

**QUALIDADE DE VIDA NA PERSPECTIVA DE IDOSAS
SUBMETIDAS À FISIOTERAPIA PARA
INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

**Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
2006**

Nathalia de Souza Abreu

**QUALIDADE DE VIDA NA PERSPECTIVA DE IDOSAS
SUBMETIDAS À FISIOTERAPIA PARA
INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requerimento parcial para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Área de concentração: Desempenho Funcional Humano

Orientadora: Profa. Dra. Rosângela Corrêa Dias

Co-orientadora: Profa. Dra. Marcella G. Assis Tirado

**Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
2006**

Aos meus pais, **Vicente e Regina**, por terem me recebido como filha nesta existência, me educado para compreender o valor do ser humano e por me encorajarem a vencer mais este desafio. Recebam este trabalho com carinho, pois é dedicado a vocês.

Ao meu irmão, **Vinícius**, pela disposição em auxiliar-me nos momentos de “desespero”, pela amizade e pelas brincadeiras que tornaram o caminho menos árduo, favorecendo esta vitória. Ela também é sua, “Vinays”!

Ao meu esposo **Cristiano**, companheiro, namorado e cúmplice, por sua permanente tolerância, compreensão e respeito. Seu abraço amigo, olhar carinhoso e palavras de conforto foram fundamentais nesta trajetória. Amo você!

AGRADECIMENTOS

Às Profas. Dra. **Rosângela Corrêa Dias**, orientadora, e Dra. **Marcella Guimarães Assis Tirado**, co-orientadora, por aceitarem a orientação deste estudo e pelo incentivo à conclusão do mesmo. Vocês foram minhas referências e possibilitaram a concretização de um sonho. À vocês, meu respeito e gratidão.

À Profa. Ms. **Elza Baracho** por disponibilizar a amostra de seu estudo e por mostrar-se solícita em tempo integral. Sua atenção facilitou sobremaneira minha tarefa. Por tudo, Elza, meu sincero agradecimento.

Às **mulheres** que amigável e corajosamente se dispuseram a contribuir para a realização deste estudo. Sem vocês este trabalho não seria possível. Obrigada!

À amiga (Profa. Ms.) **Jennifer Peixoto** por incentivar-me a ingressar no mestrado. Como já disse algumas vezes, “quando crescer quero ser como você!” Considere sua esta vitória, amiga Jenny!

À amiga (Profa. Ms.) **Katy Zacaron** pelo exemplo de determinação e profissionalismo. Também pelas várias contribuições, diretas ou indiretas, na concretização deste estudo.

À amiga (Profa. Ms.) **Paula Chagas** que juntamente com Katy e Jennifer me premiaram com suas companhias durante o período de mestrado. Sem vocês tudo teria sido mais difícil.

Às colegas fisioterapeutas do curso de mestrado, especialmente à **Fabiane Ferreira** (obrigada pelos bons artigos!), **Taís Marra** e **Érika Santos** pela amizade e troca de experiências. Vocês foram fundamentais nesta trajetória!

Ao colega fisioterapeuta **Alexandre Oliveira** que ao lado de Katy foi divertido companheiro de viagens.

À Profa. Ms. **Simone Meira**, da Universidade Federal de Juiz de Fora, por sua amizade e auxílio na realização do primeiro estudo piloto. Também a agradeço por ter despertado em mim o interesse pelo estudo da uroginecologia. Obrigada!

À coordenadora do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Profa. Ms. **Taís Di Mambro**, pelo apoio e compreensão, os quais possibilitaram adequações das atividades docentes em benefício da conclusão do mestrado.

À coordenadora do Curso de Fisioterapia da Universidade Salgado de Oliveira, Campus Juiz de Fora, Profa. Ms. **Elizabete Sant’Anna**, pela confiança.

Aos meus **alunos** de graduação que tanto me ensinaram sobre tolerância.

Ao **André**, motorista de táxi em Belo Horizonte, que possibilitou meu deslocamento seguro para a realização das entrevistas.

Aos **pacientes** que acreditam em minha competência profissional e que aceitaram respeitosamente minhas eventuais ausências no decorrer destes 24 meses.

Às amigas e fisioterapeutas competentes Profa. **Elen Marques, Ananda Bernardo, Letícia Furtado e Melissa Aquino** pelo incentivo permanente.

À **Sarah Fagundes** pela atenção e paciência durante nossas aulas de inglês e por sua preciosa amizade. You're a special person, teacher. Thanks for all!

Aos meus sogros **José Onofre e Sônia Maria** pelo carinho incondicional.

À **Tiby**, minha segunda mãe, que mesmo de São Paulo torceu por mim.

À **Taís**, que com sua boa vontade cuidou tão bem de minha casa, em especial nos últimos meses deste trabalho. Obrigada pelo carinho!

Aos amigos do Centro Espírita Amor ao Próximo, em especial aos da **Mocidade Espírita Amor ao Próximo**, por compreenderem meu afastamento parcial e por me permitirem a possibilidade de ser útil.

Às professoras **Rosa Carvalho, Simone Meira, Alice Caldas e Jaqueline Bássora** do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Juiz de Fora, que junto com tantos outros contribuíram para minha formação profissional.

Aos professores e funcionários do Departamento Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG, em especial aos **professores do Mestrado**, que tanto contribuíram para meu crescimento profissional, e aos funcionários **Marilane, Leandro e Netinho** pela disponibilidade em auxiliar-me.

À **Jesus**, Mestre e Amigo de todas as horas, cujos ensinamentos foram indispensáveis para manter-me íntegra e disposta ao trabalho.

À **Deus** pela oportunidade de mais uma existência.

E a todos aqueles **amigos** que, próximos ou distantes, torceram por minha vitória. Seria um risco citá-los nominalmente sob pena de ser injusta, esquecendo-me de algum. Por isso, meu agradecimento a todos, sem exceção. Saibam que a vibração de vocês foi essencial à conclusão deste trabalho. Obrigada!

“(...) Sabe-se que cada pessoa recebe de forma dissemelhante os estímulos, decodifica-os e em seguida os reelabora formando sua própria individualidade. Portanto, relativos e não generalizados devem ser os modos de ver as coisas e as pessoas (...)”.

Hammed, psicografia de Francisco do Espírito Santo Netto

RESUMO

Contextualização: A incontinência urinária (IU), condição clínica comum entre idosos, pode comprometer a qualidade de vida (QV) e por esta razão, avaliar suas repercussões sobre a mesma torna-se relevante. **Objetivo:** Desvendar como idosas submetidas a tratamento fisioterapêutico para IU percebem sua QV atual. **Metodologia:** Este foi um estudo qualitativo que, por meio de entrevistas individuais semi-estruturadas, pesquisou a QV na perspectiva de doze idosas com 60 anos e mais. O tamanho da amostra foi determinado por meio de saturação. As entrevistas foram registradas, transcritas e posteriormente analisadas pela técnica da análise de conteúdo. **Resultados:** A QV vinculou-se a saúde, autonomia, relacionamentos pessoais, estabilidade financeira e vida ativa. O comprometimento psicológico associou-se à preocupação e desagrado diante das perdas urinárias e receio destas ocorrerem em locais não apropriados. O constrangimento de outras pessoas perceberem o odor de urina e a vivência prévia de situações também constrangedoras associaram-se ao comprometimento social. **Conclusões:** A análise do conteúdo dos discursos permitiu concluir que apesar da IU estar presente na vida das idosas, trazendo prejuízos psicológicos e sociais, a QV foi positivamente percebida.

ABSTRACT

Background: Urinary incontinence (UI), common clinical condition among elderly people, may interfere in quality of life (QoL) and for that reason, assessing its repercussion become relevant. **Objective:** To reveal as elderly women who underwent Physical Therapy for UI have perceived their current QoL. **Methodology:** This was a qualitative study which by means of a semistructured interview investigated QoL from the perspective of twelve elderly women of 60 years of age and more. Sample size was determined by saturation. The interviews were registered and posteriorly analyzed by the technique of content analysis. **Results:** QoL was correlated to health, autonomy, personal relationships, financial stability and active life. Psychological alterations were associated to urinary leakage concern and distress and that it happens in an inappropriate place. The embarrassments that other people are smelling urine odor as well as previous similar embarrassing situations were associated to social limitation. **Conclusion:** content analysis of the interviews allowed to concluding that, even though UI is present in the elderly women, yielding pschycological and social disadvantages, QoL was positively perceived.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 - Introdução | 8 |
| 1.1 - O construto qualidade de vida | 9 |
| 1.2 - Envelhecimento e qualidade de vida relacionada à saúde | 13 |
| 2 – Metodologia | 19 |
| 2.1 - Critérios de inclusão e seleção da amostra | 21 |
| 2.2 - Tamanho da amostra | 21 |
| 2.3 - Instrumentação e operacionalização | 22 |
| 2.4 - O estudo piloto | 23 |
| 2.5 - As entrevistas | 24 |
| 2.6 - Análise e interpretação dos resultados | 25 |
| 3 – Referências | 27 |
| 4 - Artigo científico | 35 |
| Anexo I - Normas editoriais da Revista Brasileira de Fisioterapia | 55 |
| Anexo II – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) UFMG | 66 |
| Apêndice I - Termo de consentimento livre e esclarecido | 68 |
| Apêndice II - Roteiro de entrevista | 71 |

1 - INTRODUÇÃO

O construto qualidade de vida

A qualidade de vida (QV) foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como *“a percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”*¹. Tal conceito deixa implícitas características como subjetividade, bipolaridade e multidimensionalidade.

A subjetividade do construto QV relaciona-se à percepção pessoal sobre a vida, enquanto a bipolaridade refere-se aos elementos positivos e negativos vinculados ao construto¹. O desempenho dos papéis sociais e a autonomia são exemplos de elementos positivos enquanto dor e dependência, exemplos de elementos negativos². O caráter multidimensional, por sua vez, relaciona-se aos diferentes domínios envolvidos^{3,4}, tais como o físico, o psicológico, o social, o espiritual e as crenças pessoais¹. Paschoal² acrescenta a mutabilidade como uma quarta característica do construto, visto que a QV pode modificar-se para um mesmo indivíduo ao longo do tempo.

Alguns autores^{5,6,7} corroboraram a definição proposta pela OMS ao afirmarem ser a QV uma combinação de condições objetivas, avaliação subjetiva e valores pessoais associados a domínios como bem-estar físico, material, emocional, espiritual e social e à influência externa. Este construto pode ser entendido como uma construção social relativizada por fatores culturais⁶, no qual a distância entre a expectativa e a realidade de vida deve ser mínima para que a QV seja percebida como a melhor possível^{6,8}.

