

Qualidade de vida em pacientes com incontinência urinária diagnosticada por estudo urodinâmico

Quality of life in patients with urinary incontinence diagnosed using urodynamics

Luciana de Oliveira Bianco¹; Sandra Costa Fonseca¹; José Rodrigo de Moraes¹; Carlos Augusto Faria¹

Descritores

Incontinência urinária; Urodinâmica; Qualidade de vida; Saúde da mulher; Inquéritos e questionários

Keywords

Urinary incontinence; Urodynamics; Quality of life; Women's health; Surveys and questionnaires

Submetido

29/04/2019

Aceito

24/06/2019

1. Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Luciana de Oliveira Bianco
Av. Marquês do Paraná, 303,
24033-900, Centro, Niterói, RJ, Brasil.
lucibianco@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: O objetivo deste trabalho foi avaliar o impacto da incontinência urinária feminina sobre a qualidade de vida (QV), levando em consideração o resultado do estudo urodinâmico. A incontinência urinária é queixa frequente em mulheres, afetando negativamente a QV. **Métodos:** Trata-se de estudo transversal, retrospectivo, em banco de dados contendo informações sociodemográficas, clínicas e do estudo urodinâmico e os escores de QV da versão brasileira do *King's Health Questionnaire* de pacientes atendidas em hospital universitário. **Resultados:** Não foi observada diferença no impacto dos diferentes diagnósticos urodinâmicos, inclusive exames normais, sobre os domínios percepção geral de saúde e impacto da incontinência. **Conclusão:** Comparada com a incontinência de esforço e exames normais, a incontinência mista mostrou piores escores nos domínios limitações físicas e limitações das atividades diárias. Já a hiperatividade do detrusor esteve associada a piores escores de limitações das atividades diárias e sono, comparada com a incontinência de esforço, e de limitações físicas, comparada com exames normais.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to assess the impact of female urinary incontinence on quality of life, according to urodynamic diagnosis. Urinary incontinence is a frequent complaint among women and affects the quality of life negatively. **Methods:** A retrospective cross-sectional study using a database containing sociodemographic and clinical information, the results from urodynamics and the scores of the Brazilian version of the *King's Health Questionnaire* of patients attended at a university hospital was performed. **Results:** There was no difference in the impact of urodynamics diagnosis, including normal exams, in the scores of the general health perception and incontinence impact domains. **Conclusion:** When compared to normal exams and urinary stress incontinence, mixed incontinence showed lower scores in the role limitations and physical limitations domains. Detrusor overactivity was associated with lower scores in the sleep and role limitations domains, in comparison with urinary stress incontinence, and in the physical limitation domain, compared to normal exams.

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária é queixa frequente nos ambulatórios de Ginecologia, acomete principalmente pacientes no climatério e na pós-menopausa,⁽¹⁾ e merece atenção pelos efeitos negativos sobre a qualidade de vida (QV), que é a impressão que uma pessoa tem da sua vida, no contexto de felicidade e realização, dependendo de objetivos, de expectativas, da cultura e do conjunto de valores nos quais vive.⁽²⁾ Dependendo dos hábitos e do modo de vida, pacientes com perda urinária de pequena monta podem ter mais constrangimento com seus sintomas que pacientes com perda mais grave.

Segundo Cheung *et al.*,⁽³⁾ a incontinência urinária pode causar impacto semelhante ao de doenças crônicas consideradas de maior importância, como insuficiência cardíaca congestiva e doença pulmonar obstrutiva crônica. Além disso, tem capacidade de influenciar negativamente outras patologias, como doenças cardiovasculares e renais, pela menor adesão ao tratamento devido aos efeitos colaterais dos diuréticos, e depressão, em decorrência do afastamento de familiares e amigos pelo constrangimento e odor constante de urina, levando à sensação de culpa e à diminuição da autoestima.⁽³⁻⁶⁾

A avaliação da QV pode ser feita por meio de questionários gerais ou específicos para cada condição que afeta a saúde. Entre os questionários de QV específicos para incontinência urinária, o *King's Health Questionnaire* (KHQ) foi traduzido e validado para o português no Brasil, sendo grande aliado em estudos clínicos.⁽⁷⁾

De acordo com os sintomas apresentados, a incontinência urinária pode ser classificada em incontinência urinária de esforço (IUE), quando a perda urinária ocorre nas situações em que há aumento da pressão intra-abdominal, incontinência urinária por urgência (IUU), em que a perda urinária está associada ao desejo súbito e imperioso de urinar e difícil de conter, e em incontinência urinária mista (IUM), quando ambos os sintomas estão presentes. A síndrome da bexiga hiperativa é um diagnóstico clínico definido pela presença do sintoma de urgência, que pode estar associado a frequência, noctúria e urgeincontinência.⁽⁸⁾

