

RAIMUNDO CÉSAR PINHEIRO

**ANÁLISE DO IMPACTO DA CORREÇÃO
CIRÚRGICA NA QUALIDADE DE VIDA DE 26
PACIENTES COM INCONTINÊNCIA
URODINÂMICA DE ESFORÇO**

**Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina da Universidade
Federal do Ceará ,
Departamento de Saúde Materno- Infantil
para obtenção do grau de Mestre
em Toco-ginecologia**

**Orientador :Prof.Dr. Francisco Manuelito
de Almeida**

**Fortaleza
2004**

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará

P722a Pinheiro, Raimundo César

**Análise do impacto da correção cirúrgica na qualidade de vida
de 26 pacientes com incontinência urodinâmica de esforço /**

Raimundo César Pinheiro – Fortaleza , 2004.
126f.:il.

Orientador: Prof.Dr.Francisco Manuelito de Almeida
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará
Departamento de Saúde Materno-Infantil

1.INCONTINÊNCIA URINÁRIA – CIRURGIA 2.CIRURGIA DE SLING
3.CIRURGIA DE BURCH 4.QUALIDADE DE VIDA.I.TÍTULO

CDD 617.46

RAIMUNDO CÉSAR PINHEIRO

**ANÁLISE COMPARATIVA DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM
INCONTINÊNCIA URODINÂMICA DE ESFORÇO ANTES E APÓS A
CORREÇÃO CIRÚRGICA .**

Dissertação apresentada à Coordenação do
Curso de Mestrado em Toco- ginecologia da
Faculdade de Medicina da
Universidade Federal do Ceará , Departamento
de Saúde Materno- Infantil , para obtenção do
grau de Mestre em Toco-ginecologia

Aprovada em ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof.Dr.Francisco Manuelito de Almeida (Orientador)
Universidade Federal do Ceará

Prof.Dr.Ariel Gustavo Scafuri
Universidade Federal do Ceará

Prof.Dr.Francisco Sergio Pinheiro Regadas
Universidade Federal do Ceará

DEDICATÓRIA

Aos meus pais,
Que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade e Amor

À minha esposa Linéa e filhos Lívia, Elson e Larissa

Fonte permanente de incentivo, carinho, apoio, e compreensão pelos constantes momentos de ausência.

AGRADECIMENTOS

Agradecimento especial ao amigo e Professor Dr. Ariel Gustavo Scafuri, a quem estou unido por laços de amizade, minha gratidão pelo apoio e contribuição para o meu aprimoramento profissional.

Agradecimento ao Prof. Dr. Francisco Manuelito de Almeida pelo incentivo e orientação imprescindíveis à realização deste trabalho.

Ao amigo Dr. Marcos Antonio Nasser a quem estou debitado pelo apoio e incentivo recebidos na elaboração dessa dissertação.

Aos colegas e amigos Dr. Adão Lopes, Dra. Célia Praxedes, Dr. Edson Almeida, Dr. George Alberto e Dr. Marcos Castro, parceiros importantes na realização deste trabalho

À Dra. Zenilda Bruno, exemplo de persistência e tenacidade, responsável maior pela implantação do Mestrado em Tocoginecologia.

À Professora Rosa Salani Mota pela presteza e importante apoio na análise estatística.

Aos Professores que proferiram as aulas do Curso de Mestrado, os quais contribuíram para a realização deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Eugênio Pacelli BarretoTeles pela dedicação na coordenação do Mestrado.

RESUMO

Pinheiro, R.C. **Análise comparativa da qualidade de vida em 26 pacientes com incontinência urodinâmica antes e após a correção cirúrgica.** Fortaleza , 2004 126p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará.

A Incontinência Urodinâmica de Esforço é problema comum com impacto na qualidade de vida das pacientes. OBJETIVO:Comparar a qualidade de vida de 26 pacientes com incontinência urodinâmica de esforço antes e após a correção cirúrgica. A qualidade de vida foi avaliada com o Questionário de Impacto de Incontinência e o Inventário de Estresse Urogenital, formas reduzidas . CASUÍSTICA e MÉTODO:Durante o período de março de 2001 a dezembro de 2002 , quatorze pacientes foram submetidas à cirurgia de correção por técnica de sling vaginal e doze pacientes realizaram uretrocistopexia de Burch. RESULTADOS: Com um seguimento pós-operatório com mediana de nove meses (variação de quatro a 22 meses) observou-se uma taxa de cura objetiva em vinte e cinco pacientes (96,2%), taxa de cura subjetiva em dezessete pacientes (65,4%), tendo vinte e cinco pacientes (96,2%) relatado cura ou melhora.Observaram-se no pós-operatório três casos de urgência miccional , pacientes que realizaram cirurgia de Burch, duas pacientes com padrão miccional obstrutivo que haviam realizado cirurgia de sling e uma paciente que apresentou piora do quadro da incontinência. Quanto às características demográficas do grupo foram observadas:mediana de idade das pacientes de 56 anos (variação de 41 a 77 anos), índice de massa corpórea com mediana de 25 (variação de 20 a 34). A paridade variou de zero a oito partos vaginais com mediana de três partos. O tempo de internação variou de dois a quatro dias com mediana de três dias. No momento da alta hospitalar vinte e duas pacientes (84,6%) apresentaram resíduo urinário menor ou igual a 100ml. Quatro pacientes apresentaram volume residual urinário maior que 100ml, uma que realizou cirurgia de Burch e três que realizaram cirurgia de sling. A pressão de perda aos esforços no pré-operatório apresentou mediana de 95 cmH2O (variação de 40 a 140).No pós-operatório apresentou mediana de 150 cm H2O

(variação de 60 a 213).O escore do Questionário de impacto de incontinência apresentou variação com significância estatística ($p=0,00$) entre o pré e pós-operatório (mediana de 50 com variação de 10 a 95 e mediana de zero com variação de zero a 81 respectivamente).O escore do inventário de estresse urogenital que no pré-operatório apresentou mediana de 53 (variação de 17 a 94), apresentou após a cirurgia mediana de seis (variação de 16 a 35), alteração com significância estatística ($p=0,07$).O coeficiente do escore do questionário de impacto de incontinência apresentou melhora excelente em vinte e três pacientes (88,5%), melhora moderada em uma paciente (3,8%) e piora em duas pacientes (7,7%). O coeficiente do escore do inventário de estresse urogenital apresentou melhora excelente em vinte e duas pacientes (84,6%), melhora moderada em duas pacientes (7,7%) e piora em duas pacientes (7,7%).

CONCLUSÃO:Os resultados mostraram que os resultados objetivos nem sempre se correlacionam com os achados subjetivos e que os questionários de qualidade de vida são instrumentos válidos e importantes na avaliação e escolha terapêutica em pacientes com incontinência urodinâmica de esforço.

Palavras-chave: Incontinência urinária- cirurgia. Cirurgia de sling .Cirurgia de Burch . Qualidade de vida

ABSTRACTS

—

Pinheiro, R.C. **Evaluation of impact of quality of life in 26 patients with stress urodynamic incontinence that realized surgical correction.** Fortaleza , 2004 126p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará.

The Stress Urinary Incontinence is a common problem with impact on the patient's quality of life. **OBJECTIVE-** to evaluate the impact on the quality of life of 26 patients with stress urodynamic incontinence that realized vaginal sling and urethrocytostyopia of Burch . Quality of life was assessed with the Questionnaire of Impact of Incontinence and the Inventory of Urogenital stress, short forms. **METHODS** -During the period of March of 2001 to December of 2002 14 patients (group 1) realized vaginal sling and 12 patients (group 2) realized urethrocytostyopia of Burch.**RESULTS-** After a median follow up of nine months (variation of four to 22 months) it was observed an objective cure rate of 96,2% ,twenty five patients, a subjective cure rate of 65,4%, seventeen patients , twenty five patients related cure or improvement after the surgery . At the postoperative periodo it were observed three cases of de novo urgency , patients that realized surgery of Burch, two patients with obstructive urinary dysfunction that made sling and one patient that presented with worsening of incontinence.Some demographic characteristics of the patients : the median age of the patients were of 56 years (variation of 41 to 77 years), the median of the index of corporal mass was of 25 (variation of 20 the 34). The vaginal parity varied from zero to eight childbirths with a median of three childbirths.The hospital stay time varied from two to four days with a median of three days. At the moment of delivery twenty two patients (84,6%) presented with urinary residue equal or less than 100ml. Four patients presented with urinary residue greater than 100ml, one of them had done surgery of Burch and three had done vaginal sling.

The median leak point pressure at the preoperative period was of 95 cmH₂O (variation of 40 to 140). At the postoperative period it was of 150 cm H₂O (variation of 60 the 213).

The median score of the Questionnaire of impact of incontinence showed statistically significant difference ($p=0,00$) between the pre and postoperative period, median of 50 with variation of 10 to 95 and a median of zero with variation of zero to 81 respectively. The median score of the inventory of urogenital stress at the preoperative period was of 53 (variation of 17 to 94), after the surgery it was of six (variation of 16 to 35) which was statistically significant ($p=0,07$). The coefficient of the questionnaire of impact of incontinence presented with excellent improvement in twenty-three patients (88,5%), moderate improvement in one patient (3,8%) and worsening in two patients (7,7%). The coefficient of the inventory of urogenital stress presented with excellent improvement in twenty-two patients (84,6%), moderate improvement in two patients (7,7%) and worsening in two patients (7,7%).

CONCLUSIONS- The findings of this prospective nonrandomized study showed that objective results not always are correlated with the subjective findings and that the questionnaires of quality of life are valid and important instruments in the evaluation and decision making of patients with stress urodynamic incontinence.

Keywords : Urinary incontinence-surgery . Surgery of sling. Surgery of Burch. Quality of life.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Incisão de Pfannenstiel	38
FIGURA 2 - Identificação do espaço de Retzius.....	38
FIGURA 3 - Palpação vaginal	39
FIGURA 4 - Identificação do colo vesical e mucosa vaginal	39
FIGURA 5 - Ponto na mucosa vaginal à direita	40
FIGURA 6 - Fixação do ponto no ligamento íleo-pectíneo direito	40
FIGURA 7 - Visão geral dos quatro pontos da cirurgia de colposuspensão de Burch	41
FIGURA 8 - Identificação da aponeurose reto abdominal	43
FIGURA 9 - Retalho de aponeurose abdominal com quatro pontos nas extremidades e um ponto de reparo medial	43
FIGURA10- Dissecção da mucosa vaginal ao nível de ângulo uretrovesical.....	44
FIGURA11- Aposição do retalho de aponeurose abdominal à nível de terço proximal da uretra	45
TABELA 1- Características da população estudada	52
TABELA 2- Critérios de cura	53
TABELA 3- Cura	54

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACTS

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

1.INTRODUÇÃO	12
2.OBJETIVO	30
3.CASUÍSTICA	31
4.MÉTODO	33
5.RESULTADOS	50
5.1.Características demográficas.....	50
5.2.Critérios de cura	51
5.3.Período de internamento hospital.ar	55
5.4.Resíduo pós-miccional	55
5.5.Escores e coeficiente “C” dos Questionários de Impacto de Incontinência e Inventário de Estresse Urogenital.....	56
5.6.Seguimento pós-operatório	64
5.7.Avaliação urodinâmica	64
5.8.Disfunção miccional	67
6.DISSCUSSÃO	70
7.CONCLUSÕES	90
8.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
9.ANEXOS	111

1. INTRODUÇÃO –

HISTÓRICO

A Incontinência Urinária tem sido descrita na literatura médica desde tempos antigos. Lesões como fístulas genito-urinária foram descobertas em múmias que datam de 2.000 A.C(GOEBEL,1910) e referências foram encontradas no papiro de Ebers elaborado no século XVII ou XVIII A.C.baseado em original mais antigo provavelmente de 2.500 a 3.000 anos A.C (GOEBEL,1910).

A Sociedade Internacional de Continência ,ICS,criada em 1971 com o objetivo de promover o estudo científico da função do trato urinário inferior do homem e da mulher (SEKSTON, Von GORDON,COMPTON-BISHOP,2003) adota nomenclatura definindo incontinência urinária como perda involuntária de urina constituindo um problema social ou higiênico. A incontinência urinária pode ser definida de acordo com a sintomatologia expressa pela paciente:

- **Urgência associada a perdas** , a queixa de perda involuntária de urina acompanhada ou precedida imediatamente por sensação de urgência;
- **Incontinência urinária de esforço**, involuntária de urina aos esforços físicos, tosse ou espirro;

- **Enurese noturna** como qualquer perda involuntária de urina durante o sono;
- **Gotejamento pós-miccional e perda contínua de urina** denotam outras formas sintomáticas de incontinência urinária (ABRAMS et al., 2002).

Os sintomas e sinais da incontinência não dão o diagnóstico definitivo e a causa da incontinência somente pode ser determinada pelo estudo urodinâmico (HOMMA et al., 2002). O estudo urodinâmico permite definir como incontinência urodinâmica de esforço a perda involuntária de urina durante aumento da pressão abdominal na ausência de contrações do detrusor (ABRAMS et al., 2002).

A Organização Mundial de Saúde, em 1998, descreveu a incontinência urinária como doença global e um dos últimos tabus médicos para a maioria das pessoas acometidas (VOELKER, R. 1998).

PREVALÊNCIA

A incontinência urinária particularmente nos idosos é um dos problemas de saúde mais comuns (BROCKLEHURST, 1993; DAMIAN et al., 1998; DIOKNO et al., 1986, 1992; DOLAN et al., 1999)

Avaliar a prevalência da incontinência urinária na população em geral apresenta dificuldades em decorrência da existência de poucos estudos epidemiológicos abordando o assunto o uso de metodologias distintas como: diferentes definições (seja com uso de critérios subjetivos e/ou objetivos), diferentes populações alvo (ambulatorial, pacientes internadas em instituições), e diferentes técnicas de coleta de dados (questionários diretos, por correio, informações coletadas por telefone).

Vários estudos de prevalência podem ser encontrados na literatura. Um desses estudos conduzido por THOMAS et al. (1980) mostraram uma distribuição em três faixas etárias: no primeiro grupo, dos 15 aos 34 anos a prevalência oscilou entre 4.5 – 5.5% , no segundo grupo, dos 35 aos 74 anos observou-se uma prevalência entre 8.8-11.9% e no terceiro grupo, acima de 75

anos foi observada prevalência de 16%. Em outro estudo DIOKNO et al. (1986) entrevistaram pacientes de 60 anos ou mais, em uma comunidade de Michigan em 1980, estudo intitulado de *Medical, Epidemiological and Social aspects of aging* conhecido como projeto MESA, que teve suporte do *National Institutes of Health* (NIH). Mostrou uma prevalência de 39% em mulheres brancas e 23,8% em mulheres negras.

Em mulheres de faixa etária mais jovem, WOLIN et al. (1969) publicaram estudo realizado com estudantes de 17 a 25 anos, em que 16% relataram perda involuntária de urina. Na faixa etária de 42 a 50 anos, BURGIO et al. (1991) reportaram taxa de 30.7% de incontinência urinária.

OUSLANDER et al. (1984) em estudo realizado em sete instituições de idosos reportaram uma taxa de prevalência de 50% entre as pacientes analisadas.

Em 1985, CAMPBELL et al. reportaram uma incidência entre mulheres de 65 anos ou mais na Nova Zelândia de cerca de 10% no terceiro ano do estudo.

Em estudo de 410 mulheres em Serviço especializado, MENDONÇA et al. (1997) encontraram uma prevalência de 12.6% sendo que a frequência maior dessa queixa ocorreu nas mulheres de 41 a 50 anos de idade (48%). Em outro estudo descritivo transversal GUARISI et al (2001), em 456 mulheres de faixa etária de 45 a 60 anos, observaram queixa de perda de urina aos esforços em 35% das pacientes, sendo que 10.7% referiram que essa sintomatologia ocorria sempre e 24.3% relataram que apresentaram perda esporádica.

Em termos de números absolutos, o mais importante estudo compreende estudo multinacional, o "*Stress Urinary Incontinence and Women discovering the truth*" realizado pela *Whirtlin Worldwide* em 2003 patrocinado pela ICS em parceria com a Boehringer Ingelheim e Eli Lilly Company, em que 4558 mulheres de nove países em três continentes, com idade variando de 18 aos 65 anos foram entrevistadas. Observou-se que: uma em cada três mulheres acima de 18 anos apresentou episódio de incontinência urinária de esforço no decorrer do último ano. Cerca de 37 por cento das mulheres entre 37 e 54 anos experimentaram sintomas de incontinência urinária de esforço e

aproximadamente dois terços das mulheres com incontinência urinária de esforço nunca consultaram o médico sobre o assunto. Das que o fizeram, uma em cada cinco aguardou até três anos e uma em cada dez esperou quatro anos ou mais antes de fazê-lo. Esse estudo mostrou dois fatores importantes. O primeiro ,que embora errônea ,existe a crença disseminada de que a incontinência urinária seja problema somente de mulheres mais velhas, e que isto faz parte do processo natural do envelhecimento. O segundo , de que na verdade, a incontinência urinária de esforço afeta mulheres de todas as idades.

Estima-se que cerca de 200 milhões de pessoas sofram de incontinência urinária no mundo, sendo a incontinência urinária de esforço a forma mais comum afetando cerca de 65 milhões de mulheres no mundo (VOELKER,R.; 1998)

CUSTOS FINANCEIROS

O ônus financeiro do diagnóstico e tratamento da incontinência urinária tem uma magnitude semelhante à do Diabetes Mellitus ou da hipertensão arterial nos países industrializados ocidentais (WYMAN,1997).Curiosamente a incontinência urinária não recebe a mesma importância que essas duas doenças. KELLER em 1999 e BROWN et al. em 2003 afirmaram que entre dezesseis a vinte e seis bilhões de dólares são gastos anualmente no tratamento de norte-americanos com incontinência urinária, incluindo os custos indiretos de internados em asilos.

Apesar da sua alta prevalência, morbidade e elevados custos, a incontinência urinária continua sendo negligenciada e vista ainda como um dos últimos tabus médicos (VOELKER ,R.;1998).

CLASSIFICAÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A continência urinária na mulher é resultado de um balanço de vários fatores: posição do colo vesical e uretra proximal, integridade do esfíncter véscico-uretral, suporte adequado da musculatura do assoalho pélvico, integridade dos nervos e tecidos conectivos pélvicos (fáscias), adequada complacência da bexiga (ausência de contrações involuntárias do músculo do detrusor) e adequada acomodação da bexiga durante a fase de enchimento. Uma adequada função das estruturas anatômicas durante os aumentos de pressão abdominal permite a mulher permanecer continente (BEZERRA, 2001). O paradigma atual da fisiopatologia da IUE sugere dois mecanismos de perda aos esforços: o deslocamento excessivo da junção uretrovesical durante esforço e a deficiência intrínseca do esfíncter uretral (BLAIVAS & OLSSON, 1988).

O paradigma da ICS classifica a incontinência urinária como:

Incontinência urinária de esforço, onde a perda involuntária de urina ocorre durante aumento da pressão abdominal na ausência de contração simultânea do músculo detrusor (ABRAMS et al., 2002). **Urge incontinência** caracterizada pela perda involuntária de urina após desejo súbito e forte de urinar, sintoma produzido pela contração involuntária do músculo detrusor, sendo demonstrada no exame urodinâmico. A perda involuntária de urina aos esforços associada com contração involuntária do músculo detrusor caracteriza a incontinência urinária como **mista** (ABRAMS et al., 2002). Em estudo recente, HANNSTED et al. (2000) avaliando pacientes em várias faixas etárias mostraram que com o progredir da idade ocorria um aumento da prevalência da incontinência urinária mista ao passo que diminuía a prevalência da incontinência urinária de esforço. Estudo observacional realizado nos Estados Unidos envolvendo 45.000 donas de casa mostrou que aproximadamente quarenta e cinco por cento das pacientes relataram sintomas sugestivos de incontinência mista, seguido de quarenta e um por cento com sintomas sugestivos de incontinência urinária de esforço, e urge incontinência em doze por cento (DIOKNO, 2003). Estudo realizado em quatro países europeus (França, Alemanha, Espanha, e Inglaterra) mostrou predominância da incontinência urinária de esforço (HUNSKAAR,

2002). Estudo transversal realizado na Ásia mostrou uma predominância de sintomas de incontinência mista, cerca de 64%, seguido de 23% de urge incontinência (LAPITAN,2001). Dentre os diferentes tipos de incontinência urinária acima referidos, meta-análise publicada com estudos epidemiológicos sugeriu que a incontinência urinária de esforço seja o tipo mais comum, sendo responsável por cerca de metade dos casos de incontinência (HAMPEL,1997). As diferentes estimativas de prevalência dos diferentes tipos de incontinência urinária na literatura provavelmente resultam de alguns fatores de viés como utilização de nomenclaturas distintas , e metodologias de coletas de dados diferentes (HUNSKAAR,2002).

INVESTIGAÇÃO

No processo de investigação de pacientes com incontinência urinária é importante obter uma história clínica detalhada , que defina de forma precisa os sintomas, sua duração, freqüência e fatores de piora ou melhora. Dados importantes na anamnese são os de tratamentos prévios como : o uso de medicamentos, cirurgias de correção de incontinência prévias, uso de fisioterapias. O exame físico deve envolver uma avaliação geral da paciente, exame ginecológico, exame neurológico direcionado (objetivando avaliar a força muscular, a integridade do arco reflexo sacral, sensibilidade e força dos membros inferiores). Dentre os testes complementares devem ser incluído: urina l, urinocultura, glicemia, e exames de imagens como a ultra-sonografia (RIBEIRO,ROSSI,2001).

O trato urinário é um sistema hidráulico no qual o equilíbrio pressórico é importante. Para adequada continência é necessário que a pressão uretral seja maior que a vesical, situação que se inverte durante a micção quer pela contração do detrusor quer pelo relaxamento do sistema esfinteriano uretral. O estudo urodinâmico permite medir as pressões em vários pontos do trato urinário e analisar as relações entre a pressão abdominal, a vesical e uretral (MARTINS,SARTORI,GIRÃO;2002). A realização do estudo urodinâmico permite

fazer o diagnóstico diferencial entre os diferentes tipos de incontinência urinária. Fazem parte desse estudo a fluxometria, a cistometria, o estudo fluxo/pressão, a eletromiografia, o perfil pressórico uretral, a pressão de perda aos esforços e a videourodinâmica (HOMMA et al.;2002).

