

Revista Brasileira de Fisioterapia

ISSN: 1413-3555

rbfisio@ufscar.br

Associação Brasileira de Pesquisa e Pós-

Graduação em Fisioterapia

Brasil

Dedicação, AC; Haddad, M; Saldanha, MES; Driusso, P
Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina
Revista Brasileira de Fisioterapia, vol. 13, núm. 2, março-abril, 2009
Associação Brasileira de Pesquisa e Pós-Graduação em Fisioterapia
São Carlos, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235016468005>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina

Comparison of quality of life for different types of female urinary incontinence

Dedicação AC¹, Haddad M², Saldanha MES¹, Driusso P³

Resumo

Objetivos: Comparar o impacto do tipo de incontinência urinária sobre a qualidade de vida em mulheres. **Métodos:** Foram avaliados retrospectivamente 77 prontuários de mulheres incontinentes que realizaram tratamento fisioterapêutico entre fevereiro de 2005 a outubro de 2006. De acordo com os dados do exame urodinâmico, as mulheres foram classificadas em três grupos: incontinência urinária de esforço (IUE), hiperatividade vesical (HV) e incontinência urinária mista (IUM). As voluntárias responderam a uma anamnese com dados demográficos e ao King's Health Questionnaire, questionário específico para avaliação da qualidade de vida em indivíduos com incontinência urinária. **Resultados:** A maioria das pacientes (44%) apresentou IUM. A idade das pacientes acometidas por HV foi significativamente maior se comparada à idade das pacientes dos demais grupos. As mulheres acometidas por IUM apresentaram um impacto negativo significativamente maior sobre a qualidade de vida (domínio percepção geral da saúde) e sobre a percepção de que a incontinência afeta de modo negativo a própria vida em comparação com as pacientes dos demais grupos. **Conclusão:** Este estudo indicou que pacientes com IUM apresentaram um maior impacto negativo sobre a qualidade de vida.

Palavras-chave: incontinência urinária; qualidade de vida; saúde da mulher.

Abstract

Objectives: To compare the impact of the type of urinary incontinence on women's quality of life. **Methods:** A retrospective evaluation was conducted on the medical records of 77 incontinent women who underwent physical therapy treatment between February 2005 and October 2006. Based on the urodynamic test data, the women were classified into three groups: stress urinary incontinence (SUI), overactive bladder (OB) and mixed urinary incontinence (MUI). The subjects' history was taken, the women provided demographic data and they answered the King's Health Questionnaire, which is a specific questionnaire for assessing the quality of life among individuals with urinary incontinence. **Results:** Most of the patients (44%) had MUI. The patients affected by OB were significantly older than the patients in the other groups. The negative impact of incontinence on quality of life (General Health Perception domain) and lifestyle was significantly greater among the women affected by MUI than among the patients in the other groups. **Conclusion:** This study indicated that the negative impact of incontinence on quality of life was greater among patients with MUI.

Key words: urinary incontinence; quality of life; women's health.

Recebido: 20/02/2008 – Revisado: 11/06/2008 – Aceito: 16/09/2008

¹ Departamento de Fisioterapia, Universidade Cidade de São Paulo (UNICID), São Paulo (SP), Brasil

² Departamento de Uroginecologia, Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros, São Paulo (SP), Brasil

³ Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos (SP), Brasil

Correspondência para: Anny Caroline Dedicação, Rua Mere Amédea, 415 - apto 81, Vila Maria Alta, CEP 02125-001, São Paulo (SP), Brasil, e-mail: annydedicacao@hotmail.com

Introdução ::::.

A Sociedade Internacional de Continência (*International Continence Society - ICS*) definiu mais recentemente a incontinência urinária (IU) como “perda involuntária de urina”¹, podendo ser classificada como: incontinência urinária de esforço (IUE), hiperatividade vesical (HV) ou incontinência urinária mista (IUM).