O estudo urodinâmico (URD)^(9,10) é um método complementar que auxilia no diagnóstico da incontinência urinária, buscando reproduzir, em um ambiente controlado, o enchimento e o esvaziamento vesicais. Ainda que a obrigatoriedade da sua realização em todos os casos seja motivo de grande debate na literatura,⁽¹¹⁻¹³⁾ está indicado quando se planeja tratamento irreversível para a incontinência urinária ou nos casos complicados,⁽¹⁴⁾ como em pacientes com sintomas mistos ou conflitantes com o exame físico, ou após falha terapêutica empírica.^(15,16) É por meio do URD que o diagnóstico de hiperatividade do detrusor idiopática (HDI) é estabelecido, se forem observadas contrações involuntárias do detrusor durante o enchimento vesical.⁽⁸⁾ Durante o URD, também é possível diagnosticar a IUE, quando a perda urinária é observada durante manobras de tosse, além de avaliar

a pressão de perda durante manobras de Valsalva, fundamental para o diagnóstico do defeito esfíncteriano. Já a IUM é definida como a presença dos diagnósticos urodinâmicos de HDI e IUE na mesma paciente.

A maioria dos estudos sobre o impacto da incontinência urinária sobre a QV leva em consideração apenas o diagnóstico clínico de incontinência, sem a realização do URD, e a literatura mostra que tais diagnósticos muitas vezes são discordantes.⁽¹⁷⁻¹⁹⁾

Entre os estudos que avaliaram a QV em pacientes submetidas ao URD, grande parte apenas descreveu a QV de mulheres com diagnóstico de IUE.^(17,20-22)

De acordo com os poucos estudos que compararam o impacto dos diferentes tipos de diagnóstico urodinâmico sobre a QV, a presença de HDI implicou maior comprometimento que a IUE.^(3,18,23,24) Vale a menção do estudo de Dedicção *et al.*,⁽¹⁹⁾ que incluiu 77 mulheres brasileiras e concluiu que a IUM leva a piores escores que a IUE e a HDI no domínio percepção geral de saúde, além de maiores valores na escala visual analógica, indicando pior QV. No entanto, os autores excluíram os casos com URD normal.

Ainda que o comprometimento da QV não esteja incluído no conceito de incontinência urinária, sua avaliação é parte obrigatória da propedêutica da mulher incontinente. Diante desse fato, e considerando que os estudos sobre a QV em mulheres incontinentes, em sua maioria, se baseiam apenas no diagnóstico clínico, e que muitas vezes há discordância entre este e o diagnóstico urodinâmico, o presente estudo teve como objetivo avaliar o impacto do diagnóstico urodinâmico sobre os escores dos domínios de QV aferidos por meio da versão brasileira do KHQ, controlando para fatores clínicos e epidemiológicos. Além disso, foram comparados os escores de pacientes que tiveram o diagnóstico clínico confirmado pelo URD com os daquelas que não o tiveram.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal retrospectivo, a partir do banco de dados do ambulatório de Uroginecologia do Hospital Universitário Antônio Pedro, em Niterói, Rio de Janeiro, que faz parte da Universidade Federal Fluminense. Foram incluídas pacientes atendidas entre 2010 e 2015 com sintomas de incontinência urinária, que tivessem mais de 18 anos e capacidade cognitiva preservada, submetidas ao URD. Foram excluídas pacientes com história de infecção do trato urinário de repetição, nefrolitíase ou com sintomas de dor uretral ou vesical.

As variáveis estudadas foram idade, escolaridade, tipo de parto, estado menstrual, história de histerectomia e de perineoplastia, comorbidades e índice de massa corpórea. Clinicamente, o sintoma de perda urinária associada aos esforços como rir, tossir e levantar peso definiu o diagnóstico de IUE, a perda urinária precedida de desejo imperioso de urinar definiu a IUU e a presen-

ça de ambos os sintomas definiu a IUM.⁽⁶⁾ O resultado do URD definiu o diagnóstico urodinâmico (IUE, HDI, IUM e exame normal). O exame foi realizado conforme as padronizações descritas na literatura,⁽²⁵⁾ em aparelho da marca Dynamed, pelo mesmo profissional.

A QV foi avaliada utilizando-se a versão brasileira do KHQ,⁽⁷⁾ constituído por uma escala de sintomas urinários, que a paciente deve assinalar caso presente, além de quantificar o quanto cada um afeta a sua QV. Possui ainda 21 perguntas, divididas em nove domínios: percepção geral de saúde, impacto da incontinência, limitações das atividades diárias, limitações sociais, limitações físicas, relações pessoais, emoções, sono e disposição e medidas de gravidade. Todas as perguntas participam na formação de escores que variam de 0 a 100, e quanto maior o valor, maior o impacto desfavorável sobre a QV.