As escolhas de quais testes serão utilizadas estão correlacionadas ao tipo de problema a ser investigado bem como da disponibilidade dos equipamentos necessários. Para a classificação do tipo de incontinência urinária a cistometria, com ou sem imagem simultânea, assume caráter relevante permitindo medir a pressão durante o enchimento vesical e detectar a presença de contrações não inibidas do detrusor ou alterações da complacência vesical. De modo semelhante à medida da pressão de perda aos esforços avalia a competência da uretra contra pressões geradas na bexiga por forças abdominais ou do detrusor, identificando pacientes com ou sem IUE. É estudo fundamental para a compreensão da fisiopatologia da incontinência urinária, sua classificação, ajudando na escolha dos procedimentos terapêuticos mais adequados bem como no auxílio do seguimento das pacientes (D'ANCONA CAL,1995;GRAY et al.,1991;GUERRA,OLIVEIRA,PIRES,1999; HOMMA et al., 2002).

TRATAMENTO

As propostas terapêuticas para IUE podem ser categorizadas em três tipos: comportamental, farmacológica, e cirúrgica. Compreende, portanto um espectro de alternativas desde procedimentos não invasivos a invasivos, tendo cada categoria suas vantagens e desvantagens.

A abordagem comportamental envolve medidas como: reeducação miccional, na qual a paciente é orientada para intervalos de tempo progressivamente maiores entre suas micções, mudanças no padrão da ingestão de líquidos, utilização de diários miccionais, fisioterapia da musculatura pélvica através de exercícios para os músculos do assoalho pélvico, exercícios de KEGEL, estimulação elétrica, ou uso de cones vaginais. Inicialmente os

resultados reportados por KEGEL, em 1948 apontavam uma resposta positiva da ordem de 90% (KEGEL,1948).Trabalhos contemporâneos mostram taxas de resposta positivas em torno de 60% (DOUGHORTY M, BISHOP K ,MOONEY R, et al.;1993)

enfazando a necessidade de alta adesão e disciplina por parte das pacientes. Dispositivos mecânicos para a oclusão da uretra também têm sido utilizados (CASTRO,ARRUDA,CAMARGO et al., 2002).

A terapia farmacológica tem sido usada no tratamento da IUE nas últimas cinco décadas. Estimulantes alfa-adrenergicos têm uma longa história de uso, incluindo-se a fenilefedrina , a efedrina e a miodrina . A imipramina um membro da classe dos antidepressivos triciclícos também tem sido utilizada no tratamento da IUE. Semelhante aos alfa-adrenérgicos os antidepressivos têm eficácia terapêutica limitada com efeitos colaterais que podem ser intoleráveis para algumas pacientes. Estrógenos têm sido utilizados extensivamente. Uma revisão compreendendo 166 artigos publicados , concluiu que a terapia estrogênica levava a uma melhora subjetiva da IUE mas sem resultado objetivo quanto à perda de urina (FANTL ,J.A.;CARDOZO ,L.; McCLISH, DK;1994) .

Mais recentemente novas drogas emergiram com potencial tratamento para IUE. Uma tendo como protótipo a duloxetina, um inibidor duplo de captação de serotonina e norepinefrina , tendo apresentado em recente estudo redução de 50% nos episódios de IUE entre as pacientes tratadas (ZINNER. N.; DMOCHOWSKI, R.; MIKLOS, J.;et al., 2002). Outra o Ro 115-1240, um agonista parcial seletivo de receptor adrenal alfa, mostrou melhora nos sintomas de um grupo de mulheres com IUE leve ou moderada (MUSSELMAN et al., 2004).

Antes de discutir abordagens invasivas , terapias conservadoras para pacientes com distopia genital leve e incontinência urinária aos médios e grandes esforços deve ser tentada , ficando bem claro a necessidade que as pacientes devem estar motivadas e os profissionais serem habituados às técnicas empregadas (CASTRO,RA; ARRUDA,R; CAMARGO, A.L.M .,et al,2002).

Quanto ao tratamento cirúrgico já foram descritas mais de 100 técnicas diferentes de cirurgias (JARVIS, 1994).

A história de injeções de agentes peri-uretrais data de há cerca de 60 anos, com a injeção de um agente esclerosante na parede vaginal anterior, o moruato de sódio (MURLESS, 1938). Desde então vários agentes como: gordura autóloga (GONZALES De, GARIBAY et al.;1989, PALMA ,1996), colágeno (SHORTLIFFE, L.M.D.; 1989; McGUIRE, APPEL, 1994; ELSERGANY, 1998), partículas de silicone (HARRIS, R.L.; CUNDIFF, G.W.; COATES, K.W.,1996; SHERIFF ,M.K.M. ;1997; KOELBL, H., 1998) têm sido utilizados. O efeito selante obtido pelo abaulamento e justaposição da mucosa é importante para a obtenção dos resultados (KIESTWETTER, H.;FISCHER, M.; WOBER, L., 1992; MONGA , A.K.;STANTON, S.L.,1995). Embora os resultados de longo prazo sejam menores que os cirúrgicos , as injeções têm seu espaço reservado principalmente para pacientes sem condições de se submeterem a cirurgias.

A primeira técnica cirúrgica documentada para o tratamento da incontinência urinária de esforço data de 1864, por BAKER BROWN (apud WALIGORA,1996).

Em 1910, GOEBEL relatou o tratamento cirúrgico de incontinência urinária com uso de sling vaginal.

Em 1914, KELLY e DUMM relataram sucesso no tratamento de 16 em 20 casos através da chamada plicatura do colo vesical.

Em 1923, BONNEY afirmou que a continência urinária podia ser recuperada em mulheres com incontinência aos esforços através da elevação do colo vesical. Desde esta constatação praticamente todas as técnicas para correção da incontinência foram baseadas na normalização da posição do colo vesical, evitando-se sua descida e rotação durante a realização dos esforços.

Em 1937, KENNEDY descreveu sua técnica para correção de cistocele com plicatura sobre a região do colo vesical .

Em 1942, ALDRIGE utilizou fásia de reto abdominal em cirurgia de sling.

Em 1949, MARSHALL, urologista, MARCHETTI e KRANTZ, ginecologistas, descreveram nova técnica, que passou a ser conhecida como cirurgia de Marshall-Marchetti-Krantz (MMK) para tratamento da incontinência urinária de esforço. Relataram excelente resultado em 82% de 50 mulheres que haviam sido previamente submetidas à cirurgia anteriormente.

Em 1959, PEREYRA descreveu a primeira uretropexia retro-púbica vaginal com agulha, ainda hoje utilizada com pequenas modificações .

Em 1961 BURCH descreveu modificação para a cirurgia de Marshall-Marchetti-Krantz, buscando minimizar suas complicações. A cirurgia descrita pelo autor é uma colposuspensão onde se fixa a vagina ao ligamento de Cooper, elevando assim a junção uretrovesical à sua posição retropúbica normal.

McGUIRE et al.(1976) popularizou a cirurgia de sling vaginal na década de setenta para o tratamento da incontinência urinária por deficiência do esfíncter uretral.

Entre recentes inovações cirúrgicas o *Tension –free vaginal tape* (TVT), inicialmente introduzido em 1996 por ULMESTEN ET AL., 1996, é procedimento minimamente invasivo que pode ser realizado sob anestesia local, envolvendo a colocação de uma tela de material sintético através de pequena incisão vaginal com criação de um sling sub-uretral ancorando o material na musculatura púbica. Resultados com altas taxas de cura , em torno de 84%, foram reportados recentemente pelos mesmos investigadores iniciais (ULMESTEN et al. ,1999). Cirurgia que apesar de suas altas taxas de sucesso pode estar associada com algumas complicações, notadamente sangramentos, e o surgimento *de novo* de urgência miccional. Outro procedimento, o *Trans-obturator tape*

(TOT), minimamente invasivo, introduzido em 2003 por MANSOOR, que consiste na colocação de uma faixa de prolene sub-uretral com suporte, apresentou resultados satisfatórios em estudos prospectivos randomizados (MANSOOR, 2003).

A conduta cirúrgica na incontinência urinária de esforço pode ser sumarizada em quatro modalidades de tratamento:

- reparo vaginal anterior (KELLY, 1913; KENNEDY, 1937),
- colposuspensão retropúbica, por laparotomia ou laparoscopia, (MARSHALL, MARCHETTI & KRANTZ, 1949; BURCH, 1961);
- colocação de faixas pubovaginais de suporte, slings, TVT, TOT (MCGUIRE, 1976; MORGAN, FARROW & STEWART, 1985, ULMESTEN, 1996) e
- uretropexias combinadas, procedimentos por agulha (PEREYRA, 1959); STAMEY, (1973).

Os princípios do tratamento basicamente consistem em reforçar o mecanismo de contenção da uretra proporcionando um suporte contra o qual a uretra fique comprimida durante aumentos de pressão (DeLANCEY, 1994).

Entre esta variada gama de técnicas cirúrgicas a colposuspensão de Burch e o sling pubovaginal autólogo foram suficientemente estudados e têm níveis de evidência que atestam a sua eficácia em longo prazo (JARVIS, 1994; LEACH, MOCHOWSKI, APPEL 1997).

As conseqüências da incontinência urinária são inúmeras, variando de acordo com a população estudada. Algumas mulheres podem conviver sem problema realizando mínimas modificações nos seus hábitos de vida, chegando mesmo a considerarem a incontinência urinária como fator normal ao envelhecimento, não apresentando constrangimento ao serem obrigadas ao uso de absorventes diários. Muitas acreditam que pouco pode ser feito na direção de cura do problema, aceitando-o como inevitável. Outras sentem o impacto de maneira mais intensa, experimentando sensações de vergonha, humilhação ou

medo de serem estigmatizadas, o que pode levar a um desestímulo em participar em atividades sócio-recreativas, com prejuízo na vida sexual ou outros eventos diários da vida. O fato de que a incontinência urinária afeta as mulheres de maneiras diferentes ajuda a explicar a razão de que apenas parte das portadoras do problema busque orientação médica (KELLER, 2001).

QUALIDADE DE VIDA

Historicamente, doença tem sido vista através de um modelo biomédico, com os resultados do tratamento avaliados em termos de cura, invalidez ou morte.

Objetivos como cura e complicações usualmente são avaliadas através de dados biológicos obtidos com a utilização de testes diagnósticos (FLETCHER,1979).

Em 1947 ,com a constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS) , *saúde* foi definida não apenas como a ausência de enfermidade, mas como um estado de bem estar físico,social e mental (WHO,1947).

Considerando deste ponto de vista da OMS e as mudanças sociais e econômicas ocorridas nos últimos anos, a avaliação dos resultados dos tratamentos através de dados puramente biológicos passou a não mais ser suficiente, passando também a ser exigida uma abordagem do impacto das doenças e das modalidades de tratamento disponíveis, nos aspectos físicos e psico-sociais dos pacientes.

A expressão *qualidade de vida* foi empregada pela primeira vez pelo Presidente dos Estados Unidos Lyndon Johnson, em 1964,ao declarar que “...os objetivos não podem ser medidos apenas através do balanço dos bancos .Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam `as pessoas... (FLECK,1999)”.

O conceito de saúde relacionada à qualidade de vida é complexo, incluindo não apenas aspectos diretamente relacionados à biologia como:

fatores físicos, aspecto funcional , emocional e bem estar mental; mas também elementos não diretamente relacionados tais como: trabalho, lazer ,qualidade de meio-ambiente e fatores sociais. Isto é refletido pela definição de SHUMAKER et al.(1990) que definiu qualidade de vida associada à saúde como :uma satisfação geral do indivíduo com a sua vida e senso de bem estar geral.

Em 1991, BOWLING descreveu qualidade de vida relacionada à saúde como um conceito representando a resposta de um indivíduo às alterações físicas, mentais e sociais provocadas pela doença no seu cotidiano , influenciando o grau de sua satisfação pessoal com a vida.

Qualidade de vida associada à saúde é conceito com quadro grandes domínios: o físico, o funcional, o psicológico e a saúde social. Outros fatores importantes como: vitalidade, dor, ansiedade e depressão são freqüentemente incluídas(MacDONAGH,1996).

WENGER (1999) na sua conceituação de qualidade de vida associada à saúde especificam a necessidade de incluir atributos do indivíduo como manter: razoáveis capacidades funcionais física, emocionais e intelectuais, bem como manter a habilidade de participar em atividades familiares, no ambiente de trabalho e na comunidade , incluindo as sensações de conforto e bem estar proveniente destas habilidades.

Na definição de qualidade de vida de um paciente não apenas o ponto de vista do profissional de saúde deve ser considerado mas, é de fundamental importância à inclusão da percepção por parte do paciente das repercussões advindas da doença quanto à sua funcionalidade física , emocional, bem como os efeitos na sua inserção social (BERZON, HAYS, SHUMAKER, 1993).

O interesse em *qualidade de vida* foi partilhado inicialmente apenas por cientistas sociais, filósofos e políticos. O crescente desenvolvimento tecnológico da Medicina a par dos avanços na resolução de muitas patologias existentes trouxe também uma progressiva perda da humanização do relacionamento médico-paciente.

Uma maior preocupação com o conceito de *qualidade de vida* visa resgatar um sentido mais amplo da terapêutica médica, não simplesmente o

controle dos sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida, mas inserindo também uma maior preocupação com os aspectos psicossociais dos pacientes.

Assim a avaliação da *qualidade de vida* foi acrescentada aos ensaios clínicos como uma terceira dimensão a ser avaliada além da eficácia dos tratamentos (modificação da doença pelo efeito terapêutico) e da segurança dos mesmos (MOLLER,2000).

QUESTIONÁRIOS DE QUALIDADE DE VIDA

Embora as avaliações fisiológicas sejam ainda consideradas o parâmetro de maior importância para os profissionais de saúde, elas são de interesse limitado para o paciente porque na maioria das vezes apresentam pouca correlação com sua capacidade funcional e sensação de bem estar. Os questionários de qualidade de vida medem a percepção do paciente no tocante às modificações de sua saúde resultante do tratamento recebido e não dados fisiológicos da doença. Ainda são considerados pelos médicos com reserva, vistos como bastante subjetivos e com menor confiabilidade do que as avaliações fisiológicas objetivas (SPITZER, 1987).

Os questionários podem ser gerais ou doença-específica. Os questionários gerais têm a vantagem de permitir comparações entre grupos de pacientes quanto ao impacto de diferentes doenças, como avaliar os efeitos de um acidente vascular cerebral sobre portadores de artrite e de incontinência urinária. Eles não medem adequadamente o impacto de uma determinada condição, tendendo a terem menor sensibilidade em avaliar as mudanças depois de determinado tratamento utilizado.

Os questionários doença-específica possuem como maiores vantagens:

- incluir somente domínios de interesse quanto à doença em estudo,
- maior sensibilidade às mudanças pós-tratamento e, portanto melhor adequados para avaliar os diferentes tratamentos.

Vários questionários específicos para sintomas urogenitais têm sido desenvolvidos nos últimos anos (SHUMAKER,1994; LEE,1995; JACKSON,1996; WAGNER,1996; KELLEHER,1997; PATRICK,1999).

Uma adequada compreensão da metodologia da elaboração dos questionários de qualidade de vida é necessária para que os mesmos passem a ter maior aceitação na comunidade médica. Essa metodologia envolve propriedades psicométricas.

A Psicometria é a ciência que busca justificar e obter medidas de variáveis psicológicas. Seus princípios governam a elaboração dos questionários de qualidade de vida. Métodos estatísticos são utilizados para determinar se os questionários medem de forma precisa, reproduzível e sensível as mudanças que ocorrem com o decorrer tempo ou após intervenções (GARCIA,2003).

A performance psicométrica de um questionário está relacionada à sua confiabilidade, à sua validade, e sua responsividade, que constituem os três pilares de um bom questionário (GARCIA,2003).

Pode-se dizer que uma régua é um instrumento de medida confiável porque mede um mesmo objeto com resultados iguais em diferentes ocasiões.

Um procedimento de mensuração na área de saúde é confiável quando após uma série de medidas fornece resultados semelhantes.

Dois aspectos da confiabilidade de um questionário são examinados nos estudos psicométricos : a consistência interna e a avaliação do teste re-teste.

Os quesitos que compõem um questionário estão relacionados a aspectos de uma mesma condição, suas respostas, portanto devem apresentar correlação entre si, ou seja, devem ter consistência interna. O coeficiente alfa de

Cronbach indica o nível dessa correlação e varia de zero a um. Coeficientes alfa de Cronbach acima de 0,7 são considerados indicadores de adequado nível de consistência interna (CRONBACH, 1951). A estabilidade dos escores é estabelecida com a administração do questionário e após intervalo de tempo suficiente para que os pacientes esqueçam suas respostas anteriores, sem no entanto, permitir que mudanças nos seus sintomas se tornem evidentes,

reaplicar o questionário, metodologia conhecida como teste re-teste. Propriedade avaliada através de coeficientes de correlação de Pearson ou Spearman. Valores acima de 0,8 indicam alta confiabilidade (GARCIA, 2003).

As medidas de saúde devem ser sensíveis e específicas. Um questionário que, por exemplo, ao avaliar sensações de depressão apresente como quesitos de resposta apenas sim ou não terá menor sensibilidade e especificidade do que aquele que ofereça um maior número de opções quanto à intensidade da depressão. Usualmente os questionários atuais tendem a ter entre quatro a seis quesitos.

A Validade de um questionário consiste em verificar em que grau ele mede o que se tenciona avaliar. A validade de conteúdo ou face compreende em estabelecer se o questionário faz sentido às pacientes e aos profissionais, e também se todos os aspectos relevantes do tópico em estudo foram incluídos (GARCIA, 2003). As questões devem ser de fácil compreensão e não serem ambíguas.

A **validade de referência** busca analisar o quanto adequadamente o questionário correlaciona-se com medidas padrão ouro existentes. Frequentemente os novos questionários são mais curtos ou mais fáceis. A força da correlação com o padrão ouro é avaliada através de testes de correlação de Pearson ou Spearman. Embora a avaliação urodinâmica seja considerada como o melhor teste diagnóstico para validação dos questionários de sintomas urinários, alguns outros padrões como a história clínica, diário miccional, ou testes de absorventes foram utilizados na validação de alguns questionários

(SAND et al., 1988; WYMAN et al., 1988; MOURITSEN et al., 1989; FULTZ & HERZOG, 1997; JACKSON, 1997).

A **validade de construção** procura analisar a hipotética relação entre medidas de qualidade de vida e outros domínios como: dor, ansiedade, e satisfação com a vida.

Um método comum de se obter indicação de validade de construção de um questionário é examinar sua capacidade de diferenciar entre grupos de pacientes, tipo pacientes internadas em casas de idosos daquelas atendidas em consultório.

A **responsividade** de um questionário é estudada para avaliar se um determinado questionário reflete as mudanças clínicas na condição de um paciente após tratamento. Frequentemente o questionário em estudo é preenchido antes e depois de determinada terapia, de reconhecida eficácia, e os escores são comparados para determinar se refletem as mudanças decorridas do tratamento. Testes estatísticos são utilizados para evidenciar a responsividade.

Continuando trabalho anterior de WYMAN et al.1987 que havia elaborado um conjunto de questões obtidas através de entrevistas com pacientes, revisão da literatura médica, consultas com especialistas e estudos pilotos, SHUMAKER et al,1994, selecionou 30 questões que abordavam quatro áreas: atividades físicas das pacientes , com seis quesitos, seis quesitos envolvendo aspectos de viagem, dez quesitos abordando relacionamento social e saúde emocional com oito quesitos. Esse questionário foi denominado de questionário de impacto de incontinência.

Dezenove questões envolvendo o estresse percebido pelas pacientes dos sintomas de incontinência urinária foram escolhidas para elaborar um segundo questionário, denominado de inventário de estresse urogenital. Abordava três áreas da vida das pacientes: sintomas irritativos compostos de seis quesitos,

aspectos de desconforto e/ou de obstrução urinária com onze quesitos e sintomas de estresse emocional com dois quesitos.

Os dois questionários foram aplicados a 162 pacientes internadas em instituições que participavam de estudos clínicos de tratamento conservador e cirúrgico para incontinência urinária. As pacientes foram indagadas sobre o grau de intensidade que seus sintomas de incontinência urinária afetavam seu cotidiano.

Foi atribuído a cada questão um escore com valor zero quando a resposta era que não se sentia afetada, valor um, ligeiramente afetada, valor dois quando se apresentava moderadamente afetada e valor três quando relatava forte repercussão. Os dois questionários apresentavam a mesma escala de valores para os quesitos.

Os questionários mostraram alta sensibilidade para detectar mudanças do pré para o pós-tratamento (SHUMAKER et al.,1994).

O mesmo grupo que desenvolveu as formas longas dos questionários de impacto de incontinência e inventário de estresse urogenital realizou análises de regressão múltipla buscando desenvolver formas reduzidas dos dois questionários. Os testes estatísticos sugeriram que um questionário de sete itens poderia apresentar adequada correlação com o resultado da forma longa do questionário de impacto de incontinência, em cada uma das quatro áreas de domínios: atividade física, viagem, relacionamento social e saúde emocional. Foram realizadas análises estatísticas de correlação simples ou correlação múltipla com as questões de forma individual ou aos pares na tentativa de verificar qual a questão ou par de questões que melhor se correlacionaria com o escore obtido na forma longa do questionário. Quando resultados semelhantes foram encontrados entre duas questões, o critério de escolha baseou-se no conteúdo da questão. Ao final das avaliações estatísticas foram selecionadas sete questões que deram origem à forma reduzida do questionário de impacto de incontinência.

A forma reduzida do inventário de estresse urogenital foi construída de maneira semelhante. Análises iniciais haviam indicado que um questionário com seis questões poderia prever adequadamente o escore obtido com a forma longa do inventário de estresse urogenital. Duas questões foram selecionadas de cada uma das três áreas de domínio resultando em um questionário com seis questões.

A validade dos questionários na sua forma resumida foi obtida através de correlação com dados clínicos e escores dos questionários na sua forma longa (UERBARSAX, et.al.1995).

O grau de desconforto provocado pelos sintomas de incontinência urinária observado pelas pacientes varia de maneira significativa e é modificado por vários fatores, sendo fundamental para os profissionais de saúde contarem com instrumentos que lhes permitam quantificar de maneira adequada o grau do impacto na qualidade de vida das pacientes acometidas por essa sintomatologia.

