontinência urinária. *Texto Contexto Enferm*, v. 19, n. 4, p. 627-635, out./dez. 2010.

HOFLING, E.M. Estado e políticas públicas sociais. *Cadernos de Educação*, CEDES, Campinas, v.21, n.55, 2001.

HOUWERT, R. M.; VENEMA, P.L.; AQUARIUS, A.E.; BRUINSE, H.W.; KIL, P.J.; VERVEST, H.A. Predictive value of urodynamic on outcome after midurethral sling surgery for female stress urinary incontinence. *Am J. ObstetGynecol*, v. 200, n. 6, p. 649-12, Jun.2009.

HUNSKAAR, S.; ARNOLD, E.P.; BURGIO, K.; DIOKNO, A.C.; HERZOG, A.R.; MALLETT, V.T. Epidemiology and natural history of urinary incontinence. *IntUrogynecol J.*, 2005.

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, PMV – PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, Secretaria Municipal de Saúde – gerência de atenção à saúde, 2010.

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, PMV – PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, Secretaria Municipal de Saúde – gerência de atenção à saúde, 2014.

IUGA Int. *Urogynecol J*, supplement 2, 2009.

JENSEN, J.K. Urodynamic evaluation. In: OSTERGARD, D. R.; BENT, A. E. *Urogynecology and urodynamic: theory and practice*. 3 ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996. p. 115.

KUBLIK, K.; BLACKWELL, L.; HEIT, M. Does socioeconomic status explain racial difference in urinary incontinence knowledge? *Am J Obstet/ gynecol.* v. 191, n. 1, p. 188-193, Jul. 2004.

LEITE, A. C. N. T. P.; NIER, A. Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde maternal. *Hist. Cienc. Saúde-manguinhos*, v. 16, n. 3, 705-714, 2009.

LONG, R.M.; GIRI, S.K.; FLOOD, H.D. Current concepts in female stress urinary incontinence. *Surgeon*, v. 6, n. 6, p. 366-372, Dec. 2008.

MARGIS, R.; CORDIOLI, A.V. Idade adulta: meia idade, ciclo da vida humana; uma perspectiva psicodinâmica. Porto Alegre: Artmed Editoria, 2001. p.159-167.

MARINS, J.J. Necessidade de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto e Contexto em Enfermagem, Florianópolis*, v.2, n. 16, p.254-262, 05 abr. 2007.

MARTINS, F.G. Tratamento conservador da incontinência urinária feminina, *Urologia Contemporânea – órgão oficial do departamento de urologia da Associação Paulista de Medicina*, v. 6, n. 1, 2000.

MCDUGAL, W.S.; WEIN, A.J.; KAVAVOUSSI, L.R.; NOVICK, A.C.; PARTIN, A.W.; PETERS, C.A. et al. *Campbell-Walch Urology 10th Edition Review*. Saunders, 2011.

MEDEIROS, V.C.R.D.; MEDEIROS, R.C.; MORAES, L.M.; MENEZES FILHO, J.B.; RAMOS, E.S.N.; SATURNINO, A.C.R.D. *Câncer de colo de útero; análise epidemiológica e citopatológica no Estado do Rio Grande do Norte*. RBAC, v. 37, n.4, p. 227-231, 2005.

MELVILLE, J.L.; KATON, W.; DELANEY, K.; NEWTON, K. Urinary incontinence in US women: a population-based study. *Arch Intern Med*, v. 165, n. 5, p. 537-542, Mar. 2005.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. *Ciências, saúde Coletiva*, v. 15, p.5, Agosto 2010.

MENDES, E.V. O SUS e a atenção primária à saúde. *Revista Atenção à Saúde*. Dez. 2009.

MEYER, D. Gênero e saúde: indagações a partir do pós-estruturalismo e dos estudos culturais. *Revista Ciência e Saúde*, Florianópolis, 2005.

MONTEIRO, M.V.C.; SILVA, FILHO, A.L. Incontinência urinária. In: BARACHO, E. *Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 280-90.

MORENO, A.L. Fisioterapia em uroginecologia. 1 ed. São Paulo: Manole, 2004. MORI M.E. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher menopausada no Distrito Federal, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, set. 2006.