A primeira menção ao termo QV foi feita na década de 20, mas somente no final dos anos 50 seu uso foi se ampliando^{2,9} e alcançou o âmbito da saúde, no qual era medida

por meio da morbidade e da mortalidade. Estes eram indicadores objetivos importantes para estimar a expectativa de vida, identificar causas de morte e comparar QV entre países, regiões e cidades^{2,10}, porém incapazes de mensurá-la de modo individual^{11,12}. Eles não explicavam, por exemplo, como idosos com doenças objetivamente constatadas sentiam-se saudáveis². Percebeu-se, então, a necessidade de avaliar a QV partindo da opinião pessoal², o que ressaltou o caráter subjetivo do construto, no qual a percepção do indivíduo sobre diferentes aspectos do seu contexto de vida tornam-se relevantes^{1,2,4,5,8,10,13}.

Com o passar dos anos a QV se consolidou como importante variável tanto para a prática clínica quanto para a pesquisa científica na área de saúde, na qual foi introduzida com intuito de melhor avaliar e estimar desfechos de pesquisas ou efeitos de intervenções^{2,8,11,14,15}, bem como seu impacto no bem-estar físico, psicológico e social do paciente^{2,11}. Embora seja um dos assuntos correntemente valorizados nas pesquisas quantitativas nas áreas de saúde¹⁶, com certa freqüência a QV é inadequadamente utilizada como sinônimo de estado de saúde, bem-estar subjetivo e satisfação com a vida¹².

No que concerne à avaliação da QV, há sugestões para seja pautada na definição do conceito de QV que orientou o trabalho, na explicitação das razões que determinaram a escolha do instrumento de pesquisa, na utilização de medidas não reducionistas ou simplistas^{17,18} e na inclusão de itens abertos ao final do instrumento para respostas suplementares^{8,17,18}.

Lawton¹⁹ propõe que a avaliação da QV de idosos seja multidimensional, referenciando critérios sócio-normativos e intrapessoais acerca das relações atuais, passadas e

prospectivas entre o indivíduo idoso e seu ambiente. Para este autor, o modelo de QV voltado para a velhice deve contemplar quatro dimensões inter-relacionadas. A dimensão ambiental refere-se ao contexto físico e oferece subsídio às competências adaptativas enquanto a dimensão comportamental relaciona-se ao potencial individual. A QV percebida relaciona-se diretamente às duas anteriores e o bem-estar subjetivo reflete as relações entre condições ambientais, comportamentais e perceptuais¹⁹. Percebe-se, portanto, que a QV na velhice é subjetiva¹³ e dependente da interação do idoso com os outros e a sociedade², direcionando para a associação entre suporte social, estrutura de trabalho, estado de saúde física e mental, bem-estar e capacidade funcional²⁰.

Atualmente, verificam-se duas tendências quanto à utilização do construto QV, as quais devem ser diferenciadas¹².

Uma tem concepção mais ampla⁸ e pode ser ilustrada pelo conceito proposto pela OMS¹ e por aquele proposto por Lawton¹⁹. Outra tendência se refere à QV relacionada à saúde (QVRS)^{10,14}.

A QVRS foi influenciada pelo conceito de saúde da OMS e designa uma série de modelos conceituais que definem o construto através de dimensões da vida e da percepção individual da saúde¹⁰. O'Boyle *apud* Patrick & Erickson explica que a QVRS pode ser entendida como o valor atribuído à vida, valor este influenciado por doença, lesão e tratamento, uma vez que estes interferem nas oportunidades sociais, percepções, estado funcional e incapacidades do indivíduo⁸. A QVRS preconiza que o funcionamento físico e emocional repercutem diretamente sobre a QV enquanto anormalidades biológicas exercem influência indireta devido sua relação causal com a

doença e com a incapacidade física. Ela se caracteriza como a distância entre as expectativas e o grau de satisfação do paciente em relação à sua saúde e implica em aspectos vinculados às enfermidades ou às intervenções em saúde. A QVRS incorpora características físicas, psicológicas e sociais, as quais são influenciáveis por experiências, crenças, expectativas, percepções pessoais^{4,5,12,21} e até mesmo renda, liberdade e qualidade do meio ambiente²².

Contudo, entende-se que todos estes aspectos relacionados à saúde não podem estar dissociados de outras dimensões da vida, como, por exemplo, os papéis e a interação social, as relações econômicas, culturais, políticas e espirituais. Estas outras dimensões, quando associadas àquelas diretamente relacionadas à saúde, passam a constituir o que se designa qualidade de vida global, construto mais amplo que incorpora fatores que interferem na vida individual e coletiva¹⁰.

Para o estudo da QVRS de idosos, a heterogeneidade desta população⁸, bem como as peculiaridades destes indivíduos quando comparados com os mais jovens, deve ser considerada^{8,12}. Porém, esta não é uma constante nas publicações. Em revisão sistemática acerca da QVRS em pacientes idosos, Hickey et al¹² constataram que nenhum dos trabalhos revisados utilizou instrumentos específicos para esta população. Os autores observaram também que nas populações mais velhas as percepções relacionadas à saúde eram diversas daquelas encontradas em populações mais jovens, visto que os idosos tendem a perceber sua saúde significativamente mais positiva que os mais jovens, indicando que ocorrem ajustes nas perspectivas dos indivíduos à medida que estes envelhecem. Esta revisão sugeriu que estudos envolvendo idosos utilizem instrumentos voltados exclusivamente para esta população

ou incluam questões de importância para o indivíduo idoso, de forma que os resultados representem sua QVRS com maior fidedignidade¹².

Envelhecimento e qualidade de vida relacionada à saúde

A proporção de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos vem crescendo, inclusive no Brasil, e este envelhecimento populacional tende a persistir^{23,24}. Em nosso país, este fato deveu-se, inicialmente, ao rápido e sustentado declínio da taxa de fecundidade e, posteriormente, à redução da taxa de mortalidade para as idades mais elevadas^{25,26}.

O envelhecimento faz parte de um *continuum* que tem início com a concepção e culmina com a morte²⁷. Ele pode ser entendido como um processo dinâmico e progressivo^{27,28} contextualizado por fatores individuais, grupais e socioculturais e, por esta razão, é único para cada indivíduo^{2,23,29,30}. Caracterizam o envelhecimento alterações morfológicas, bioquímicas, psicológicas e funcionais capazes de comprometer a capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente e resultar em redução da capacidade funcional, da resistência física e da capacidade de trabalho^{27,28}, bem como da autonomia^{23,31} e da independência^{2,23,31}. Associam-se a estas alterações, modificações comportamentais e dos papéis sociais^{27,28,29}.

Embora a idade cronológica não seja um indicador preciso para as modificações que o acompanham, visto que existem variações importantes relativas ao estado de saúde, participação e independência, os 60 anos são considerados marco inicial do envelhecimento para países em desenvolvimento como o Brasil²³.

O envelhecimento, mesmo sendo um fenômeno fisiológico, relaciona-se freqüentemente ao aparecimento de doenças^{23,32,33}, face às alterações características do processo somadas aos fatores socioculturais que contextualizam o idoso²⁹ e aos diferentes fatores de risco²³. Com o passar dos anos aumentam as taxas de morbidade, mortalidade e incapacidade decorrentes de doenças não-transmissíveis, tais como disfunções músculo-esqueléticas e mentais e acidentes vasculares. Devido ao caráter crônico destas doenças^{2,14}, sua cura nem sempre é possível e, por esta razão, mensurar seu impacto na vida dos indivíduos torna-se relevante^{2,14,32}.

Muitas doenças crônicas comuns entre idosos podem interferir na mobilidade, na destreza manual, na lucidez³⁴ e na capacidade funcional das vias urinárias inferiores e da bexiga^{35,36,37,38} favorecendo, por conseguinte, a incontinência urinária (IU).

A Sociedade Internacional de Continência (ISC), em 2002, definiu a IU como *“qualquer perda involuntária de urina”*. Ela se caracteriza pela perda do controle vesical acompanhada por sintomas e sinais relacionados ao armazenamento, à micção ou à pós-micção e culmina com episódios muitas vezes imprevisíveis e inevitáveis de perda urinária. Seu diagnóstico baseia-se nestes sinais e sintomas e em observações urodinâmicas. A IU independe da freqüência em que ocorre e do volume de urina perdido e pode ser classificada em IU de esforço (IUE), urgeincontinência (UI) e IU mista (IUM)³⁹. Seu tratamento pode ser pautado em medidas conservadoras, incluindo a intervenção fisioterapêutica, ou cirúrgicas^{38,40,41}.

Apesar de muito comum entre os idosos⁴², especialmente em mulheres^{43,44}, sua real prevalência é imprecisa. Na população idosa brasileira, Silva e Santos⁴⁵ encontraram prevalência total de 35% enquanto Marques⁴⁶ apontou prevalência de 63,9% para

ambos os sexos e 68,8% para o sexo feminino. Outros autores^{41,42,43,47,48} registraram variação de 4,8 a 58,4% para idosos norte-americanos e europeus. Esta variabilidade pode ser parcialmente explicada pelas diferentes amostras e classificações de IU estudadas^{43,49,50}, o método de pesquisa utilizado^{34,49} e a subestimação dos dados, visto que muitos idosos consideram a perda urinária uma conseqüência do processo de envelhecimento e, por isso, abstêm-se de buscar o necessário tratamento⁵¹.

Blanes et al⁵¹ em estudo envolvendo pessoas de ambos os sexos com idade mínima de 55 anos relataram que 38% dos entrevistados acreditam haver relação entre envelhecimento e IU. Locher et al⁵², encontraram que 58,1% dos sujeitos da pesquisa atribuíram sua incontinência ao envelhecimento. Na verdade, a IU é mais prevalente entre idosos porque seus fatores predisponentes são mais comuns nesta população, tais como a redução da capacidade e da elasticidade da bexiga, a redução da velocidade do jato miccional e o aumento do número de contrações vesicais involuntárias^{34,35,41}.

Há incontinentes que acreditam ser a IU um problema pouco importante e, por esta razão, não buscam cuidados especializados^{43,53,54}. Hannestad et al⁵⁵ estudaram por meio de questionário os fatores associados à busca por tratamento para IU entre mulheres integrantes do projeto noroeguês EPINCONT e observaram que pouco mais de 25% delas se consultaram devido à perda urinária. A análise dos resultados apontou idade, freqüência, volume de perda, gravidade, impacto e duração dos sintomas como fatores potencialmente relacionados às taxas de consultas e que estas cresciam à medida que os citados fatores aumentavam. Por outro lado, a análise por regressão logística dos dados mostrou que apenas impacto e idade permaneceram fortemente associados às taxas de consulta. Os autores observaram, também, diferenças nas

taxas de consulta segundo o tipo de IU e explicaram que tal diferença relacionou-se à gravidade e impacto da incontinência⁵⁵.

