

Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento

URINARY INCONTINENCE IN WOMEN: REASONS FOR NOT SEEKING TREATMENT

INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES: RAZONES PARA NO BUSCAR TRATAMIENTO

Lígia da Silva¹, Maria Helena Baena de Moraes Lopes²

RESUMO

O objetivo principal foi verificar as razões da não procura pelo tratamento da incontinência urinária (IU) entre mulheres incontinentes, usuárias de uma Unidade Básica de Saúde em Campinas, SP. Trata-se de um estudo descritivo e transversal, no qual foram abordadas 213 mulheres que compareceram ao serviço para realizar o exame de citologia oncológica, sendo incluídas apenas 35 que eram incontinentes. Utilizaram-se três questionários: o ICIQ-SF, o King's Health Questionnaire e um instrumento elaborado para esse estudo. Grande parte dos sujeitos (45,7%) não conhecia nenhuma forma de tratamento para a IU e mais da metade (65,7%) não buscou tratamento para o problema, sendo as principais razões apontadas o fato de achar normal a perda de urina, não considerá-la algo importante e a questão do médico dizer que não era necessário. Conclui-se que o desconhecimento sobre os tipos de tratamento pode contribuir para não procurarem ajuda profissional.

DESCRITORES

Incontinência urinária.
Qualidade de vida.
Saúde da mulher.

ABSTRACT

The main purpose of this study was to verify why incontinent women, users of a Basic Healthcare Unit in Campinas, SP, do not seek treatment for urinary incontinence (UI). This is a descriptive, cross-section study, where 213 women who attended the service to have their cancer cytology examination were approached, and 35 of them, being incontinent, were included in the study. Three questionnaires were used: ICIQ-SF, King's Health Questionnaire and a specific instrument elaborated for this study. A large share of the subjects (45.7%) did not know any form of UI treatment, and more than half (65.7%) did not seek treatment for the problem, with the main stated reasons being that they thought that urinary loss was normal, did not consider it important and the physician said that it was not necessary. It is concluded that the lack of knowledge about the types of treatment can contribute for not seeking professional help.

KEY WORDS

Urinary incontinence.
Quality of life.
Women's health.

RESUMEN

El objetivo principal fue verificar las razones de no buscar tratamiento para la incontinencia urinaria (IU) entre mujeres incontinentes, usuarias de una Unidad Básica de Salud en Campinas, SP. Se trata de un estudio descriptivo y transversal, en el cual fueron abordadas 213 mujeres que comparecieron al servicio para realizar el examen de citología oncológica, siendo incluídas apenas 35 que eran incontinentes. Se utilizaron tres cuestionarios: el ICIQ-SF, el King's Health Questionnaire y un instrumento elaborado para este estudio. Gran parte de los sujetos (45,7%) no conocía ninguna forma de tratamiento para la IU y más de la mitad (65,7%) no buscó tratamiento para el problema; siendo las principales razones apuntadas, el hecho de encontrar normal la pérdida de orina, no considerarla algo importante y la afirmación del médico de que no era necesario. Se concluye que el desconocimiento sobre los tipos de tratamiento puede contribuir para no buscar ayuda profesional.

DESCRIPTORES

Incontinencia urinaria.
Calidad de vida.
Salud de las mujeres.

¹Enfermeira. Porto Feliz, SP, Brasil. ligiadasilva_pfz@yahoo.com.br ²Enfermeira. Livre-docente. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. mhbaena@fcm.unicamp.br

INTRODUÇÃO

A Incontinência urinária (IU) é definida atualmente pela *International Continence Society* (ICS) como a *queixa de qualquer perda involuntária de urina*⁽¹⁾, valorizando com isso a queixa do paciente, uma vez que a definição anterior requeria a observação clínica do problema. De fato, pesquisas têm demonstrado que a IU afeta a qualidade de vida e os problemas higiênicos e sociais têm sido temas de vários trabalhos realizados. Por ser mais freqüente em mulheres, muitos estudos enfocam as restrições que afetam a vida da mulher⁽²⁾.