Com o objetivo de evitar pulverização dos resultados e permitir uma análise mais precisa, os escores dos domínios percepção geral de saúde e impacto da incontinência foram dicotomizados em avaliação de saúde negativa e positiva e em maior e menor impacto, respectivamente. Assim, para o domínio percepção geral de saúde, as respostas “regular”, “ruim” e “muito ruim” foram consideradas avaliação negativa de saúde, enquanto as respostas “boa” e “muito boa”, avaliação positiva. A avaliação negativa incluiu a resposta “regular”, por ser o método mais frequentemente utilizado na literatura.⁽²⁶⁻²⁸⁾ Já para o domínio impacto da incontinência, as respostas “nem um pouco” e “um pouco” foram agrupadas em impacto menor, e as respostas “moderadamente” e “muito” foram agrupadas em impacto maior.

Para comparar os escores dos domínios do KHQ de acordo com os diagnósticos urodinâmicos (IUE, HDI, IUM, normal), utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, seguido pelo teste de comparações múltiplas de Dunn.

O teste Qui-quadrado foi utilizado para avaliar a associação dos diagnósticos clínico e urodinâmico, assim como das variáveis sociodemográficas e clínicas com a percepção geral de saúde e impacto da incontinência, dicotomizadas conforme descrito anteriormente. Nas situações em que esse teste não era aplicável, foi utilizado o teste exato de Fisher. Os seguintes softwares foram utilizados: *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para Windows versão 20.0 e EpiInfo versão 7.0. O nível de significância considerado foi de 95% (p-valor $\leq 0,05$).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal Fluminense em 21/07/2015, com CAAE nº 44011915.2.0000.5243 e parecer nº 1.155.149.

RESULTADOS

Foram incluídas 162 pacientes, das quais 27 (16,7%) receberam diagnóstico clínico de IUE, 15 (9,2%) de IUU e 120 (74,1%) de IUM. Tinham escolaridade até o ensino fundamental 121 (74,7%) pacientes. A idade variou entre

30 e 81 anos, sendo 58,9 anos a idade média. Estavam na pós-menopausa 124 (76,5%) mulheres, tinham história de histerectomia abdominal 39 mulheres (24%) e de perineoplastia prévia 38 (23,5%) delas. A paridade média foi de 2,94 filhos por mulher, com variação entre 0 e 10 filhos, e 80,8% das pacientes com partos prévios tiveram ao menos um parto vaginal (131 mulheres). O índice de massa corporal médio foi de 29,98 kg/m², variando entre 17,60 e 46,15 kg/m², e 43 pacientes (26,5%) não apresentavam comorbidade alguma, enquanto 53 pacientes (32,7%) apresentavam ao menos duas comorbidades conhecidas.

O diagnóstico urodinâmico foi IUE para 80 pacientes (49,4%), HDI para 35 pacientes (21,6%), IUM para 16 casos (9,9%) e 31 exames foram normais (19,1%).

A tabela 1 apresenta os escores médios dos domínios do KHQ de acordo com os diagnósticos urodinâmicos. Foi observada diferença estatisticamente significativa para os domínios limitações das atividades diárias, limitações físicas, sono e disposição e medidas de gravidade. Pacientes com exames normais apresentaram escores menores do que pacientes com IUM nos domínios limitações das atividades diárias e limitações físicas, e em limitações físicas, quando comparadas com pacientes com HDI. Além disso, entre exames alterados, pacientes com IUE apresentaram escores menores do que pacientes com HDI nos domínios limitações das atividades diárias e sono e disposição, e escores menores do que pacientes com IUM em limitações das atividades diárias, limitações físicas e medidas de gravidade.

Houve associação estatisticamente significativa entre o maior número de comorbidades e o tipo de parto com percepção geral de saúde negativa, mas não com o diagnóstico urodinâmico (Tabela 2). Não foi observada associação de quaisquer das variáveis estudadas com maior impacto da incontinência (Tabela 3).

Os diagnósticos clínico e urodinâmico de IUM coincidiram em 14 casos e os de IUE, em 22 casos. Entre as pacientes com diagnóstico clínico de IUU, seis tiveram o diagnóstico de HDI no URD. Não foi observada associação entre pior percepção geral de saúde ou maior impacto da incontinência e a confirmação do diagnóstico clínico pelo URD (dados não mostrados).

DISCUSSÃO

De modo geral, as pacientes que procuram atendimento nos hospitais públicos têm baixa renda e baixa escolaridade, e muitas têm dificuldade de aderir ao tratamento ou não conseguem mudar os hábitos de vida indicados para o controle das suas comorbidades. Tais comorbidades e os medicamentos utilizados no seu tratamento podem contribuir para o surgimento ou piora dos sintomas de incontinência urinária. Além disso, é possível que mulheres que buscam tratamento apresentem queixas mais severas e/ou maior impacto sobre a QV que a população geral, e essa diferença precisa ser lembrada quando se estuda o tema.