A IU é uma condição limitante⁵⁶, tem caráter progressivo⁵⁷ e pode influir na QV, face à possibilidade de desencadear, além do comprometimento físico, estresse psicológico e isolamento social^{56,58,40,59,52,44}. Hägglund et al⁵⁷ acompanharam 145 mulheres incontinentes e 193 continentas durante 4 anos e avaliaram mudanças na IU e na QV através do *SF-36 Quality of Life Questionnaire*, do *Detrusor Instability Score* e de 3 questões complementares. Os autores registraram que no decorrer da pesquisa 18 mulheres apresentaram remissão da IU e 23 tornaram-se incontinentes, confirmando que sua prevalência tende a aumentar com a idade. O estudo mostrou também que as taxas de remissão da incontinência diminuíram com o avançar dos anos. Quanto à avaliação da QV, os autores concluíram que as diferenças foram negativamente maiores no grupo incontinente que no grupo continente para os domínios funcionamento físico, emocional e social, dor corporal e vitalidade do *SF-36 Quality of Life Questionnaire*.

Há evidências científicas que a influência da IU na QVRS seja variável com o tipo de incontinência⁵⁶, com a frequência das perdas urinárias⁶⁰ e com a percepção individual do problema^{4,61,54} o que, por sua vez, é influenciado por crenças, contexto cultural e diferenças pessoais⁴⁴. Uma pequena perda urinária pode representar, por exemplo, importante fardo para uma incontinente, enquanto para outra um volume de perda maior tem pouca relevância⁶².

Quanto ao comprometimento psicossocial, supõe-se que seja mais importante que o físico⁴⁴, embora menos significativo que o suposto⁶¹. A literatura sugere que os incontinentes sentem-se constrangidos por seus sintomas^{53,47,56,63} e experimentam sentimentos de solidão, tristeza e depressão mais expressivos que os continentais^{58,43}. Por outro lado, há registro de incontinentes que não relatam impacto negativo no bem-estar ou restrição das atividades sociais⁵⁸.

A variabilidade de resultados acerca do comprometimento psicossocial da IU talvez seja explicada pelo uso de instrumentos diferentes ou pouco sensíveis à avaliação desta variável⁵⁴ ou por diferenças amostrais, conforme se observa em algumas pesquisas^{54,43,64}. Estudando o impacto da IU na QV de idosos por meio do *Health Outcomes Survey* e do *SF-36 Quality of Life Questionnaire*, Ko et al⁴³ encontraram que os incontinentes percebiam sua saúde de forma mais negativa e experimentaram mais sentimentos de depressão que os continentais. Os autores perceberam que estes apresentaram escores superiores aos daqueles, indicando que indivíduos com IU têm QV mais precária quando comparados com os continentais⁴³. Já Pang et al⁵⁴ ao realizarem inquérito utilizando o *Urogenital Distress Inventory Short Form* concluíram que atividade social e bem-estar emocional foram os domínios mais comprometidos e que os indivíduos com IUE referiram menor prejuízo na QV que os urgeincontinentes com diferença estatisticamente significativa. Lenderking et al⁶⁴, por sua vez, realizaram revisão sobre QV na UI e concluíram que poucos incontinentes apresentavam-se incapacitados por sua condição, embora muitos vivenciem restrição social, a qual tende a aumentar com o passar dos anos. Estes autores perceberam que o comprometimento da IU na QV variava com a adaptação do incontinente à sua

condição e sugeriram que tal comprometimento seja avaliado também por meio de entrevistas em profundidade⁶⁴.

A avaliação objetiva ou subjetiva^{4,43} da influência da IU e de intervenções a ela relacionadas na QVRS de pacientes vem se firmando como importante desfecho clínico e de pesquisa, inclusive pelo fato das intervenções em geral não resultarem em cura da incontinência^{54,65}. Contudo, embora haja muitas publicações voltadas ao comprometimento da IU na QV de idosas incontinentes, poucos estudos baseiam-se no método qualitativo^{43,52,54,56,57,64}, o qual permite ao pesquisador compreender o fenômeno através do *olhar do outro*, considerando sua individualidade¹⁶.

A pesquisa bibliográfica realizada para o presente estudo não registrou publicações de cunho qualitativo voltadas ao estudo da QV de idosas submetidas a tratamento fisioterapêutico para tratamento da IU. Frente esta lacuna no conhecimento científico, observada inclusive entre publicações nacionais, tornou-se relevante conhecer a QV de idosas incontinentes partindo da percepção das próprias idosas.

2 - METODOLOGIA

O presente estudo teve caráter exploratório e pautou-se no estudo experimental de grupo único de Souza⁶⁶ intitulado *Impacto de uma intervenção fisioterapêutica sobre a qualidade de vida e quantidade de urina perdida em mulheres com incontinência urinária*, no qual avaliou-se a quantidade de urina perdida e a QV de trinta e sete pacientes do sexo feminino, com idade mínima de 50 anos, encaminhadas por médicos da Clínica Uromater do Hospital Mater Dei. A quantidade de urina perdida foi medida através do *pad test* e do diário miccional, enquanto a QV foi avaliada por meio do *Incontinence Quality of Life (I-QOL)*.

O I-QOL é um instrumento específico para avaliação da QV em pacientes incontinentes já traduzido para o português e adaptado para a população brasileira⁶⁷. Souza aplicou o I-QOL antes e após doze semanas de tratamento fisioterapêutico fundamentado em um protocolo educacional associado à cinesioterapia para os músculos do assoalho pélvico e à eletroestimulação vaginal. Os resultados relacionados aos domínios limitação do comportamento, impacto psicossocial e constrangimento social do I-QOL foram estatisticamente significativos e apontaram melhora na QV das mulheres submetidas ao tratamento fisioterapêutico proposto⁶⁶.

Decorridos aproximadamente dezoito meses do término da intervenção acima mencionada, pretendeu-se conhecer a percepção que as idosas incluídas no referido estudo tinham de sua QV atual. Para tanto, optou-se pela abordagem qualitativa.

O método qualitativo oferece os instrumentos necessários à compreensão do significado dos fenômenos na vida das pessoas^{16,68} e através dele o pesquisador busca conhecer o objeto de estudo - o Homem - inserido em seu contexto, compreendendo o significado que este empresta às suas experiências de vida¹⁶. O valor do significado

dos fenômenos reside no fato deste ser o alicerce sobre o qual os indivíduos estruturam suas vidas. Assim, importa não o fenômeno em si, mas o significado que este ganha para os que o vivenciam¹⁶. As informações e os significados obtidos por meio da abordagem qualitativa são particulares⁶⁹ e explicitam informações invisíveis ao olhar comum¹⁶. Todavia, são considerados representativos na medida em que denotam aspectos culturais e históricos referentes às relações individuais ou coletivas do grupo estudado^{16,70}.

Esta pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, parecer ETIC nº 116/05, conforme Anexo II. Sua realização obedeceu à legislação vigente⁷¹.

Crítérios de inclusão e seleção da amostra

Segundo Duarte⁷², definir critérios para a seleção dos indivíduos que irão compor o universo de investigação é fundamental para a qualidade das informações, as quais permitirão compreender mais ampla e profundamente o problema estudado.

Como este é um estudo voltado à idosas incontinentes submetidas à tratamento fisioterapêutico para IU, estabeleceu-se que ter participado da pesquisa de Souza⁶⁶ e apresentar idade maior ou igual a 60 anos por ocasião do citado estudo foram os critérios de inclusão para este trabalho. Como resultado obteve-se um grupo formado por vinte e cinco idosas, as quais compuseram o universo de investigação.

Tamanho da amostra

O número de indivíduos foi determinado *a posteriori* atendendo ao critério de saturação. Esta pode ser entendida como determinante do número de participantes do estudo qualitativo e está diretamente relacionada à qualidade, profundidade e recorrência das informações⁷². Ela acontece quando se observam pontos reincidentes nos vários discursos, indicando que informações novas não serão somadas àquelas já obtidas e que, por conseqüência, as entrevistas podem ser suspensas^{70,72}.

Instrumentação e operacionalização

O critério de amostragem foi determinado pela seqüência dos nomes dispostos na lista para contatos. As idosas foram contatadas pela pesquisadora via telefone. Na ocasião, cada uma delas recebeu breve esclarecimento acerca do estudo, seus propósitos, benefícios e riscos e foi questionada sobre seu interesse em participar do mesmo. Vinte e duas concordaram em colaborar e uma recusou-se. Duas não puderam ser contatadas devido à alteração do número telefônico.

Para a coleta de dados optou-se pela entrevista individual, aberta e semi-estruturada, técnica amplamente utilizada capaz de permitir o aprofundamento necessário ao tema central do estudo^{73,74}. Para tanto, empreendeu-se à elaboração de um roteiro, o qual objetivou deixar às respondentes a possibilidade de seguir seus próprios rumos narrativos sem, contudo, reduzir o controle da pesquisadora sobre o processo de entrevista.

Na primeira parte do roteiro de entrevista, coletaram-se informações socio-demográficas tais como nome, data de nascimento, idade, endereço, escolaridade, religião e profissão. Seguiram-se questões relativas à percepção das idosas sobre QV,

as quais foram formuladas com base em observações clínicas e nos pressupostos teóricos disponíveis na literatura^{2,20,56,58,64,65,75,76}.

O estudo piloto

Quando perguntas do roteiro de entrevistas são verbalmente dirigidas ao entrevistado, muitas inadequações podem ser percebidas⁷². Por esta razão, é importante testá-lo previamente. Assim, com objetivo de verificar a coerência do roteiro de entrevista elaborado, realizou-se uma entrevista piloto.

A escolha da idosa para o piloto foi feita por conveniência, na cidade de Juiz de Fora, a partir da indicação de uma fisioterapeuta atuante naquela cidade.

Para que a idosa da entrevista piloto guardasse similaridade com aquelas do estudo propriamente dito, a seleção obedeceu às seguintes diretrizes: (a) ter idade igual ou superior a 60 anos; (b) ter passado por intervenção fisioterapêutica para tratamento da IU; (c) ter concluído o tratamento por ocasião da entrevista. Foram indicadas três idosas cujos nomes foram listados com seus respectivos números de telefone.