A IU pode ser classificada como incontinência de esforço (quando a perda de urina ocorre após esforço físico, tosse ou espirro), urge-incontinência (a mulher sente vontade súbita de urinar, de difícil controle) e mista (quando há sinais e sintomas dos dois tipos relatados acima)⁽³⁾. Formas variadas de tratamento da IU têm sido utilizadas como cirurgias, cinesioterapia, terapia medicamentosa, eletroestimulação, entre outras; sendo a maioria delas altamente passíveis de uso dentro do sistema primário de cuidado à saúde.

Estudos epidemiológicos descrevem uma prevalência média da IU de 27,6% em mulheres e 10,5% em homens⁽⁴⁾. Outros trabalhos revelam a prevalência e freqüência da IU entre mulheres de 40 e 60 anos, correspondendo, respectivamente, a: poucas vezes no ano - 25% e 23%; poucas vezes no mês - 8% e 10%; poucas vezes na semana - 6% e 11%; e diariamente - 3% e 8%⁽⁵⁾.

Além dos problemas físicos, pesquisas demonstram que a incontinência urinária afeta a auto-estima das mulheres, assim como suas atividades sociais e suas habilidades em manter um estilo de vida independente⁽⁶⁾. Diversos estudos que revisaram os efeitos da IU na qualidade de vida demonstraram que os pacientes sofrem conseqüências sociais, sentimentos negativos e/ou vergonha em 8% a 74% dos casos, sendo que há moderado a severo impacto na qualidade de vida em 10% a 22%. Além disso, estudo realizado em nosso meio aponta alterações nas atividades sexuais em 40,9% dos casos, além de restrições sociais (33,5%), domésticas (18,9%) e ocupacionais (15,2%)⁽²⁾.

Apesar do impacto na qualidade de vida, relativamente poucas incontinentes buscam tratamento para o problema, com taxas de procura de 6%, 11% e 14%^(3,5,7). Outros estudos revelam que 56% das mulheres com IU não buscam auxílio profissional; em 71% dos casos porque consideram o problema como algo normal e em 9,7% porque acreditam que o mesmo não tem solução⁽⁸⁾. Alguns autores⁽⁴⁾ apontam em pesquisas razões comuns para a não procura de tratamento: o fato da IU não ser vista como algo sério ou anormal e ser considerada parte integrante do processo de envelhecimento; a baixa expectativa nos be-

nefícios do tratamento e falta de conhecimento de onde buscá-lo; vergonha, hesitação ou medo de consultar os profissionais de saúde; custos elevados da consulta e outros.

Diante desse quadro, onde a incontinência urinária apresenta-se como um problema de prevalência relevante, que interfere na qualidade de vida da mulher e que possui formas de tratamento relativamente passíveis de uso dentro do sistema de cuidado primário à saúde, as questões que nortearam nosso estudo foram: as mulheres com IU atendidas em unidades básicas de saúde (UBSs) do nosso município (Campinas, SP) buscam atendimento médico? Elas conhecem as formas de atendimento disponíveis? Qual é o impacto da IU em suas atividades diárias? Quais são os tipos de IU mais freqüentes? Uma vez conhecidos o perfil de perda urinária e os motivos que as levaram a não procurar auxílio profissional e, conseqüentemente, o diagnóstico e a resolução desse agravo, poderiam ser desenvolvidas estratégias adequadas para o atendimento a essas mulheres.

Compõem-se, portanto, como objetivos do presente estudo: identificar as razões da não procura pelo tratamento da incontinência urinária entre mulheres incontinentes usuárias de uma unidade básica de saúde (UBS) da cidade de Campinas, SP; caracterizar a freqüência e quantidade das perdas de urina, bem como os tipos de incontinência urinária (de esforço, urge-incontinência e mista) de acordo com as queixas apresentadas pelas mulheres incontinentes; identificar as restrições que enfrentam devido à IU; avaliar sua qualidade de vida e, por fim, investigar o conhecimento sobre as formas de tratamento existentes para o problema.

Estudos epidemiológicos descrevem uma prevalência média da IU de 27,6% em mulheres e 10,5% em homens.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, realizado no Centro de Saúde Barão Geraldo, em Campinas, SP. Foram incluídas as mulheres que compareceram ao serviço em questão para realizar o exame de citologia oncológica e que apresentavam relato de perda involuntária de urina.