A IUE é caracterizada pela perda urinária, quando a pressão intravesical excede a pressão uretral máxima na ausência de contração do músculo detrusor. É comum ocorrer em situações de tosse, espirro, risada, salto, ou ainda, atividades como andar ou mudar de posição²⁻⁸. A HV caracteriza-se por perda involuntária de urina, associada ao forte desejo de urinar, estando ou não a bexiga cheia; é associada ao aumento de frequência miccional, noctúria e urge incontinência. Geralmente, as contrações involuntárias do músculo detrusor produzem os sintomas^{6,9,10}. A IUM é a perda de urina associada à urgência e às situações de aumento da pressão intra-abdominal, ou seja, uma associação entre os dois tipos descritos anteriormente^{3,11}.

Embora a IU não faça parte do envelhecimento fisiológico, observa-se um aumento de sua prevalência entre pessoas idosas^{12,13}. É um problema de saúde significante na sociedade moderna, atingindo, no mundo, mais de 50 milhões de pessoas, principalmente as mulheres¹², numa relação de ocorrência de 2 mulheres para 1 homem¹⁴. Embora as taxas de prevalência da IU variem de acordo com a definição e características dos estudos e população alvo¹⁵, é estimado que 8-58% da população feminina adulta geral apresentem sintomas de incontinência^{16,17}, sendo que a HV atinge aproximadamente 40% das mulheres que procuram atendimento médico de IU¹⁸. No Brasil, quase 10% das mulheres que visitam o ginecologista têm como queixa principal a perda de urina¹⁵. Estima-se que o governo dos EUA gaste em torno de 10-16 bilhões de dólares com mulheres incontinentes por ano^{1,11}. No Brasil, não há estimativas quanto aos gastos anuais.

Frequentemente, a etiologia da IU é multifatorial. Entre os fatores predisponentes, destaca-se o *climatério*, pela redução dos hormônios femininos; gestação e parto vaginal, sugerindo trauma neuromuscular da musculatura do assoalho pélvico (MAP); função deficiente ou inadequada desses músculos¹⁶; alterações neurológicas ou bioquímicas muitas vezes associadas ao processo de envelhecimento; presença de doenças predisponentes como diabetes mellitus, esclerose múltipla, demência, depressão, obesidade, câncer de bexiga, litíase, infecções urinárias de repetição e parkinsonismo. A influência desses fatores ainda não é bem definida^{3,19}.

A IU exerce múltiplos efeitos sobre as atividades diárias, interações sociais e percepção própria de saúde. Os maiores problemas são relacionados ao bem estar social e

mental, incluindo problemas sexuais, isolamento social, baixa auto-estima e depressão^{8,11,20,21}, afetando de modo significativo a qualidade de vida, com consequências psicológicas, físicas, profissionais,性uais e sociais^{5,11}.

Qualidade de vida (QV) é um conceito multidimensional que incorpora aspectos sociais, físicos e mentais do indivíduo. As ferramentas para mensurar QV, geralmente, incluem duas áreas: aspectos gerais sobre relatos de saúde e aspecto específico sobre os efeitos que determinada patologia ou disfunção causam sobre o estilo de vida de determinada pessoa. Este segundo aspecto seria mais sensível para identificar mudanças após o tratamento, sendo valioso na mensuração do processo de avaliação, assim como na comparação de tipos de tratamentos¹.

Em 1997, a ICS recomendou a inclusão de questionários de QV como complemento de medidas clínicas⁵. O *King's Health Questionnaire* (KHQ) foi desenvolvido na língua inglesa por Kelleher et al.²² e traduzido e validado por Tamanini, D'Ancona e Netto Jr²³ para a língua portuguesa. Desde que foi desenvolvido, este questionário mostrou-se confiável e válido na análise de suas propriedades psicométricas, tendo sido validado para 43 idiomas²². É altamente recomendável pela ICS e classificado como nível A para utilização em pesquisas clínicas^{22,23}. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi comparar o impacto de cada tipo de IU (esforço, hiperatividade vesical e mista) sobre a QV de mulheres.