As tentativas de contato respeitaram a disposição dos nomes na lista. As duas primeiras tentativas mostraram-se inúteis e somente obteve-se sucesso na terceira tentativa. A idosa recebeu informações pertinentes ao estudo e foi convidada a colaborar com o mesmo. Face à sua concordância, a entrevista foi agendada.

A entrevista aconteceu na residência da respondente. Estavam presentes a idosa e sua filha mais nova, a qual permaneceu ao lado da mãe no decorrer do processo sem,

contudo, interferir no mesmo. Foi apresentado à respondente o termo de consentimento livre e esclarecido (APENDICE I), o qual foi lido e devidamente assinado. A entrevista transcorreu sem fatos dignos de menção, teve duração aproximada de 90 minutos e foi transcrita e analisada pela pesquisadora, de forma a permitir a verificação de possíveis inadequações do roteiro.

Este estudo piloto confirmou a necessidade da transformação de perguntas antes fechadas em abertas, adequações da escrita de algumas questões e o ajustamento do enfoque na QV, incluindo a subdivisão do construto em domínios físico, psicológico e social.

Após as adequações no roteiro (APÊNDICE II), procedeu-se à coleta de dados.

As entrevistas

As entrevistas foram agendadas através de contato telefônico e aconteceram nas residências das respondentes. Duarte⁷² assegura que pessoas entrevistadas em seu domicílio sentem-se mais livres para expressar suas idéias e menos preocupadas com o tempo. A duração de cada visita foi, aproximadamente, 80 minutos.

Cada idosa recebeu uma única visita da pesquisadora. Na ocasião, foi apresentado à respondente o termo de consentimento livre e esclarecido, explicada sua finalidade, bem como esclarecidas dúvidas sobre o estudo. Após a assinatura do referido documento, procedeu-se a entrevista, à qual estavam presentes a idosa e a pesquisadora. As entrevistas foram devidamente registradas em fita cassete. Antes de

finalizá-las, a pesquisadora deixou as respondentes livres para quaisquer complementações necessárias.

Após cada dia de visita, as entrevistas foram transcritas e submetidas à análise prévia, de modo que fossem identificadas possíveis similaridades e percebidos indícios de saturação. No decorrer das análises das entrevistas indícios de saturação foram detectados até que ao final da décima segunda entrevista a coleta das informações foi interrompida.

As entrevistas transcritas foram encaminhadas às idosas para que fossem lidas e a utilização de seu conteúdo autorizada. Somente uma idosa solicitou a exclusão de um trecho do discurso.

Utilizou-se diário de campo como forma complementar de registro dos acontecimentos. Registrou-se, por exemplo, a necessidade de interrupção de uma entrevista devido à emoção da idosa ao referir-se à IU e às situações constrangedoras vivenciadas e o desejo relatado por outra de desistir da entrevista no exato momento de iniciá-la. Registrou-se, também, a dificuldade de uma das entrevistadas em manter contato visual com a pesquisadora nos momentos em que se referia aos freqüentes episódios de perda involuntária de urina em ambientes públicos e outra que se sentiu confortável o bastante durante a entrevista a ponto de relatar problemas pessoais não vinculados às perdas urinárias.

Para Duarte⁷², o registro do modo como acontece o contato pesquisador-objeto de pesquisa, a forma como este recebe o pesquisador, postura, gestos e mudanças no tom de voz fornecem informações significativas para a posterior leitura e compreensão

do discurso. Neste sentido, as informações contidas no diário de campo configuraram-se parte do material de análise.

Visando resguardar a identidade das respondentes, seus nomes verdadeiros foram substituídos por nomes fictícios.

Análise e interpretação dos resultados

O volume de informações coletadas pelo método qualitativo é grande, exigindo do pesquisador capacidade de integração e síntese para a análise do material de forma a apresentá-lo apropriadamente^{69,72,73}.

As entrevistas transcritas foram submetidas à leitura preliminar com finalidade de aumentar o contato da pesquisadora com o material a ser analisado, procedimento fundamental ao estudo e assimilação das informações coletadas^{70,73}.

Em seguida, procedeu-se à exploração propriamente dita do material por meio da análise de conteúdo. Esta é uma ferramenta que permite compreender, partindo da realidade expressa nos discursos, o significado que os indivíduos emprestam aos fenômenos à sua volta¹⁶. O material transcrito foi exaustivamente estudado com objetivo de encontrar recorrências nas falas, as quais funcionaram como indicadores para o agrupamento das respostas em categorias. Estas permitiram compreender e organizar os discursos para melhor apresentá-los e favoreceram as interpretações finais, as quais foram também subsidiadas pelas informações contidas no diário de campo.

Para a apresentação final dos resultados foram utilizadas as informações relativas aos domínios social e psicológico do construto QV. O domínio físico será posteriormente divulgado à comunidade científica através de artigo com enfoque na influência da IU no domínio físico da QV.

3 - REFERÊNCIAS

1. THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science Medical**, v. 41, n.10, p. 1403-1409, 1995.
2. Paschoal, S. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia a sua opinião. Dissertação. p. 1-252, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2000
3. FLECK, M. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, v. 33, p. 198-205, 1999.
4. DIAS, R.; SILVA, E. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. In: **Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006. No prelo.
5. VELARDE-JURADO, E.; Avila-Figueroa, C. Evaluación de la calidad de vida. **Salud Pública Méx**, v. 44, p. 449-461, 2002.
6. MINAYO, M.; HARTZ, Z.; BUSS, P. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, p. 7-18, 2000.
7. FELCE, D. Defining and applying the concept of quality of life. **Journal of Intellectual Disability Research**, v. 41, p. 126-135, 1997.
8. O'BOYLE, C. Measuring the quality of later life. **Phil Trans R Soc Land**, v. 352, p. 1871-1879, 1997.
9. PASCHOAL, S. Qualidade de vida na velhice. In: **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. p. 79-84.
10. CAMPOLINA, A.; CICONELLI, R.; FERRAZ, M. Qualidade de vida e medidas de preferência: contribuições para a avaliação e o gerenciamento de programas em saúde. **Sinopse De Reumatologia**, v. p. 111-116, 2006.
11. ADDINGTON-HALL, J.; KALRA, L. Measuring quality of life: who should measure quality of life? **British Medical Journal**, v. 322, p. 1417-1420, 2001.
12. HICKEY, A et al. Measuring health-related quality of life in older patient populations: a review of current approaches. **Pharmacoeconomics**, v. 23, n.10, p. 971-993, 2005.

13. VECCHIA, R. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Rev Bras Epidemiol**, v. 8(3), p. 246-253, 2005.
14. CICONELLI, R. Medidas de avaliação de qualidade de vida. **Revista Brasileira De Reumatologia**, v. 43, n.2, p. IX-XIII, 2003.
15. SUURMEIJER, T.; REUVEKAMP, M.; ALDEMKAMP, B. Social functioning, psychological functioning and quality of life in epilepsy. **Epilepsia**, v. 42(9), p. 1160-1168, 2001.
16. TURATO, E. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n.3, p. 507-514, 2005.
17. GILL, T.M.; ALVAN, M.; FEINSTEIN, M. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. **JAMA**, v. 272, p. 619-626, 1994.
18. GLADIS, M. et al. Quality of life: expanding the scope of clinical significance. **J Consult Clin Psychol**, v. 67, p. 320-331, 1999.
19. LAWTON, M.P. Environment and other determinants of well-being in older people. **Gerontologist**, v. 23(4), p. 349-357, 1983.
20. BOWLING, A. et al. Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. **Int J Aging Hum Dev**, v. 56(4), p. 269-306, 2003.
21. SEIDL, E.; ZANNON, C. Qualidade de vida em saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 20(2), p. 580-588, 2004.
22. GUYATT, G.H.; KIRSHNER, B.; JAESCHKE, R. Measuring health status: what are the necessary measurement properties? **J Clin Epidemiol**, v. 45, n.12, p. 1341-1345, Dec.1992.
23. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE ENVELHECIMENTO ATIVO: UMA POLÍTICA DE SAÚDE. In. Brasília: **OPAS - OMS**, 2005. p. 1-59.
24. CAMARANO, A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. p. 58-71.

25. CARVALHO, J.; GARCIA, R. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saude Publica**, v. 19(3), p. 725-733, 2002.
26. RAMOS, L. Epidemiologia do envelhecimento. In: **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. p. 72-78.
27. NETTO, M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. p. 2-12.
28. NETTO, M; PONTE, J. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 3-12.
29. FREITAS, M et al. Perspectivas das pesquisas em gerontologia e geriatria: revisão da literatura. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 10, n.2, p. 221-228, 2002.
30. TIRADO, M.A. Percepção dos idosos sobre envelhecimento e independência: um estudo qualitativo no município de Belo Horizonte. Dissertação. p. 1-116, CEDEPLAR, UFMG, 2000.
31. MORAES, J.; AZEVEDO E SOUZA, V. Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 27(4), p. 302-308, 2005.
32. RAMOS, L.R. Determinant factors for healthy aging among senior citizens in a large city: the Epidoso Project in Sao Paulo. **Cad Saude Publica**, v. 19, n.3, p. 793-798, May 2003.
33. CRUZ, I. Genética do envelhecimento, da longevidade e doenças crônico-degenerativas associadas à idade. In: **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. p. 20-31.
34. REIS, R. Incontinência Urinária no Idoso. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 18 (Supl 5), p. 47-51, 2003.
35. FANTL, J.A. The lower urinary tract in women--effect of aging and menopause on continence. **Exp Gerontol**, v. 29, n.3-4, p. 417-422, May 1994.
36. HERZOG, A.R. et al. Urinary incontinence and psychological distress among older adults. **Psychol Aging**, v. 3, n.2, p. 115-121, June 1988.