NASSIF, A.E. Existe um tratamento ideal para a incontinência urinária feminina. *Revista UNINGÁ*, v. 15, n. 1, p. 18-22, jul. 2013.

NAGER, C.W.; BRUBAKER, L.; LITMAN, H.J.; ZYCZYNSKI, H.M.; VARNER, R.E.; AMUNDSEN, C. et al. A randomized trial of urodynamic testing before stress-incontinence surgery. *N. Engl. J. Med*, v. 366, n. 21, p. 1987-1997, May 2012.

NAGER, C.W.; KRAUS S.R.; KENTON, K.; SIRLS, L.; CHAI, T.C.; WAI, C.; SUTKIN, G.; LENG, W.; LITMAN, H.; HUANG, L.; TENNSTED, S.; RICHTER, H.E. Urodynamic, the supine empty bladder stress test, and incontinence severity. *NeurouroUroDyn*, v. 29, n. 7, p. 1306-1311, Sep.2010.

NAVARA, G.; ARTIBANI, W.; BARBER, M.D. et al. Updated systematic review and meta-analysis of the comparative data on colposuspensions, pubovaginal slings and midurethral tapes in the surgical treatment of female stress urinary incontinence. *Eur. Urol*, v. 58, p. 218-238, 2010.

NETTER, F.H. Atlas interativo de anatomia humana. Artmed, 1999.

NIJMAN, N.J. Classification and treatment of functional incontinence in children. *BJU int.*, v.85, p. 37-42, 2000.

NOVIELLI, K.D.; SIMPSON, Z.; HUA, G.; DIAMOND, J.J.; SULTANA, C.; PAYNTER, N. Urinary incontinence in primary care: a comparison of older african-american and caucasian women. *Int Urol Nephrol*, v. 35, n. 3, p 423-428, 2003.

NYGAARD, I.; GIRTS, T.; FULTZ, N.H.; KINCHEN, K.; POHL, G.; STERNFEL, B. Is urinary incontinence a barrier to exercise in women?. *ObterGinecol*, v. 106, n. 2, p. 207-314, 2005.

OLIVEIRA, C.; LOPES, M.A.B. Efeitos da cinesioterapia no assoalho pélvico durante o ciclo gravídico-puerperal. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br>>. Acesso em: 25 abril 2008.

OLIVEIRA, M.S.; TAMANINI, J.T.N; CAVALCANE, G.A. Validación of the prolapse quality-of-life questionnaire (P-QOL) in portuguese versión in Brazilian women. *International Urogynecology Journal*, v. 20, n. 10, p. 1191-1122, 2009.

OLSSON, C. A.; BLAIVAS, J. G. Stress Incontinence: classification and Surgical Approach. *J.Urolo*, v. 139, p. 727, 1998.

PALMA, P.C.R.; RICCETTI, C.; FRAGA, R.; PORTUGAL, S.; DAMBROS, M.; RINCÓN, M.E.; SILVEIRA, A.; NETTO JR., N.R. Anatomía Tridimensional y Cirugía Virtual para procedimientos transobturatrizas. *Actas Urol. Esp.*, v.31, n.4; p. 361-365, 2007.

PETROS, P. E.; ULMSTEN, U. Na integral theory and its method for the diagnosis and management of female urinary incontinence. *Scand. J. Urol. Nephrol*, v. 153, p. 1-93, 1993.

PISANECHIE. Política nacional de saúde da pessoa com deficiência – portaria MS/GM n. 1060 de 05/06/2002. Disponível em:<www.senado.gov.br/... 2009/ap20090707_erica_mini...>.

POLDEN, M.; MANTLE, J. *Fisioterapia em ginecologia e obstetricia*. Editora Santos, 2002.

PRADO, V.B.; BISCHOFFBERGER, V.C.; VALDERRAMA, G.E.; VERDEJO, B.C.; DAMIÁN, J.

Prevalence and main characteristics of urinary incontinence among institutionalized older people in Madrid (Spain). *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* n. 46, v.1, p:7-14, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – Relatório anual dos serviços de saúde na atenção básica e complementar, 2014.

RAMOS, J.G.L. *Rotinas em ginecologia*. 5 ed. Porto Alegre:Ed. Artmed, 2006.