Materiais e métodos ::::.

Sujeitos

Foi realizado um levantamento de todos os prontuários de mulheres que haviam realizado tratamento fisioterapêutico no setor de fisioterapia do Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros - HMLMB, com diagnóstico de IU, realizado por meio do exame urodinâmico, no período de fevereiro de 2005 a outubro de 2006. Foram excluídas as pacientes com doenças neurológicas, neuropatias diabéticas, doença urológica congênita, câncer de bexiga, infecção do trato urinário e bexiga neurogênica. O diagnóstico do exame urodinâmico permitiu a classificação das mulheres em três grupos: IUE, HV e IUM.

No referido período, foram atendidas 112 mulheres, no entanto 80 (30 haviam mudado de telefone e duas haviam falecido) foram contatadas por meio telefônico e/ou contato no Setor de Uroginecologia do referido hospital (acompanhamento ginecológico anual e/ou participação de grupos de tratamento) e informadas das características do projeto. Setenta e sete mulheres consentiram em disponibilizar seus dados contidos no prontuário e assinaram o termo de

consentimento livre e esclarecido, de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Sociedade Educacional Cidade de São Paulo (UNICID), parecer número 13198462.

Procedimentos

Os dados coletados do prontuário referiam-se à primeira avaliação fisioterapêutica realizada, na qual constavam dados demográficos (idade, grau de escolaridade, raça, vida conjugal); avaliação dos sintomas urinários (prática de atividades, interesse sexual, dispareunia e perdas durante a relação sexual); *King's Health Questionnaire* (KHQ), avaliação funcional do assoalho pélvico (AFA) e desconforto causado pela IU.

O KHQ é composto de 21 questões, divididas em 8 domínios: (1) percepção geral de saúde (1 item), (2) impacto da incontinência urinária (1 item), (3) limitações de atividades diárias (2 itens), (4) limitações físicas (2 itens), (5) limitações sociais (2 itens), (6) relacionamento pessoal (3 itens), (7) emoções (3 itens), (8) sono/disposição (2 itens)^{14,15}. Além destes domínios, existem duas outras escalas independentes: a primeira avalia a gravidade da IU (medidas de gravidade) e a segunda, a presença e intensidade dos sintomas urinários (escala de sintomas urinários). O KHQ é pontuado pelos seus domínios individualmente, não havendo, portanto, escore geral. Os escores variam de 0 a 100 e quanto maior a pontuação obtida, maior é o impacto sobre a qualidade de vida relacionada àquele domínio.

O desconforto das pacientes foi avaliado por meio da Escala Visual Analógica (EVA). Durante a avaliação inicial, era apresentado à paciente um gráfico numérico com escala de 0 a 10, sendo que 0 representava uma vida normal e 10, uma vida muito ruim devido à incontinência urinária²⁴; Em um segundo gráfico, 0 representava a paciente sentir-se sempre seca e 10, extremamente úmida. A resposta era verbal, e o avaliador anotava os resultados.

A AFA havia sido realizada em posição de litotomia, de acordo com protocolo estabelecido pelo setor de fisioterapia. A paciente foi, previamente, conscientizada a realizar uma força como se necessitasse “segurar” a urina, contraindo apenas os músculos do AP. O teste da AFA foi realizado pelo toque vaginal bidigital do fisioterapeuta, que solicitou verbalmente a

contração voluntária perineal. Foram solicitadas três contrações com intervalo de um minuto entre uma e outra. O examinador permaneceu com o toque bidigital apenas durante as contrações. Avaliou-se o grau da força muscular em cada contração, classificando-o segundo Ortiz e Nunez²⁵ de grau zero(0): sem função perineal objetiva, nem mesmo à palpação; grau 1: função perineal objetiva ausente, reconhecida somente à palpação; grau 2: função perineal objetiva débil, reconhecida à palpação; grau 3: função perineal objetiva e resistência opositora, não mantida à palpação; grau 4: função perineal objetiva e resistência opositora mantida à palpação por mais de 5 segundos. O resultado de cada contração foi registrado, e o resultado final foi obtido pela média entre os valores dos três registros²⁵.