37. CARVALHO, F. Envelhecimento do aparelho genito-urinário. In: **Tratado de geratria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. p. 426-429.
38. MACIEL, A. Incontinência urinária. In: **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. p. 635-644.
39. ABRAMS, P. et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. **Am J Obstet Gynecol**, v. 187, n.1, p. 116-126, July 2002.
40. ROVNER ES et al. Evaluation and treatment of the overactive bladder. **Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo**, v. 57, n.1, p. 39-48, 2002.
41. MILLER, K. Urinary incontinence in elderly women. **Geriatrics Update**, v. 10, p. 242-246, 2003.
42. MINASSIAN, V.A.; DRUTZ, H.P.; AL-BADR, A. Urinary incontinence as a worldwide problem. **Int J Gynaecol Obstet**, v. 82(3), p. 237-338, 2003.
43. KO, Y. et al. The impact of urinary incontinence on quality of life of the elderly. **The American Journal of Managed Care**, v. 11, n.4, p. 103-111, 2005.
44. ASLAN, E. et al. An assessment of the importance of the pad-testing in stress urinary incontinence and the effects of incontinence on the life quality of women. **International Urogynecological Journal Pelvic Floor Dysfunction**, v. 14, n.5, p. 316-319, 2003.
45. SILVA, A; SANTOS, V. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, v. 39, n.1, p. 36-45, 2005.
46. MARQUES, L. Prevalência de Incontinência Urinária e Fatores Associados em Idosos Residentes na comunidade - Ouro Preto, Minas Gerais, 2001-2003. Dissertação. p. 1-117, EEEFTO, UFMG, 2005.
47. NAZIR, T.; KHAN, Z.; BARBER, H.R. Urinary incontinence. **Clin Obstet Gynecol**, v. 39, n.4, p. 906-911, Dec.1996.
48. HERZOG, A.R.; FULTZ, N.H. Prevalence and incidence of urinary incontinence in community-dwelling populations. **J Am Geriatr Soc**, v. 38, n.3, p. 273-281, Mar. 1990.

49. HEESAKKER, J.; GERRETSEN, R. Urinary incontinence: sphincter functioning from a urological perspective. **Digestion**, v. 69, p. 93-101, 2004.
50. FULTZ, N.H.; HERZOG, A.R. Prevalence of urinary incontinence in middle-aged and older women: a survey-based methodological experiment. **J Aging Health**, v. 12, n.4, p. 459-469, Nov. 2000.
51. BLANES, L.; PINTO, R.C.T.; SANTOS, V.L.C.G. Urinary Incontinence. Knowledge and Attitudes in São Paulo. **Brazilian Journal of Urology**, v. 27 (3), p. 281-288, 2001.
52. LOCHER, J.L. et al. Effects of age and causal attribution to aging on health-related behaviors associated with urinary incontinence in older women. **Gerontologist**, v. 42(4), p. 515-521, 2002.
53. GUARISI, T. et al. Urinary incontinence among climateric Brazilian women: household survey. **Rev Saude Publica**, v. 35, n.5, p. 428-435, Oct. 2001.
54. PANG, M.W. et al. The impact of urinary incontinence on quality of life among women in Hong Kong. **Hong Kong Med J**, v. 11, n.3, p. 158-163, 2005.
55. HANNESTAD, Y.S.; RORTVEIT, G.; HUNSKAAR, S. Help-seeking and associated factors in female urinary incontinence. The Norwegian EPINCONT Study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. **Scand J Prim Health Care**, v. 20, n.2, p. 102-107, June 2002.
56. COYNE, K.S. et al. The impact on health-related quality of life of stress, urge and mixed urinary incontinence. **BJU Int**, v. 92, n.7, p. 731-735, Nov. 2003.
57. HÄGGLUND, D. et al. Changes in urinary incontinence and quality of life after four years. **Scand J Prim Health Care**, v. 22, p. 112-117, 2004.
58. FULTZ, N.H.; HERZOG, A.R. Self-reported social and emotional impact of urinary incontinence. **J Am Geriatr Soc**, v. 49, n.7, p. 892-899, July 2001.
59. KLAUSNER, A.P.; VAPNEK, J.M. Urinary incontinence in the geriatric population. **Mt Sinai J Med**, v. 70, n.1, p. 54-61, Jan. 2003.
60. FONSECA, E.S.M. et al. Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 27, n.5, p. 235-242, 2005.

61. WYMAN, J.F. The psychiatric and emotional impact of female pelvic floor dysfunction. **Curr Opin Obstet Gynecol**, v. 6, n.4, p. 336-339, Aug. 1994.
62. HARVEY, M.A. et al. The Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory: A revisit of their validity in women without a urodynamic diagnosis. **Am J Obstet Gynecol**, v. 185, n.1, p. 25-31, 2001.
63. HOLROYD-LEDUC, J.M.; STRAUS, S.E. Management of urinary incontinence in women: clinical applications. **JAMA**, v. 291, n.8, p. 996-999, Feb.2004.
64. LENDERKING, W.R. et al. A review of the quality-of-life aspects of urinary urge incontinence. **Pharmacoeconomics**, v. 9, n.1, p. 11-23, Jan.1996.
65. MCFALL, S; YESKES, A; COWAN, L. Outcomes of a small group educational intervention for urinary incontinence: health-related quality of life. **Journal Aging Health**, v. 12, n.3, p. 301-317, 2000.
66. SOUZA,E. Impacto de uma intervenção fisioterapêutica sobre a qualidade de vida e quantidade de urina perdida em mulheres com incontinência urinária. p. 1-96, 2004.
67. PATRICK, D.L. et al. Quality of life of women with urinary incontinence: further development of the incontinence quality of life instrument (I-QOL). **Urology**, v. 53, n.1, p. 71-76, Jan.1999.
68. VÍCTORA, C.; KNAUTH, D.; HASSEN, M. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. 1ª. ed. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
69. MARTINS, H. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e Pesquisa**, v. 30, p. 289-300, 2004.
70. MINAYO, M. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª. ed. SP-RJ: HUCITEC - Abrasco, 2004.
71. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v. 17(supl 1), p. 33-41, 2003.
72. DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, v. 5, n.115, p. 139-154, 2002.

73. ALVES-MAZZOTTI, A.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: Pesquisa quantitativa e qualitativa.** ed. São Paulo: Editora pioneira, 1998.
74. MARCONI, M.; LAKATOS, E. **Técnicas de pesquisa.** 5^a. ed. São Paulo: 2002.
75. DIOKNO, A. et al. Factors associated with clinical assessment of overactive bladder and selection of treatment. **Clin Ther**, v. 23, n.9, p. 1542-1551, Sept. 2001.
76. BROWN, J.S.; POSNER, S.F.; STEWART, A.L. Urge incontinence: new health-related quality of life measures. **Journal American Geriatric Society**, v. 47, n.8, p. 980-988, Aug.1999.

4 - ARTIGO CIENTÍFICO

QUALIDADE DE VIDA NA PERSPECTIVA DE IDOSAS SUBMETIDAS À FISIOTERAPIA PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Abreu, N. S.P^{1P}; Baracho, S. E.P^{2P}; Tirado, M. G. A.P^{3P}; Dias, R. C.P⁴

^{P1P} FISIOTERAPEUTA, PROFESSORA ASSISTENTE DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA E DA UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA, CAMPUS JUIZ DE FORA; MESTRE EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

^{P2P} Fisioterapeuta, Professora Assistente do departamento de Fisioterapia da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais; mestre em Ciências da Reabilitação pela Universidade Federal de Minas Gerais

^{P3} ^PTerapeuta Ocupacional, PhD, Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais

P^{4P} Fisioterapeuta, PhD, Professora Adjunta do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais

Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Fisioterapia. Avenida Antônio Carlos, 6627, Campus Pampulha, CEP 31.270-901, Belo Horizonte, MG. Telefone: 55 31 3499-4783. TU [E-mail: eeffto-dfit@ufmg.br](mailto:eeffto-dfit@ufmg.br)UT

CORRESPONDÊNCIA: NATHALIA DE SOUZA ABREU.

BR 040, KM 796 - SALVATERRA - JUIZ DE FORA – MG - CEP: 36045-410.

TELEFAX: 0(XX)32-2101-5000; E-MAIL: TU NATHALIADESOUZAABREU@YAHOO.COM.BRUT

Título para as páginas do artigo: QV de idosas após fisioterapia para IU

Descritores: qualidade de vida, idosas, incontinência urinária, fisioterapia

Key-words: quality of life, elderly women, urinary incontinence, physical therapy

RESUMO

Contextualização: A incontinência urinária (IU), condição clínica comum entre idosos, pode comprometer a qualidade de vida (QV) e por esta razão, avaliar suas repercussões sobre a mesma torna-se relevante. **Objetivo:** Desvendar como idosas submetidas a tratamento fisioterapêutico para IU percebem sua QV atual. **Metodologia:** Este foi um estudo qualitativo que, por meio de entrevistas individuais semi-estruturadas, pesquisou a QV na perspectiva de doze idosas com 60 anos e mais. O tamanho da amostra foi determinado por meio de saturação. As entrevistas foram registradas, transcritas e posteriormente analisadas pela técnica da análise de conteúdo. **Resultados:** A QV vinculou-se a saúde, autonomia, relacionamentos pessoais, estabilidade financeira e vida ativa. O comprometimento psicológico associou-se à preocupação e desagrado diante das perdas urinárias e receio destas ocorrerem em locais não apropriados. O constrangimento de outras pessoas perceberem o odor de urina e a vivência prévia de situações também constrangedoras associaram-se ao comprometimento social. **Conclusões:** A análise do conteúdo dos

discursos permitiu concluir que apesar da IU estar presente na vida das idosas, trazendo prejuízos psicológicos e sociais, a QV foi positivamente percebida.

INTRODUÇÃO

A qualidade de vida (QV) pode ser entendida como uma construção social relativizada por fatores culturais(1) com características subjetivas, bidirecionais, multidimensionais(2) e mutáveis(3). Ela foi inicialmente introduzida no âmbito da saúde(3) para avaliar desfechos objetivos(4;5). Posteriormente, percebeu-se a necessidade de avaliá-la partindo da opinião pessoal(3), o que ressaltou a subjetividade do construto(3;6);Dias R, 2006 2 /id}.

É necessário distinguir QV de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). A primeira tem concepção mais ampla e pode ser ilustrada pelo conceito proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS)(6), segundo o qual QV é *“a percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”*. A QVRS, por sua vez, recebe influência do conceito de saúde proposto pela OMS e designa uma série de modelos conceituais que definem o construto através de dimensões da vida e da percepção individual da saúde. Nesta perspectiva, entende-se que os funcionamentos físico e emocional repercutem diretamente sobre a QV enquanto as anormalidades biológicas a influenciam indiretamente devido sua relação causal com a doença e com a incapacidade física(7).