Tabela 1. Análise comparativa dos escores médios dos domínios do KHQ segundo o diagnóstico urodinâmico das pacientes atendidas em ambulatório de uroginecologia (n = 162)

Domínios do <i>King's Health Questionnaire</i>	Diagnóstico urodinâmico				p-value ^a
	IUE (n = 80)	HDI (n = 35)	IUM (n = 16)	Exame normal (n = 31)	
	Média [mín-máx]	Média [mín-máx]	Média [mín-máx]	Média [mín-máx]	
Percepção geral de saúde	53,8 [0-100]	56,4 [0-100]	57,8 [0-100]	54,8 [25-100]	0,802
Impacto da incontinência	77,1 [0-100]	76,2 [0-100]	89,6 [33,3-100]	77,4 [33,3-100]	0,383
Limitações das atividades diárias ^b	53,1 [0-100]	68,1 [0-100]	77,17 [16,7-100]	50,5 [0-100]	0,021*
Limitações físicas ^c	46,0 [0-100]	58,1 [0-100]	65,6 [0-100]	36,6 [0-100]	0,022*
Limitações sociais	27,1 [0-100]	36,5 [0-100]	47,2 [0-100]	26,2 [0-100]	0,067
Relações pessoais ^d	44,7 [0-100]	44,1 [0-100]	55,6 [0-100]	34,5 [0-100]	0,637
Emoções	51,1 [0-100]	65,4 [0-100]	65,3 [0-100]	58,1 [0-100]	0,188
Sono e disposição ^d	32,1 [0-100]	57,1 [0-100]	51,0 [0-100]	43,0 [0-100]	0,004*
Medidas de gravidade ^e	47,3 [0-100]	57,3 [13,3-100]	65,0 [20-100]	53,3 [6,7-93,3]	0,046*

^a Teste de Kruskal-Wallis. *p-values ≤ 0,05. Teste de comparações múltiplas de Dunn mostrou significância estatística: ^b IUM > exame normal (p = 0,017), IUM > IUE (p = 0,013), HDI > IUE (p = 0,048), demais comparações p > 0,05. ^c IUM > exame normal (p = 0,009), IUM > IUE (p = 0,046), HDI > exame normal (p = 0,018), demais comparações p > 0,05. ^d HDI > IUE (p = 0,001), demais comparações p > 0,05. ^e IUM > IUE (p = 0,014), demais comparações p > 0,05. ^f N = 90 pacientes. HDI: hiperatividade do detrusor idiopática; IUE: incontinência urinária de esforço; IUM: incontinência urinária mista.

Embora o diagnóstico clínico mais frequente tenha sido de IUM, após a realização do URD observou-se que foi o tipo menos comum de incontinência, com confirmação diagnóstica em apenas 9,9% das mulheres. Esses resultados estão de acordo com os estudos de Cheung *et al.*,⁽³⁾ Possavino *et al.*,⁽¹⁷⁾ e Fan *et al.*,⁽²⁴⁾ Brubaker *et al.*⁽²⁰⁾ sugerem que a discrepância pode ser causada por uma definição vaga e não padronizada de IUM nos questionários específicos de incontinência urinária. Além disso, contrações involuntárias do detrusor podem ser eventuais e não ocorrer durante a realização do URD, reduzindo a confirmação diagnóstica de IUM.

Por outro lado, o URD não foi capaz de identificar qualquer alteração em 19,1% dos casos no presente estudo. Na literatura, a porcentagem de exames normais varia entre 2,1% e 37%.^(3,17,18,21-24) Segundo Haddad *et al.*,⁽²⁹⁾ o URD auxilia no diagnóstico em casos positivos de incontinência urinária, não sendo possível, no entanto, excluir a disfunção no caso de exame normal. Esse pode ocorrer devido a um grau leve de incontinência, que não pôde ser identificado no URD, bem como pelo limite do método, por ser realizado em condições não fisiológicas e diferentes do que acontece no cotidiano das pacientes incontinentes.

No que se refere à QV, a hipótese de que pacientes com exames normais tinham menor impacto quando comparadas com pacientes com exames alterados não foi confirmada, exceto para os domínios limitações das atividades diárias e limitações físicas. Para esses domínios, pacientes com IUM apresentaram piores escores que pacientes com exame normal.

A literatura que avalia a QV das pacientes de acordo com o diagnóstico urodinâmico é escassa e, além disso,

os estudos são bastante diferentes entre si em termos de questionários utilizados, características demográficas das pacientes, objetivos e diagnósticos urodinâmicos incluídos, o que dificulta a comparação com os nossos resultados. De acordo com Fan *et al.*,⁽²⁴⁾ e Cheung *et al.*,⁽³⁾ que utilizaram os questionários *urogenital distress inventory* – UDI-6, *incontinence impact questionnaire* – IIQ-7 e *Short Form 36* – SF-36 para avaliação da QV, pacientes com exames normais apresentam menor impacto na QV do que pacientes com qualquer anormalidade no URD.