2. OBJETIVO

- Comparar a qualidade de vida de vinte e seis pacientes com incontinência urinodinâmica de esforço, com diagnóstico clínico e urodinâmico, através dos questionários de impacto de incontinência e inventário de estresse urogenital antes e após a correção cirúrgica, através da colposuspensão de Burch e sling vaginal.

3 CASUÍSTICA –

A casuística foi composta de 26 pacientes oriundas de Clínica Privada com diagnóstico clínico e urodinâmico de incontinência urinária de esforço, apresentando indicação de correção cirúrgica. No período de março de 2001 a dezembro de 2002 foram submetidas à cirurgia de correção por técnicas de sling (Grupo 1 – 14 pacientes) e pela técnica de uretrocistopexia de Burch (Grupo 2 – 12 pacientes).

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Pacientes que responderam afirmativamente à questão : Você apresentou episódios de perda de urina quando tossia, espirrava ou fazia esforços físicos no decorrer do último ano ?

CRITÉRIOS DE ALOCAÇÃO

O estudo foi prospectivo, aberto, não randomizado.

O grupo que realizou a Cirurgia de colposuspensão por técnica de Burch constituiu-se de pacientes que apresentaram ao exame urodinâmico pré-operatório pressão de perda de esforço acima de 90 cm H₂O, configurando incontinência urinária de esforço tipo II com mobilidade do colo vesical.

Foram submetidas à cirurgia de sling vaginal, pacientes que haviam realizado cirurgias prévias de correção de incontinência urinária, àquelas com pressão de perda de esforço abaixo de 90 cmH₂O, caracterizando incontinência urinária tipo II / III, ou tipo III e aquelas sem mobilidade do colo vesical ao teste do cotonete.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas pacientes com contrações não inibidas do detrusor na avaliação urodinâmica pré-operatória, bem como pacientes com prolapso pélvico de III ou IV grau e aquelas que apresentaram grandes massas pélvicas ao exame físico ou sinais de neuropatia periférica.

4 MÉTODO

4.1 INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

As pacientes foram investigadas segundo protocolo pré-estabelecido quanto a aspectos da história clínica, exame físico, exames complementares (tabela 1) e avaliação urodinâmica.

Na história clínica foram avaliados parâmetros como: paridade vaginal, cirurgias anteriores de correção de incontinência urinária (cistopexia, colpoplastia, sling vaginal, cirurgia de Burch) , queixa de noctúria e fatores desencadeantes de incontinência urinária como: esforço físico, visão de água corrente, relação sexual. O antecedente de uso de medicamentos como: anti-hipertensivos, antidepressivos, anti-parkinsonianos também foi investigado na anamnese .

Ao exame físico obteve-se o peso e altura das pacientes bem como medida da pressão arterial. Em seguida as mesmas foram posicionadas em mesa ginecológica com as pernas fletidas e abduzidas. Foi realizada palpação

do abdome superior e inferior dando-se ênfase a região suprapúbica. Iniciou-se o exame uroginecológico com avaliação do meato uretral externo. Feita limpeza do mesmo com algodão embebido em iodo-povidine procedeu-se à colocação de cotonete lubrificado com xilocaina-gel no interior da uretra, seguido de tracionamento até se obter ligeira resistência. As pacientes foram orientadas a realizarem manobra de esforço ou prensa abdominal visualizando-se as alterações da mobilidade da junção uretrovesical, medidas através de um goniômetro. Quanto à fisiopatologia da incontinência urinária, as pacientes foram classificadas como portadoras de hipermobilidade do colo vesical quando o ângulo de inclinação detectado pelo goniômetro superava os 30 graus.

Em seguida procedeu-se à inserção de uma das válvulas do speculo em posição horizontal com depressão da parede vaginal posterior, avaliando a mucosa e parede vaginal anterior inicialmente em repouso e depois sob esforço. A válvula a seguir foi posicionada com o levantamento da parede vaginal anterior, avaliando a mucosa e parede vaginal posterior, em repouso e sob esforço. Uma investigação neurológica sumária direcionada foi realizada inicialmente com a estimulação da pele adjacente ao clitóris, e ao esfíncter externo do ânus, consecutivamente.

Todas pacientes preencheram dois questionários de avaliação de impacto em qualidade de vida em suas formas reduzidas: o questionário de impacto de incontinência (QII-7) e Inventário de estresse urogenital (IEU-6), sob orientação do mesmo profissional não médico. Os questionários foram preenchidos antes das pacientes serem submetidas ao procedimento cirúrgico e pelo menos dois meses após a cirurgia, o espaço de tempo foi aplicado com o intuito de evitar que o próprio ato cirúrgico tivesse efeito de viés nas respostas aos questionários.

4. 2 AVALIAÇÃO URODINÂMICA

Todas as pacientes realizaram avaliação urodinâmica do trato urinário inferior no pré e pós-operatório. Todos os exames foram realizados pelo mesmo médico, em equipamento de urodinâmica Dynamed[®] de dois canais, sendo a avaliação realizada em três fases: urofluxometria simples, cistometria de infusão e curva pressão-fluxo. Na urofluxometria, a paciente foi solicitada a aguardar o enchimento vesical máximo, quando realizava micção em posição sentada. A seguir, a mesma foi colocada em posição ginecológica, sendo inseridas duas sondas uretrais plásticas calibre 4 e 6 Fr, respectivamente.

A primeira sonda foi utilizada para obtenção das medidas de pressão enquanto a última serviu de acesso para infusão de solução salina.

Durante a fase da cistometria, a paciente foi solicitada a informar o momento do primeiro desejo e do desejo miccional máximo, quando se solicitava que a mesma ficasse em pé e tossisse, anotando-se no momento da perda o valor da pressão através da inspeção visual. Após a constatação da pressão de perda, a paciente era orientada para urinar em posição sentada, quando se obtinha o gráfico da curva de pressão fluxo. Todos os exames foram realizados segundo protocolo padronizado pela ICS (HOMMA et al.2002), assim como a terminologia utilizada na realização dos laudos (HOMMA et al.2002).

4.3 AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

Todas as pacientes preencheram consentimento pós-informado antes da cirurgia. A avaliação pré-operatória consistiu dos exames complementares: hemograma completo, tempo de tromboplastina parcial ativada, glicemia, creatinina, sumário e cultura de urina e colpocitologia oncótica. Pacientes com

mais de 45 anos realizaram avaliação de risco cirúrgico e cardiovascular. Foi observado jejum alimentar de pelos menos 6 horas antes do ato cirúrgico.

A mesma equipe médica realizou todas as cirurgias. Foi realizada antibioticoterapia profilática venosa com cefalosporina de primeira geração pelo menos uma hora antes e 2 horas após o ato operatório.

4.4 ATO OPERATÓRIO

4.4.1 ANESTESIA

Todas as pacientes foram submetidas à anestesia peridural. Foi realizada monitorização intra-operatória do ritmo cardíaco, da oximetria e do balanço hídrico.

4.4.2 TÉCNICA CIRÚRGICA

4.4.2.1 COLPOSUSPENSÃO POR TÉCNICA DE BURCH

As pacientes foram posicionadas em mesa cirúrgica em decúbito dorsal horizontal em posição semigincológica. Ainda em decúbito dorsal foi feita anti-sepsia com solução de iodo-povidine compreendendo abdome inferior, coxas e região genital, e colocação de campos estéreis. As pacientes foram sondadas com sonda de foley no. 14 adaptadas a sistema coletor fechado. Foi realizada incisão de Pfannenstiel (figura 1), com dissecação e posterior identificação do espaço de Retzius, (figura 2). O cirurgião com aposição de segunda luva na mão esquerda realizava toque vaginal (figura 3) seguido de ligeira tração da sonda vesical, individualização da uretra e do colo vesical, mucosa vaginal (figura 4).

Foram então inseridos dois pontos em cada lado da junção uretrovesical, com uso de fio *vycril* no. 2-zero na túnica fibrosa da vagina; o primeiro distando cerca de um centímetro do colo uretral (figura 5) e o segundo distando um centímetro deste em direção superior. Os fios foram então passados nos ligamentos íleopectíneos (figura 6) e realizados os pontos de colposuspensão, num total de quatro (figura 7). A hemostasia foi obtida por meio de cauterização com bisturi elétrico. As pacientes foram submetidas a cistostomia suprapúbica com colocação de sonda uretral no.10, permanecendo fechada. Foi realizada cistoscopia para verificar possível lesão de bexiga. Foi realizada síntese da incisão cirúrgica. Quando as pacientes relataram micção espontânea foi medido resíduo urinário pela sonda supra-púbica após micção e a sonda foi retirada quando o volume residual foi menor que 100ml.

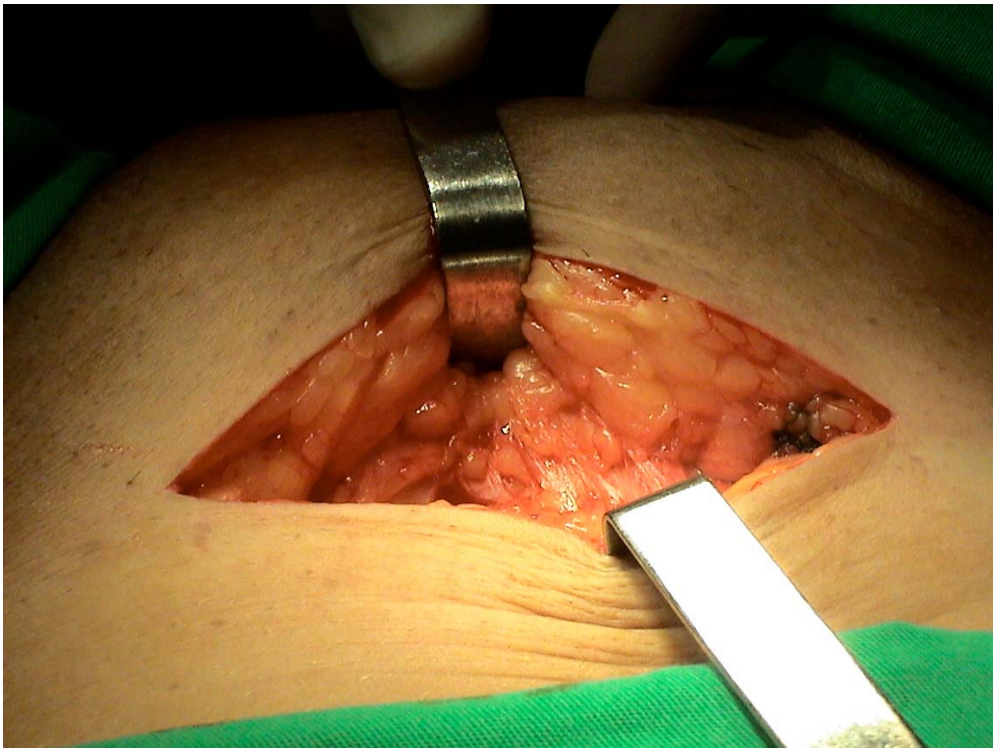


FIGURA 1 – Incisão de Pfannenstiel

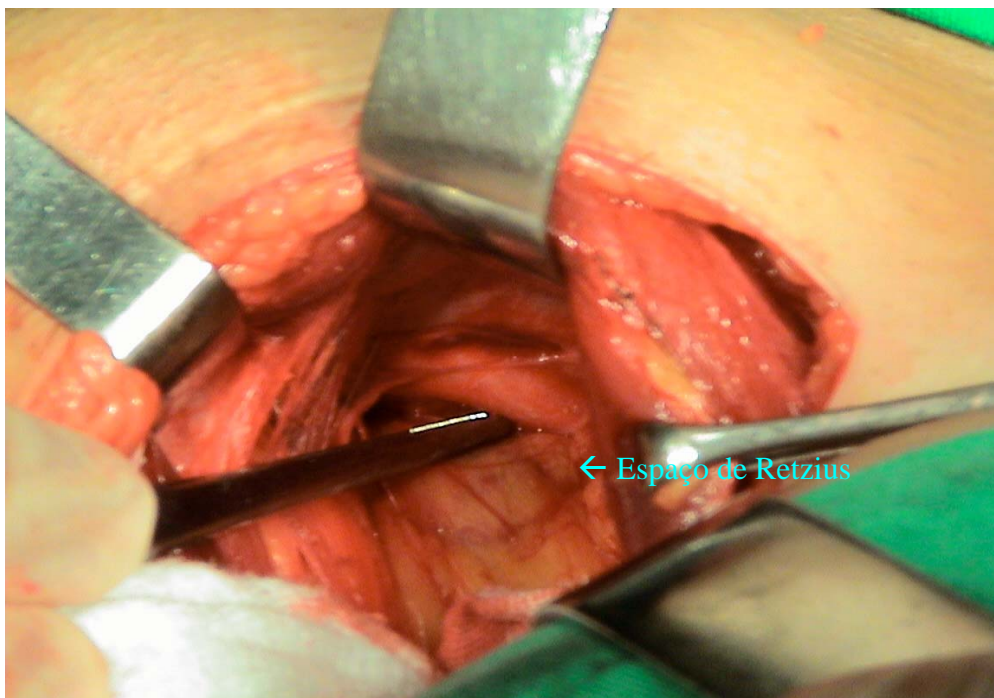


FIGURA 2 – Identificação do espaço de Retzius



FIGURA 3 – Palpação vaginal

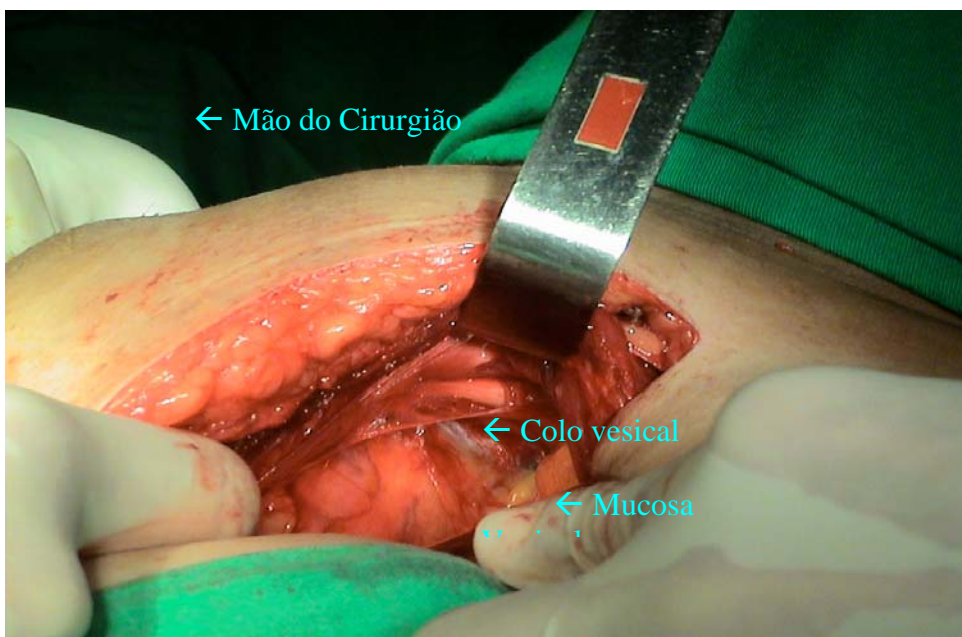


FIGURA 4 – Identificação do colo vesical e mucosa vaginal

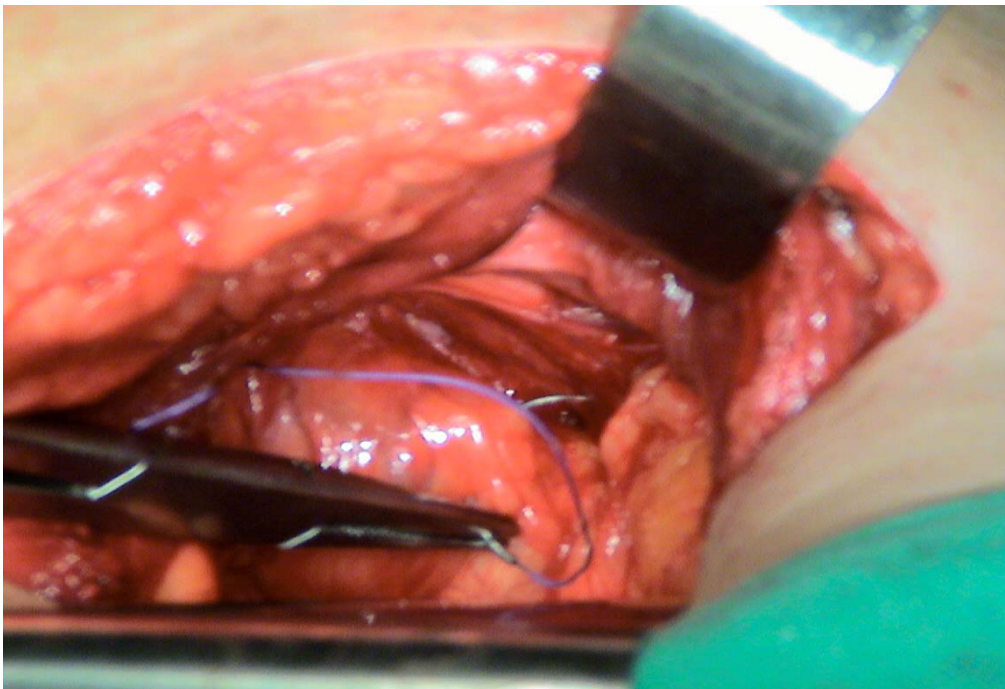


FIGURA 5 – Ponto na mucosa vaginal à direita

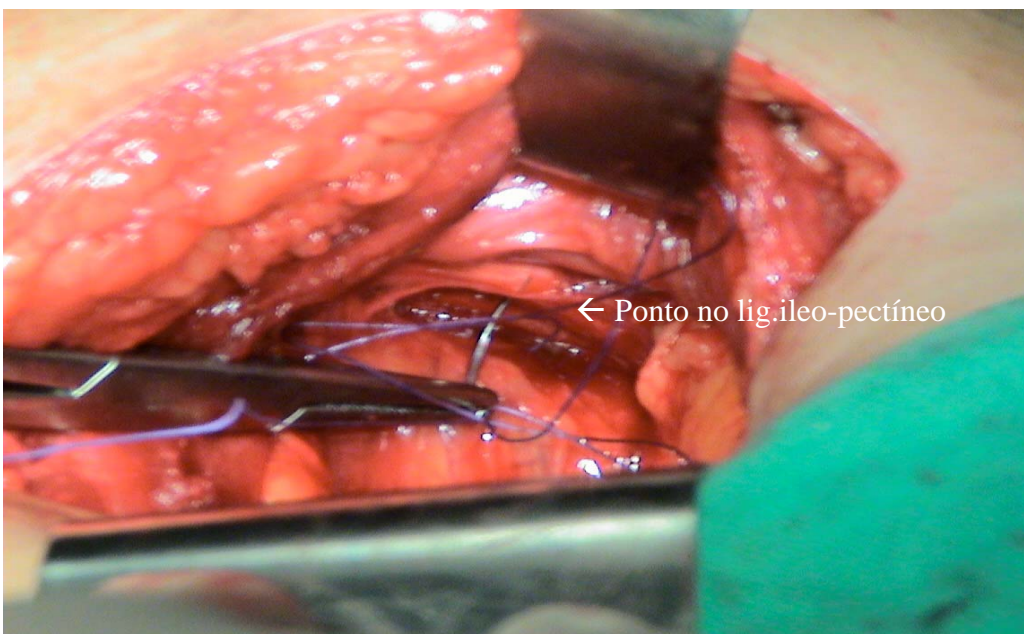


FIGURA 6- Fixação do ponto no ligamento íleo-pectíneo direito



FIGURA 7 – Visão geral dos quatro pontos da cirurgia de colposuspensão de Burch

4.4.2.2. TÉCNICA DE SLING VAGINAL

Optou-se pela realização da cirurgia de sling vaginal técnica modificada de Aldridge (ALDRIDGE,1942) com utilização de retalho autólogo de aponeurose do reto-abdominal em 14 pacientes. As pacientes foram posicionadas em mesa cirúrgica em decúbito dorsal horizontal em posição semiginecológica. Ainda em decúbito dorsal foram feitas anti-sepsia com solução de povidine e colocação de campos estéreis. As pacientes foram sondadas com sonda de foley no. 14 e sistema coletor fechado. Foi realizada incisão de Pfannenstiel com exposição da aponeurose (figura 8), dissecação de retalho da aponeurose do reto-abdominal, medindo cerca de 7x 2,5cm (figura 9), foram colocados fios de sutura tipo *prolene* número zero em cada borda do retalho, o retalho foi em seguida colocado em solução salina a 0,9%. Procedeu-se à incisão da mucosa vaginal em forma de “U” invertido à altura do colo vesical (figura 10), posteriormente foi identificada a fáscia endopélvica, que foi perfurada com exploração do espaço de Retzius. Foi inserida agulha de Stamey sob controle digital junto à borda superior do púbis inicialmente de um lado, passando os fios do retalho da fáscia de aponeurose, a agulha era tracionada com o posicionamento do retalho da aponeurose ao nível do terço proximal da uretra. O procedimento foi repetido do outro lado de maneira que o retalho ficou posicionado de maneira simétrica sub uretral (figura 11), foram dados dois pontos na uretra fixando o retalho. As suturas ao nível do reto são amarradas sem tensão. Foi realizada cistostomia suprapúbica com colocação de sonda vesical no. 10. Cistoscopia foi realizada para verificar possível lesão de bexiga. A mucosa vaginal foi suturada e foi colocado tampão vaginal umedecido com creme vaginal. A incisão abdominal foi suturada.