REIS, A.; SANTO, S.; DIAS, T. Estudo comparativo da capacidade de contração do assoalho pélvico em atletas de voleibol e basquetebol. 2008. 27f. In: RETT, M.T. et al. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. *Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, v.29, n. 3, p. 134-40, mar. 2007.

REKERS, H.; DROGENDIJK, A. C.; VALKENBURG, H. A. *The menopause, urinary incontinence and other symptoms of the genito-urinary tract*. *Maturistas*, v. 15, p. 101, 1992.

RIOS, J.L.; SILVA, B.A. Fisiopatologia da incontinência urinária de esforço: artigo de revisão. *Revista Digital*, Buenos Aires, v. 14, n. 140, jan. 2010.

SAMPAIO, F. J. B. Mechanisms of urinary continence in women. *UrolPanam*, v. 6, p. 56-59, 1994.

SARTORI, M. G. F.; BARACAT, E. C.; GIRÃO, M. J. B. C. Menopausal genuine stress urinary incontinence treated with conjugated estrogens plus progestogens. *Int. Gynecol. Obstet.*, v. 49, p. 105, 1995.

SBU – ES, SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA SECCIONAL DO ESPIRITO SANTO, Relatório das clínicas prestadoras de serviços urológicos no Estado do Espírito Santo, Congresso Estadual de Urologia, Vitória, E.S. agosto de 2014.

SCHAEFFER, A.J. Catheter-associated bacteriuria. *Urology Clinic North American*, v. 13, p. 735, 1986.

SCHAFER, W.; ABRAMS, P.; LIAO, L.; MATTIASSON, A.; PESCE, F.; SPANGBERG, A. et al. Good urodynamic practices: uroflowmetry, filling cystometry, and pressure-flow studies. *Neurourol. Urodyn.* p. 261-74, 2002.

SIMÃO, R. Avaliação da medida simples da potência muscular máxima pelo fittrodyne. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, Londrina – PR, v. 6, n. 3, 2001.

SILVA, E.; SARRETA, F. O.; BERTANI, I. F. As políticas públicas de saúde no Brasil: o Sistema Único de Saúde (SUS) e a rede de saúde em Franca. *Serviço Social & Realidade*, Franca, v. 16, n. 1, p. 81-103, 2007.

SOUZA, A. Z.; HEGG, R.; TOMIOKA, E.S. Incontinência urinária de esforço II. *Gin. Obst. Bras.*, v. 9, p. 207-13, 2007.

SUGIMURA, K; YOSHIKAWWA, K.; OKIZUKA, H. Nomal female urethral and paraurethral structure evaluation with MR imaging. *NipponIgakuHoshasenGakkaiZasshi.*, v. 51, n. 8, p. 901, 1991.

TAMANINI, J,T,N; DAMBROS,M.; D'ANCONA, C.A.L.; PALMA, P.C.R.; NETTO JR. N.R. Validação para o português do “INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE – SHORT FORM”(ICIQ-SF). *Journal of Public Health*; V38, n. 3, p. 438-44, 2004

TAVARES, M.B.A. C.; SOUSA, R.B.; SILVA, T.O.; MOREIRA, L.A.; SILVA, L.T.T.L.; TAVARES, C.A.B.A.; VIEIRA, S.C. Prevalence of prognostic factors for câncer of the uterine cervix afther radical hysterectomy. *Medical Journal*, São Paulo, v. 127, n. 03, 2009.

VAN VENROOIJ, G. E. P. M.; BOON, T. A. Extensive urodynamic investigation: interaction among diuresis, detrusor instability, urethral relaxation, incontinence and complaints im women with a history of urge incontinence. *J. Urol*, v. 152, p. 1535,1994.

VELAZQUEZ, S.M.P.; GORBEA, C.V.; IRIS, C.S. de la, RAMIREZ, M.E.A.; SOLANO, S.; LOPEZ, M.N.A.; RODRIGUEZ, C.S.; KUNHARDT, R.J. R.; DELGADO

U.J.; NERI, R.E.S. Clinical practice guidelines. Diagnostic and management of stress urinary incontinence. *GinecolObstetMex*, v. 77, n. 10, p. 277-329, Oct. 2009.