Contudo, entende-se que todos estes aspectos relacionados à saúde não podem estar desvinculados de outras dimensões da vida, como, por exemplo, os papéis e a interação social, as relações econômicas, culturais, políticas e espirituais. Tais dimensões, quando associadas às dimensões de vida diretamente relacionadas à saúde, constituem o que se designa qualidade de vida global, construto mais amplo que incorpora fatores que interferem na vida individual e coletiva(7)

O processo de envelhecimento, embora fisiológico, é permeado por maior vulnerabilidade às doenças, as quais podem interferir na autonomia(8;9), mobilidade,

na destreza manual, na lucidez(10) e na capacidade funcional das vias urinárias inferiores e da bexiga(11) favorecendo a incontinência urinária (IU). Esta é definida como “*qualquer perda involuntária de urina*”(12), é muito comum entre idosos e sua real prevalência é imprecisa, provavelmente devido às diferentes amostras e tipos de IU estudados(13), ao método de pesquisa utilizado(10) e à subestimação dos dados(14;15).

A IU relaciona-se a comprometimento físico e psicossocial(16). Há evidências que os incontinentes experimentam sentimentos de solidão, tristeza e depressão mais expressivos que os continentais(13) e que a influência da IU na QVRS seja variável com o tipo de incontinência(16) e com a percepção individual do problema(2).

A avaliação do impacto da IU e de intervenções a ela relacionadas na QVRS de pacientes pode ser feita de forma objetiva ou subjetiva(2;13), por questionários específicos(2;17) ou por entrevista na qual o incontinente avalia o impacto da perda urinária em sua vida(18).

Diante da carência de estudos qualitativos sobre QV de idosas incontinentes, partindo da percepção individual, este estudo pretendeu explorar o tema procurando desvendar como idosas incontinentes submetidas à fisioterapia para IU percebem sua QV atual.

METODOLOGIA

O presente estudo teve caráter exploratório e pautou-se no estudo experimental de Souza(17) no qual avaliou-se a quantidade de urina perdida e a QV de trinta e sete pacientes do sexo feminino, com idade igual ou maior que 50 anos. Os resultados foram estatisticamente significativos e apontaram melhora na QV. Maiores informações encontram-se disponibilizadas na dissertação de Souza(17).

Decorridos aproximadamente dezoito meses do término do estudo acima mencionado, pretendeu-se conhecer a percepção que as idosas incluídas no referido estudo tinham de sua QV atual.

Seleção da amostra, instrumentação e operacionalização

Da amostra de Souza(17) foram selecionadas as mulheres com 60 anos e mais e o critério de amostragem foi determinado pela seqüência dos nomes dispostos na lista para contatos. Vinte e cinco idosas compuseram o universo de investigação. Após contato, vinte e duas concordaram em colaborar com o estudo e uma recusou-se. Duas não puderam ser contatadas devido à alteração do número telefônico.

Para a coleta de dados empreendeu-se a elaboração de um questionário cujas questões foram formuladas com base em observações clínicas e nos pressupostos teóricos disponíveis na literatura(3;16).

Visando resguardar a identidade das respondentes, seus nomes verdadeiros foram substituídos por nomes fictícios.

Esta pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, Parecer ETIC nº 116/05.

O estudo piloto

Com objetivo de testar o questionário, realizou-se entrevista piloto, a qual possibilitou a verificação da necessidade de adequações. Após a implementação das alterações no questionário, iniciou-se o processo de coleta de dados.

As entrevistas

As idosas foram contatadas pela pesquisadora via telefone. Na ocasião, cada uma delas recebeu breve esclarecimento acerca do estudo e foi questionada sobre seu interesse em participar do mesmo. Vinte e duas concordaram em colaborar.

As entrevistas aconteceram nas residências das respondentes. Cada idosa recebeu uma única visita da pesquisadora e antes da entrevista assinou o termo de

consentimento livre e esclarecido. Os discursos foram registrados, transcritos e submetidos à análise prévia. As entrevistas transcritas foram encaminhadas às idosas para que fossem lidas e a utilização de seu conteúdo autorizada.

No decorrer das análises das entrevistas indícios de saturação foram detectados até que ao final da décima segunda entrevista a coleta das informações foi interrompida(19). A saturação acontece quando se observam pontos reincidentes nos vários discursos, indicando que informações novas não serão somadas àquelas já obtidas e que, portanto, as entrevistas podem ser suspensas(19).

No decorrer do processo de entrevistas foi utilizado diário de campo como forma complementar de registro dos acontecimentos.

Análise e interpretação dos resultados

As entrevistas transcritas foram submetidas à leitura preliminar com finalidade de aumentar o contato das pesquisadoras com o material a ser analisado. Em seguida, procedeu-se à exploração propriamente dita do material por meio da análise de conteúdo. O material transcrito foi exaustivamente estudado com objetivo de se encontrar recorrências nas falas, as quais funcionaram como indicadores para o agrupamento das respostas em categorias. Estas permitiram compreender e organizar os discursos para melhor apresentá-los e favoreceram as interpretações finais, as quais foram também subsidiadas pelas informações contidas no diário de campo.

Para a apresentação final dos resultados foram utilizadas as informações relativas aos domínios social e psicológico do construto QV.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

Participaram deste estudo doze idosas que se submeteram a tratamento fisioterapêutico para IU por ocasião do estudo de Souza(17), cujas idades variaram

entre 61 e 83 anos. Seis idosas enquadraram-se na faixa etária entre 60 e 70 anos, cinco entre 71 e 80 anos e uma acima de 80 anos.

No grupo estudado, cinco idosas eram viúvas, quatro casadas, duas divorciadas e uma solteira.

As informações sobre escolaridade revelaram que três idosas concluíram o 3º grau e três possuíam formação de nível técnico. Duas idosas possuíam o Curso Normal e duas concluíram o 2º grau. O nível de escolaridade mais baixo foi o 1º grau, concluído por duas idosas.

Quanto à atividade profissional, nove desempenhavam funções de organização ou execução de tarefas domésticas e três trabalhavam fora do seu domicílio. Uma idosa, além de organizar o serviço doméstico, prestava assistência voluntária em instituição religiosa. A maioria das respondentes desempenhava, portanto, trabalho informal.

Na presente pesquisa, todas as entrevistadas se disseram vinculadas a alguma religião, havendo predomínio da religião católica.

Percepções das idosas sobre qualidade de vida

Desvendar os fatores relacionados à QV segundo a percepção das idosas foi o ponto de partida do presente estudo. As respostas foram agregadas em dois grupos principais: autonomia e saúde.

Relatos como “(...) *Qualidade de vida é que a pessoa possa fazer o que ela quiser com pleno uso de todas as faculdades dela, físicas, mentais, psicológicas (...)*” (Ubalina, 61 anos) e “(...) *Você fazer tudo o que ce tem vontade (...)*” (Martha, 64 anos) nos remetem à autonomia. Sabe-se que a QV dos idosos está vinculada à capacidade de conservação da autonomia e independência(8). Enquanto esta se refere à habilidade de executar funções relativas à vida diária, de forma a viver com algum ou nenhum auxílio(3;8), aquela se caracteriza como a capacidade de estabelecer e seguir suas próprias regras(3;8;9).

Algumas idosas fizeram referência à saúde ou à vida saudável como pressuposto à QV. “(...) *Boa saúde (...) Porque a pessoa cheia de dores, de problemas, não tem qualidade de vida (...)*” (Diomar, 62 anos); “(...) *Ter uma vida saudável. (...) É claro que a família é importante, amigos também, mas sem a saúde é meio difícil (...)*” (Carmelita, 74 anos). Neste sentido, o resultado do presente estudo pode ser comparado ao de Vecchia et al(20). Estes autores, visando conhecer a definição que idosos conferiam à QV, encontraram que saúde e hábitos saudáveis foram pontos relacionados como importantes na construção do conceito. Para Xavier et al(21) o aspecto saúde foi um bom indicador para a QV negativa, uma vez que os idosos que consideraram ter pouca saúde referiram-se à sua QV como negativa, enquanto aqueles cuja saúde foi percebida como boa não a vincularam como um fator de peso na conceituação do construto. Nosso resultado discorda daquele encontrado por Xavier et al, na medida em que mesmo as idosas que consideraram sua QV positiva apontaram saúde como um fator de importância na conceituação do construto. Moraes e Souza(9) defendem a saúde como uma condição necessária ao envelhecimento bem-sucedido pois em seu estudo encontraram que os idosos que perceberam sua saúde como boa ou muito boa tiveram cinco vezes mais chances de serem classificados como bem-sucedidos.

Qualidade de vida auto-relatada

Paschoal(3) afirma que concluir sobre a QV partindo da avaliação pessoal envolve um processo complexo no qual o indivíduo faz um balanço partindo de valores, princípios e critérios assimilados ao longo da vida. O objetivo final deste balanço é a determinação do grau de satisfação alcançada, o que nem sempre é detectado pelos instrumentos padronizados(3). Quando idosos são o foco do estudo, a QV se relaciona com a preservação dos relacionamentos interpessoais, saúde, equilíbrio emocional, estabilidade financeira, trabalho e espiritualidade, entre outros(3;20-22). Na avaliação

pessoal da QV, duas idosas a classificaram como “mais ou menos” e as demais a consideraram positiva.

Os elementos destacados pelas idosas que se referiram positivamente à sua QV foram relacionamentos pessoais, incluindo família e amigos, estabilidade financeira e vida ativa.

A relevância dos relacionamentos pessoais foi observada em alguns relatos. “(...) *Eu acho que eles [os filhos] é que me dão essa qualidade boa da vida. (...)*” (Sônia, 83 anos); “(...) *Porque o que eu levo mais em consideração é a vivência com os outros (...)* *Eu vivo muito bem com a minha família, meus amigos (...)* *Nós temos uma ligação muito forte, muito amiga (...)*” (Elizabeth, 76 anos); “(...) *Todos na minha família são muito bons, (...) são muito unidos e isso dá muita qualidade de vida pra gente (...)*” (Roseli, 80 anos). Segundo a OMS o adequado suporte social ao idoso relaciona-se à redução de morbi-mortalidade e disfunções psicológicas, bem como incremento na saúde e bem-estar geral(8). Moraes e Souza(9) sugerem que o suporte psicossocial é uma das variáveis significantes e independentes para o envelhecimento bem-sucedido. Vecchia et al(20) encontraram que 49% dos entrevistados consideraram importantes as relações interpessoais enquanto Bowling et al(22) concluíram que 81% dos entrevistados referiram a importância das relações sociais para a QV.