Análise estatística

Os dados foram analisados no programa Statistica. Para a comparação das variáveis quantitativas (idade, número de parto, número de parto vaginal, AFA, KHQ e EVA) entre os grupos, foi utilizado o Teste ANOVA e, nos casos significantes, foi utilizado o Teste pos-hoc de Tukey para discriminar as diferenças; e para a verificação da associação entre as variáveis qualitativas, foi utilizado o Teste Qui-Quadrado. Foi adotado um nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

Resultados ::::

A média de idade das voluntárias foi $55,2 \pm 13,1$ anos (34 a 85 anos). A maioria das mulheres (44,16%) apresentou IUM, 40,26% foram diagnosticadas como IUE e 15,58% como HV.

De acordo com a Tabela 1, pode-se observar que a idade das pacientes acometidas por HV é significativamente maior se comparada à idade das pacientes dos demais grupos. Não houve diferença significativa nas demais variáveis.

Conforme exposto na Tabela 2, houve uma associação entre o tipo de IU e a ocorrência de cirurgia ginecológica e o relato de perda urinária durante a relação sexual.

A Tabela 3 refere-se aos escores do KHQ. Pode-se notar que as mulheres acometidas por IUM apresentam um impacto significativamente maior na QV (domínio percepção geral da saúde).

Tabela 1. Caracterização da amostra dos grupos de IUE, HV e IUM, em relação à idade, antecedentes obstétricos e avaliação funcional do assoalho pélvico.

	IUE (n=31)	HV (n=12)	IUM (n=34)	ANOVA
Idade	$52,94 \pm 10,19^*$	$64,17 \pm 15,60$	$54,06 \pm 13,54^*$	0,03
Número de partos	$3,84 \pm 2,10$	$2,75 \pm 1,71$	$4,35 \pm 2,78$	0,14
Número de partos vaginais	$2,55 \pm 2,08$	$2,00 \pm 1,65$	$3,38 \pm 2,81$	0,16
Avaliação funcional do assoalho pélvico	$2,57 \pm 0,96$	$2,33 \pm 1,12$	$2,41 \pm 1,37$	0,82

* em relação à HV.

Tabela 2. Comparação dos sintomas urinários e ginecológicos dos grupos de IUE, HV e IUM.

	IUE (n=31)	HV (n=12)	IUM (n=34)	Qui-Quadrado
Episiotomia	16 (51,61%)	6 (50%)	17 (50%)	0,16
Vida conjugal	16 (51,61%)	6 (50%)	16 (47,05%)	0,16
Menopausa	21 (67,64%)	8 (66,67%)	21 (61,76%)	0,87
Cistocèle	14 (45,16%)	5 (41,67%)	15 (44,12%)	0,15
Cirurgia ginecológica	23 (74,19%)	4 (33,33%)	17 (50%)	0,002
Evita atividades	16 (51,61%)	5 (41,67%)	16 (47,06%)	0,83
Vida sexual ativa	16 (51,61%)	6 (50%)	24 (70,59%)	0,22
Interesse sexual	21 (67,74%)	9 (75%)	24 (70,59%)	0,89
Dispareunia	17 (54,84%)	7 (58,33%)	20 (58,82%)	0,94
Perda urinária durante relação sexual	12 (38,71%)	0 (0%)	14 (41,18%)	0,03

Tabela 3. Comparação dos escores do King's Health Questionnaire (KHQ) dos grupos de IUE, HV e IUM.