VIACAVA, F. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

VOLKMER, Cilene. Incontinência urinária feminina: revisão sistemática de estudos qualitativos. *Ciênc. saúde coletiva* [online], v.17, n.10, p. 2703-2715, 2012.

WAGNER, T.H. Estimated economic costs of overactive bladder in the United States. *Urology*, v. 61, n. 6, p. 1123-1128, Jun. 2003.

WEN, J. G.; YEUNG, C.K.; CHU, W.C.; METRWELI, C. Videocystometry in young infants with renal dilation or a history of urinary tract infection. *Urol. Res.*, v.29, p. 249-250, 2001.

WENBERG, A.L.; MOLANDER, U.; FALL, M.; EDLUNG, C.; PEEKER, R.; MILSON, I. Lower urinary tract symptoms: lack of change in prevalence and help-seeking behavior in two population-based surveys of women in 1991 and 2007. *BJU Int*, v. 104, n. 7, p. 954-959, Oct. 2009.

WINTERS, J.C.; DMOCHOWSKI, R.R.; GOLDMAN, H.B.; HERNDON, C.D.A.; KOBASKI, K. C.; KRAUS, S.R. et al. Urodynamic Studies in Adults; AUA/SUFU guideline. *The Journal of Urology*. v. 188, n. 6, p. 2464-2472, Dec. 2012.

APÊNDICEA – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIADE VITÓRIA****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

À Sra.

A senhora está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “Uma proposta da superioridade da avaliação clínica sobre a urodinâmica no diagnóstico de incontinência urinária em mulheres”. A pesquisa será desenvolvida pelo Médico José Tadeu Carvalho Martins, com a orientação do Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva, Professor do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM.

O estudo tem como objetivo avaliar se o diagnóstico da incontinência urinária (perda de urina) poderá ser feito por meio de perguntas feitas à senhora, sobre a sua história de perda de urina, ou se somente o exame de urodinâmica poderá esclarecer o diagnóstico. A sua participação é voluntária, ou seja, a senhora não tem nenhuma obrigação de participar. Caso decida não participar, não será necessário dar nenhuma justificativa, e o seu exame de urodinâmica será feito da mesma forma e cuidado. Mesmo depois da sua concordância, a senhora poderá se retirar do estudo, sem dar nenhuma justificativa. Caso decida participar do estudo, a sua participação consistirá em responder a um questionário que terá duração de, no máximo, quinze minutos. Além disso, solicita-se que nos autorize a utilizar os dados referentes ao resultado do seu exame de urodinâmica para ser comparado com as perguntas feitas durante a aplicação do questionário. A senhora não receberá e não

pagará nada para participar da pesquisa, e terá a garantia do sigilo absoluto, pois, em nenhuma hipótese, o seu nome aparecerá na divulgação dos resultados da pesquisa, que será feito em congressos médicos ou publicado em revistas médicas. A senhora não será beneficiada com os resultados da pesquisa, mas a sua informação poderá beneficiar outras mulheres, caso se confirme que o diagnóstico de incontinência urinária poderá ser feito somente com a aplicação do questionário, ficando a indicação do exame somente para as mulheres que não responderem ao tratamento baseado no diagnóstico feito pela aplicação do questionário. Os questionários serão arquivados e mantidos sob a guarda do Dr. José Tadeu, por um período de cinco anos, e os dados obtidos serão utilizados somente para a realização desta pesquisa. Os riscos em participar desta pesquisa são mínimos e estão associados à passagem da sonda uretral durante a realização do exame de urodinâmica, que é raro, mas pode ocorrer algum pequeno sangramento.

Os autores da pesquisa estarão à disposição para quaisquer esclarecimentos pelos telefones (27) 33343509. Além disso, outras informações sobre a pesquisa poderão ser obtidas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM pelo telefone (27) 33343586.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, declaro que depois de ter lido e entendido o TCLE, e dos esclarecimentos recebidos sobre a pesquisa, estou de acordo em participar.

Vitória, _____ de _____ de 2014.