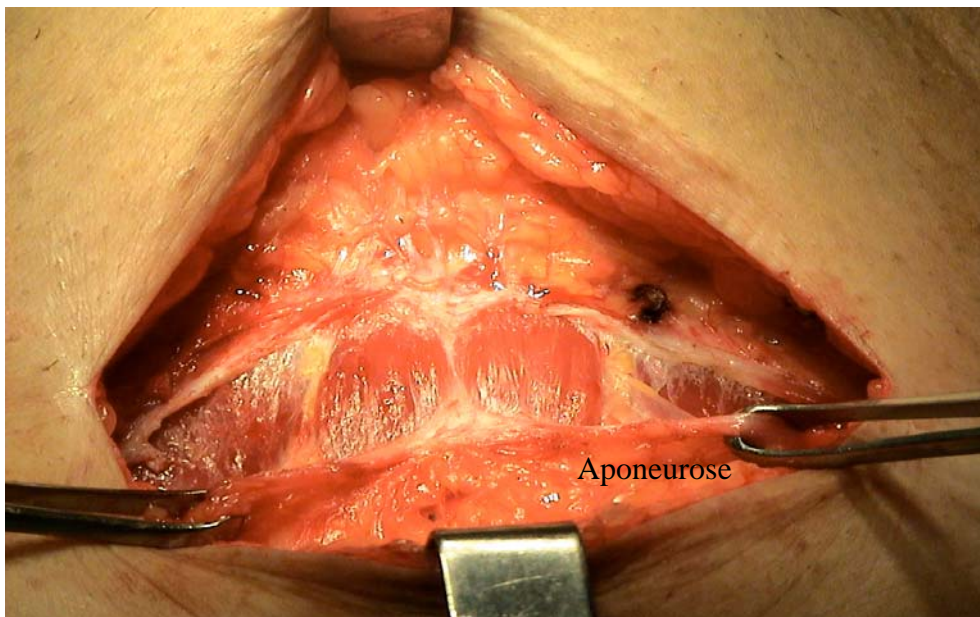


FIGURA 8 – Identificação da aponeurose reto abdominal



FIGURA 9 - Retalho de aponeurose abdominal com quatro pontos nas extremidades e um ponto de reparo medial

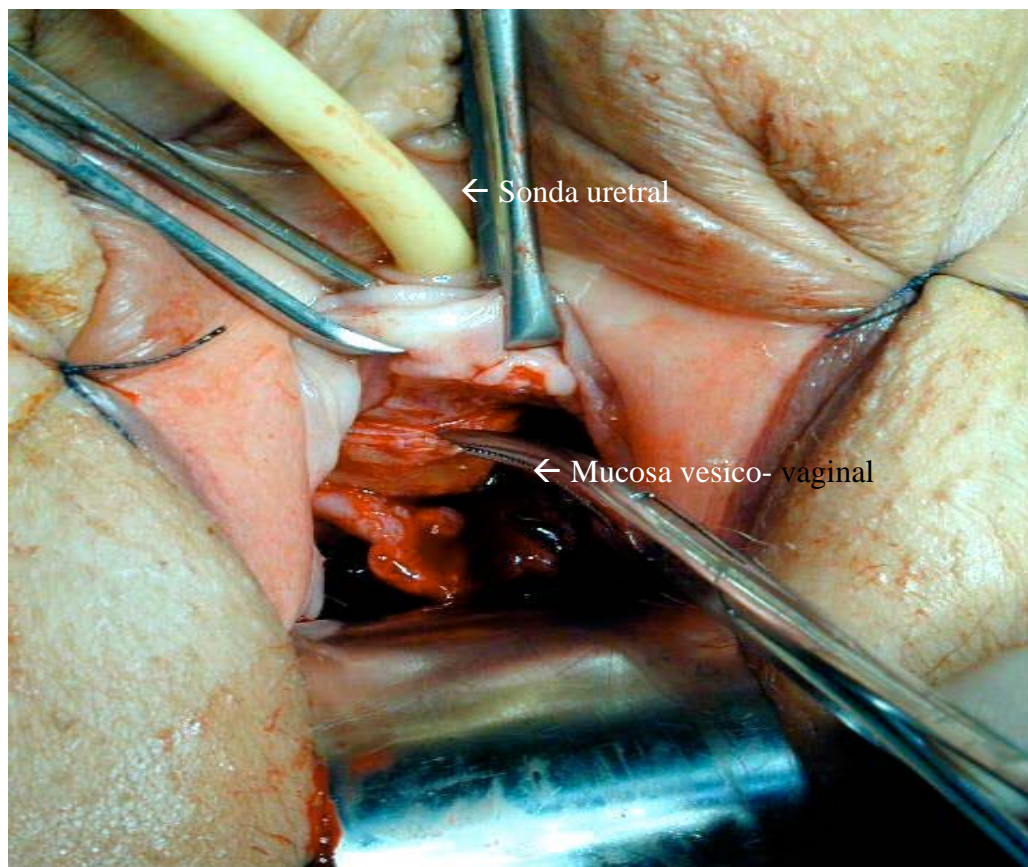


FIGURA 10 - Dissecção da mucosa vaginal ao nível de ângulo uretrovesical

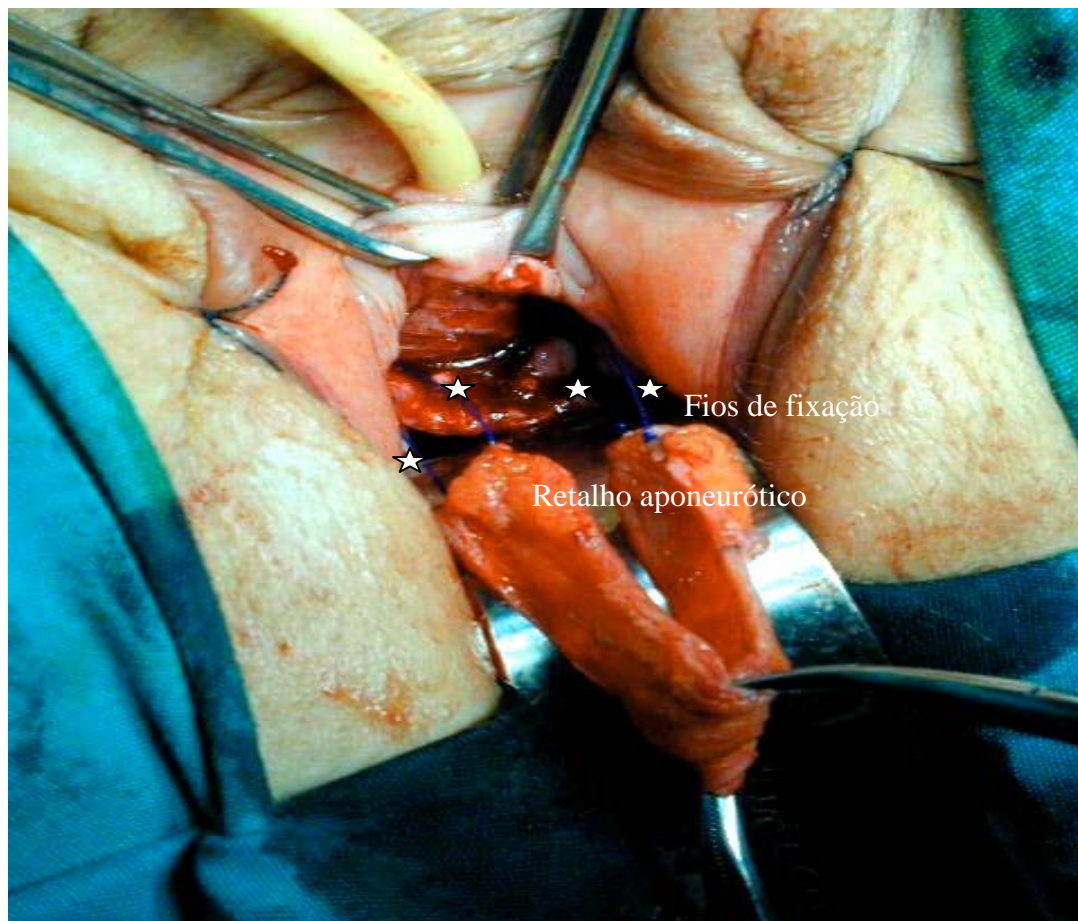


FIGURA 11- Aposição do retalho de aponeurose abdominal ao nível de terço proximal da uretra

4.4.3 SEGUIMENTO PÓS-CIRÚRGICO

Foram solicitados de maneira rotineira: sumário e cultura de urina no momento da alta hospitalar para serem realizados com sete dias no mínimo de pós-operatório. As pacientes foram orientadas para casa com uso de Rofecoxib 25mg a cada 12 horas por três dias e uso de creme ginecológico a base de acetato de clostebol e sulfato de neomicina por sete dias.

Foram orientadas para relatarem a presença de aumento de temperatura corporal, hiperemia ou edema cicatricial e a presença de secreção vaginal.

A primeira visita se deu com no mínimo quatorze dias, ocorrendo duas visitas subseqüentes com intervalo de pelo menos trinta dias. O preenchimento dos questionários de impacto de qualidade de vida (IIQ-7) e do inventário de stress urogenital (IEU-6) ocorreu com pelo menos dois meses de pós-operatório, quando foi realizada avaliação urodinâmica pós-operatória.

4.5. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

Considerou-se cura objetiva quando a paciente não apresentou perda de urina durante a realização de exame urodinâmico no pós-operatório em observação feita pelo médico.

O critério de cura subjetiva baseou-se na resposta da paciente na avaliação pós-operatória quando se considerava: curada, melhorada ou com piora do seu quadro de incontinência no tocante ao resultado da cirurgia.

Os escores dos questionários de impacto de incontinência e inventário de estresse urogenital foram obtidos da seguinte forma: escore zero quando a paciente marcava “não afeta”; escore um “afeta de maneira leve”; escore dois “afeta de maneira moderada”; escore três “afeta de maneira acentuada”.

Os valores de cada quesito que variavam zero a três que foi multiplicado por 33 1/3 para colocar os escores numa escala de zero a cem. Maiores escores significavam maior impacto ou estresse percebido pela paciente quanto ao problema da incontinência urinária (piora), menores valores indicavam o contrário (melhora).

A melhora no escore dos questionários foi calculada da seguinte maneira:

Coefficiente C = (Escore do questionário no pré-operatório) – (Escore do questionário no pós-operatório) / (Escore no pré-operatório)

Valor de C maior ou igual a 60% considerado como excelente melhora;

Valor de C maior ou igual a 30% e menor que 60% considerado como melhora moderada;

Valor de C maior ou igual a zero por cento e menor que 30% considerado como sem alteração

Valor de C menor que zero por cento considerado como piora (TAMURA et al.2000).

Valores da pressão de perda ao esforço dos exames de urodinâmica foram também avaliados.

Considerou-se volume residual aumentado pós-micção espontânea no pós-operatório imediato quando se encontrava resultado acima de 150ml.

4.6. NOMENCLATURA

Na abordagem da casuística do presente trabalho adotamos a nomenclatura do *2nd International Consultation on Incontinence, 2001* que define:

- Incontinência urinária como perda involuntária de urina que é um problema social ou higiênico, subdividindo posteriormente como:
 - Urge incontinência como a queixa de perda involuntária de urina acompanhada ou precedida imediatamente por sensação de urgência,
- Incontinência urinária de esforço como a queixa de perda involuntária de urina aos esforços físicos, tosse ou espirro,
- A incontinência urodinâmica de esforço (IUE), como a perda involuntária de urina durante aumento da pressão abdominal na ausência de contração do detrusor.

A nomenclatura dos trabalhos referidos no corpo da monografia foi mantida como a original .

4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As análises estatísticas foram realizadas com a utilização do programa estatístico SPSS para Windows (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 10.1. Adotou-se o nível de significância estatística de 0,05 (alfa=5%) níveis descritivos (p) inferiores a esse valor foram considerados significantes. Avaliações básicas (mediana, desvio padrão) foram realizadas para os dados de idade, índice de massa corporal, seguimento pós-operatório, período de internamento hospitalar, resíduo pós-miccional, número de partos vaginais, escores dos questionários de impacto de incontinência urinária e inventário de estresse urogenital e pressão de perda de esforço.

Diferenças entre os resultados de pré e pós-operatório foram analisadas com o teste não paramétrico de Wilcoxon (Z). Correlações entre dados não paramétricos foram feitas através de teste de Spearman (ρ). As comparações entre três ou mais variáveis independentes foram feitas pela prova não paramétrica de Kruskal-Wallis (H).

Teste estatístico do qui-quadrado foi realizado para comparação entre variáveis nominais.

Foram utilizados testes não paramétricos devido à distribuição dos dados.

5. RESULTADOS

Todas as intervenções cirúrgicas realizadas foram completadas com sucesso. Não foram observadas lesões de bexiga, de ureter, infecção de ferida cirúrgica ou deiscência. O sangramento observado no intra-operatório foi mínimo.

5.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

A idade das pacientes variou de 41 a 77 anos com uma mediana de 56 anos. Observou-se um índice de massa corpórea com variação de 20 a 34 e mediana de 25. A paridade do variou de zero a oito partos vaginais com mediana de três partos. Sete pacientes (23%) haviam se submetido a procedimento cirúrgico anterior de correção de incontinência urinária. Duas pacientes haviam realizado cirurgia de Burch e cinco haviam realizado cistopexia com colpoperineoplastia (Tabela I).

5.2. CRITÉRIOS DE CURA

Dezessete pacientes (65,4%) relataram estar curadas após o procedimento cirúrgico e oito pacientes referiram melhora clínica. Vinte e cinco pacientes (96,2%), portanto relataram melhora com o procedimento cirúrgico, e afirmaram que se submeteriam novamente à cirurgia. Não foi observada diferença com significância estatística entre as pacientes que se submeteram à

cirurgia de Burch e aquelas que realizaram sling vaginal quanto aos critérios subjetivos e objetivos de cura ou melhora.

Uma paciente, que realizou cirurgia de Burch, relatou efeito adverso do procedimento cirúrgico quanto à sua continência, reportando piora do quadro clínico (Tabela II).

Quanto ao critério de cura objetiva, vinte e cinco pacientes (96,2%) não apresentaram perda de urina aos esforços no momento da realização do exame de urodinâmica no pós-operatório. Uma paciente apresentou perda de urina aos esforços.

As pacientes que realizaram cirurgias prévias de incontinência urinária apresentaram taxas de cura semelhantes às daquelas que não haviam realizado procedimento cirúrgico anterior (Tabela III)

TABELA 1- CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

	TIPO DE CIRURGIA REALIZADA		<i>p</i>
	SLING (n=14)	BURCH (n=12)	
IDADE	58 (7,3)	56 (11,9)	0,70
ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA (IMC)	25 (4,2)	25,5 (3,1)	0,40
SEGUIMENTO (MESES)	8,5 (3,3)	9 (5,6)	0,17
INTERNAMENTO (DIAS)	3 (0,27)	3 (0,6)	0,69
RESÍDUO URINÁRIO (ML)	67,5(63)	40 (32)	0,17
PARTOS VAGINAIS	3,5 (2,18)	1(2,86)	0,21
PRESSÃO DE PERDA DE ESFORÇO PÓS – OPERATÓRIA (PPE-PÓS)	150 (15,6)	140 (42)	0,85

Os valores apresentados são as medianas (desvio padrão)

TABELA 2 – CRITÉRIOS DE CURA SUBJETIVA e CIRURGIA REALIZADA

CRITÉRIO DE CURA	TIPO DE CIRURGIA		TOTAL
	BURCH	SLING	
CURA	7	10	17
MELHORA	4	4	8
PIORA	1	0	1
TOTAL	12	14	26

CHI²=1,38
P=0,5

TABELA 3 – CURA SUBJETIVA E CIRURGIAS ANTERIORES

		CURA			TOTAL
		CURA	MELHORA	PIORA	
CIRURGIA DE INCONTINÊNCIA ANTERIOR					
	NENHUMA	11	7	1	19
	SIM	6	1		7
TOTAL		17	8	1	26

Pearson Chi² =1,82

p=0,403

5.3. PERÍODO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

O tempo de internação hospitalar variou de dois a quatro dias com uma mediana de três dias. Um total de 24 pacientes (92,3%), sendo dez pacientes do grupo de cirurgia de Burch (grupo I) e quatorze pacientes que se submeteram a sling vaginal (grupo II), tiveram alta entre dois e três dias. Duas pacientes que se submeteram à cirurgia de Burch tiveram alta com quatro dias. Não foi observada diferença com significado estatístico entre as pacientes que se submeteram à cirurgia de Burch ou sling vaginal (Tabela I).

5.4. RESÍDUO MICCIONAL

No momento da alta hospitalar as pacientes foram avaliadas quanto ao volume residual após micção espontânea. Um grupo 22 pacientes (84,6%); sendo onze do grupo de cirurgia de Burch e onze do grupo de sling vaginal; apresentou resíduo urinário menor ou igual a 100ml. Quatro pacientes apresentaram volumes residuais maiores que 100ml, sendo uma de cirurgia de Burch e três de sling vaginal. Destas uma paciente apresentou volume residual de 250ml. Não foi observada diferença com significância estatística entre as pacientes que se submeteram à cirurgia de Burch ou sling (Tabela I).

5.5 ESCORES E COEFICIENTES “ C “ DOS QUESTIONÁRIOS DE IMPACTO DE INCONTINÊNCIA E INVENTÁRIO DE ESTRESSE UROGENITAL

Antes da realização dos procedimentos cirúrgicos o escore do Questionário de Impacto de Incontinência (QII-7) variou de 10 a 95 com mediana de 50. No período pós-operatório o escore apresentou variação de zero a 81 com mediana de zero; observou-se diferença estatisticamente significativa entre os dois resultados (Gráfico 1).

O escore do Inventário de estresse urogenital (ISU-6) no período pré-operatório variou de 17 a 94, com mediana de 53. Após a cirurgia a mediana foi de seis com variação de 16 a 35. Observou-se uma diminuição com significado estatístico em relação ao período pré-operatório (Gráfico 2)

O coeficiente de escore “C” do Questionário de Impacto de Incontinência apresentou melhora excelente em vinte e três pacientes(88,5%),melhora moderada em uma paciente (3,8%) e piora em duas pacientes (7,7%) (Gráfico 3).

O coeficiente de escore “C” do Inventário de Estresse Urogenital apresentou melhora excelente em vinte e duas pacientes (84,6%), melhora moderada em duas pacientes (7,7%) e piora em duas pacientes(7,7%) (Gráfico 4).

A paciente 16 que relatou piora do quadro de incontinência após a cirurgia de Burch apresentou escore do questionário de impacto de qualidade de vida de 52 e 81 no pré e pós-operatório respectivamente. O Inventário de estresse urogenital apresentou escores de 44 e 61 no pré e pós-operatório respectivamente. Esta paciente apresentou pressão de perda abdominal de 120cmH₂O no pré-operatório e pressão abdominal de 90 cmH₂O no pós-operatório. Objetivamente foi observada perda de urina durante a avaliação

urodinâmica no pós-operatório. Ao ser questionada respondeu que não realizaria novamente a cirurgia.

A paciente 17 que realizou cirurgia de Burch relatou que melhora do quadro clínico de incontinência urinária. Apresentou escore do questionário de impacto de qualidade de vida de 19 no pré-operatório e 33 no pós-operatório. Os escores do inventário de estresse urogenital foram de 28 e 61 no pré e pós-operatório respectivamente.

Objetivamente a paciente apresentava-se curada. Foi observada pressão de perda abdominal de 100 cmH₂O antes da cirurgia e de 120cmH₂O após a cirurgia. Indagada se realizaria novamente o procedimento cirúrgico respondeu que sim.

Foi observado que as pacientes que relataram cura clínica apresentaram menores escores dos questionários de QII e ISU no pós-operatório em relação àquelas que relataram melhora e piora clínica embora esta tendência não tenha apresentado valor com significado estatístico (Gráfico 5 - 6).

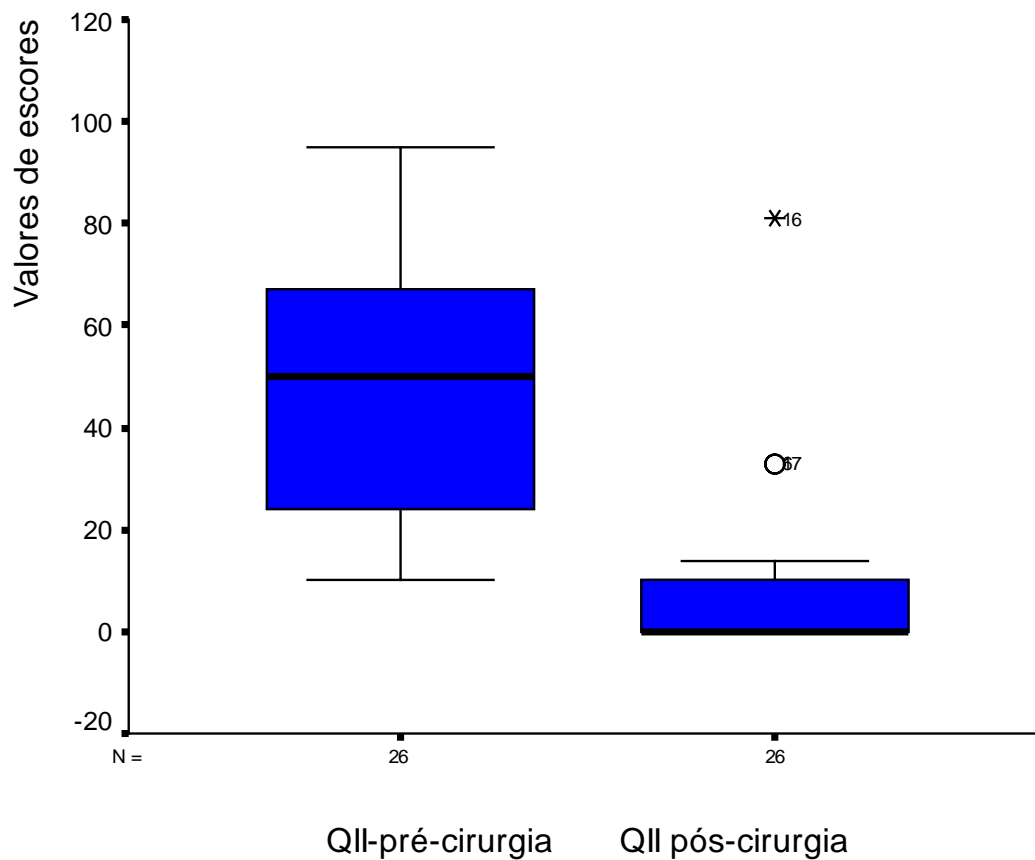


GRÁFICO 1 – Box-Plot mostra o valor médio, variação percentil, valores máximo mínimo e valores extremos acima ou abaixo da média do escore Do Questionário de Impacto de Incontinência pré e pós-operatório ($p=0,00$).