Domínios	IUE (n=31)	HV (n=12)	IUM (n=34)	ANOVA
Percepção geral de saúde (PS)	47,58±19,74*	38,58±22,51*	59,56±20,43	0,008
Impacto da incontinência urinária (IP)	69,89±31,45	66,67±31,78	75,49±29,94	0,63
Limitações das atividades de vida diária (LAVD)	56,99±37,21	43,06±31,35	59,80±42,47	0,28
Limitações físicas (LF)	46,77±42,91	38,89±41,03	57,35±44,42	0,43
Limitações sociais (LS)	41,98±27,79	39,81±32,98	54,41±33,25	0,49
Relacionamento pessoal (RP)	46,91±39,23	54,17±34,17	60,34±38,42	0,48
Emoções (EM)	55,56±35,02	53,70±32,42	64,71±38,63	0,51
Sono e disposição (SeD)	43,01±35,43	54,17±34,91	54,90±34,46	0,36
Gravidade (GRA)	62,80±28,64	45,00±28,59	61,57±25,85	0,14

* em relação a IUM.

Tabela 4. Comparação dos resultados da Escala Visual Analógica dos grupos de incontinência IUE, HV e IUM.

Escala Visual Analógica	IUE (n=31)	HV (n=12)	IUM (n=34)	ANOVA
Como a incontinência urinária afeta sua vida?	6,09±3,15*	6,71±3,94*	8,30±1,89	0,002
Fica úmida quando está incontinente?	6,55±3,20	7,71±3,20	7,00±2,96	0,68

* em relação a IUM.

A Tabela 4 refere-se aos dados da EVA. Pode-se notar que as mulheres acometidas por IUM apresentam uma pior percepção do modo como a IU afeta a própria vida, em comparação com as pacientes dos demais grupos.

Discussão

No presente estudo, a maioria das pacientes (44,16%) foi acometida por IUM, diagnosticada por estudo urodinâmico, assim como no estudo de Feldner et al.¹⁷. A literatura comumente verifica que a IUE é a mais prevalente entre as mulheres, podendo variar de 12 a 56%, porém, na maioria dos estudos, o diagnóstico é baseado na queixa clínica^{6,11,19,20}. Feldner et al.¹⁷ compararam a história clínica e o exame urodinâmico, verificaram uma sensibilidade de 57,7% e especificidade de 79,1%,

concluindo que a queixa clínica não deve ser utilizada como único método diagnóstico, sendo de fundamental importância a utilização de exames objetivos como o urodinâmico e a avaliação física¹¹. Colli et al.²⁷, em revisão sistemática da literatura, verificaram que a história clínica apresenta valor preditivo baixo, corroborando os resultados do presente estudo, pois não houve diferença estatística da AFA entre os diferentes tipos de IU (Tabela 1).

As mulheres acometidas por HV apresentavam uma idade estatisticamente superior às mulheres acometidas por IUE e IUM (Tabela 1). Estes são achados semelhantes aos da literatura que relatam ser a IUE a mais comum em mulheres mais jovens^{3,4,9,15} por apresentar, entre seus fatores de risco, atividades físicas de alto impacto, gestação e parto vaginal com lesão de nervos periféricos, embora, no presente estudo, o número de partos vaginais tenham sido semelhante entre os diferentes

grupos (Tabela 1). Já a HV acomete, em maior proporção, as mais idosas por estar relacionada a alterações decorrentes da senilidade, como diminuição da capacidade vesical, perda da habilidade de adiar a micção, maior dificuldade em alterações estruturais e funcionais do esfíncter uretral frente a uma contração involuntária de baixa amplitude e também por ter como fatores predisponentes algumas doenças como: diabetes mellitus, demência e parkinson^{9,10,14,28,29}.

Verificou-se, também, que 74,19% das mulheres acometidas por IUE e 50% acometidas por IUM já haviam sido submetidas a algum tipo de intervenção cirúrgica para o tratamento da incontinência (Tabela 3), mostrando que o procedimento cirúrgico é comum entre as mulheres incontinentes e que a taxa de insucesso da cirurgia é alta, devido aos relatos de recidiva, além de implicar redução das atividades, necessidade de período de repouso, complicações, morbidades e custo elevado^{17,30}.