O tamanho amostral inicialmente estabelecido, que se baseou em estudo anterior desenvolvido por uma das autoras⁽⁹⁾, era de 289 mulheres, considerando-se p (proporção de indivíduos com a característica de interesse na população) de 0,25, d (diferença desejada entre proporção amostral e proporção populacional) de 0,05 e α (nível de significância-bilateral) de 0,05⁽¹⁰⁾. Após quatro meses de coleta, ou seja, no mês de novembro, com base na prevalência observada, o tamanho amostral foi recalculado, chegando-se a um número de 213 mulheres, considerando-se $p=0,166$, $d=0,05$ e α de 0,05⁽¹⁰⁾.

A coleta de dados ocorreu durante seis meses e meio (início de julho de 2005 até a segunda semana de janeiro de 2006), nos dias em que o exame foi realizado, e foram aplicados três instrumentos: o *International Consultation*

on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF), o King's Health Questionnaire (KHQ) e um questionário elaborado especificamente para esse estudo.

As participantes eram abordadas na sala de espera, sendo a princípio esclarecidas sobre a pesquisa através da leitura individual do termo de consentimento livre e informado. Os três instrumentos eram distribuídos na seguinte ordem: primeiramente o questionário elaborado para esse estudo, seguido pelo ICIQ-SF e, por fim o KHQ. Aquelas que nunca haviam apresentado perda involuntária de urina apenas colocavam a idade e devolviam os questionários em branco, já as que se queixavam desse problema e aceitavam participar da pesquisa, assinavam o termo de consentimento e respondiam às questões.

O questionário desenvolvido pelas pesquisadoras foi estruturado em cinco questões que investigam a idade (a fim de confirmar a data de nascimento informada no ICIQ-SF), a presença de perda urinária e situações em que esta ocorre (para caracterizar o tipo de IU), o conhecimento de alguma forma de tratamento para a IU e, finalmente, se houve busca de tratamento para o agravo em questão. Já o ICIQ-SF é um questionário que inclui seis questões contemplando data de nascimento (1), sexo (2), frequência das perdas de urina (3), quantidade de urina que o indivíduo pensa que perde (4), o quanto essa perda interfere na vida diária (5) e quando a mesma ocorre (6). Para cada item de resposta das questões 3, 4 e 5 um escore parcial era atribuído. Um escore total era elaborado a partir da somatória dos resultados dessas três questões; quanto maior o valor, maior o impacto na qualidade de vida, sendo o valor máximo 21. A versão validada para a língua portuguesa do KHQ avalia nove dimensões de qualidade de vida: percepção geral de saúde, impacto da incontinência, limitações de atividades diárias, limitações físicas, limitações sociais, relações pessoais, emoções, sono e disposição e medidas de gravidade, além de uma lista de sintomas que podem estar associados à perda de urina. Os escores variam de 0 a 100 em cada dimensão, sendo que o valor 100 indica a pior qualidade de vida. Ambos, ICIQ-SF e KHQ, foram validados para a língua portuguesa⁽¹¹⁻¹²⁾.

Foi realizada análise descritiva (média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo) para as variáveis contínuas (idade, pontuação do ICIQ-SF e KHQ) e calculada a frequência das variáveis categóricas (questões dos questionários). Foram calculadas as pontuações do ICIQ-SF e KHQ.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP aprovou o estudo em junho de 2005 (Parecer nº281/2005)

RESULTADOS

Ao longo dos seis meses e meio de coleta de dados foram abordadas 213 mulheres, sendo que 35 (16,4%) delas referiam perda involuntária de urina e foram incluídas no presente estudo. A idade média foi de 44,3 anos, variando de 21 a 76 anos.