É importante lembrar que o exame considerado normal pode apresentar-se como falso-negativo pelo limite do método. Isso pode explicar o comprometimento da QV mesmo em pacientes que não apresentaram anormalidades no URD e por que foi observada diferença somente em alguns domínios de QV quando diagnósticos normais e alterados foram comparados. Tais resultados estão de acordo com os estudos de Haessler *et al.*,⁽²³⁾ e Duggan,⁽¹⁸⁾ nos quais mesmo pacientes com URD normal apresentaram comprometimento da QV.

A comparação dos escores de QV entre os grupos de exames alterados mostrou diferença no impacto sobre alguns domínios. A IUE pura acarretou menor impacto sobre a QV quando comparada com IUM nos domínios limitações das atividades diárias, limitações físicas e medidas de gravidade. Uma explicação para isso pode ser o tipo de perda, mais previsível, no caso de IUE, e súbita e incontrollável, quando decorrente da contração involuntária do detrusor na IUM. A paciente com IUE pode ter comprometimento da QV, porém consegue muitas vezes evitar a perda por meio de esvaziamento vesical frequente e auxílio da musculatura perineal du-

Tabela 2. Associação entre variáveis e a percepção geral de saúde agrupada em duas categorias de pacientes atendidas em ambulatório de uroginecologia (n = 162)

Variáveis	Percepção Geral de Saúde		p-value ^c
	Positiva ^a n de casos (%) n (%)	Negativa ^b n de casos (%) n (%)	
Diagnóstico urodinâmico			
IUE	16 (20,0)	64 (80,0)	0,320
HDI	4 (11,4)	31 (88,6)	
IUM	1 (6,3)	15 (93,8)	
Normal	3 (9,7)	28 (90,3)	
Faixa etária			
< 60 anos	13 (16,0)	68 (84,0)	0,825
≥ 60 anos	11 (13,6)	70 (86,4)	
Escolaridade			
Até o fundamental	15 (12,4)	106 (87,6)	0,201
Médio ou superior	9 (22,0)	32 (78,0)	
Nº de comorbidades			
Nenhuma	10 (23,3)	33 (76,7)	0,016*
Uma	12 (18,2)	54 (81,8)	
Duas ou mais	2 (3,8)	51 (96,2)	
Menacme			
Sim	3 (7,9)	35 (92,1)	0,202
Não	21 (16,9)	103 (83,1)	
Tipo de parto^d			
Normal	10 (17,5)	47 (82,5)	0,042*
Cesáreo	0(0)	25 (100,0)	
Ambos os partos	12 (16,2)	62 (83,8)	
Não teve parto	2 (33,3)	4 (66,7)	
Histerectomia abdominal			
Sim	2 (5,1)	37 (94,9)	0,068
Não	22 (17,9)	101 (82,1)	
Perineoplastia			
Sim	4 (10,3)	35 (89,7)	0,445
Não	20 (16,3)	103 (83,7)	
Índice de massa corpórea			
Baixo peso/normal	7 (20,6)	27 (79,4)	0,529
Sobrepeso	8 (14,5)	47 (85,5)	
Obeso	9 (12,3)	64 (87,7)	

^a Percepção geral de saúde positiva – escores 0 ou 25 no *King's Health Questionnaire*. ^b Percepção geral de saúde negativa – escores 50, 75 ou 100 no *King's Health Questionnaire*. ^c Teste Qui-quadrado. ^d Teste exato de Fisher. *p-value ≤ 0,05.

HDI: hiperatividade do detrusor idiopática; IUE: incontinência urinária de esforço; IUM: incontinência urinária mista.

Tabela 3. Associação entre variáveis e o impacto da incontinência agrupado em duas categorias de pacientes atendidas em ambulatório de uroginecologia (n = 162)

Variáveis	Impacto da incontinência na QV		p-value ^c
	Menor ^a n de casos (%) n (%)	Maior ^b n de casos (%) n (%)	
Diagnóstico urodinâmico			
IUE	20 (25,0)	60 (75,0)	0,740
HDI	9 (25,7)	26 (74,3)	
IUM	2 (12,5)	14 (87,5)	
Normal	7 (22,6)	24 (77,4)	
Faixa etária			
< 60 anos	16 (19,8)	65 (80,2)	0,354
≥ 60 anos	22 (27,2)	59 (72,8)	
Escolaridade			
Até o fundamental	29 (24,0)	92 (76,0)	0,835
Médio ou superior	9 (22,0)	32 (78,0)	
Nº de comorbidades			
Nenhuma	11 (25,6)	32 (74,4)	0,671
Uma	13 (19,7)	53 (80,3)	
Duas ou mais	14 (26,4)	39 (73,6)	
Menacme			
Sim	7 (18,4)	31 (81,6)	0,513
Não	31 (25,0)	93 (75,0)	
Tipo de parto^d			
Normal	14 (24,6)	43 (75,4)	0,470
Cesáreo	4 (16)	21 (84)	
Ambos os partos	20 (27)	54 (73)	
Não teve parto	0 (0)	6 (100)	
Histerectomia abdominal			
Sim	8 (20,5)	31 (79,5)	0,671
Não	30 (24,4)	93 (75,6)	
Perineoplastia			
Sim	8 (20,5)	31 (79,5)	0,671
Não	30 (24,4)	93 (75,6)	
Índice de massa corpórea			
Baixo peso/normal	7 (20,6)	27 (79,4)	0,942
Sobrepeso	13 (23,6)	42 (76,4)	
Obeso	18 (24,7)	55 (75,3)	