De acordo com Bushnell et al.¹, a IU é um problema de saúde comum entre as mulheres. É mais do que uma simples condição fisiológica, deve-se levar em consideração fatores relevantes como tipo, frequência, severidade, fatores desencadeantes, impacto social, efeitos na higiene e impacto sobre a qualidade de vida (física, emocional e social). Burgio et al.³¹ verificaram que a satisfação da paciente não está só relacionada à diminuição da incontinência, pois nem todas as mulheres que se tornaram continentes estavam completamente satisfeitas, demonstrando a necessidade da introdução de métodos que avaliem esse impacto, como os questionários específicos para a qualidade de vida³². Oh et al.⁶ compararam os resultados do exame de teste do absorvente com as respostas que as pacientes deram a um questionário generalista de qualidade de vida (o *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form General Health Survey-SF-36*) e a um questionário específico para a IU, o *Incontinence quality of life-IQoL*, validado e reproduzido na língua inglesa por Wagner et al.³³; Foi verificado que as pacientes que apresentaram os graus mais severos de IU de acordo com o teste do absorvente foram as que demonstraram um maior impacto na qualidade de vida, detectado pelo questionário específico em quase todos os domínios; o mesmo não ocorreu com o questionário generalista, sendo que apenas 2 domínios apresentaram resultados significativos, demonstrando que os questionários de condições específicas aplicados a uma determinada doença são mais sensíveis para as questões clínicas relevantes do que os questionários gerais.

O KHQ é autoadministrável e demora aproximadamente 5 minutos para ser respondido. Esse é um questionário válido, confiável e amplamente utilizado para pesquisas clínicas^{9,15,34,35}, pois é capaz de avaliar aspectos tão importantes quanto a percepção do impacto da IU nas vidas das pacientes e as medidas

de sua gravidade. A QV relacionada à saúde é uma medida subjetiva, respondida por cada paciente; o questionário deve ser conveniente e de fácil compreensão e, além disso, deve ter propriedades psicométricas suficientemente boas e sensíveis a mudanças clínicas⁸.

Em relação ao impacto que a IU acarreta sobre a QV, verificado pelo KHQ, observou-se que os 3 tipos de incontinência causam grande impacto na QV das pacientes (Tabela 3), visto que a média dos escores do KHQ permaneceu acima de 50 na maioria dos domínios¹⁷. Oh e Ku⁷ concluíram que, embora não seja uma condição fatal, a IU causa depressão, ansiedade e baixa satisfação de vida^{34,14}, levando a um impacto sobre a QV. Verificaram ainda que pacientes com IU referem mais depressão, solidão e tristeza do que a população comum, e a taxa de depressão nas pacientes com IU compara-se à de outros pacientes acometidas por doenças crônicas, como diabetes e doenças cardíacas²⁰.

No presente estudo, também pode-se verificar que o impacto sobre a QV varia bastante entre as mulheres incontinentes, o que pode ser observado na Tabela 3, visto que o desvio-padrão manteve-se elevado em todos os grupos nos diferentes domínios, sugerindo o caráter subjetivo da avaliação de QV. A subjetividade pode ocorrer em decorrência da diversidade de fatores sociais, culturais, religiosos e higiênicos.

As mulheres acometidas por IUM apresentaram um escore maior em todos os domínios do KHQ em comparação com as mulheres acometidas por HV e IUE, no entanto houve diferença significativa apenas no domínio percepção geral de saúde (Tabela 3), e tiveram uma percepção mais negativa sobre o impacto causado pela IU quando comparadas aos demais grupos (Tabela 4); corroborando os achados da literatura^{6,7,11,13,17,36}. Este fato pode ocorrer por essas mulheres apresentarem uma fusão entre os sintomas da IUE, que incluem perda de urina ao realizar atividades que aumentem a pressão intra abdominal, com os sintomas da HV, urgência miccional, urge-incontinência, noctúria e aumento da frequência.