Grande parte das participantes não conhecia nenhuma forma de tratamento para o agravo em questão e, entre aquelas que conheciam, observou-se que a terapia cirúrgica prevaleceu sobre as demais, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição de mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde, segundo os tipos de tratamento da incontinência urinária conhecidos pelas mesmas – Campinas, SP - julho de 2005 a janeiro de 2006

Tipo de tratamento	N	%
Nenhum	16	45,7
Cirurgia	13	37,1
Remédio	2	5,7
Outro (chá)	1	2,9
Exercício	1	2,9
Exercício/Remédio	1	2,9
Cirurgia/Exercício/Fisioterapia	1	2,9
Total	35	100

Encontramos que mais da metade das mulheres não buscou tratamento para a IU e entre as que buscaram, a terapia cirúrgica foi predominante (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição de mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde, segundo o tipo de tratamento da incontinência urinária que buscaram – Campinas, SP - julho de 2005 a janeiro de 2006

Tipo de tratamento	N	%
Nenhum	23	65,7
Cirurgia	6	17,1
Remédio	2	5,7
Outro (chá)	1	2,9
Exercício	1	2,9
Exercício/Remédio	1	2,9
Cirurgia/Exercício/Fisioterapia	1	2,9
Total	35	100

As mulheres relataram uma diversidade de razões que as levaram a não buscar tratamento para IU. Destacam-se com maior frequência o fato de achar normal perder urina, não considerar um problema importante e a questão do médico dizer que não era necessário (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição de mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde, de acordo com os motivos alegados para a não procura por tratamento da incontinência urinária – Campinas, SP - julho de 2005 a janeiro de 2006

Motivo	N	%
O médico disse não ser necessário	4	17,4
Acha normal perder urina	4	17,4
Não tem tempo/não é importante/tem outros problemas a resolver	4	17,4
A perda de urina é pequena/ não incomoda muito/é problema recente	3	13,0
Não conhece opções/formas de tratamento	3	13,0
Está aguardando resultado de exames	2	8,7
Tem vergonha	1	4,3
Acha que não adianta tratar, não tem cura	1	4,3
Tem medo de fazer cirurgia	1	4,3
Total	23	100

Quanto ao tipo de IU 51,4% (18) das mulheres apresentaram IU mista; 34,3% (12) urge-incontinência e 14,3% (5), incontinência de esforço.

De acordo com as categorias dispostas no ICIQ-SF investigou-se, dentre outras variáveis: a frequência das perdas de urina (item 3), a quantidade de urina que as participantes estimam perder (item 4) e a interferência destas perdas na vida diária (item 5).

Com relação ao item 3 observou-se que 20% (7) das participantes relataram perdas uma vez por semana ou menos; 2,9% (1), duas a três vezes por semana; 11,4% (4), uma vez ao dia; 57,1% (20), diversas vezes ao dia e, 8,6% (3), o tempo todo.

Quando questionado às participantes a quantidade de urina que as mesmas estimavam perder (item 4), os resultados demonstraram que a grande maioria, 60% (21), acreditava que perdia uma pequena quantidade de urina, seguida por 20% (7) que acreditavam perder uma quantidade moderada e 20% (7) que citaram perda em grande quantidade.

A Figura 1 descreve a nota, de 0 a 10, atribuída pelas mulheres, quanto à interferência das perdas de urina na vida diária, segundo o ICIQ-SF. Podemos observar que muitas delas consideram a incontinência urinária como algo que interfere muito nas atividades diárias, atribuindo nota 10.

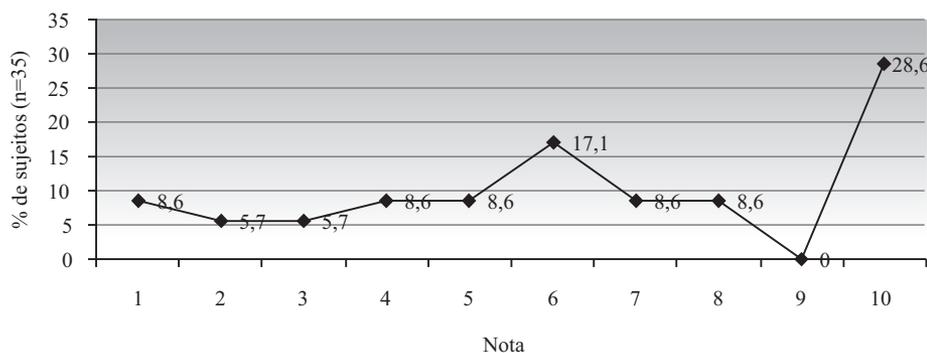


Figura 1 - Nota atribuída à interferência da incontinência urinária nas atividades de vida diária (0=não interfere; 10=interfere muito) – Campinas, SP - julho de 2005 a janeiro de 2006

O ICIQ-SF apresentou um escore médio de 12,83, variando de 4 a 21, com desvio-padrão de 4,89, e mediana de 13.