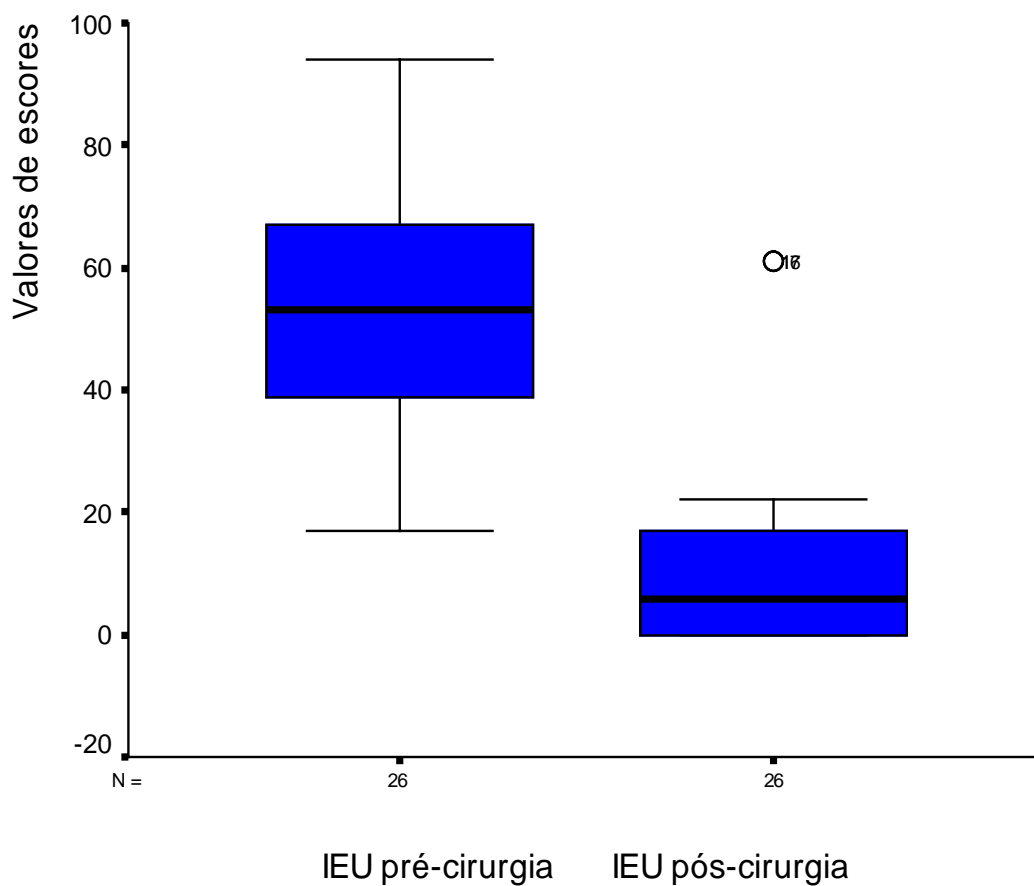


GRÁFICO 2 – Box Plot mostra o valor médio, variação percentil, valores máximo
mínimo, valores extremos acima ou abaixo da média do escore do Inventário de estress urogenital pré e pós cirurgia ($p=0,00$).

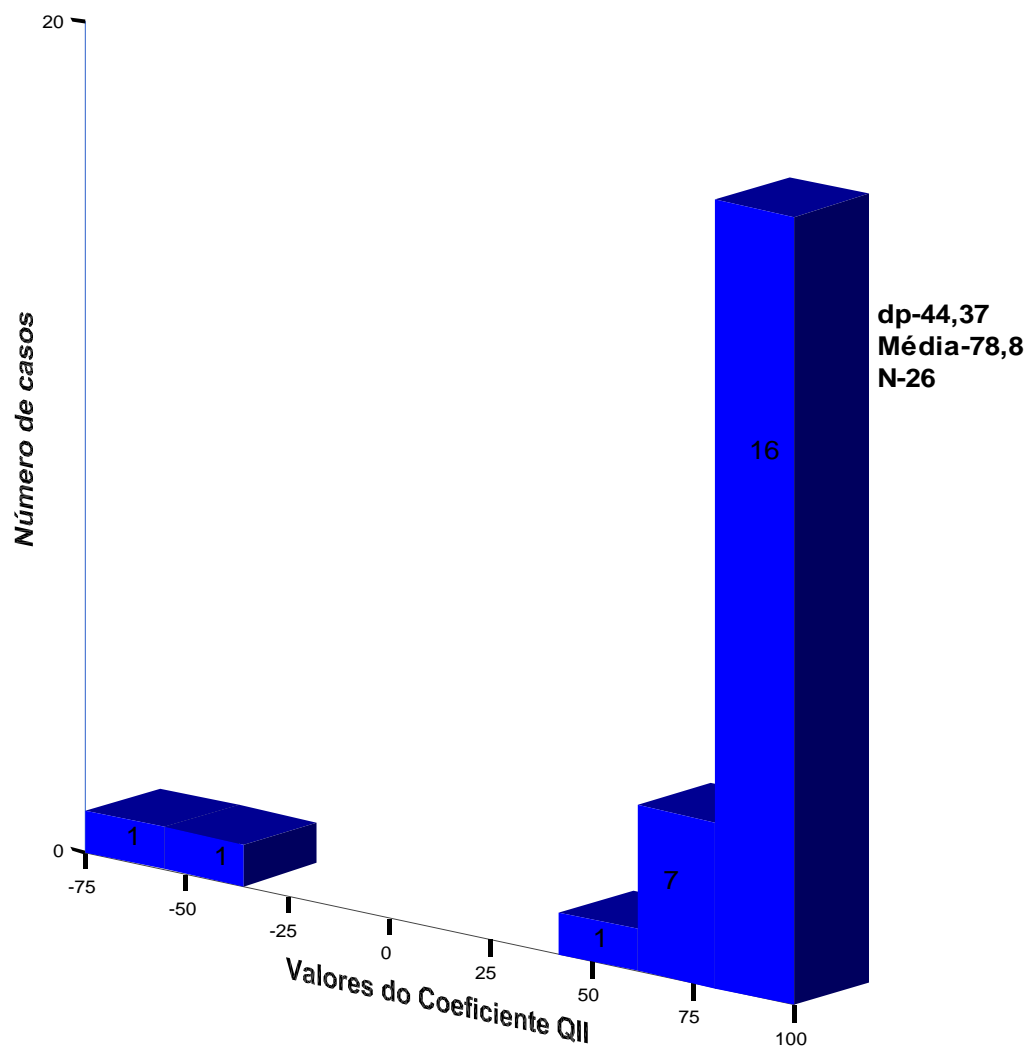


GRÁFICO 3 – Histograma - Valores do coeficiente “C” do questionário de Impacto de incontinência e o número de pacientes com cada valor.

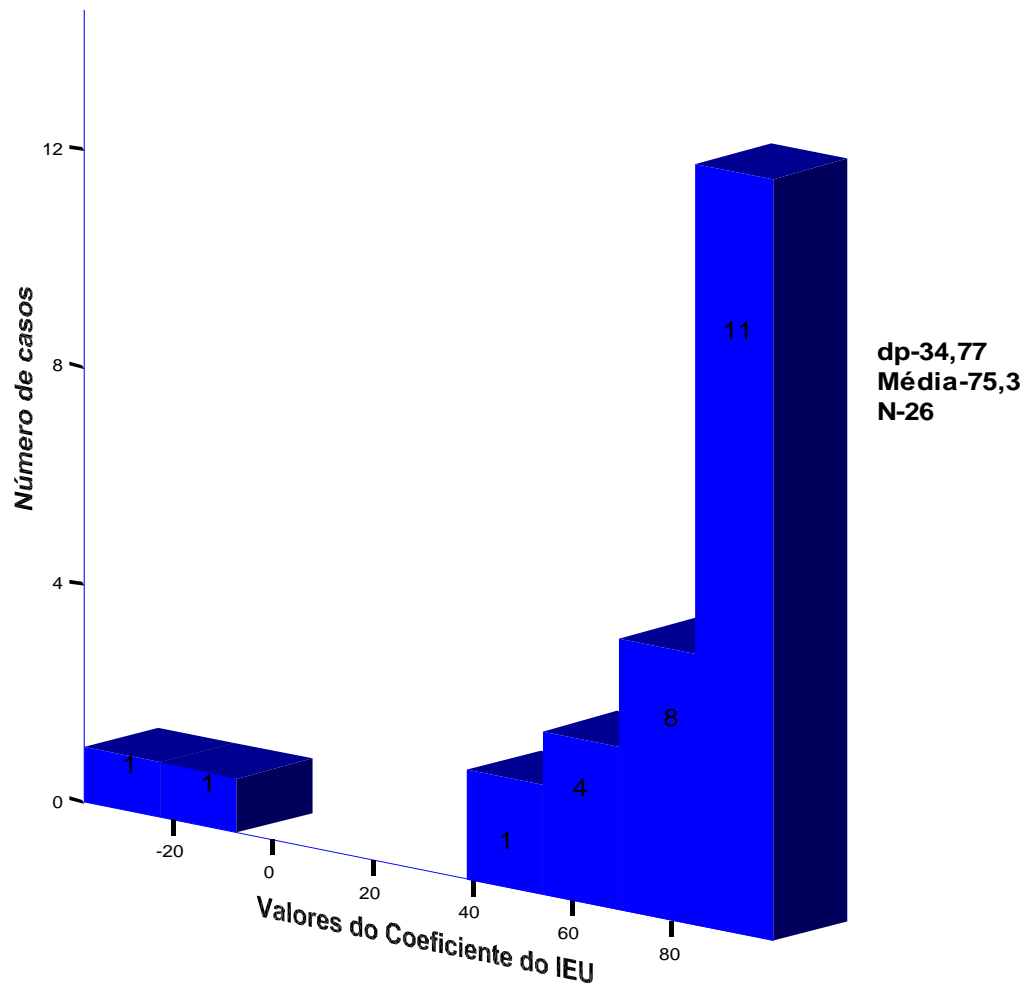


GRÁFICO 4 –Histograma - Valores do coeficiente “C” do Inventário de Estresse Urogenital e o número de pacientes com cada valor

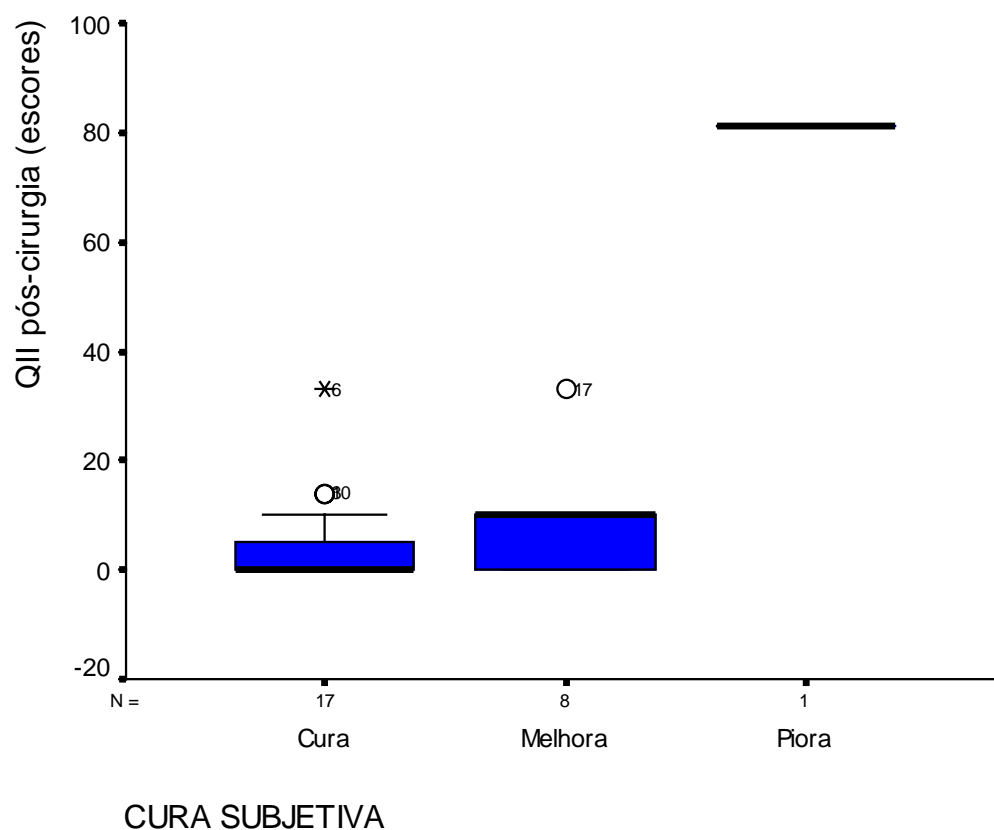
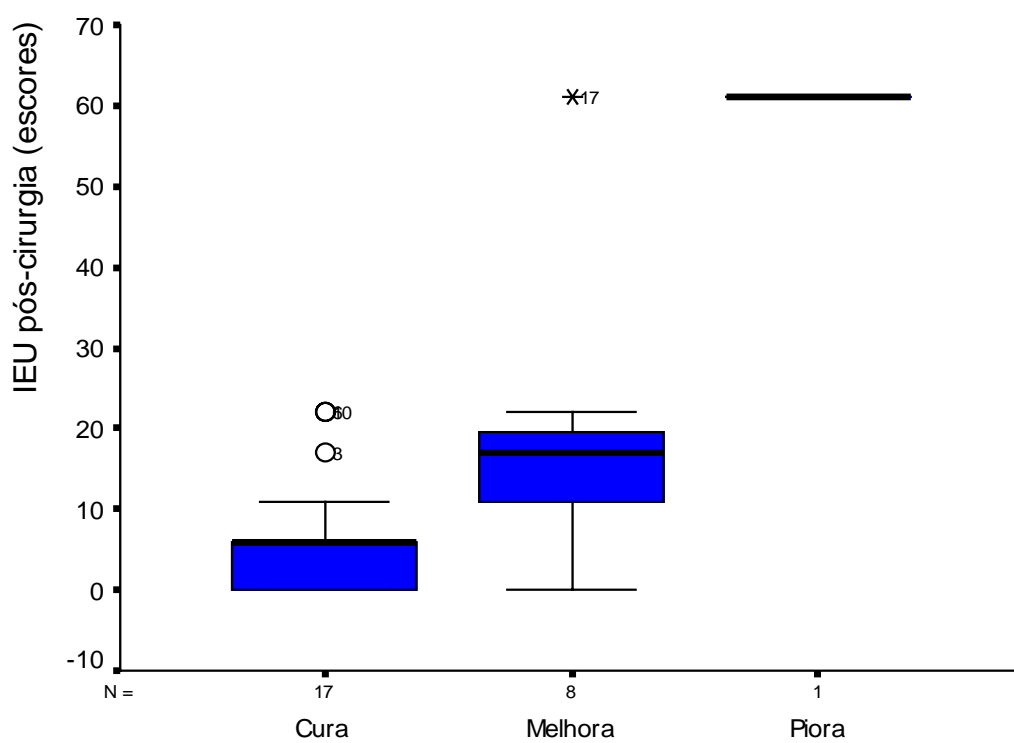


GRÁFICO 5 – Box Plot mostra valores médio , variação percentil , valores máximo , mínimo, valores extremos acima ou abaixo da média do escore do Questionário de Impacto de qualidade de vida no pós-operatório de pacientes com cura, melhora e piora subjetiva ($p=0,07$)



CURA SUBJETIVA

GRÁFICO 6– *Box Plot* mostra valores médios, variação percentil, valores máximo , mínimo, valores extremos acima ou abaixo da média do escore do Inventário de Estresse urogenital pós-operatório de pacientes com cura melhora e piora clínica ($p=0,02$)

5.6. SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO

O seguimento pós-operatório variou de quatro a 22 meses com mediana de nove meses. Não foi observada diferença no tempo de seguimento entre as pacientes que se submeteram à cirurgia de Burch (mediana de nove meses) e àquelas que realizaram sling vaginal (mediana de oito meses e meio) (Tabela I).

5.7. AVALIAÇÃO URODINÂMICA

A pressão de perda de esforço (PPE) no período pré-operatório variou de 40 a 140 centímetros de água (cmH₂O) com mediana de 95, tendo sido observado em metade das pacientes uma PPE abaixo de 90. No período pós-operatório a pressão de perda de esforço variou de 60 a 213 cm H₂O com uma mediana de 150 cm H₂O. Vinte e cinco pacientes (96,2%) apresentaram uma pressão de perda acima de 90 cm H₂O.

Não foi observada diferença entre as pressões de perda de esforço no pós-operatório quanto ao tipo de cirurgia realizada.

Foi observada tendência de correlação de maiores valores dos escores dos questionários de impacto de incontinência e inventário de estresse urogenital no pós-operatório, piora, com menores valores da pressão de perda de esforço no pós-operatório (Gráficos 7-8).

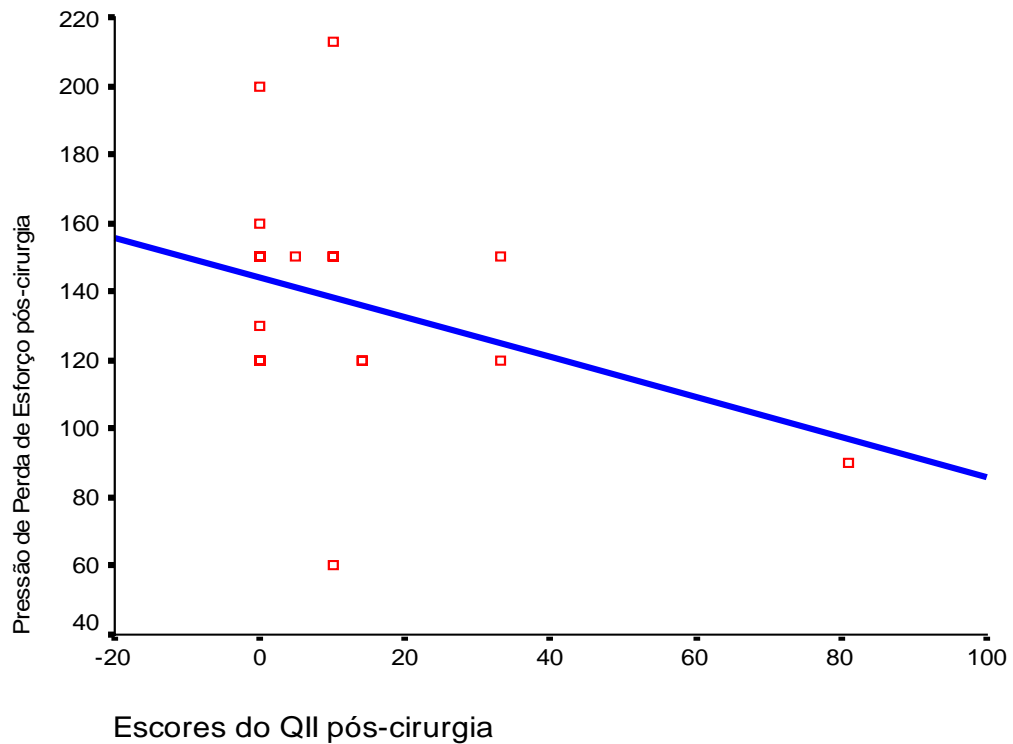


GRÁFICO 7- Diagrama pontilhado – Correlação entre valores dos escores do Questionário de Impacto de Incontinência pós-cirurgia e valores da pressão de perda de esforço no pós-operatório ($\rho=-0,24$ $p=0,2$).

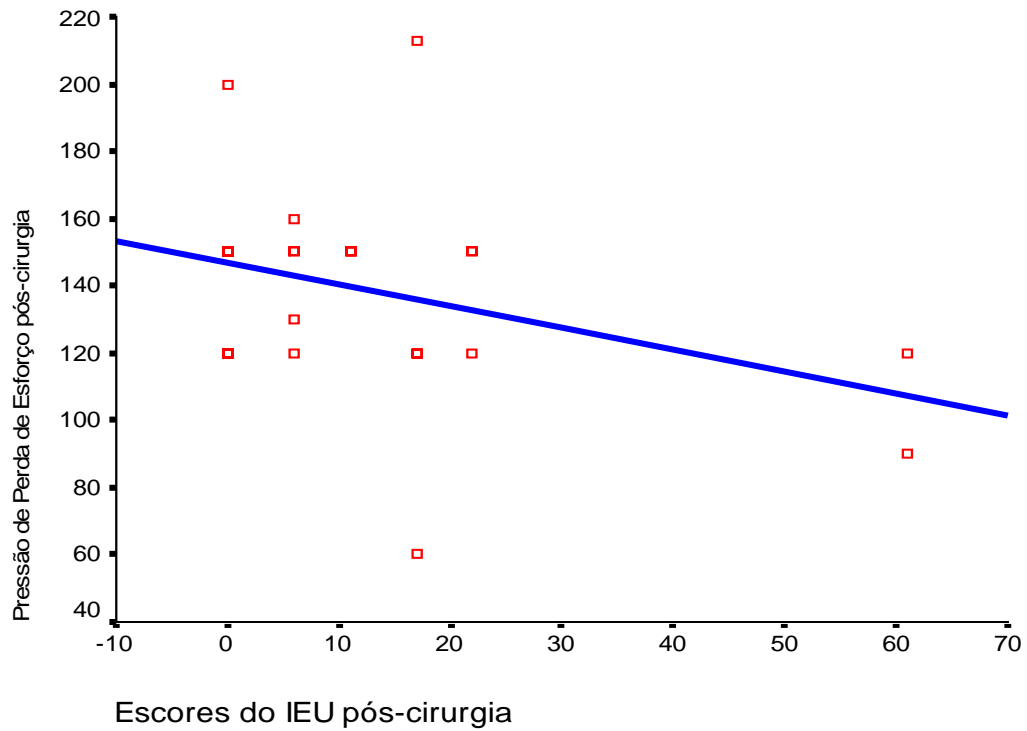


GRÁFICO 8- Diagrama pontilhado – Correlação entre valores dos escores do Inventário de Estresse Urogenital pós-cirurgia e valores da pressão de perda de esforço no pós-operatório ($\rho=-0,24$ $p=0,2$).