Os resultados encontrados ressaltam a importância da avaliação da QV, pois permite ao fisioterapeuta um melhor embasamento para traçar e direcionar o tratamento, levando-se em consideração o impacto e o desconforto causado pela IU.

Conclusão ::::.

O estudo permitiu concluir que a IU causa um impacto negativo importante e substancial sobre a QV das pacientes, e há uma pior percepção geral de saúde em mulheres com diagnóstico de IUM.

Referências bibliográficas :::

1. Bushnell DM, Martin ML, Summers KH, Svhira J, Lionis C, Patrick DL. Quality of life of women with urinary incontinence: Cross-cultural performance of 15 language versions of the I-QOL. *Qual Life Res.* 2005;14(8):1901-13.
2. Kluber L, Moriguchi EH, Cruz IBM. A influência da fisioterapia na qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária: revisão. *Rev Med PUCRS.* 2002;12(3):243-9.
3. Margalith I, Gillon G, Gordon D. Urinary incontinence in women under 65: Quality of life, stress related to incontinence and patterns of seeking health care. *Qual Life Res.* 2004;13(8):1381-90.
4. Johnson TM, Ouslander JG. The shifting impact of UI. *J Am Geriatr Soc.* 2001;49(7):998-9.
5. Oh SJ, Ku JH. Does condition-specific quality of life correlate with generic health-related quality of life and objective incontinence severity in women with stress urinary incontinence? *Neurourol Urodyn.* 2006;25(4):324-9.
6. Oh SJ, Ku JH, Hong SK, Kim SW, Paick JS, Son H. Factors influencing self-perceived disease severity in women with stress urinary incontinence combined with or without urge incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2005;24(4):341-7.
7. Oh SJ, Ku JH. Is a generic quality of life instrument helpful for evaluating women with urinary incontinence? *Qual Life Res.* 2006;15(3):495-501.
8. Rodríguez LV, Blander DS, Dorey F, Raz S, Zimmern P. Discrepancy in patient and physician perception of patient's quality of life related to urinary symptoms. *Urology.* 2003;62(1):49-53.
9. Homma Y, Koyama N. Minimal clinically important change in urinary incontinence detected by a quality of life assessment tool in overactive bladder syndrome with urge incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2006;25(3):228-35.
10. Lubeck D, Prebil LA, Peebles P, Brown JS. A health related quality of life measures for use in patients with urge urinary incontinence: a validation study. *Qual Life Res.* 1999;8(4):337-44.
11. 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):731-5.
12. Amarenco G, Arnould B, Carita P, Haab F, Labat JJ, Richard F. European psychometric validation of the CONTILIFE: a quality of life questionnaire for urinary incontinence. *Eur Urol.* 2003;43(4):391-404.
13. Lopes MHB M, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev Esc Enferm USP.* 2006;40(1):34-41.
14. Kocak I, Okyay P, Dundar M, Erol H, Beser E. Female urinary incontinence in the west of Turkey: prevalence, risk factors and impact on quality of life. *Eur Urol.* 2005;48(4):634-41.
15. DuBeau CE, Simon SE, Morris JN. The effect of urinary incontinence on quality of life in older nursing home residents. *J Am Geriatr Soc.* 2006;54(9):1325-33.
16. Huang AJ, Brown JS, Kanaya AM, Creasman JM, Ragins AI, Van Den Eeden SK, et al. Quality of life impact and treatment of urinary incontinence in ethnically diverse older women. *Arch Intern Med.* 2006;166(18):2000-6.
17. Feldner-Junior PC, Bezerra LRPS, Girão MJBC, Castro RA, Sartori MGF, Baracat EC, et al. Valor da queixa clínica e exame físico no diagnóstico da incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2002;24(2):87-91.