^a Menor impacto – impacto da incontinência com escore < 50 no *King's Health Questionnaire*. ^b Maior impacto – impacto da incontinência com escore > 50 no *King's Health Questionnaire*. ^c Teste Qui-quadrado. ^d Teste exato de Fisher.

HDI: hiperatividade do detrusor idiopática; IUE: incontinência urinária de esforço; IUM: incontinência urinária mista; QV: qualidade de vida.

rante manobras que levam à perda urinária. O mesmo não ocorre para portadoras de IUM, que necessitam interromper suas atividades diárias laborativas ou físicas, buscam ficar próximas a banheiros, usam protetores com mais frequência, além de terem perda aos esforços, justificando o impacto sobre aqueles domínios.

Duggan,⁽¹⁸⁾ utilizando o KHQ, observou diferença entre IUM e IUE apenas no domínio medidas de gravidade. Já Dedicação *et al.*⁽¹⁹⁾ observaram diferença estatisticamente significativa entre IUM e outros diagnósticos apenas no domínio *percepção geral de saúde*.

Pacientes com HDI apresentaram, na maioria dos domínios, média de escores que ficou entre as médias de escores de pacientes com IUE e IUM, mas tal diferença não foi significativa. É possível que o pequeno número de pacientes com diagnóstico urodinâmico de HDI tenha influenciado os resultados. No domínio sono e disposição, a disparidade de escores foi significativa entre HDI e IUE, tendo como possível explicação o fato de a noctúria, um dos sintomas que podem estar associados à presença de contrações involuntárias do detrusor, levar à interrupção do sono, o que não acontece nas pacientes com IUE. Além disso, houve diferença no domínio limitações das atividades diárias, prejudicadas nas pacientes com HDI pela necessidade de frequentemente interromper as atividades pela presença de sintomas de urgência e incontinência de urgência.

Ainda que as análises tenham mostrado diferenças entre os diagnósticos urodinâmicos em domínios específicos do KHQ, não foi observada diferença entre os grupos nos domínios percepção geral de saúde e impacto da incontinência. Quando as respostas a esses dois domínios foram agrupadas em duas categorias, observou-se que, no que se refere à percepção geral de saúde, 138 (85,2%) das pacientes tinham percepção negativa da sua saúde, referindo-a como regular, ruim ou muito ruim, e a principal variável associada a tal percepção foi o número de comorbidades. Como descrito no estudo de Fortin *et al.*,⁽³⁰⁾ a presença de doenças crônicas afeta a QV em todos os seus aspectos, incluindo emprego, espiritualidade, relacionamento familiar, entre outros. As restrições de atividade, a quantidade de medicamentos e seus efeitos colaterais, e as limitações funcionais causam prejuízos na funcionalidade social e do bem-estar das pacientes.⁽³⁰⁾ Por outro lado, o fato de o tipo de incontinência não estar associado à mortalidade ou incapacidade física ou mental pode justificar que não exista influência do diagnóstico urodinâmico sobre a percepção geral de saúde, num contexto de mulheres em faixas etárias mais avançadas, com sobrepeso ou obesas e múltiplas comorbidades.

Em relação ao domínio impacto da incontinência, não foi observada associação entre as variáveis, inclusive o diagnóstico urodinâmico, e o grau de impacto, apesar de a incontinência afetar no mínimo moderadamente a vida da maior parte das pacientes. Mulheres que procuram atendimento especializado são as que mais

apresentam prejuízo da QV, independentemente do tipo urodinâmico, e é possível que seja esse o motivo de não ter sido observada diferença entre os grupos.

A coincidência entre os diagnósticos clínico e urodinâmico foi mais elevada para IUE, tendo ocorrido em 81,5% dos casos. Das 15 pacientes com IUU, somente seis receberam o diagnóstico de HDI (40%), e das 120 pacientes com queixas mistas, tiveram diagnóstico confirmado apenas 14 pacientes (11,7%). Vários estudos na literatura também mostram pequena correlação entre diagnósticos clínico e urodinâmico, enfatizando a necessidade de desenvolvimento de melhores métodos complementares para a avaliação da incontinência urinária.^(3,17,24,29,31,32)

A hipótese de que pacientes com confirmação do diagnóstico clínico – principalmente de HDI e IUM – poderiam apresentar com mais frequência percepção geral de saúde negativa e maior impacto da incontinência, quando comparadas com aquelas que receberam outros diagnósticos, não foi confirmada. O número de pacientes que tiveram a confirmação daqueles diagnósticos foi pequeno, o que pode ter prejudicado a análise.