A Tabela 4 descreve as pontuações alcançadas nos diferentes domínios do KHQ (escala de 0 a 100). Destaca-se o escore mais elevado no domínio *impacto da incontinência* (escore médio de 66,7) e o mais baixo no domínio *atividades sociais* (14,8).

Tabela 4 - Distribuição de mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde, segundo a pontuação alcançada nos diferentes domínios do KHQ – Campinas, SP - julho de 2005 a janeiro de 2006

Domínio	Média	D.P.	Mínimo	Máximo	Mediana
Impacto da Incontinência	66,7	30,3	0	100	66,7
Medidas de Gravidade	47,2	24,0	0	100	46,7
Percepção Geral de Saúde	44,3	28,5	0	100	25,0
Limitações de Atividades Diárias	43,8	37,3	0	100	33,3
Emoções	41,3	36,1	0	100	33,3
Sono e Disposição	39,5	36,6	0	100	33,3
Limitações Físicas	37,6	39,9	0	100	33,3
Relações Pessoais	21,2	34,9	0	100	0
Limitações Sociais	14,8	27,3	0	100	0

DISCUSSÃO

Os resultados a respeito dos tipos de IU encontrados, com 51,4% das mulheres com IU mista, 34,3% apresentando urge-incontinência e 14,3% incontinência de esforço, diferem de alguns trabalhos realizados em outros países, que demonstram que a IU de esforço ocorre em 50% dos casos, a IU mista em 32% e a urge-incontinência em 14%, sendo os 4% restantes incluídos na categoria *outros*⁽⁴⁾. Um estudo sobre epidemiologia e história natural da IU em mulheres confirma o citado acima, concluindo que, aproximadamente metade de todas as mulheres incontinentes são classificadas como apresentando IU de esforço, sendo uma proporção menor classificada como incontinentes mistas e o menor número como urge-incontinentes⁽¹³⁾. No entanto, estudos baseados na sintomatologia (queixa clínica) e não em exames clínicos ou urodinâmicos referem índices mais elevados de IU mista. Na Noruega, um estudo de coorte prospectiva envolvendo 2845 mulheres, a sintomatologia baseada nas respostas apresentadas pelas pacientes evidenciou índices de 64%, 24% e 9%, para incontinência mista, por esforço e urge-incontinência, respectivamente⁽¹⁴⁾. Em nosso meio, um estudo retrospectivo baseado no atendimento de 114 pacientes, observou que a queixa de perda urinária por esforço isolada foi referida por 41 pacientes (36,0%), a urge-incontinência isolada por 13 (11,4%) e os sintomas mistos por 60 (52,6%)⁽¹⁵⁾.

Destacamos a proporção elevada de sujeitos com relato de perda urinária diversas vezes ao dia e em quantidade moderada e grande, o que não condiz com achados na literatura que, em geral apontam uma frequência de IU em mulheres de 40 e 60 anos, com perdas diárias de 3% e 8%, respectivamente⁽⁵⁾.

O impacto na qualidade de vida foi claramente demonstrado através de 28,6% dos sujeitos que atribuíram nota 10 à interferência da perda de urina na vida diária, bem como o escore médio de 12,8 no ICIQ-SF e os escores médios relativamente elevados apontados pelo KHQ, principalmente nas dimensões de impacto da incontinência (66,7), medidas de gravidade (47,2), percepção de saúde (44,3) e limitação importante de atividades de vida diária (43,8). Esses achados, relacionados ao impacto da IU na vida das mulheres, são consistentes com os de um artigo⁽⁴⁾ no qual foram avaliados catorze estudos que demonstraram os efeitos da IU na qualidade de vida, revelando que os pacientes sofrem conseqüências sociais, sentimentos negativos e/ou vergonha em 8% a 74% dos casos, sendo que há moderado a severo impacto na qualidade de vida em 10% a 22% dos pacientes. Além disso, a IU interferiu na vida conjugal e sexual em 7,5% a 33% dos sujeitos desses estudos.