5.8. DISFUNÇÃO MICCIONAL

5.8.1. RETENÇÃO

O caso 01 apresentou quadro de retenção urinária no pós-operatório imediato com resíduo pós-micção de 250ml. Realizou cirurgia de sling vaginal e havia se submetido à cirurgia de Burch 17 meses antes. Recebeu alta hospitalar com sondagem suprapúbica, conseguindo retorno da micção normal com seis dias de pós-operatório. Na avaliação urodinâmica de pós-operatório, realizada com cinco meses de pós-operatório apresentou exame dentro de padrões normais com pressão de perda abdominal de 150 centímetros d'água.

5.8.2. PADRÃO MICCIONAL OBSTRUTIVO

O caso 18 realizou cirurgia de sling vaginal tendo sido observado volume residual no dia da alta de 80ml. Apresentou no pós-operatório quadro clínico de “dificuldade em urinar”, a avaliação urodinâmica realizada com três meses de pós-operatório apresentou pressão de perda abdominal (ALPP) de 120 cm H₂O tendo sido evidenciado contrações do detrusor de alta amplitude com fluxo urinário no limite inferior, sugerindo padrão obstrutivo leve.

O caso 26 realizou cirurgia de sling vaginal, com volume residual no dia da alta hospitalar de 140ml. A paciente relatou que apresentava sensação de “urina presa” no seguimento pós-operatório.

A urodinâmica, realizada com três meses pós-cirurgia mostrou pressão de perda de esforço de 150, tendo sido observadas contrações de alta amplitude com baixo fluxo sugerindo padrão obstrutivo leve.

5.8.2. URGÊNCIA MICCIONAL

O caso 11 realizou cirurgia de Burch. Apresentou durante o pós-operatório queixa de urgência miccional. Na avaliação urodinâmica realizada com cinco meses pós-cirurgia foi verificada pressão de perda de esforço de 60 cmH₂O com presença de contrações não inibidas do detrusor.

O caso 15 realizou cirurgia de Burch. No pós-operatório referiu discreta queixa de urgência miccional. A urodinâmica realizada com sete meses de pós-operatório mostrou uma pressão de perda de esforço de 213 cmH₂O, e presença de contrações não inibidas do detrusor.

O caso 20 realizou cirurgia de Burch. Queixou-se de urgência miccional no seguimento cirúrgico. Avaliação urodinâmica realizada com seis meses de pós-operatório evidenciou pressão de perda de esforço de 150 cm H₂O, presença de contrações não inibidas do detrusor de alta amplitude, com bom fluxo urinário.

5.8.3. INCONTINÊNCIA URINÁRIA

O caso 16 realizou cirurgia de Burch. Apresentou queixas de recidiva da incontinência urinária com 02 meses de pós-operatório. Realizou exame urodinâmico nesta época tendo sido mostrada uma piora da pressão de perda de esforço de 120cmH₂O de antes da cirurgia, para 90cmH₂O pós-cirurgia.

6.0 DISCUSSÃO

Qual a expectativa de uma mulher com incontinência urinária em relação à resolução do seu problema? O que ela considera como cura?

Gramaticalmente cura pode ser definida como a restauração da saúde ou estado de bem estar (AURELIO,1993) .Sua definição clínica pode ser feita de várias maneiras. A cura subjetiva correlaciona-se à expressão de ausência de sinais ou sintomas por parte das pacientes, estado em que a resolução total ou parcial dos sinais ou sintomas supera o incomodo causado por estes, ao passo que cura objetiva é critério utilizado para descrever os resultados de testes clínicos, que se relacionam com as mudanças do processo patológico, seja do ponto de vista morfológico ou funcional.

A incontinência urinária de esforço é uma condição cada vez mais diagnosticada seja pela busca mais precoce de assistência médica por mulheres com perdas urinárias e/ou por uma maior conscientização dos profissionais de saúde na investigação de suas pacientes (FEROLLA,2001). Esse maior diagnóstico delinea-se paralelo a uma mudança na conceituação do que seja cura de pacientes com incontinência urinária.

Nos últimos anos tem-se reconhecido gradativamente o papel central desempenhado pela opinião dos pacientes no tocante aos resultados dos tratamentos médicos. O nível de satisfação obtido pelos pacientes no tocante às suas expectativas dos tratamentos efetuados passou a desempenhar papel importante na avaliação da eficácia terapêutica.

Apesar de abordagem relativamente recente, os conceitos de qualidade de vida associada à saúde já haviam sido discutidos há algum tempo (CODMAN, 1914; LEMBCKE, 1952).

Na última década avaliar o que as pacientes com incontinência urinária consideram como importante quanto ao resultado das diferentes terapias empregadas no tratamento da incontinência urinária , abordagem que inicialmente fazia parte apenas das pesquisas e de estudos clínicos comparativos, passou a ser ponto fundamental no processo decisório de qual a melhor terapia a utilizar no cotidiano dos médicos (KELLEHER, 2000).

A literatura médica é extensa no tocante aos diferentes tipos de cirurgias de correção de incontinência urinária , embora a comparação da eficácia das diferentes técnicas seja difícil devido às discrepâncias de metodologia nos estudos (JARVIS, 1994) . Critérios de seleção diferentes, amostras de tamanhos diferentes, metodologia diversa com inclusão de estudos retrospectivos ou prospectivos com ou sem randomização, diferentes critérios de cura, subjetiva ou objetiva, e principalmente tempos de seguimento variáveis são fatores que dificultam uma análise adequada dos diversos ensaios clínicos.

O procedimento cirúrgico ideal deveria além de eficaz apresentar baixa morbidade e longa duração dos resultados obtidos. Em revisão sistemática publicada sobre a eficácia de diferentes cirurgias para incontinência urinária BLACK e DOWNS, em 1996, revisaram 943 trabalhos, dos quais selecionaram 76 estudos retrospectivos que classificaram como ensaios clínicos quase experimentais com bom desenho metodológico. LEACH, APPEL, DMOCHOWSKI et al., 1997, analisaram 5322 trabalhos sobre tratamento de incontinência urinária, considerando ao final de sua análise 282 trabalhos que incluíam estudos de coorte e retrospectivos. Os dois grupos concluíram que a cirurgia de Burch e o sling vaginal apresentaram resultados semelhantes, sendo superiores a outras técnicas como colporrafia vaginal e suspensão por agulha,

independente de que tivessem sido realizadas como cirurgias primárias ou cirurgias de repetição.

Em 2001, BEZERRA em revisão da literatura que incluiu apenas ensaios clínicos randomizados nos quais pelo menos um dos braços da pesquisa tinha a

cirurgia de sling como grupo de estudo, não encontrou respaldo em estudos de primeira linha para apontar a cirurgia de sling como o melhor tratamento cirúrgico para a incontinência urinária.

Obedecendo a critérios já discutidos na metodologia foram escolhidas as cirurgias de colposuspensão de Burch e sling vaginal autólogo como as técnicas empregadas no grupo de pacientes incontinentes estudados.

Qualidade de vida é um conceito multidimensional tendo uma relação direta com a percepção e satisfação de cada um com seu bem estar físico, social e emocional (COULTER,1993). No tocante às pacientes com incontinência urinária, mudanças percebidas quanto à qualidade de vida nem sempre se correlacionam com os resultados de avaliações objetivas, como o teste de urodinâmica. Sendo problema complexo com diferentes etiologias e diferentes abordagens a incontinência urinária afeta a vida das mulheres de maneira e intensidade diferentes, sendo modificada por fatores como: idade; raça e cultura (VERHAAK,1995).

Qual o por quê dos questionários de qualidade de vida? Apesar de que a obtenção de uma história clínica detalhada de pacientes com incontinência urinária seja etapa importante na avaliação dos sintomas e do desconforto ocasionado, não há metodologia padronizada, variando de profissional para profissional, como entre as pacientes, produzindo resultados distintos e de confiabilidade duvidosa. Avaliar este aspecto subjetivo de maneira padronizada e reproduzível necessita de instrumentos confiáveis e reproduzíveis. Os primeiros questionários como o esquema de BOYARSKY, JONES, PAULSON et al., 1977 e o escore de Stamey (KORMAN, 1994) surgiram na tentativa de padronizar a coleta da história clínica de mulheres incontinentes. Esses questionários, no

entanto não foram posteriormente validados nem testados quanto à sua confiabilidade , mostrando-se instrumentos não representativos da perspectiva da paciente quanto à sua condição.

Foram então desenvolvidos questionários específicos para esta finalidade, com emprego de metodologia adequada na sua elaboração : a psicometria , para que os resultados obtidos reproduzissem de maneira confiável o impacto dos sintomas experimentados pelas pacientes.

Embora os questionários de qualidade de vida tenham principiado o seu desenvolvimento desde o final da década de setenta , ainda constituem um pequeno nicho das publicações científicas. Em 1980 as publicações de qualidade de vida constituíam 0,1% de todas as publicações indexadas em 1980 , 0,4% em 1990 e somente 0,9% atualmente (GLADIS,1999)

Na determinação da escolha de um questionário que permita avaliar os aspectos subjetivos do impacto da incontinência urinária na qualidade de vida das pacientes, deve-se analisar não apenas sua confiabilidade e validação científica, mas buscar questionários constituídos por questões de fácil entendimento e brevidade nos quesitos que permitam uma fácil aplicabilidade com menor risco de viés. As formas reduzidas dos questionários de impacto de incontinência e estresse urogenital além de satisfazerem esses requisitos (UERBARSAX,1995), receberam recomendação grau A, dentre os possíveis níveis: A (altamente recomendados),B (recomendados) e C (com potencial), pelo Comitê do Segundo Encontro de Consultoria em Incontinência urinária (DONOVAN,2002).

A Sociedade Internacional de Continência passou a recomendar que questionários de avaliação de qualidade de vida sejam incluídos em todos os estudos de incontinência urinária como complemento às medidas clínicas (BLAIVAS,1997). Os questionários de qualidade de vida são os métodos mais confiáveis e adequados para avaliar a perspectiva da paciente quanto ao

impacto ocasionado pela incontinência urinária na sua qualidade de vida (AARONSON,1989).

A aplicação dos questionários foi feita sempre pela mesma pessoa, não médica, através de telefone, em contato domiciliar, buscando além de padronizar o ambiente de contato com a paciente também diminuir o risco de viés, que poderia ocorrer se as pacientes respondessem diretamente ao médico, o que poderia alterar os resultados em virtude de as mesmas poderem querer agradar ao seu profissional.

A aplicação dos questionários foi realizada em um prazo mínimo de dois meses após a cirurgia (CORCOS,2002). É reconhecido que a cirurgia de correção de incontinência urinária logo após a sua realização apresenta efeito psicológico positivo o que pode levar a sensação de bem estar imediato, independente dos resultados da cirurgia (COHEN,1982). Faz-se portanto necessário um período de tempo para aplicação dos questionários após as cirurgias buscando minimizar este viés.

Foram incluídas no estudo apenas pacientes com diagnóstico estabelecido de incontinência urodinâmica de esforço. Seria difícil comparar adequadamente o impacto da perda de urina em grupos de pacientes distintas como aquelas com incontinência urodinâmica de esforço e urge incontinência. Vários estudos na literatura atribuem um maior desconforto ao último grupo (HUNSKAR et al.1991 – GRIMBY et al.1993). WYMAN et al.,1987, atribuíram isto ao fato de que mulheres com urge incontinência possuem menor capacidade de prever os episódios de incontinência , têm maiores fatores precipitantes de perda de urina ,e portanto , possuem uma menor sensação de controle sobre sua bexiga do que as pacientes com incontinência urinária de esforço.

Em 1991, BURGIO encontrou uma maior prevalência de incontinência urinária em mulheres com faixa etária entre 45 e 60 anos, citando a incontinência urinária de esforço como o tipo mais comum. REKERS et al., em 1992, ao investigar a prevalência e as conseqüências da incontinência urinária em um grupo de 1229 mulheres com idade entre 35 e 79 anos, constataram freqüências mais elevadas em mulheres mais jovens (30%),

comparativamente àquelas pertencentes à faixa etária de 65 a 69 anos (14,4%). Esses estudos corroboram nossos achados no tocante a característica demográfica idade, onde 65,4% das mulheres enquadram-se na faixa etária de 41 a 61 anos.

Tais resultados contribuem para desmistificar o pensamento de ser a incontinência urinária um processo normal do envelhecimento que acomete apenas ou principalmente mulheres de idade avançada.

Constatamos uma tendência em que pacientes mais velhas apresentaram menores escores (melhora) nos questionários aplicados. O fato de mulheres mais idosas conviverem melhor com a incontinência urinária de esforço pode estar associado ao amadurecimento pessoal, melhor convivência com os outros e o ambiente bem como menor “exposição pública” em relação às mulheres mais jovens que usualmente têm maior atividade fora de casa. Segundo FERRANS, 1993, o avanço da idade leva as pessoas a priorizarem certos valores vitais e modificarem suas aspirações e expectativas pessoais levando a um melhor processo adaptativo buscando a manutenção do seu bem estar, o que também contribuiria para uma melhor aceitação dos sintomas de incontinência numa faixa etária maior. Corroborando os dados anteriores, em 1993, SANDVIK relatou que pacientes com incontinência urinária de esforço com menos de 67 anos de idade referiram maior estresse mental e restrições sociais que as pacientes com mais de 67 anos de idade também acometidas com IUE. Deve-se ressaltar mais uma vez que a crença de que a incontinência urinária é conseqüência inevitável do processo de envelhecimento pode ter contribuído indiretamente para estes achados.

A literatura médica apresenta vários estudos mostrando uma ligação entre o número de partos vaginais e a predisposição do desenvolvimento de incontinência urinária. Entre as possíveis explicações para tal associação, poderiam ser referidos a possibilidade de lesão da musculatura do assoalho pélvico e tecido conectivo durante o trabalho de parto, bem como possível lesão

de nervos pélvicos entre os quais o podendo em decorrência do estiramento dos tecidos pélvicos durante o trabalho de parto (HUNSKAAR,2002).

Em 1980, THOMAS relatou que a incontinência urinária apresentava maior probabilidade de ocorrer em múltiparas do que em primíparas em qualquer faixa etária. JOLLEYS, 1988, sugeriu uma relação quase linear entre a prevalência da incontinência urinária e a paridade. Outros encontraram como fator predisponente pelo menos um parto vaginal (FAUNDES, 2001; KUH, 1999). GROUTZ et al, em 2003, avaliou 363 pacientes subdivididas em três grupos. O primeiro de 145 pacientes que tiveram parto normal, o segundo composto de 100 pacientes que entraram em trabalho de parto e realizaram cesárea depois de parada da evolução do parto e o terceiro grupo era constituído de 118 pacientes que realizaram cesárea eletiva. Foi observado que as pacientes que realizaram cesárea eletiva apresentaram uma prevalência de incontinência urinária de esforço menor que aquelas que tiveram parto normal ou realizaram cesárea após terem entrado em trabalho de parto. Esse estudo aponta para a possibilidade de que a ausência de lesão do assoalho pélvico em pacientes que realizaram cesárea eletiva tenha sido o fator responsável pela menor prevalência pós-parto de incontinência urinária de esforço.

Ao analisar nesse estudo o número de partos das pacientes, constatou-se mediana de três partos (DP+ -2,54) por paciente, tendo onze delas (42,3%) de quatro a oito partos e nove pacientes (34,6%) de um a três partos.

Na amostra foi observada uma tendência de correlação de maiores escores (piora) tanto no questionário de impacto de incontinência como no inventário de estresse urogenital e o número crescente de partos vaginais. Foi também

observada uma tendência entre menores valores da pressão de perda aos esforços e o aumento da paridade vaginal. O efeito da paridade na severidade dos sintomas de incontinência urinária não apresenta consenso na literatura. Em 1999, KUH encontrou correlação estatisticamente significativa entre a severidade dos sintomas de incontinência urinária e o aumento da paridade, dados em concordância com nossos achados.

A obesidade é fator bem estabelecido como causa ou agravante da incontinência urinária (HUNSKAAR, 2002). O excesso de peso levaria a um aumento crônico da pressão nos músculos tecido conectivo e nervos do assoalho pélvico, ocasionando com o tempo lesão destas estruturas. Em 1988, DWYER constatou que a obesidade era significativamente mais comum entre pacientes com incontinência urinária que nas mulheres continentas. Observamos na nossa casuística um índice de massa corporal (IMC) com mediana de 25 (DP =/ - 3,73), tendo sido observado que nove pacientes (34,6%) apresentaram IMC entre 25 e 30 e três pacientes (11,4%) com IMC acima de 30.

Foi constatada uma tendência de correlação de maiores escores (piora) nos questionários de impacto de incontinência urinária e inventário de estresse urogenital com maiores valores do IMC. Foi também constatada uma tendência de correlação de menores valores da pressão de perda aos esforços com maiores valores do IMC, achados estes corroborados pela literatura médica HUNSKAAR, (2002). Pacientes com maior IMC apresentaram uma maior propensão à perda aos esforços e também uma maior expressão da severidade e impacto dos sintomas.

Em 1979, STANTON & CARDOZO, em um grupo de 43 pacientes com seguimento de dois anos, que haviam realizado colposuspensão, não evidenciaram diferença nas taxas de cura entre as pacientes que haviam ou não realizado cirurgias de incontinência urinária previamente. Em 1985, MILANI revisou o resultado de 86 pacientes que haviam realizado cirurgia de

colposuspensão ou MMK. Dezesesseis pacientes haviam realizado cirurgia prévia de reparo anteriores o que não influenciou na taxa de cura. EM 1994, KJOLHEDE reavaliou a taxa de cura de cinco anos de 236 pacientes que realizaram cirurgia de incontinência e reportaram uma taxa de cura de 33% em mulheres com cirurgias de incontinência prévia comparada com uma taxa geral de 68%. JARVIS, 1994, em meta-análise de cirurgia de incontinência demonstrou uma tendência de menores taxas de cura com cirurgias repetidas.

Na amostra a utilização do tratamento cirúrgico prévio para incontinência urinária foi realizada em sete pacientes, duas haviam realizado cirurgia de Burch e cinco haviam realizado cistopexia com colpoperineoplastia. Não foi observada diferença nas taxas de cura em relação a pacientes sem cirurgia de incontinência prévia. Embora a maioria dos dados da literatura disponíveis sugiram uma tendência de menores taxas de sucesso com repetidas cirurgias de incontinência urinária não existe consenso quanto a esse tópico (JARVIS, 1994).

Na literatura os estudos clínicos não apresentam um critério padronizado de cura para as cirurgias de correção de incontinência urinária de esforço (CHAIKIN, 1999). Alguns autores utilizam o preenchimento de questionários para o resultado pós-cirurgia (MASON, 1994). Outros preferem entrevistas por telefones (MAHLER, 2001), existem aqueles que utilizam a história clínica e o exame físico (SERELS, 1999). ROBINSON et al., 1998, definiram em estudo clínico cura subjetiva como sendo dependente da queixa de sintomas clínicos, enquanto a cura objetiva seria usada para descrever resultados de testes clínicos.

De acordo com o relatado na metodologia, o conceito de cura subjetiva relacionou-se à ausência de queixas de perda de urina aos esforços após a cirurgia expressada pela paciente, que relatava se estava curada, melhora dos sintomas de incontinência ou piora dos mesmos.

Cura objetiva relacionou-se a ausência de perda de urina aos esforços durante a realização do teste urodinâmico após a cirurgia, referida pelo médico que realizou os estudos urodinâmicos, que sempre foi o mesmo profissional.

ROSENWEIG et al. em 1991 observaram que nas operações mal sucedidas as mulheres apresentaram mudanças significativas no seu estado psicológico.

Em decorrência do uso de metodologias distintas, e critérios diversos de cura, sejam subjetivos ou objetivos, observam-se na literatura médica taxas variáveis de cura para a Cirurgia de Burch e o sling vaginal. Taxas que decaem com o progredir do tempo principalmente após dois anos de seguimento.

Em 1997, PETRI observou em 732 pacientes estudadas taxa de continência de 62,5% após um ano, com gradual queda ano após ano.

Em 1994, KJOELHEDE, RYDEN, em 243 pacientes encontraram taxa de sucesso de 63% em cinco a dez anos de seguimento. Em 1995, ALCALAY, MONGA, STANTON em 109 pacientes mostraram taxa de sucesso de 93,6% ao final de um ano e 69% com dez anos de seguimento. Em 1995, GIRÃO et al. encontrou taxa de sucesso de 82,1% após seguimento que variava um a dezenove meses. Em 1995, MARANA et al., observou taxa de sucesso decrescente, com cerca de 60% após 54 a 66 meses de seguimento.

O escore do questionário de impacto de incontinência, que avalia o impacto no cotidiano da paciente dos sintomas de incontinência urinária, no pré-operatório apresentou mediana de 50 (variação de 10 a 95). Após as cirurgias o escore apresentou mediana de zero (variação de zero a 81). A correlação do pré para o pós-operatório apresentou melhora com significância estatística ($p=0,000$). O escore do inventário de estresse urogenital, que avalia o grau de desconforto provocado nas pacientes pela incontinência urinária, que antes da cirurgia apresentou mediana de 53 (variação de 17 a 94), após o ato cirúrgico apresentou mediana de seis com (variação de 16 a 35). Observou-se também melhora com significância estatística do pré para o pós-operatório ($p=0,000$).

Em 2000,McGUIRE et al. em estudo clínico de 247 pacientes que se submeteram à cirurgia de sling vaginal com material autólogo, com seguimento de quatro anos, aplicaram o inventário de estresse urogenital para monitorizar a qualidade de vida destas pacientes .Utilizaram um valor de corte de escore de vinte para considerar as pacientes com escores abaixo deste valor como satisfeitas após terem realizado o procedimento cirúrgico. Utilizando metodologia semelhante, no período pré-cirúrgico apenas duas pacientes (7,7%) apresentaram escore do inventário de estresse urogenital abaixo ou igual a vinte, portanto 92,3% apresentaram escore significativo de insatisfeitas.

Na avaliação pós-operatória vinte e uma pacientes (80,8%) apresentaram escore abaixo de vinte , portanto satisfeitas, tendo duas pacientes apresentado escore de vinte e dois e apenas duas pacientes apresentaram escore de 61. Estes resultados mostram que a grande maioria das pacientes no nosso estudo apresentou um elevado grau de satisfação com o procedimento cirúrgico, achados respaldados pelo estudo de McGUIRE com amostra de 247 pacientes.