A questão financeira foi outro elemento destacado como importante à QV. No estudo de Moraes e Souza(9) o conforto material foi um dos preditores para o envelhecimento bem-sucedido em idosas, premissa corroborada pelo presente trabalho. “(...) *O dinheiro não é tudo, mas o dinheiro ajuda muito. (...) Não to pondo o dinheiro na frente de nada, mas pra mim foi uma despreocupação [receber a pensão do ex-marido] e melhorou minha qualidade de vida (...)*” (Ana, 67 anos). A conquista de bens materiais no decorrer da vida pode indicar maior tranquilidade na velhice, visto que o dinheiro pode

contribuir para atender às necessidades dos idosos e de seus familiares, tais como alimentação, transporte, vestuário, assistência médica e medicamentos(8;20;22). Não dispor de recursos financeiros suficientes, por outro lado, pode ser fator de estresse e preocupação. *“(...) No momento eu estou muito preocupada porque não estou trabalhando. Eu aposentei, já tenho vinte anos de aposentada (...) Então, como eu tenho saúde, eu continuo trabalhando. Mas chega um ponto que a gente cansa. (...)”* (Regina, 71 anos). O relato de Regina registra uma realidade compartilhada por outros idosos: a necessidade de se manter no mercado de trabalho. Muitos, mesmo após a aposentadoria, continuam a contribuir com recursos financeiros importantes para sua famílias, seja no desempenho do trabalho formal, informal ou nas funções não remuneradas desenvolvidas no lar(8).

Face ao envelhecimento da população observado em nível mundial e ao conseqüente envelhecimento da população economicamente ativa(23), é importante que se reconheça e incentive a força produtiva dos idosos, tendo por base o respeito de suas necessidades, preferências e capacidades individuais, de forma que tal incentivo se reflita positivamente na QV deste grupo etário(8). A OMS esclarece que em países como o Brasil, a participação dos idosos entre a população economicamente ativa se deve com freqüência à carência financeira. Muitos se responsabilizam pela administração do lar e pelo cuidado com as crianças para que os mais jovens possam trabalhar(8).

Há idosos que se ocupam com trabalho voluntário, o qual os beneficia na medida em que contribui para a ampliação do contato social e do bem-estar psicológico(8). No presente estudo, Roseli foi a única que relatou participar de atividade voluntária: *“(...) Eu presto um serviço [voluntário] aí há 30 anos. Um serviço simples, mas que pra mim é muito importante (...)”* (Roseli, 80 anos).

Além dos relacionamentos pessoais e da questão financeira, vida ativa foi apontada como importante à QV, conforme se verifica nos relatos que se seguem. “(...) *Eu saio, eu faço as coisas que eu tenho que fazer, eu dou aula de piano, eu toco meu teclado, de vez em quando passeio (...)*” (Martha, 64 anos); “(...) *Eu (...) tenho um negócio em que eu posso trabalhar, desenvolver minha criatividade, gosto muito de sair, de viajar, de ter momentos de ternura, de amor, (...) da mesma maneira de quando eu era jovem, não tem diferença (...)* Acho que isso te dá uma boa qualidade de vida (...)” (Luíza, 64 anos); “(...) *Faço tudo que eu quero e consigo tudo que eu quero. (...) Metas é muito importante na vida da gente (...)*” (Vera, 68 anos); “(...) *Eu vou no banco, eu faço os pagamentos pras minhas filhas... (...) Então minha cabeça ta funcionando! Vou sozinha. Aí eu sei as senhas (...) sei as contas todas de cor. Se eu tivesse aí parada sem fazer nada, só vendo televisão ou fazendo tricô, né, aí era pior. A cabeça tava parada (...)*” (Cecília, 77 anos). Manter uma postura ativa é tão relevante que a OMS recentemente vem se empenhando na divulgação do “envelhecimento ativo”, o qual é entendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança objetivando a melhora da QV à medida que os indivíduos envelhecem(8).

As duas idosas que consideraram sua QV “mais ou menos” relacionaram a precária QV aos problemas de saúde. “(...) *Eu tenho [qualidade de vida] mais ou menos. (...) Eu tenho problemas dessa incontinência urinária que é muito desagradável, tenho um problema do meu intestino que é muito solto, tenho problema de coluna. Então, isso aí atrapalha a minha qualidade de vida (...)*” (Diomar, 62 anos); “(...) *Mais ou menos. (...) Eu tenho a incontinência urinária noturna. (...) Esses problemas meu [artrose nos joelhos, incontinência urinária e fecal, disfunções visuais, depressão] tá me restringindo, me limitando (...)* A qualidade de vida minha se depender da saúde, pra mim não satisfaz. (...)” (Carmelita, 74 anos).

Diomar e Carmelita referiram-se aos problemas de saúde, incluindo a IU, como prejudiciais à QV. A IU, disfunção comum entre as participantes deste estudo, é fonte de restrições nos âmbitos físico, psicológico e social(13;16;24;25). Há indícios de que quando comparada com outras condições de saúde, a IU gere impacto mais significativo nas dimensões social e psicológica da QV(13). Neste sentido, enfatiza-se a QVRS, a qual relaciona-se à QV por meio de dimensões da vida e da percepção pessoal da saúde(7). Através dela é possível perceber o quão distante estão as expectativas e a realidade dos indivíduos em relação à sua saúde; quanto maior esta distância, menor tende a ser a QV(1).

Repercussões da incontinência urinária na qualidade de vida

Nos discursos das idosas observam-se referências à restrição no convívio social. “(...) *Eu fiquei um pouco isolada (...) eu nem fazia questão de sair por causa desse problema [incontinência urinária] (...)*”. (Martha, 64 anos); “(...) *Tem muitas vezes que eu deixo de fazer as coisas (...)*”. (Elizabeth, 76 anos); “(...) *Eu tinha medo de sair pra trabalhar, eu tinha medo de às vezes não dar tempo de chegar no trabalho ou em casa... Então era muito desconcertante pra mim (...)*”. (Regina, 71 anos). A literatura faz referências à tendência de isolamento social à qual estão sujeitos os incontinentes(16;24;25) e há indícios de que estes sentem-se mais solitários que os continentais(24). Outras se adaptam à IU de modo a manter a rotina social. “(...) *Eu me prevenia, eu me precavia. Aí eu ia tranqüilamente (...)*”. (Roseli, 80 anos); “(...) *Eu vou nem que seja preocupada, mas eu nunca deixei de ir. Porque se a gente fizer isso, vai anulando a vida da gente (...)*”. (Ana, 67 anos).

Os relatos a seguir denotam experiências constrangedoras, as quais podem resultar em traumas e, por conseguinte, favorecer o isolamento social. “(...) *Igual no casamento do filho da minha prima (...) Eu tinha levado dois modess e já tinha esgotado. Na hora*

que eu levanto minha prima falou “nossa, ce ta toda encharcada”. (...) Aí tive que virar a saia pra frente pra não ficar muito aparecendo, mas cheguei ensopada. Isso (...) pra mim foi o fim. (...)” (Martha, 64 anos); “(...) Chegou uma vez que eu passei uma vergonha tão grande que eu estava dentro do ônibus só que eu estava com uma calça escura e não deu pra ninguém ver. Mas é muito triste, eu chorei (...)” (Regina, 71 anos); “(...) Eu saí e foi uma festa até beneficente. (...) eu não consegui segurar e eu tava com uma roupa até clara e molhou tudo. (...) Fiquei sentada o tempo todo, (...) dando desculpa que eu molhei na beirada do vaso. Mas não foi. Realmente essa vez eu não esqueci mais. (...)” (Ubalдина, 61 anos).

Houve idosas que fizeram referência ao receio de outras pessoas perceberem o odor característico da urina. “(...) Às vezes eu fico “ah, eu acho que eu to cheirando a urina” (...) Eu penso “ah, meu Deus do céu, será que alguém tá sentido?” Então isso aí é muito chato e eu acho que a incontinência urinária é triste (...)” (Diomar, 62 anos); “(...) fica aquele cheiro ruim na roupa (...) E eu fico com medo das outras pessoas estarem percebendo. Eu tenho muito esse medo de sentirem um cheiro desagradável (...)” (Carmelita, 74 anos). “(...) É uma insegurança. Vergonha de alguém ver, de sentir o cheiro. (...)” (Regina, 71 anos). De fato, embora não tenham sido encontrados na literatura registros que corroborem ou refutem a premissa que incontinentes sentem-se receosos quanto à possibilidade de outros perceberem o odor de urina, na prática clínica esta é uma realidade comum para esta população. A comparação dos resultados de alguns estudos mostra que o impacto social da IU é variável. Fultz e Herzog(24), por exemplo, encontraram que 81% dos respondentes não restringem suas atividades sociais enquanto 7% informaram restrição importante nas mesmas atividades. Elas relatam também associação positiva moderadamente forte entre restrição das atividades sociais e impacto psicológico(24). Locher et al(25), por sua vez, encontraram que cerca de 36% dos participantes referiram restrição parcial ou

total das atividades. Estes mesmos autores concluíram que a percepção da restrição que a IU conferia às atividades foi o mais forte preditor do uso de estratégias de autocuidado por parte das mulheres(25).

Nos discursos das idosas verificou-se o quão difícil é a convivência com as perdas urinárias. “(...) *Muitas vezes eu to em algum lugar assim, num shopping, e tenho que voltar correndo pra casa (...) Isso ta me deixando meio chateada (...)*” (Carmelita, 74 anos); “(...) *Eu acho deprimente eu, com essa aparência de jovem ter que ficar usando até uma fralda porque eu tenho incontinência urinária (...)*” (Diomar, 62 anos). A mesma idosa prossegue relatando “(...) *Agora eu to amanhecendo toda molhada, perdendo urina sem saber... Isso é horrível! (...)* Às vezes na hora da relação sexual eu urino na cama (...)” (Diomar, 62 anos).

O receio da perda urinária em locais não apropriados pode, com freqüência, ser motivo de estresse. Nestes discursos percebeu-se preocupação permanente com as perdas urinárias e sentimentos de descontentamento resultantes da imprevisibilidade e ou inevitabilidade das perdas urinárias, o que poderia gerar impacto psicológico(13;24;25). Os estudos são, contudo, controversos. Fultz e Herzog(24), por exemplo, mostraram que a maioria das respondentes referiu não perceber impacto negativo no bem-estar e que a condição emocional foi a mais comprometida. Locher et al(25), por outro lado, registraram que menos da metade dos participantes relatou sentirem-se extremamente perturbados com a IU.

CONCLUSÕES

A análise do conteúdo dos discursos permitiu concluir que saúde e autonomia relacionaram-se ao conceito de QV e que mesmo idosas incontinentes perceberam sua QV de maneira positiva. As idosas que perceberam sua QV como “mais ou menos” a

relacionaram com a saúde precária. Evidenciou-se também que a QV vinculou-se aos relacionamentos pessoais, estabilidade financeira e vida ativa.