Os mesmos autores citam ainda que, embora 50% dos pacientes reportem que a IU afeta a qualidade de vida ao menos um pouco, 77% destes não buscam ajuda para o agravo. Índice semelhante foi observado entre as mulheres da UBS em estudo (65,7%) que apontaram várias razões para não buscar tratamento. Achavam normal perder urina ou não consideravam um problema importante ou prioritário, chama a atenção o fato de, em alguns casos, o médico ter dito não ser necessário tratamento. O fato de achar normal a perda de urina e não considerá-la importante é também apontado em outros estudos^(4,16), já a questão da atitude médica (o médico dizer que o tratamento não era necessário) aponta para a necessidade de informação e atualização dos profissionais da área da saúde quan-

to ao manejo da IU, incluindo em especial as formas de tratamento não cirúrgicos passíveis de uso dentro do sistema primário de cuidado à saúde.

Os resultados encontrados em nosso estudo e em outros semelhantes evidenciam, portanto, uma contradição, a incontinência urinária embora seja um dos agravos mais freqüentes à saúde da mulher e afete sua qualidade de vida, a busca de seu tratamento não é priorizada.

No grupo de mulheres estudadas muitas não conheciam nenhuma forma de tratamento ou tinham conhecimento apenas da cirurgia, que foi a opção mais comum entre as que buscaram ajuda profissional, provavelmente por ser o tipo de tratamento mais conhecido. Sabe-se, no entanto que o controle da IU pode ser cirúrgico, farmacológico ou comportamental. Os exercícios dos músculos pélvicos, por serem os menos invasivos por natureza, deveriam ser o de primeira escolha, associados ou não a outras formas de tratamento.

Para que ocorram mudanças, ações educativas que promovam a reflexão e tragam elucidações sobre a IU, seu impacto sobre a qualidade de vida, seu manejo e tratamento, se fazem necessárias à população em geral e também aos profissionais de saúde para que prestem assistência adequada a quem busca ajuda. No entanto, a maior disponibilidade de serviços e o melhor preparo dos profissionais de saúde, embora sejam necessários e imprescindíveis, talvez, isoladamente, não consigam reverter esse quadro a menos que se recorra a outras estratégias como divulgação, debates na mídia e campanhas de conscientização.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

As principais razões apresentadas pelas mulheres para a não procura por tratamento são semelhantes às de outros estudos, destacando-se o fato do médico dizer que o tratamento não era necessário, achar normal perder urina e não ter tempo ou não achar importante o problema.

Embora a quantidade de urina perdida seja pequena, na maioria dos casos, uma proporção significativa (40%) apresentou perda de moderada a grande, com perda urinária diversas vezes ao dia. A maioria apresentou IU mista, contradizendo em parte o que refere a literatura.

REFERÊNCIAS

1. Abrams P, Cardoso L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmesten U, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the international continence society. *Urology*. 2003;61(1):37-49.
2. Lopes MHBM, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(1):34-41.

Quanto a qualidade de vida, cerca de um terço atribuiu valor máximo à interferência nas atividades diárias. O domínio *impacto da incontinência* foi o mais afetado e o domínio *limitações sociais*, o menos afetado.

As mulheres, em sua maioria, não conhecem formas de tratamento, sendo esta uma das razões para não procurarem ajuda profissional.

O conhecimento deficiente ou errôneo pode também contribuir para que não valorizem ou priorizem o tratamento da IU. Com o envelhecimento, eleva-se a prevalência de IU⁽¹⁷⁾, mesmo nos casos onde a perda urinária é pequena ou pouco freqüente, é adequada a orientação de exercícios do assoalho pélvico para que não ocorra agravamento dos sintomas com a idade.