APÊNDICEB – Termo de Consentimento de Utilização de Dados de Prontuários**TERMO DE CONSENTIMENTO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS DE PRONTUÁRIOS**

Eu, Paulo de Oliveira Cesar, Diretor Clínico do Centro Avançado de Urologia de Vitória - ES, Urocentro, autorizo a realização da coleta de dados para o estudo intitulado " UMA PROPOSTA DA SUPERIORIDADE DA AVALIAÇÃO CLÍNICA SOBRE A URODINÂMICA NO DIAGNOSTICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES" nesta clínica. O pesquisador responsável será Jose Tadeu Carvalho Martins. Comunico que a autorização para o inicio da pesquisa será validada após a apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM a esta instituição.

Assunto do trabalho:

- entrevista;
- Retrospectivo em prontuários

Vitoria, 25 de junho de 2014

Assinatura do responsável : _____

0.030.0005271-8
Dr. Paulo de Oliveira Cesar
Urologista

Assinatura do pesquisador: _____

Jose Tadeu Carvalho Martins

= telefone; (27) 999898421

= E-mail : tadeucarvalho.jtcm@yahoo.com

ANEXO A – Instrumento de Avaliação

Instrumento de avaliação – Modificado de ICIQ-SF
(International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form).

TÍTULO: Uma proposta da superioridade da avaliação clínica sobre a urodinâmica no diagnóstico de incontinência urinária em mulheres.

Muitas mulheres perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas mulheres perdem urina, e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média, nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

1. Data de nascimento: ____/____/____

2. Com que frequência você perde urina?

- A. () Nunca
- B. () Uma vez por semana ou menos
- C. () Duas ou três vezes por semana
- D. () Uma vez ao dia
- E. () Diversas vezes ao dia
- 6. () O tempo todo

3. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde.

- A. () Nenhuma
- B. () Uma pequena quantidade
- C. () Uma moderada quantidade

D. () Uma grande quantidade

4. Em geral, perder urina interfere muito ou pouco em sua vida diária? Para responder, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ICIQ Escore: Soma dos resultados 2+3+4= _____

5. Quando você perde urina?

A. () Nunca

B. () Perco antes de chegar ao banheiro

C. () Perco quando tusso ou espirro

D. () Perco quando estou dormindo

E. () Perco quando estou fazendo atividade física

F. () Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo

G. () Perco sem razão óbvia

H. () Perco o tempo todo

ANEXO B – Carta de Anuência**Carta de Anuência**

Eu, Dr. Paulo de Oliveira Cesar, Diretor Administrativo do Centro Avançado de Urologia – UROCENTRO, Vitória – ES, autorizo a realização da coleta de dados para o projeto de pesquisa “ Uma proposta da superioridade da avaliação clínica sobre a urodinâmica no diagnóstico de incontinência urinária em mulheres. ”. O pesquisador responsável será o Dr Jose Tadeu Carvalho Martins, orientado pelo Professor Doutor Valmim Ramos da Silva.

Vitória, 25 de junho de 2014.

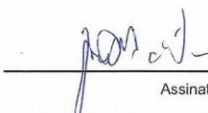
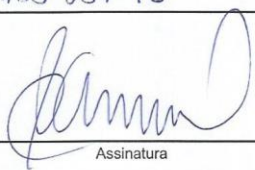
0.080.00005271-8
Dr. Paulo de Oliveira César
Urologista