18. Brown JS, Posner S, Tewert AL. Urge Incontinence: New health-related quality of life measures. *J Am Geriatr Soc.* 1999;47(8):980-8.
19. Dugan E, Cohen SJ, Robinson D, Anderson R, Preisser J, Suggs P, et al. The quality of life of older adults with urinary incontinence: determining generic and condition-specific predictors. *Qual Life Res.* 1998;7(4):337-44.
20. Stach-Lempinen BS, Hakala AL, Laippala P, Lehtinen K, Metsanoja R, Kujansuu E. Severe depression determines quality of life in urinary incontinent women. *Neurourol Urodyn.* 2003;22(6):563-8.
21. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care I: applications and issues in assessment. *BMJ.* 1992;305(6861):1074-7.
22. Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997;104(12):1374-9.
23. Tamanini JTN, D'Ancona CAL, Netto-Junior NR. Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. *Rev Saúde Pública.* 2003;37(2):203-11.
24. Araújo MP, Oliveira E, Queiroz GC, Pimentel SHCO, Takano CC, Sartori MGF, et al. Impacto do estudo urodinâmico em mulheres com incontinência urinária. *Rev Assoc Med. Bras.* 2007;53(2):122-5.
25. Ortiz OC, Nunez FC. Valoración dinámica de la disfunción perineal de clasificación. *Boletim de La Sociedad Latino Americana de Uroginecología y Cirugía Vaginal.* 1994;1(2):7-9.
26. Indreskva S, Fosse OA, Hunskaar S. Norwegian national cohort of 3198 women treated with home-managed electrical stimulation for urinary incontinence—demography and medical history. *Scand J Urol Nephrol.* 2001;35(1):26-31.
27. Colli E, Artibani W, Goka J, Parazzini F, Wein AJ. Are urodynamic tests useful tools for initial conservative management of non-neurogenic urinary incontinence? A review of the literature. *Eur Urol.* 2003;43(1):63-9.
28. Rett MT, Simões JA, Hermann V, Gurgel MSC, Morais SS. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. *Rev Bras Gineco Obstet.* 2007;29(3):5-9.
29. Currie CJ, McEwan P, Poole CD, Odeyemi IA, Datta SN, Morgan CL. The impact of the overactive bladder on health-related utility and quality of life. *BJU Int.* 2006;97(6):1267-72.
30. Bø K. Is there still a place for physiotherapy in the treatment of female incontinence? *EAU Update Series.* 2003;1(3):145.
31. Burgio AL, Goode OS, Richter HE, Locher JL, Roth DL. Global ratings of patient satisfaction and perceptions of improvement with treatment for urinary incontinence: validation of three global patient ratings. *Neurourol Urodyn.* 2006;25(5):411-7.

32. Patrick DL, Martin ML, Bushnell DM, Yalcin I, Wagner TH, Buesching DP. Quality of life of women with urinary incontinence: further development of the incontinence quality of life instrument (I-QOL). *Urology*. 1999;53(1):71-6.
33. Wagner TH, Patrick DL, Bavedam TG, Martin ML, Buesching DP. Quality of life of person with urinary incontinence: development of a new measure. *Urology*. 1996;47(1):67-71.
34. Van-Brummen HJ, Bruinse HW, Van de Pol G, Heintz AP, Van der Vaart CH. What is the effect of overactive bladder symptoms on woman's quality of life during and after first pregnancy? *BJU Int.* 2006;97(2):296-300.
35. Homma Y, Uemura S. Use of the short form of king's health questionnaire to measure quality of life in patients with an overactive bladder. *BJU Int.* 2004;93(7):1009-13.
36. Chiaffarino F, Parazzini F, Lavezzari M, Giambanco V. Impact of urinary incontinence and overactive bladder on quality of life. *Eur Urol.* 2003;43(5):535-8.