Em 1999 TAMURA et al. em estudo prospectivo em 183 pacientes com incontinência urinária que haviam realizado correção cirúrgica, aplicaram o questionário de impacto de incontinência e inventário de estresse urogenital , nas formas reduzidas. Buscando verificar o grau de satisfação das pacientes quanto aos escores dos questionários aplicados, desenvolveu um coeficiente aplicado para cada questionário, coeficiente já descrito na metodologia. Observaram que os coeficientes dos questionários, no grupo estudado apresentaram melhora excelente em 88,6% das pacientes , moderada em 7,9% das pacientes , sem alteração em 1,8% e piora em 1,8%. Aplicando essa mesma metodologia foi observada uma melhora excelente em 84,6% das pacientes , moderada em 7,7% das pacientes e piora em duas pacientes (7,7%), valores muito semelhantes aos obtidos por TAMURA et.al (1999).

Uma das pacientes que relatou piora foi o caso 16 que após realizar cirurgia de Burch apresentou recidiva de sua incontinência urinária após dois meses, tendo apresentado piora de pressão de perda aos esforços, com conseqüente repercussão negativa na sua qualidade de vida, atestado pela piora dos escores dos questionários, o questionário de impacto de incontinência que no pré-operatório foi de 52 apresentou escore de 81 após a cirurgia, e o inventário de estresse urogenital passou de 44 a 61 após a cirurgia.

A outra paciente que apresentou piora foi o caso 17, que realizou cirurgia de Burch, e embora tenha sido observada cura objetiva com padrão normal urodinâmico no pós-operatório, a mesma relatou que ocasionalmente apresentava sensação de urgência urinária embora negou incontinência urinária, o que leva a crer que esta queixa tenha sido o fator responsável pela

paciente referir piora quanto a sua qualidade de vida, expressa em piora dos escores nos questionários.

O questionário de impacto de incontinência passou de 19 a um escore de 33 no pós-operatório (piora) e o inventário de estresse urogenital passou de 28 a 61 (piora), apesar desta paciente apresentar cura por critérios objetivos, o que ressalta que os parâmetros objetivos nem sempre mostram o critério que mais importa a paciente no tocante ao seu bem estar pessoal.

Em 2002, CORCOS et al., tentaram estratificar os escores de questionários de qualidade de vida, usando o questionário de impacto de incontinência e o SF-36 (WARE, 1995) em um grupo de 237 pacientes que haviam se submetido a tratamento cirúrgico de incontinência urinária. Buscaram estratificar os resultados utilizando metodologia de KOHONEN, 1996, de *neural network*, buscando agrupar as pacientes em nichos de acordo com seus escores. Encontraram três agrupamentos de pacientes. Estimaram após análise que valores de escore do questionário de impacto de incontinência abaixo de 50 estariam associados a boa qualidade de vida, valores entre 50 e 70 associariam-se a moderada

qualidade de vida, valores acima de 70 seriam indicativo de pobre qualidade de vida. Utilizando esses valores de corte foi observado que 96,2% das pacientes apresentaram escores abaixo de 50, configurando boa qualidade de vida pós-cirurgia e apenas uma paciente o caso 16 que apresentou piora da incontinência no pós-operatório apresentou escore de 81, acima de 70 configurando pobre qualidade de vida. A paciente caso 17 que apresentou queixas de urgência urinária pós-cirurgia, não apresentou piora acentuada dos escores do questionário de impacto de incontinência. É importante ressaltar que CORCOS et al.,2002,não utilizaram o inventário de estresse urogenital não detectando portando o impacto da queixa de urgência urinária nas suas pacientes.

As três metodologias acima descritas, embora distintas na sua elaboração, e tendo em comum a tentativa de estratificar os valores dos escores

de qualidade de vida dos questionários utilizados, vêm a corroborar os nossos achados , embora com tamanhos de amostras diferentes.

Todas as pacientes estudadas foram submetidas à avaliação urodinâmica no pré-operatório e pós-operatório. A utilização da avaliação urodinâmica em pacientes com incontinência urodinâmica de esforço que vão realizar tratamento cirúrgico tem-se expandido nos últimos tempos. O estudo visa não apenas confirmar a incontinência urodinâmica de esforço , bem como auxilia na previsão de possíveis dificuldades miccionais como o desenvolvimento de padrão retencionista , se detectada hipoatividade do detrusor na avaliação pré-cirúrgica. A avaliação urodinâmica pós-operatória foi realizada com no mínimo dois meses, momento em que também foram reaplicados os questionários . Foi observada uma pressão de perda aos esforços no pré-operatório com mediana de 95 cm H₂O (variação de 40 a 140), sendo que metade das paciente apresentou pressão de perda aos esforços abaixo de 90cm H₂O. Após a cirurgia observou-se uma pressão de perda aos esforços com mediana de 150 (variação de 60 a 213). Sendo que vinte e cinco pacientes (96,2%) apresentaram pressão

de perda aos esforços acima de 90 cm H₂O. Observou-se uma melhora média de 47,15 cmH₂O (+/- 36,91) da pressão de perda aos esforços entre o pré e o pós-operatório com significância estatística ($p= 0,000$).

Apenas uma paciente, o caso 16 que havia realizado cirurgia de Burch apresentou queda dos valores da pressão de perda aos esforços.

A correlação entre parâmetros objetivos e subjetivos é complexa.

De maneira geral não se observa ligação entre a presença de sintomas urinários (incluindo a incontinência urinária) e medidas clínicas como avaliações urodinâmicas, visto que os testes objetivos por mais acurados que possam ser para estabelecer o diagnóstico, não traduzem a percepção da paciente do seu problema (VERSI et al,1991.;BERGMAN et al,1990). Alguém que apresente melhora na intensidade da incontinência urinária de esforço depois de determinado procedimento cirúrgico e passe a sofrer de urgência urinária

certamente poderá considerar o seu tratamento como falho apesar da melhora no resultado objetivo da urodinâmica.

Em 1996, JACKSON relatou que na maioria das vezes as limitações físicas, e psico-sociais são pobremente correlacionadas com achados urodinâmicos. Em estudo clínico, JOLLEYS et al., 1988, observaram que a prevalência dos sintomas não se correlacionou com o nível de desconforto relatado por pacientes incontinente. Um grupo de quatorze por cento das pacientes relatou noctúria, e 67% dessas referiram sentirem-se incomodadas. Em contraste, de um total de 78% das pacientes que relataram gotejamento pós-miccional, dezenove por cento relataram se sentirem incomodadas. EM 1989, FRASER et al. encontraram pouca correlação entre o grau de incontinência subjetiva medido por uma escala visual e testes objetivos de absorventes (*pad-test*). KUJANSUU et al., 1984, também mostraram pouca correlação entre o esforço físico para perda de urina e o grau objetivo de incontinência. De maneira semelhante McCORMACK, 1992, encontrou baixa correlação entre as informações obtidas através de diários miccionais e as medidas objetivas de

capacidade de bexiga. VERSI et al,1991;BERGMAN et al,1990, também observaram que as mudanças observadas em testes objetivos nem sempre se correlacionam com percepção subjetiva das pacientes

Alguns autores,no entanto, encontraram níveis de correlação entre dados objetivos e subjetivos. ALMEIDA,2001, observou em grupo de 34 pacientes submetidas a tratamento de incontinência urinária por estimulação magnética perineal que maiores aumentos na pressão de perda de valsalva foi significativamente correlacionada com melhora em parâmetros clínicos.

Em 2003,JEONG et al. observaram correlação entre a queixa clínica de perda urinária e valores de pressão de perda de valsalva.

No presente estudo a taxa de cura subjetiva foi de 65,4% (dezessete pacientes) tendo no entanto 96,1% das pacientes relatado se sentirem curadas

ou com melhora clínica após o procedimento cirúrgico após seguimento médio de nove meses (mínimo de quatro e máximo de 22 meses).

A taxa de cura objetiva observada foi de 96,1%.

Considerando o sentido estrito de cura subjetiva, de 65,4% excluindo as pacientes que relataram melhora ,observa-se disparidade entre as taxas de cura subjetiva e objetiva , que já foi relatada na literatura por outros autores (BLACK,1997). Nova ênfase de que o critério objetivo, urodinâmico nesse caso,como já referido anteriormente, não reflete a percepção das pacientes no tocante a sua qualidade de vida. Quando foram correlacionados os escores dos questionários de impacto de incontinência urinária , inventário de estresse urogenital e os valores da pressão de perda aos esforços foi observada uma tendência de correlação de que menores valores de pressão de perda aos esforços , ou seja uma maior facilidade de perder urina aos aumentos de pressão abdominal apresentaram correlação com maiores escores dos questionários, ou seja piora clínica. No entanto não foi demonstrada significância estatística.

Ao se avaliar os valores dos coeficientes do inventário de estresse urogenital e do questionário de impacto de incontinência (TAMURA et al,1999) e os valores da pressão de perda aos esforços foi constatada uma tendência de que maiores valores da pressão de perda aos esforços no pós-operatório, portanto maior pressão de esforço necessária para ocasionar perda de urina associaram-se a maiores valores dos coeficientes dos questionários, melhora clínica. No entanto não foi observada significância estatística ($p=0,27$ e $p= 0,483$ respectivamente).

A cirurgia de sling vaginal tem sido usada predominantemente em pacientes que permanecem incontinentes após cirurgias anteriores ou com deficiência no mecanismo esfinteriano uretral. Em tais situações tem apresentado taxas de sucesso na literatura que variam de 64 a100% (JARVIS,1994).

O uso de material autólogo está associado a melhores resultados do que aqueles associados com materiais alógenos como fâscias de cadáveres e materiais sintéticos.

Dados esses em concordância com os apresentados no nosso estudo onde foi observada uma taxa de cura subjetiva de 71% , e quando computadas as pacientes que relataram melhora após o procedimento essa taxa sobe para 100%.

Embora as cirurgias de Burch e o sling vaginal tenham preferência na indicação de correção de incontinência urodinâmica de esforço, tendo a Associação Americana de Urologia (LEACH,1997) considerado a cirurgia de Burch como procedimento padrão ouro para pacientes com incontinência urinária de esforço com hiper mobilidade uretral e a cirurgia de sling vaginal , inicialmente indicada apenas para pacientes com deficiência do esfíncter uretral, experimentando atualmente uma maior abrangência na sua indicação (CHAIKIN et al,1998), os dois procedimentos estão associadas a disfunções miccionais. Após a cirurgia de Burch em estudo de SMITH,2002, uma média de 10,3% das

pacientes apresentou disfunção miccional , com 17% tendo apresentado instabilidade do detrusor *de novo* . Na cirurgia de sling tem-se observado disfunções miccionais em torno de 10,8% das pacientes (JARVIS,1994), com uma taxa de auto-cateterização de longo prazo em torno de 1,5 a 7,8% das pacientes (JARVIS,1994,BIDMEAD,2000).

Foram observados três casos (11,5%) com padrão miccional sugestivo de retenção urinária no pós-operatório imediato. As três pacientes haviam realizado sling vaginal.

O caso 01 apresentou resíduo miccional de 250ml no momento da alta hospitalar, tendo ido para casa com sonda suprapúbica, retornando à micção regular após seis dias de seguimento. Na avaliação urodinâmica pós-operatória apresentou padrão urodinâmico normal e retorno à micção normal.

O caso 18 que havia queixado-se de “dificuldade em urinar” e o caso 26 que relatou “sensação de urina presa” apesar de relatarem micção regular

apresentaram na avaliação urodinâmica pós-operatória quadro de contrações do detrusor de alta amplitude sugerindo padrão obstrutivo leve.

Nenhum dos três casos acima referidos apresentou necessidade de auto-cateterização de curto ou longo prazo. Estes resultados são semelhantes aos relatados anteriormente na literatura por CROSS et al.1998 e MORGAN et al.2000.O mecanismo proposto para a correção da incontinência urinária parece ser reforçar o suporte da uretra permitindo um adequado suporte a transmissão do aumento da pressão intra-abdominal (DeLANCEY,GOSLING,2002). Provavelmente a correção em excesso tenha ocasionado leve grau de obstrução apresentado nas pacientes acima relatadas, contribuindo para o padrão retencional.

Observaram-se três casos (11,5%) que relataram urgência miccional *de novo* , ou seja, surgimento de urgência miccional que anteriormente não existia, em pacientes que realizaram cirurgia de Burch. As queixas clínicas foram corroboradas pela avaliação urodinâmica de pós-operatório que constatou a presença de contrações não inibidas do detrusor.

CARR et al.,(1997),referiram uma taxa de 10% de hiperatividade do detrusor *de novo* em grupo de pacientes estudadas que realizaram cirurgia de correção de incontinência, ao passo que ZARAGOZA,(1996), relatou taxa de 12%.

A cirurgia de Burch para ter sucesso deve restabelecer de forma adequada a posição intra-abdominal da uretra proximal promovendo um suporte adequado. Uma elevação da junção uretrovesical em demasia pode resultar em diferentes graus de obstrução da uretra ocasionando quadros de retenção urinária ou surgimento de instabilidade de novo do detrusor (PETRI,1983). A observação de instabilidade do detrusor nas pacientes que realizaram cirurgia de Burch na nossa casuística pode ser explicada pela provável ocorrência sobre-correção nesses casos.

Uma paciente, o caso 16, que realizou cirurgia de Burch relatou recidiva da incontinência urinária com dois meses de seguimento cirúrgico.

O exame urodinâmico mostrou piora da pressão de perda abdominal de 120cm H₂O do pré-operatório para 90 cm H₂O no pós-operatório.

As taxas de disfunção miccional no grupo estudado foram 11,5% em pacientes que realizaram sling vaginal, e 15,3% naquelas realizaram cirurgia de Burch. Os distúrbios miccionais são difíceis de predizer antes da realização de cirurgia de correção de incontinência urinária mesmo nas mãos de profissionais experientes (IGLESIA ,1998; McLENNAN,1998). A possibilidade do surgimento de urgência miccional *de novo* que embora possa ser de caráter transitório naquelas pacientes que permanecem sintomáticas por longo prazo sofrerão significativo impacto na sua qualidade de vida (ROSSI,2002). Estes aspectos devem ser discutidos com as pacientes com incontinência urodinâmica de esforço antes de se indicar procedimentos cirúrgicos, principalmente se o seu grau de perda urinária não for significativo.

Limitação na qualidade de vida é conseqüência inevitável da incontinência urinária de esforço e pela perspectiva da paciente constitui a

razão que leva a busca de auxílio médico e também sob a qual a eficácia do tratamento é analisada.

A incontinência urinária é problema complexo resultante de várias causas e para o qual existem diferentes abordagens de tratamento. Complexo também pela diversidade de formas e intensidade que afetam a vida das pacientes com influência variável em seus aspectos físicos, psicológicos, social e doméstico. Na avaliação de qual a melhor terapia para determinada paciente usualmente os médicos tomam a sua decisão respaldada em procedimentos baseados em medicina baseada em evidência ou mais frequentemente de maneira empírica fundamentada em sua perícia e experiências anteriores. Talvez a razão mais óbvia para o uso de questionários de qualidade de vida seja a comparação de resultados de estudos clínicos. Comparar uma técnica cirúrgica para correção de incontinência urinária de esforço com uma nova metodologia cirúrgica que se proponha a resultados semelhantes com menor morbidade seria um exemplo claro.

Outra potencialidade importante na inserção dos questionários de qualidade de vida visa a racionalizar o emprego dos recursos da Saúde Pública .

Em um mundo onde esses são cada vez mais exíguos, a manifestação do ponto de vista das pacientes ajudaria a melhor alocar esses recursos em modalidades de tratamentos em que as mesmas expressassem maior disposição a pagar, seja individual ou coletivamente.

A utilização de questionários de função qualitativa é uma tendência atual em outras áreas da ciência como, por exemplo, o Marketing. A valorização da opinião do paciente como balizadora quanto ao resultado de tratamentos médicos contempla uma tendência atual de se valorizar a qualidade subjetiva (visão do paciente) tanto quanto a qualidade objetiva (visão do médico). O sucesso do resultado cirúrgico tem que considerar também o quanto a expectativa da paciente quanto à resolução do problema foi satisfeita. O

conceito atual de qualidade de vida tem correlação direta com a satisfação da paciente.

Considerando que nem sempre se podem extrapolar as condições dos estudos clínicos publicados, seja no suporte técnico bem como na habilidade profissional, os questionários de qualidade de vida poderão oferecer aos profissionais uma melhor compreensão das suas pacientes e qual o melhor tratamento que eles, médicos, com suas disponibilidades técnicas e perícia poderão oferecer a elas.

A inserção das companhias de seguro saúde no relacionamento médico-paciente é uma realidade atual. O uso dos questionários de qualidade de vida poderá servir como instrumentos auxiliares dos médicos ou de suas entidades representativas , em atestar a essas companhias o nível de qualidade de seus serviços referendado pelo grau de satisfação de seus pacientes.

A consciência da importância de não apenas determinar a ocorrência e o tipo de incontinência urinária mas também o impacto destes sintomas no cotidiano e bem estar das pacientes deverá cada vez mais fazer parte não apenas de estudos de pesquisa mas também do cotidiano da prática médica.

Adequadamente aplicados esses questionários geram evidências quantitativas do impacto da incontinência urinária na vida das pacientes bem como o impacto das intervenções terapêuticas existentes ,auxiliando o médico e a paciente na deliberação de qual a melhor terapêutica a utilizar para cada caso.

Ao médico passa a interessar medir o grau de desconforto provocado pela incontinência urinária e positivamente reduzir esse desconforto propiciando à sua paciente incontinente uma melhor adequação ao seu cotidiano.

Antes de oferecer às pacientes opções terapêuticas para incontinência urodinâmica de esforço os médicos deverão fazer algumas perguntas a si mesmos. O que é mais importante para a paciente , cura objetiva ou melhora subjetiva? Como escolher a melhor abordagem para melhorar a sintomatologia sem desconsiderar os riscos inerentes a cada tratamento? As pacientes estão dispostas em face do impacto atual dos seus sintomas a se submeterem a

procedimentos com risco de disfunção miccional? Estas são questões que apontam para a necessidade do uso de instrumentos de avaliação de qualidade de vida no processo de escolha de tratamentos médicos, pois como dizia Seneca (4 A.C. – 65 D.C.) : “O que verdadeiramente importa é qualidade e não quantidade” .

7.0 CONCLUSÕES

Os questionários de impacto de incontinência urinária e inventário de estresse urogenital, em suas formas reduzidas, se mostraram instrumentos válidos em medir o impacto da incontinência urinária de esforço no grupo de pacientes estudadas que se submeteram a cirurgia de sling vaginal e cirurgia de Burch.

O estudo mostrou que as cirurgias de sling vaginal e colposuspensão de Burch melhoraram a qualidade de vida em um grupo de 26 pacientes com incontinência urodinâmica de esforço.

Os resultados preliminares deste estudo clínico apontam que a avaliação objetiva de continência pelo médico não é o parâmetro de maior importância

para as pacientes, pois cura não significa somente a ausência de sinais e sintomas previamente existentes, mas importa primariamente na restauração da sua funcionalidade em termos de bem estar físico, social e emocional.

8. BIBLIOGRAFIA

- AARONSON, NK. Quality of life assessment in clinical trials: methodologic issues. **Controlled Clinical Trials** ;10: S195-S208,1989.
- ABRAMS, P.;CARDOZO ,L.;FALL ,M.;GRIFFITHS, D.;ROSIER, P.;ULMSTEN, U.; et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. **Neurourol Urodyn**;21(2):167-178,2002.

- ALDRIDGE, A. Transplantation of fascia for relief of urinary stress incontinence. **Am J Obstet Gynecol**;44:398-403,1942.
- ALMEIDA, FG. Efeito da estimulação magnética perineal no tratamento da Incontinência Urinária na Mulher.2001,77f.Tese (Doutorado em Medicina, Escola Paulista de Medicina) São Paulo,2001
- BEZERRA,C.A.**Eficácia da cirurgia de sling para tratamento da incontinência urinária de esforço em mulheres: Revisão Sistemática.**2001.91f.Tese (Doutorado em Medicina, Universidade Federal de São Paulo) São Paulo,2001.
- BERGMAN, A & BADER,K. Reliability of the patients hystory in the diagnosis of urinary incontinence. **Int J Gyn Obstet**;32: 255-9,1990.
- BERZON,R; HAYS,RD ; SHUMAKER,SA. International use, application and performance of health-related quality of life instruments. **Qual Life Res**; 2: 367,1993.
- BIDMEAD,J; CARDOZO,L. Sling techniques in the treatment of genuine stress incontinence. **Br J Obstet Gynaecol**; 107: 147-56,2000.
- BLAIVAS, JG; APPELL,RA;FANTL, JA et al. Standards of efficacy for evaluation of treatment outcomes in urinary incontinence: recommendations of the urodynamic society. **Neurourol Urodyn**; 16:145-7, 1997.

- BLAIVAS JG;OLSSON, CA. Stress urinary incontinence: classification and surgical approach. **J Urol**; 139: 727-31, 1988a.
- BLACK, NA ; DOWNS SH. The effectiveness of surgery for stress urinary incontinence in women: a systematic review. **Br J Urol**;784:497-510,1996.
- BLCAK,NA ; GRIFFITHS,J ; POPE,G. Impact of surgery for stress incontinence on morbidity cohort study. **BMJ**;115: 1493-1502,1997.
- BONNEY, V. On diurnal incontinence of urine in women. *J Obstet Gynaecol Brit Emp.* 30:358,1923 apud OBRINK,A.; BUNNE,G. The margin to incontinence after three types of operation for stress incontinence.**Scand J Urol Nephrol**, 12:209,1978.
- BOWLING A. Measuring health: a review at Quality of life measurement scales. In: **BUCKINGHAM. Open University Press**,1991.
- BOYASRKY, S; JONES,G; PAULSON,DF et al. New look at bladder neck obstruction by the Food and Drug Administration regulators. **American Association of Genito-Urinary Surgeons**;68:29-32,1977.
- BROCKLEHUST, JC; Urinary incontinence in the community analysis of a MORI poll. **BMJ**; 306:832-34,1993.
- BROWN, JS.;NYBERG,L.;KUSEK,JW. et al.Proceedings of the national institute of diabetes and digestive and kidney disease international symposium on epidemiology issues in urinary incontinence in women. **Am J Obstet Gynecol.**;188(6): Supplement, 77-88,2003.