Dr. Paulo de Oliveira Cesar

Diretor Administrativo do UROCENTRO

UROCENTRO
Centro Avançado de Urologia
03.994.317/0001-89

ANEXO C—Comprovante de aprovação da pesquisa na Plataforma Brasil

1. Projeto de Pesquisa: Uma proposta da superioridade da avaliação clínica sobre a urodinâmica no diagnóstico de incontinência urinária em mulheres		2. Número de Participantes da Pesquisa: 100	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde, Grande Área 6. Ciências Sociais Aplicadas			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: jose tadeu carvalho martins			
6. CPF: 002.281.267-97		7. Endereço (Rua, n.º): CARLOS MOREIRA LIMA 1/497 BENTO FERREIRA numero 245 apto 1201 VITORIA ESPIRITO SANTO 29050653	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (27) 9989-8421	10. Outro Telefone:
		11. Email: tadeucarvalho.jtcm@yahoo.com	
12. Cargo:			
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>12</u> / <u>05</u> / <u>2014</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM		14. CNPJ: 28.141.190/0004-29	15. Unidade/Órgão:
16. Telefone: 273334.3586		17. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>Prof. Dr. Valmir Ramos da Silva</u> Coordenador de Pesquisa e Pós-Graduação Stricto Sensu EMESCAM		CPF: <u>25175935715</u>	
Cargo/Função:		 Assinatura	
Data: <u>12</u> / <u>05</u> / <u>2014</u>			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO D – Parecer Consubstanciado do CEP

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Uma proposta da superioridade da avaliação clínica sobre a urodinâmica no diagnóstico de incontinência urinária em mulheres

Pesquisador: jose tadeu carvalho martins

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31012914.7.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 731.871

Data da Relatoria: 29/07/2014

Apresentação do Projeto:

TÍTULO: Uma proposta da superioridade da avaliação clínica sobre a urodinâmica no diagnóstico de incontinência urinária em mulheres. Projeto reapresentado pelo pesquisador com resposta as pendências levantadas pelo Comitê de Ética.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Construir uma diretriz clínica que permita iniciar tratamento empírico para mulheres com incontinência urinária, sem a necessidade de exame complementar de urodinâmica.

Objetivo Secundário:

- Revisar a literatura sobre os aspectos conceituais, de diagnóstico e tratamento de incontinência urinária em mulheres, contextualizando com a política pública de acesso a serviços especializados, no atendimento à saúde da mulher.

- Elaborar uma diretriz clínica para nortear o tratamento empírico de mulheres com incontinência urinária.-

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa

Bairro: Bairro Santa Luzia

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 731.871

Avaliar qual a representação social da incontinência urinária para a mulher.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos às participantes desta pesquisa são mínimos e previstos nos protocolos descritos na literatura médica e se associam ao cateterismo uretral (pequenos sangramentos e infecção urinária). A aplicação dos questionários e a entrevistas também é de baixo risco.

Benefícios:

Confirmada a hipótese, os benefícios desta pesquisa poderão fornecer informações importantes não somente sobre o diagnóstico de incontinência urinária, mas também de sua classificação em quatro subgrupos:

- 1) incontinência urinária de esforço;
- 2) surge/incontinência;
- 3) incontinência por transbordamento e;

4) incontinência urinária mista. Além da identificação dos pacientes que realmente necessitam de realizar o estudo urodinâmico, visto que este exame é altamente especializado e dispendioso. Os resultados se confirmados poderão contribuir para que médicos não especialistas em urologia possam melhorar a capacidade de realizar diagnóstico e tratamento empírico, encaminhando para o especialista somente os casos de insucesso. Além disso, será possível a aplicação no planejamento de políticas públicas para facilitar o acesso a exame de pacientes adequadamente triadas, facilitando o tratamento e impedindo sofrimento físico e emocional desnecessário.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

ver item : Conclusões e Pendências

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

ver item : Conclusões e Pendências

Recomendações:

ver item : Conclusões e Pendências

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

PENDÊNCIA:

- 1 - nome do projeto na carta de anuência é diferente do título do projeto apresentado: "Otimização do encaminhamento e redução do excedente de indicação dos estudos urodinamicos para

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luzia **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 731.871

pacientes com incontinência urinária de esforço com aplicação de questionário específico" na projeto está "Uma proposta da superioridade da avaliação clínica sobre a urodinâmica no diagnóstico de incontinência urinária em mulheres".

RESPOSTA: o pesquisador corrigiu o nome do projeto na Carta de Anuência que está devidamente assinada pela Instituição onde será realizada a coleta de dados.

2- no projeto é necessário explicitar se são etapas de um mesmo projeto ou se são projetos diferentes (um retrospectivo e outro prospectivo).

RESPOSTA:2)

Os esclarecimentos sobre as etapas do trabalho descritas no projeto original, na verdade trata-se de estudos independentes, conforme descrito abaixo:

- Para a revisão da literatura será realizada uma busca nas bases de referências bibliográficas National Library of Medicine (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e sites do Ministério da Saúde, com o objetivo de revisar a literatura sobre os diversos aspectos da incontinência urinária em mulheres e sobre o acesso a assistência ao SUS. Serão incluídos artigos originais e de revisão nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados nos últimos 10 anos, usando as estratégias de busca compatíveis com os descritores de cada base pesquisada.