Neste estudo o comprometimento psicológico associou-se à preocupação e desagrado diante das perdas urinárias e receio destas acontecerem em locais não apropriados, enquanto a restrição no convívio social, a vivência prévia de situações constrangedoras e o receio de outras pessoas perceberem o odor de urina associaram-se ao comprometimento social. A QV, contudo, foi positivamente percebida.

QUALITY OF LIFE ON THE PERSPECTIVE OF ELDERLY WOMEN SUBMITTED TO PHYSICAL THERAPY FOR URINARY INCONTINENCE

ABSTRACT

Background: Urinary incontinence (UI), common clinical condition among elderly people, may interfere in quality of life (QoL) and for that reason, assessing its repercussion become relevant. **Objective:** To reveal as elderly women who underwent Physical Therapy for UI have perceived their current QoL. **Methodology:** This was a qualitative study which by means of a semistructured interview investigated QoL from the perspective of twelve elderly women of 60 years of age and more. Sample size was determined by saturation. The interviews were registered and posteriorly analyzed by the technique of content analysis. **Results:** QoL was correlated to health, autonomy, personal relationships, financial stability and active life. Psychological alterations were associated to urinary leakage concern and distress and that it happens in an inappropriate place. The embarrassments that other people are smelling urine odor as well as previous similar embarrassing situations were associated to social limitation. **Conclusion:** content analysis of the interviews allowed to concluding that, even though UI is present in the elderly women, yielding pschycological and social disadvantages, QoL was positively perceived.

Key-words: quality of life, elderly women, urinary incontinence, physical therapy

Referências

- (1) Minayo M, Hartz Z, Buss P. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva* 2000; 5:7-18.
- (2) Dias R, Silva E. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. *Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006: No prelo.
- (3) Paschoal S. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia a sua opinião. Dissertação. p. 1-252, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2000
- (4) Addington-Hall J, Kalra L. Measuring quality of life: who should measure quality of life? *British Medical Journal* 2001; 322:1417-1420.
- (5) Hickey A et al. Measuring health-related quality of life in older patient populations: a review of current approaches. *Pharmacoeconomics* 2005; 23(10):971-993.
- (6) The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science Medical* 1995; 41(10):1403-1409.
- (7) Campolina A, Ciconelli R, Ferraz M. Qualidade de vida e medidas de preferência: contribuições para a avaliação e o gerenciamento de programas em saúde. *Sinopse de Reumatologia* , 111-116. 2006. Disponível em www.cibersaude.com.br
- (8) Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: OPAS - OMS, 2005.
- (9) Moraes J, Azevedo e Souza V. Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27(4):302-308.
- (10) Reis R. Incontinência Urinária no Idoso. *Acta Cirúrgica Brasileira* 2003; 18 (Supl 5):47-51.
- (11) Fantl JA. The lower urinary tract in women--effect of aging and menopause on continence. *Exp Gerontol* 1994; 29(3-4):417-422.
- (12) Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187(1):116-126.
- (13) Ko Y, Salmon J, Lin S, Bron M. The impact of urinary incontinence on quality of life of the elderly. *The American Journal of Managed Care* 2005; 11(4):103-111.
- (14) Marques L. Prevalência de Incontinência Urinária e Fatores Associados em Idosos Residentes na comunidade - Ouro Preto, Minas Gerais, 2001-2003. Dissertação. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG, 2005.

- (15) Blanes L, Pinto RCT, Santos VLCG. Urinary Incontinence. Knowledge and Attitudes in São Paulo. *Brazilian Journal of Urology* 2001; 27 (3):281-288.
- (16) Coyne KS, Zhou Z, Thompson C, Versi E. The impact on health-related quality of life of stress, urge and mixed urinary incontinence. *BJU Int* 2003; 92(7):731-735.
- (17) Souza E. Impacto de uma intervenção fisioterapêutica sobre a qualidade de vida e quantidade de urina perdida em mulheres com incontinência urinária. Universidade Federal de Minas Gerais, 2004.
- (18) Fultz NH, Herzog AR. Epidemiology of urinary symptoms in the geriatric population. *Urol Clin North Am* 1996; 23(1):1-10.
- (19) Minayo M. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. SP-RJ: HUCITEC - Abrasco, 2004.
- (20) Vecchia R, Riuz T, Bocchi S, Corrente J. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(3):246-253.
- (21) Xavier F, Ferraz M, Marc N, Escosteguy N, Moriguchi E. Elderly people's definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr* 2003; 25(1):31-39.
- (22) Bowling A, Gabriel Z, Dakes J, Dowding L, Evans O, Fleissig Aea. Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *Int J Aging Hum Dev* 2003; 56(4):269-306.
- (23) Giatti L. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 3:759-771.
- (24) Fultz NH, Herzog AR. Self-reported social and emotional impact of urinary incontinence. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49(7):892-899.
- (25) Locher JL, Burgio K, Goode PS, Roth DL, Rodriguez N. Effects of age and causal attribution to aging on health-related behaviors associated with urinary incontinence in older women. *Gerontologist* 2002; 42(4):515-521.

ANEXO I

ANEXO II

APÊNDICE I

QUALIDADE DE VIDA NA PERSPECTIVA DE IDOSAS SUBMETIDAS À FISIOTERAPIA PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

RESPONSÁVEIS:

Pesquisadora: Nathalia de Souza Abreu (32) 3211-0731.

***Orientadora:* Prof^a Dra Rosângela Corrêa Dias (31) 3499-4783.**

Co-orientadora: Prof^a Dra Marcella Tirado (31) 3499-4783.

Comitê de Ética em Pesquisa (COEP): 7º andar da Reitoria, Fone: 3499-4592.

INSTITUIÇÃO:

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional (EEFFTO).

Departamento de Fisioterapia.

ENDEREÇO:

Departamento de Fisioterapia.

Unidade Administrativa II - 3º andar - Campus Pampulha.

Fone: 3499-4783; Fax: 3499-4781.

Prezada participante.

Obrigada pelo interesse neste estudo. O objetivo desta pesquisa é avaliar a qualidade de vida auto-relatada por mulheres com idade igual ou superior a 60 anos após intervenção fisioterapêutica para tratamento da incontinência urinária. Para que o objetivo deste estudo seja alcançado, será utilizada metodologia de base qualitativa.

Este estudo justifica-se pela pouca literatura disponível referente às percepções individuais dos tratamentos para incontinência urinária na qualidade de vida dos incontinentes submetidos a tratamento, particularmente no que diz respeito ao tratamento fisioterapêutico.

Caso aceite participar deste estudo, a senhora poderá solicitar esclarecimentos sobre o mesmo sempre que julgar necessário.

Procedimento para realização do estudo:

A senhora será convidada para uma entrevista individual, na qual responderá algumas questões referentes à sua qualidade de vida após o tratamento fisioterapêutico ao qual foi submetida (cinesioterapia + eletroestimulação) e à incontinência urinária. Antes de iniciarmos a entrevista, será solicitada sua autorização para que ela seja gravada em fita cassete. Tal procedimento permitirá que sua entrevista seja, posteriormente, transcrita.

Somente terão acesso às informações contidas na entrevista as responsáveis por este estudo e as pessoas envolvidas diretamente na pesquisa. As informações obtidas através da entrevista poderão ser utilizadas de forma escrita ou oral, em Congressos ou eventos afins, ou publicados em revistas científicas. Em qualquer situação, porém, será mantido sigilo absoluto quanto à sua identidade.

O tempo estimado para duração da entrevista é de 30-40 minutos.

Riscos e Desconfortos:

Este estudo é livre de riscos e desconfortos à sua integridade física.

Benefícios:

Os resultados e conclusões procedentes deste estudo serão de grande utilidade para os profissionais das áreas de geriatria, gerontologia, uroginecologia e afins pois possibilitarão ampliar a compreensão acerca da pertinência do tratamento fisioterapêutico, mais especificamente, cinesioterapia e eletroestimulação, para a qualidade de vida auto-relatada de mulheres previamente incontinentes.

Recusa ou Abandono:

Caso desista de participar deste estudo, terá total liberdade para se retirar, a qualquer momento, sem que recaia sobre a senhora qualquer penalização.

Depois de ter lido as informações acima, se for de sua vontade participar preencha, por favor, o consentimento abaixo.

CONSENTIMENTO

Declaro que li e entendi as informações contidas acima. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e recebi uma cópia deste formulário de consentimento. Assim, este documento por mim lido e firmado, serve para fins legais, como meu consentimento livre e esclarecido para participar da pesquisa *Avaliação da qualidade de vida auto-relatada por mulheres idosas após intervenção fisioterapêutica para tratamento da incontinência urinária.*

Eu, _____ abaixo assinado, concordo em participar, de livre e espontânea vontade deste estudo.

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____.

Assinatura da participante

Testemunha

Responsáveis:

Nathalia de Souza Abreu
Pesquisadora

Profa. Dra. Rosângela Dias
Orientadora

Profa. Dra. Marcella Tirado
Co-orientadora

APÊNDICE II

QUALIDADE DE VIDA NA PERSPECTIVA DE IDOSAS SUBMETIDAS À FISIOTERAPIA PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Data: ___/___/___

A. DADOS PESSOAIS

Nome: _____

Endereço: _____

DN: _____ Idade: _____ Profissão: _____

Escolaridade: _____ Religião: _____

B. QUESTÕES ABERTAS

1. Para a senhora o que é ter qualidade de vida?
2. A senhora tem qualidade de vida?
 - 2.1. Como a senhora descreveria sua qualidade de vida atual?
 - 2.2. O que é bom na sua vida atual?
 - 2.3. O que é não é bom na sua vida atual?
 - 2.4. O que faria com que sua vida ficasse melhor?
 - 2.5. O que faria com que sua vida ficasse pior?

C. DOMÍNIOS

C.1 - Domínio físico

1. Atualmente, a senhora tem perdido urina? sim não
2. Sua perda de urina acontece... às vezes sempre
3. Nestas situações, a quantidade de urina perdida é... pequena média grande
4. A senhora faz uso de protetor para se proteger da perda de urina... nunca às vezes sempre

C.1 - Domínio psicológico

1. Para a senhora, como é ter que conviver com a perda de urina no dia-a-dia?
2. A senhora tem medo de perder urina em locais não adequados como, por exemplo, quando sai de casa?

C.2 - Domínio social

1. A senhora deixa de fazer alguma atividade em função do medo de perder urina?

Nathalia de Souza Abreu
Pesquisadora