Apesar de algumas limitações, como a realização do estudo em um hospital terciário universitário, com possíveis vieses de seleção de casos mais graves, e do pequeno número de pacientes incluídas, o valor do presente estudo reside no fato de ter sido utilizado questionário de QV específico para incontinência urinária, terem sido obtidas informações sociodemográficas e clínicas, e o URD ter sido realizado de forma padronizada pelo mesmo profissional, o que dá maior consistência aos resultados.

Portanto, é importante valorizar as queixas das pacientes independentemente do resultado dos exames complementares e utilizar instrumentos específicos para a avaliação do impacto da incontinência urinária sobre a QV. De modo geral, a percepção geral de saúde esteve afetada nas pacientes do estudo, apesar de o tipo de incontinência urinária não estar associado a esse resultado. Já aspectos específicos do cotidiano das mulheres foram afetados de maneira significativa dependendo do tipo de incontinência urinária diagnosticada por URD.

CONCLUSÃO

As pacientes incluídas no estudo, atendidas em serviço especializado, possuem, em sua maioria, percepção geral de saúde ruim. Os domínios de percepção geral de saúde e impacto da incontinência na QV não foram influenciados pelo tipo de incontinência urinária diagnosticado por URD, mas sim pela presença de duas ou mais comorbidades. Pacientes com diagnóstico urodinâmico de IUM apresentaram maior impacto sobre os domínios limitações das atividades diárias, limitações físicas e medidas de gravidade, quando comparadas com pacientes com IUE, e sobre os domínios limita-

ções das atividades diárias e limitações físicas, quando comparadas com URD normal. Já as pacientes com HDI apresentaram maior impacto sobre os domínios limitações das atividades diárias e sono e disposição que pacientes com IUE, e em limitações físicas que pacientes com exames normais. A confirmação do diagnóstico clínico pelo URD não mostrou associação com pior percepção geral de saúde ou com maior impacto da incontinência.