- Depois da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM, será realizado no Departamento de Urodinâmica do Centro Avançado de Urologia, Vitória-ES, dois estudos simultâneos. O primeiro será um estudo descritivo, quantitativo, retrospectivo e de corte transversal. Serão incluídas todas as pacientes que realizaram o exame de urodinâmica no período de 01 de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2013. Das requisições médicas para exames de urodinâmica e dos prontuários das pacientes serão obtidas informações sobre quadro clínico e dados de identificação do paciente: cor, idade, estado civil, número de gestações e tipos de parto, data da última menstruação, escolaridade, profissão, cirurgias ginecológicas ou pélvicas. Dos laudos do exame de urodinâmica serão coletadas informações sobre a capacidade, complacência e

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luzia **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 731.871

sensibilidade vesical, presença de instabilidade ou não do músculo detrusor e presença ou não de perdas nas manobras de valsalva e tosse. Nessa etapa da pesquisa solicita-se dispensa do TCLE.

O segundo estudo, independente do primeiro será prospectivo e somente será realizado depois da aprovação pelo CEP/EMESCAM e da assinatura do TCLE pelas pacientes que concordarem em participar do estudo.

-Serão incluídas prospectivamente todas as pacientes que aceitarem participar do estudo e que comparecerem ao Departamento de Urodinâmica do Centro Avançado de Urologia, Vitória-ES, com a requisição médica para a realização de exame de urodinâmica entre o período de 01 de agosto de 2014 até 31 de março de 2015.

- Das requisições médicas para exames de urodinâmica e dos prontuários das pacientes serão obtidas informações sobre quadro clínico e dados de identificação do paciente: cor, idade, estado civil, número de gestações e tipos de parto, data da última menstruação, escolaridade, profissão, cirurgias ginecológicas ou pélvicas.

- Dos laudos do exame de urodinâmica serão coletadas informações sobre a capacidade, complacência e sensibilidade vesical, presença de instabilidade ou não do músculo detrusor e presença ou não de perdas nas manobras de valsalva e tosse.

- Além disso, antes da realização do exame será aplicado um questionário de avaliação da incontinência urinária e de qualidade de vida, validado para o idioma português por Fonseca et al. 2005.

- Será também realizada uma entrevista contendo perguntas abertas (Apêndice I), para avaliar a representação social da doença para as pacientes, cujas respostas serão gravadas e a gravação destruída de imediato, depois da transcrição.

METODOLOGIA DA ANÁLISE DOS DADOS

- Para a análise quantitativa, os dados coletados de forma retrospectiva e prospectiva serão organizados e analisados em software Statistical Package for Social Sciences

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luzia **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 731.871

(SPSS) versão 11.5 e EpilInfo versão 3.5.4, e suas distribuições testadas quanto à normalidade (teste de Kolmogorov-Smirnov) para verificar o tipo de distribuição das variáveis analisadas (paramétricas ou não) e, assim, direcionar a escolha do teste estatístico mais adequado. Os parâmetros que apresentaram distribuição normal serão demonstrados em média com seu desvio-padrão, e os demais, em mediana com sua amplitude. Para estudo das comparações ou associações serão utilizados o teste qui-quadrado de Pearson, o cálculo da Odds Ratio e a análise de regressão. O Teste t de Student será utilizado para a comparação de médias. Serão considerados significativos os valores de $p < 0,05$ e intervalo de confiança de 95%.

- Para o estudo qualitativo os resultados das entrevistas serão analisados na busca das representações sociais conforme descrito por Nascimento-Schulze, C. M.; Camargo, E.V, 2000 e Turato, E.R. 2005.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer do relator aprovado pelo colegiado. Projeto aprovado.

VITÓRIA, 29 de Julho de 2014

Assinado por:
PATRICIA CASAGRANDE DIAS DE ALMEIDA
(Coordenador)

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luzia **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITÓRIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br