No entanto, em nossa realidade, os serviços básicos de saúde não dispõem de programas de reabilitação do assoalho pélvico, que poderiam ser implementados e conduzidos por enfermeiros treinados para esse fim, a exemplo do que já ocorre em outros países⁽³⁾. Este profissional, juntamente com o médico e profissionais de enfermagem de nível médio, estão presentes em todas as UBSs e integram as equipes de saúde da família. A criação deste tipo de programa pode causar impacto importante na saúde da população feminina, uma vez que a IU é uma das afecções mais prevalentes e afeta consideravelmente a qualidade de vida. Além disso, os custos do seu tratamento são elevados, principalmente no uso de fraldas e outros dispositivos, causando impacto econômico individual e público. Não basta desenvolver estudos que identifiquem o problema, é preciso implementar projetos de intervenção e desenvolver estudos que avaliem o seu impacto.

O enfermeiro tem o compromisso social de reverter esse quadro de falta de informação e de oferta de serviços, por que tem competência técnica e legal para agir e dispõe de cursos de especialização na área de estomaterapia e urologia para adquirir a habilidade necessária, caso não tenha recebido esta formação durante a graduação. É oportuno comentar que, a nosso ver, a reabilitação do assoalho pélvico e o manejo da incontinência urinária devem integrar o currículo do curso de graduação em enfermagem e esse passo já demos em nossa universidade.

3. Simeonova Z, Milsom I, Kullendorf AM, Molander U, Bengtsson C. The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women from an urban Swedish population. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1999;78(6):546-51.
4. Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A. Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int J Gynecol Obstet.* 2003;82(3):327-38.
5. Eva UF, Gun W, Preben K. Prevalence of urinary and fecal incontinence and symptoms of genital prolapse in women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003;82(3):280-6.
6. Fitzgerald S, Palmer M, Berry SJ, Hart K. Urinary incontinence: impact on working women. *AAOHN J.* 2000;48(3):112-8.
7. Häggglund D, Walker-Engström ML, Larsson G, Leppert J. Quality of life and seeking help in women with urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001;80(11):1051-5.
8. Modroño Freire MJ, Sánchez Cougil MJ, Gayoso Diz P, Valero Paternain M, Blanco Ramos M, Cuña Ramos F. O. Estudio de prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de 18 a 65 años y su influencia en la calidad de vida. *Aten Primaria.* 2004;34(3):134-9.
9. Elias RC, Lopes MHBM. Prevalência de incontinência urinária entre mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde no município de Campinas, SP. In: *Anais do 10º Congresso Interno de Iniciação Científica da Unicamp*; 2002 set. 25-26; Campinas, BR. Campinas: UNICAMP; 2002. p. 29.
10. Hulley SB, Cummings SR. *Designing clinical research.* Baltimore: Williams & Wilkins; 1988.
11. Tamanini JTN, D'Ancona CAL, Botega NJ, Netto Jr NR. Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. *Rev Saúde Pública.* 2003;37(2):203-11.
12. Tamanini JTN, Dambros M, D'Ancona CAL, Palma PCR, Rodrigues Netto N Jr. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form" (ICIQ-SF). *Rev Saúde Pública.* 2004;38(3):438-44.
13. Hunskaar S, Burgio K, Dikno A, Herzog AR, Hjalmas K, Lapitan MC. Epidemiology and natural history of urinary incontinence in women. *Urology.* 2003;62 Suppl 4A:16-23.
14. Indrekvam S, Fosse OAK, Hunskaar SA. Norwegian national cohort of 3198 women treated with home-managed electrical stimulation for urinary incontinence. *Scand J Urol Nephrol.* 2000;35(1):26-31.
15. Feldner Jr 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.
16. Guarisi T, Pinto-Neto AM, Osis MJ, Pedro AO, Costa-Paiva LHS, Faúndes A. Procura de serviço médico por mulheres com incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2001; 23(7): 439-43.
17. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. J Clin Epidemiol.* 2000;53(11):1150-7.

Projeto de Iniciação Científica financiado pelo Programa PIBIC-CNPq.