REFERÊNCIAS

- Milsom I, Altman D, Cartwright R, Lapitan MC, Nelson R, Sillén U, et al. Epidemiology of Urinary Incontinence (UI) and other Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), Pelvic Organ Prolapse (POP) and Anal Incontinence (AI). In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. Incontinence. 5th ed. Bristol: ICUD-EAU; 2013. p. 15-107.
- The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*. 1998;46(12):1569-85. doi: 10.1016/S0277-9536(98)00009-4
- Cheung RY, Chan S, Yiu AK, Lee LL, Chung TK. Quality of life in women with urinary incontinence is impaired and comparable to women with chronic disease. *Hong Kong Med J*. 2012;18(3):214-20.
- Gibson W, Wagg A. New horizons: urinary incontinence in older people. *Age Ageing*. 2014;43(2):157-63. doi: 10.1093/ageing/af214
- Molinuevo B, Batista-Miranda JE. Under the tip of the iceberg: psychological factors in incontinence. *NeuroUrol Urodyn*. 2012;31(5):669-71. doi: 10.1002/nau.21216
- Melville JL, Fan MY, Rau H, Nygaard IE, Katon WJ. Major depression and urinary incontinence in women: temporal associations in an epidemiologic sample. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;201(5):490.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2009.05.047
- Tamanini JTN, D'Ancona CAL, Botega NJ, Rodrigues Netto Jr N. Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(2):203-11. doi: 10.1590/S0034-89102003000200007
- Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *NeuroUrol Urodyn*. 2010;29(1):4-20. doi: 10.1002/nau.20798
- Nitti VW. Pressure flow urodynamic studies: the gold standard for diagnosing bladder outlet obstruction. *Rev Urol*. 2005;7 Suppl 6:S14-21.
- Rosier PF. The evidence for urodynamic investigation of patients with symptoms of urinary incontinence. *F1000Prime Rep*. 2013;5:8. doi: 10.12703/P5-8
- van Leijssen SA, Hoogstad-van Evert JS, Mol BW, Vierhout ME, Milani AL, Heesakkers JP, et al. The correlation between clinical and urodynamic diagnosis in classifying the type of urinary incontinence in women. A systematic review of the literature. *NeuroUrol Urodyn*. 2011;30(4):495-502. doi: 10.1002/nau.21047
- Hickling DR, Steele SS. The role of preoperative urodynamics in stress urinary incontinence surgery. *Can Urol Assoc J*. 2017;11(6 Suppl 2):S113-5. doi: 10.5489/cuaj.4581
- Rachaneni S, Latthe P. Does preoperative urodynamics improve outcomes for women undergoing surgery for stress urinary incontinence? A systematic review and meta-analysis. *BJOG*. 2015;122(1):8-16. doi: 10.1111/1471-0528.12954
- Nambiar AK, Lemack GE, Chapple CR, Burkhard FC; European Association of Urology. The role of urodynamics in the evaluation of urinary incontinence: The European Association of Urology Recommendations in 2016. *Eur Urol*. 2017;71(4):501-3. doi: 10.1016/j.eururo.2016.09.045
- Thüroff JW, Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, et al. EAU guidelines on urinary incontinence. *Eur Urol*. 2011;59(3):387-400. doi: 10.1016/j.eururo.2010.11.021
- Winters JC, Dmochowski RR, Goldman HB, Herndon CD, Kobashi KC, Kraus SR, et al. Urodynamic studies in adults: AUA/SUFU guideline. *J Urol*. 2012;188(6 Suppl):2464-72. doi: 10.1016/j.juro.2012.09.081
- Possavino F, Preti M, Carone R, Calabrese R, Randaccio S, D'Elia C, et al. Psychometric validation of the Italian version of the I-QoL questionnaire: clinical and urodynamic findings. *Int Urogynecol J*. 2013;24(12):2125-30. doi: 10.1007/s00192-013-2134-7
- Duggan P. Urodynamic diagnoses and quality of life in women presenting for evaluation of urinary incontinence. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2011;51(5):416-20. doi: 10.1111/j.1479-828X.2011.01344.x
- Dedicação AC, Haddad M, Saldanha MES, Driusso P. Comparison of quality of life for different types of female urinary Incontinence. *Rev Bras Fisioter*. 2009;13(2):116-22. doi: 10.1590/S1413-355520090005000014
- Brubaker L, Stoddard A, Richter H, Zimmern P, Moalli P, Kraus SR, et al. Urinary Incontinence Treatment Network. Mixed incontinence: comparing definitions in women having stress incontinence surgery. *NeuroUrol Urodyn*. 2009;28(4):268-73. doi: 10.1002/nau.20698
- Yip SK, Chan A, Pang S, Leung P, Tang C, Shek D, et al. The impact of urodynamic stress incontinence and detrusor overactivity on marital relationship and sexual function. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;188(5):1244-8. doi: 10.1067/mob.2003.273
- Abdel-Fattah M, Ramsay I, Barrington JW. A simple visual analogue scale to assess the quality of life in women with urinary incontinence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2007;133(1):86-9. doi: 10.1016/j.ejogrb.2006.04.034
- Haessler AL, Nguyen JN, Bhatia NN. Impact of urodynamic based incontinence diagnosis on quality of life in women. *NeuroUrol Urodyn*. 2009;28(3):183-7. doi: 10.1002/nau.20637
- Fan HL, Chan SS, Law TS, Cheung RY, Chung TK. Pelvic floor muscle training improves quality of life of women with urinary incontinence: a prospective study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2013;53(3):298-304. doi: 10.1111/ajo.12075
- Rosier PFWM, Schaefer W, Lose G, Goldman HB, Guralnick M, Eustice S, et al. International Continence Society Good Urodynamic Practices and Terms 2016: urodynamics, uroflowmetry, cystometry, and pressure-flow study. *NeuroUrol Urodyn*. 2017;36(5):1243-60. doi: 10.1002/nau.23124
- Jerez-Roig J, Souza DLB, Andrade FLJP, Lima Filho BF, Medeiros RJ, Oliveira NPD, et al. Self-perceived health in institutionalized elderly. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(11):3367-75. doi: 10.1590/1413-812320152111.15562015
- Medeiros SM, Silva LSR, Carneiro JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, Caldeira AP. Factors associated with negative self-rated health among non-institutionalized elderly in Montes Claros, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(11):3377-86. doi: 10.1590/1413-812320152111.18752015
- Rosenkranz R, Duncan MJ, Rosenkranz SK, Kolt GS. Active lifestyles related to excellent self-rated health and quality of life: cross sectional findings from 194,545 participants in The 45 and Up Study. *BMC Public Health*. 2013;13:1071. doi: 10.1186/1471-2458-13-1071
- Haddad JM, Monaco HEMG, Kwon C, Bernardo WM, Guidi HGC, Baracat EC. Predictive value of clinical history compared with urodynamic study in 1,179 women. *Rev Assoc Med Bras*. 2016;62(1):54-8. doi: 10.1590/1806-9282.62.01.54
- Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntetu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;2:51. doi: 10.1186/1477-7525-2-51
- Asoglu MR, Selcuk S, Cam C, Cogendez E, Karateke A. Effects of urinary incontinence subtypes on women's quality of life (including sexual life) and psychosocial state. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014;176:187-90. doi: 10.1016/j.ejogrb.2014.02.008
- Borges JBR, Guarisi T, Camargo ACM, Borges PCG. Correlation between urodynamic tests, history and clinical findings in treatment of women with urinary incontinence. *Einstein (São Paulo)*. 2010;8(4):437-43. doi: 10.1590/S1679-45082010AO1611