- BURCH, JC. Urethrovaginal fixation to Cooper's ligament for the correction of stress incontinence, cystocele, retoccele and prolapse. **Am J Obstet Gynecol**, 82:281,1961.
- BURGIO, KL; MATTHEWS,KA; ENGEL, BT.Prevalence incidence and correlates of urinary incontinence in healthy, middle aged women. **J Urol**;146: 1255-59,1991.
- CAMPBELL AJ; REINEKEN J; MCCOSH ,L. Incontinence in the elderly: prevalence and prognosis. **Age Ageing**; 14:65-80,1985.
- CARR, LK ; WASH,PJ, ABRAHAM,VE. Favorable outcome of pubovaginal slings for geriatric women with stress incontinenc. **J Urol**;157: 125-8,1997.
- CASTRO,RA; ARRUDA,R; CAMARGO, ALM et al . Tratamento clínico da incontinência urinária de esforço. In: GIRÃO,M.J.B.CÇ SARTORI, M.G.F.Ç RODRIGUES DE LIMA,G.**Cirurgia Vaginal e Uroginecologia**. São Paulo: Artes Médicas, 113-7,2002.
- CHAIKIN, DC; BLAIVAS,JG; ROSENTHAL,JE. Results of pubovaginal sling for stress urinary incontinence: a prospective comparison of four instruments for outcome analysis. **J Urol**;162:1670-3,1999.
- CHAIKIN, DC; ROSENTHAL, JE; BLAIVAS,JG. Pubovaginal fascial sling for all types of stress incontinence: long term analysis. **J Urol**;160: 1312-16,1998.
- CODMAN E. A Study in Hospital Efficiency. Oakbrook, In: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 1996. Report

from a 1917 reprint. Disponível em:
<<http://www.texmed.org/ata/nrm/texmedoct00>> Acesso em 23out.2003.

- COHEN, C. On the quality of life:some phylosophical reflections. **Circulation** (suppl);66: 28,1982.
- CORCOS, J; BEAULIEU,S; DONOVAN,J et al. Quality of life assessment in men and women with urinary incontinence. **J Urol**;168:896-905,2002.
- COULTER, A. Measuring quality of life.In: KINMONTH,AL.Jones R (eds)**Critical Reading in General Practice**. Oxford:Oxford Press,1993.
- CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 1951, 16, 297-335.In:Classics in the History of Psychology, An internet resource developed by Christopher D.Green, York University, Toronto,Canada,1955. Disponível em:<<http://psychclassics.yorku.ca/Cronbach/construct.htm>. Acesso em 20dez.2003.
- CROSS,CA ; CESPEDES, RD, McGUIRE, EJ. Our experience with pubovaginal slings in patients with stress urinary incontinence. **J Urol**; 159:1195-8,1998.
- D'ANCONA CAL. Avaliação urodinâmica. In: D'ANCONA,CAL.; RODRIGUES NETTO JR.,NELSON. **Aplicações Cínicas da Urodinâmica**. 2nd.ed. Campinas: Atheneu, pp 69-92,1995.
- DAMIAN,J.;MARTINMORENO,JM;LOBO,F.;BONACHE,J.;CERVINO,J.;R EDONDO-MARQUEZ,L. et al. Prevalence of urinary incontinence among spanish older people living at home. **Eur.Urol.**,34: 333,1998.

- DeLANCEY, J; GOSLING, J. Gross Anatomy and Cell Biology of the Lower Urinary Tract. In: ABRAMS P.; CARDOZO, L.; KHOURY, S.; WEIN, A.; **Incontinence: 2nd** International Consultation on Incontinence. 2nd ed. Plymouth: Health Publication Ltd, 17-82, 2002.
- DIOKNO, AC; BROCK BM; BROWN MB; HERZOG AR. Prevalence of urinary incontinence and other urologic symptoms in the non-institutionalized elderly. **J Urol**; 136:1022-25, 1986
- DIOKNO, AC; BURGIO, K.; FULTZ H. et al. Prevalence and outcomes of continence surgery in community dwelling women. **J Urol**; 170:570-1, 2003a.
- DOLAN, LM; CASSON, K.; McDONAL, D, P.; ASHE RG. Urinary incontinence in Northern Ireland: a prevalence study. **B.J.U.Int.** 83:760, 1998.
- DONOVAN, JL. Symptom and Quality of Life Assessment. In: ABRAMS P.; CARDOZO, L.; KHOURY, S.; WEIN, A.; **Incontinence: 2nd** International Consultation on Incontinence. 2nd ed. Plymouth: Health Publication Ltd, 267-316, 2002.
- DOUGHTY, M.; BISHOP, K.; MOONEY, R.; WILLIAMS, B. Graded pelvic muscle exercises, effects on stress urinary incontinence. **J Reprod Med**; 38: 684-91, 1993.

- DWYER, PL; LEE,ETC; HAY,DM. Obesity and urinary incontinence in women. **Br J Obstet Gynaecol**; 95:91.1988.
- ELSERGANY,R; ELGAMASY,N.; GHONIEN,GM. Transurethral collagen injection for female stress incontinence. **Int Urogynecol J**; 9: 13-8, 1998.
- FANTL,J.A.;CARDOZO,L.; McCLISH, DK. Estrogen therapy in the management of urinary incontinence in postmenopausal women, a meta-analyses. First report of the hormones and urogenital therapy Committee. **Obstet Gynecol**; 83: 12-8,1994.
- FAUNDES, A; GUARISI,T; PINTO-NETO,A.M. The risk of urinary incontinence of parous woman who delivery only by cesarean section. **Int J Gynaec Obstet**;72: 41,2001.
- FEROLLA,EC. **A Auto-estima de mulheres portadoras de Incontinência Urinária de Esforço**.106f.Tese (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo,Universidade de São Paulo,São Paulo,2001.
- FERRANS, CE; PWERS,MJ. Quality of life of hemodialysis patients. **Am Neph Nurs Assoc J**;20(5): 575-81,1993.
- FERREIRA, A.B.H. **Minidicionário AURÉLIO da língua Portuguesa**.Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira,pp157,1993.

- FLECK,A; MARCELO,P; LEAL,OF et al. Desenvolvimento da versão em português do Instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. **Rev Bras Psiq**; 21,Jan-Mar,1999.
- FLETCHER RH; FLETCHER,SW. Clinical research in general medical journals: a 30 year perspective. **New Engl Med**;301:180-3,1979.
- FRASER, MI ; HAYLEN,BT ; SUTHERST,JR. The severity of urinary incontinence in women: Comparison of subjective and objective tests. **Br J Urol**;63: 14-5,1989.
- FULTZ, NH; HERZOG,AR. Measuring urinary incontinence in surveys. **Gerontol**;33:708-13.1997.
- GARCIA,M. Definicion de Psicometria. In: VII Congresso de Metodologia de las Ciências y de la Salud, Universidad Autónoma de Madrid,2003.Disponível em:<[http://www.uned.es/VII CongresoMetodologia](http://www.uned.es/VII_CongresoMetodologia)>.Acesso em 19.mar.2003.
- GLADIS,MM ; GOSCH,EA ; DISHUK, NM; CRITS-CHRISTOPH,P . Quality of life :expanding the scope of clinical significance. **J Consult Clin Psychol** ;67(3): 320-331,1999.
- GOEBEL, R.- Zur Operative beseitigung der angeborenen. Incontinentia Vesicae **Ztschr Gynaek** ;2: 187-92,1910.
- GONZALEZ DE GARIBAY, AMS; MORRONDO,JC;JIMENO,JMC,et al. Inyeccion endoscopica de tejido graso autologo en el tratamiento de la incontinencia feminine. **Arch Esp de Urol**;42:143-6,1989.

- GRAY,M. Assessment of patients with urinary incontinence.In: DOUGHTY,D.B.**Urinary and fecal incontinence nursing management**, St.Louis ,Mosby, pp 47-94,1991.
- GRIMBY, A; MILSTROM,I; MOLANDER,U et al. The influence of urinary incontinence on quality of life of women. **Age and Ageing**;22: 82-9,1993.
- GUARISI, T.; PINTO NETO, A.; OSIS, MJ ; PEDRO, AO; COSTA PAIVA, LH; FAÚNDES, A . Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras , inquérito domiciliar. **Rev Sau Public**;35:1-11,2001.
- GUERRA,L.A.;OLIVEIRA,R.P.;PIRES,C.R. Padronização da tecnologia em procedimentos urodinâmicos. In: BRUSCHINI,H.
- HARRIS ,RL; CUNDIFF, GW; COATES KW. Urethral prolapse after collagen injection . **Am J Obstet Gynecol**; 178:614-5,1998.
- HOMMA Y.,BATISTA J.,BAUER S.,GRIFFITHS D.,HILTON P,KRAMER G.,LOSE G.,ROSIDE P.,Urodynamics.In: ABRAMS P.;CARDOZO,L.;KHOURY,S.;WEIN,A.;**Incontinence:2nd International Consultation on Incontinence.2nd ed.**Plymouth:Health Publication Ltd,319,2002.
- HUNSKARR, S ; VINSNER,A.The quality of life in women with urinary incontinence as measured by the sickness impact profile. **J Am Geriat Soc**;39: 378-82,1991.
- HUNSKAAR,S.;LOSE,G;VIKTRUP,L. et al. Prevalence of stress urinary incontinence in women in four European countries. Presented at the 32nd

Annual Meeting of the International Continence Society. August 28-30, 2002 Heidelberg, Germany. Disponível em: <<http://www.icsoffice.org>>. Acesso em 05 dez.2003a.

- HAMPEL,C;WIENHOLD,D;BENKEN,N. et al. Definition of overactive bladder and epidemiology of urinary incontinence. **Urology**;50 (6A suppl): 4-14,1997.
- HANNESTAD,Y.S.;RORTVEIT,G.;SANDVIK,H. et al. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT study. **J.Clin.Epidemiol**;53:1150,2000.
- HUNSKAAR,S.; BURGIO,K.;DIOKNO,AC.et al. Epidemiology and Natural History of Urinary Incontinence (UI).In: ABRAMS P.;CARDOZO,L.;KHOURY,S.;WEIN,A.;**Incontinence:2nd** International Consultation on Incontinence.2nd ed.Plymouth:Health Publication Ltd,165-91,2002.
- IGLESIA,CB; SHOTT,S; FENNER,DE. Effect of preoperative voiding mechanism in success rate of autologous rectus fascia suburethral sling procedure. **Obstet Gynecol**; 91: 577-81,1998.
- JACKSON,S; DONOVAN,J;BROOKES,S et al. The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms questionnaire: development and psychometric testing. **Br J Urol**;77:805-12,1996.
- JACKSON,S . Female urinary incontinence-symptom evaluation and diagnosis. **Eur Urol** ;32(Suppl)2:20-4,1997.

- JARVIS, GJ. Surgery for genuine stress incontinence. **Br J Obstet Gynaecol** ; 101:371-4,1994a.
- JEONG, JY; HAN ,KH; KANG,J; YOO,TK. Stress Urinary Incontinence: Patient satisfaction after sling operation for the female with stress urinary incontinence regarding as preoperative condition. In: 33rd Annual Meeting of the International Continence Society,2003, Florence,Italy. Disponível em: <<http://www.icsoffice.org>>.Acesso em 09 dez.2003.
- JOLLEYS, JV. Reported prevalence of urinary incontinence in women in a general practice. **BMJ**;296:1300,1988.
- KEGEL,A.H. Progressive resistance exercise to the function registration of the perineal muscles. **Am J Obstet Gynecol** :56; 238-248,1948.
- KELLEHER, C; CARDOZO,L; KULLAR,V et al. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. **Br J Obstet Gynaec**;104: 1374-9,1997.
- KELLEHER, C. Quality of life and urinary incontinence. In: CARDOZO,L; STASKIN,D. **Textbook of Female Urology and Urogynaecology**. London: Isis Medical Media,52,2001a.
- KELLER, S. Urinary incontinence: occurrence, Knowledge , and attitudes among woman aged 55 and older in rural Midwestern setting. **J Wound Ostomy Continence Nurs**. 26(1): 30-8,1999.

- KELLY, H.A. Incontinence of urine in woman. *Urolog Cutane Rev*;17:291,1913. In HURT,W.G.**Urogynecologic Surgery**,Aspen Publication,pp49,1992.
- KENNEDY,W.T.Incontinence of urine in the female the urethral sphincter mechanism damage of function and restoration of control. *Am J Obstet Gynecol*; 34:576, 1937. In HURT,W.G.**Urogynecologic Surgery**,Aspen Publication,pp49,1992.
- KJOEHED, P; RYAN,G. **Acta Obstet Gynaecol Scand**;73: 642-7,1994.
- KIESTWETTER , H; FISCHER, M; WOBER L et al. Endoscopic implantation of collagen for the treatment of urinary incontinence. **Br J Urol**;69: 22-5,1992.
- KOEBL,H; SAZ,V; DOERFLER, D. Transurethral injection of silicone microimplants for intrinsic urethral sphincter deficiency. **Obstet Gynecol**;92:332-6,1998
- KOHONEN,T; OJA,E; SIMULA,O et al. Engineering applications of the self-organizing map. **Proc IEEE** ;84:1358-83,1996.
- KORMAN, HJ; SIRLS,LT; KIRKEMO,AK. Success rate of modified pereyra bladder neck suspension determined by outcomes analysis. **J Urol**;152: 1453-7,1994.
- KUH, D; CARDOZO,L; HARDY,R. Urinary incontinence in middle aged women: childhood enuresis and other lifetime risk factors in a British prospective cohort. **J Epidemiol Community Health**;53:453,1999.

- KUJANSUU,E ; HEIKKINEN,J; RIIPPA,P et al. Degree of female stress urinary incontinence: an objective classification by simultaneous urethrocystometry. **Gynaec Obstet Invest**;18: 66-72,1984.
- LAPITAN,MC;CHYO,PL. Asia-Pacific Continence Advisory Board. The epidemiology of overactive bladder among females in Asia: a questionnaire survey. **Int.Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunc**;12(4): 226-31,2001.
- LEACH,GE; DMOCHOWSKI,RR; APPEL,RA et al. Female stress urinary incontinence, clinical guidelines:Pannel summary report on surgical management of female stress urinary incontinence.The American Urological Association. **J Urol**;158: 875-80,1997.
- LEE, PS; REID,DW; SALTMARCHE,A.et al.Measuring the psychosocial impact of urinary incontinence: The York Incontinence Perception Scale (YIPS). **J Am Griatr Soc**;43:1275-78,1995.
- LEMBCKE PA. Measuring the quality of medical care through vital statistics based on hospital service areas:1. Comparative study of appendectomy rates. **Am J Public Health**.;42:276-286,1952.
- MacDONAGH,R. Quality of life and its assessment in urology. **Br J Urol**;78: 485-496,1996.
- MARSHALL, VF; MARCHETTI, MAA; KRANTZ, KE. The correction of stress urinary incontinence by simple vesicourethral suspension. **Surg Gynecol Obstet**;88:509,1949.

- MAHLER,C; CAREY,M; DWYER,P. Pubo-vaginal or vycril mesh rectus fascia sling in intrinsic sphincter deficiency. **Int Urogynecol J Pelv Floor Dysf**;12:111-6,2001.
- MARTINS, JAM; SARTORI, MGF; GIRÃO, MJBC. Estudo urodinâmico . In: GIRÃO,M.J.B.C; SARTORI, M.G.F.;BARACAT,ED; RODRIGUES DE LIMA,G.**Cirurgia Vaginal e Uroginecologia**. São Paulo: Artes Médicas, 21-33,2002.
- MASON,RC ; ROACH,M. Modified pubo-vaginal sling for the treatment of intrinsic sphincteric deficiency. **J Urol**;156: 1991-4,1996.
- McCORMACK, M; INFANTE-REVAR, C; SCHICK,E. Agreement between clinical methods of measurement of urinary frequency and functional bladder capacity. **Br J Urol**;69:17-21,1992.
- McGUIRE,EJ; LYTTON,B; PEPE,V.et al. Stress Incontinence. **Obstet Gynec**;47:255,1976.
- McGUIRE,EJ& APPELL,RA. Transurethral collagen injection for urinary incontinence. **Urol**; 43:413-15,1994.
- McLENNAN, MT; MELICK,CF; BENT,AF. Clinical and urodynamic predictors of delayed voiding after fascia lata suburethral sling. **Obstet Gynecol**;92: 608-12,1998.
- MENDONÇA ,M;REIS,RV; MACEDO ,CBMS; BARBOSA, KSR . Prevalência da queixa de incontinência urinária de esforço em pacientes

- atendidas no serviço de ginecologia do Hospital Julia Kubitschek. **J Bras Ginecol**; 107:153-5, 1997.
- MILANI,R; SCALAMBRINO,S; QUADIRE,G et al.MMK procedure and Burch colposuspension in the surgical treatment of female urinary incontinence. **Br J Obstet Gynaecol**;92:1050,1985.
 - MOLLER,LA; LOSE,G; JORGENS,T. The prevalence and bothersomeness of lower urinary symptoms in women 40-60 years of age. **Act Obstet Gynecol Scand**;79:298-305,2000.
 - MONGA ,AK; STANTON,SL. Urodynamics: prediction, outcome and analysis of mechanism for cure of stress incontinence by periurethral collagen. **Br J Obstet Gynaecol**;104:158-62, 1997.
 - MONSOOR,A ; VEDRINE,N ; DARCO,C. Surgery of female urinary incontinence using transobuturator tape (TOT) : A prospective randomised comparative study with TVT.In: 33rd Annual Meeting of the International Continence Society,2003, Florence,Italy. Disponível em: <<http://www.icsoffice.org>>.Acesso em 09 dez.2003.
 - MORGAN,JE; FARROW,GA; STUART,FE. The Marlex sling operation for the treatment of recurrent stress urinary incontinence sixteen year review. **Am J Obstet Gynecol**;151: 224-6,1985.

- MORGAN , TO; WESTNEY,OL; McGUIRE,EJ . Pubovaginal sling 4 years outcome analysis and the quality of life assessment. **J Urol**;163: 1845-8,2000.
- MOURITSEN, L ; BERILD.,G ; HERTZ,J. Comparison of different methods for quantification of urinary leakage in incontinent women. **Neurourol Urod**; 8:579-87,1988.
- MURLES,BC. The injection treatment of stress incontinence. **J Obstet Gynaecol** ;45: 67-73, 1938.
- MUSSELMAN, DM; FORD , APDW; GENNEVOIS,ML ET AL. A randomized crossover study to evaluate Ro115-1240, a selective alpha-adrenoreceptor partial agonist in women with stress urinary incontinence.**BJU int**; 93:78-83,2004.
- OUSLANDER, JG; KANE, RL; ABRASS, IB. Urinary incontinence in elderly nursing home patients. **J Am Med Assoc**;248:1194,1984.
- PALMA, PCR; VIDAL,BC;RICCETTO CLZ et al. Obturator Urethral. **Rev Bras Ginec Obstet**;18: 437,1996.
- PATRICK,DL; MARTIN,ML; BUSHNELL,DM et al. Quality of life of women with urinary incontinence: further development of the Incontinence Quality of life Instrument (I-QoL.).**Urol**;53:71-6,1999.
- PEREYRA,AJ. A simplified surgical procedure for the correction of stress urinary incontinence in women. **West J Surg**.;67:233,1959.

- PETRI,E; BECKLHAUS, I, FROHENBERG,et al. Inguinovaginal sling according to Narik and Palmrich- indication,problems, long-term results. **Aktuel Urol** ;14:286-90,1983.
- REKERS, H; DROGENKIJK, AC, VALKENBURG,H et al. Urinary incontinence in women from 35 to 79 years of age:prevalence and consequences. **J Obstet Gynaec Reprod Biol**;43: 229-34,1992.
- RIBEIRO,RM ; ROSSI,P . Avaliação Clínica e Métodos de Imagem . In: RIBEIRO,RM; ROSSI,P; PINOTTI, JÁ . **Uroginecologia e Cirurgia Vaginal** São Paulo: Rocca, 25-33,2001.
- ROBINSON,D.; PEARCE,K.; PREISSER,J.; DUGAN,E.; et al. Relationship between patient reports of urinary incontinence symptoms and quality of life measures. **Obstet-Gynecol**,1998;91:224-228.
- ROSSI,P. Clinical Outcome of Fascial Slings for Female Stress Incontinence. In: **Medscape Women's Health eJournal**;7(3),2002. Disponível em :<<http://www.medscape.com/viewarticle/432820>>. Acesso em 18 junho.2003.
- SAND,PK; HILL,RC; OSTERGARD,DR. Incontinence history as a predictor of detrusor stability. **Obstet Gynecol**;71:257-60,1988.
- SANDVIK,H; KVEINE,E; HUNSKAAR,S .Female urinary incontinence:psychological impact, self care, and consultations. **Scand J Caring Sci**;7:53-6,1993.

- SARELS,SR; RACKLEY,RR; APPELL,RA. In situ sling with concurrent cistocele repair. **Tech Urol**;5:129-32,1999.
- SEKSTON,A.;VON GORDON J.;COMPTON-BISHOP K. Stress Urinary Incontinence: a Problem for many women of all ages. In: 33rd Annual Meeting of the International Continence Society,2003, Florence,Italy. Disponível em: <<http://www.icsoffice.org>>.Acesso em 09 dez.2003.
- SENECA , Lucius Annaeus . In: **Quality of life**. Disponível em : <<http://www.calresco.org/lucas/qol.htm>>. Acesso em 25 jul.2003.
- SHERIFF, MKM; FOLEY,S.; McFARLANE, J. Endoscopic correction of intractable stress incontinence with silicone micro-implants. **Eur Urol**; 32:284-8,1997.
- SHORTLIFFE, LMD; FREIHA,FS;KESLER, R. Treatment of urinary incontinence by the periurethral implantation of glutaraldehyde cross-linked collagen. **J Urol**;41: 538-41,1989.
- SHUMAKER ,SA; ANDERSON,RT; CZAJKOWSKI,SM. Psychology tests and scales . In: SPILKER,B. **Quality of life assessment in clinical trials**.New York, Raven Press: 95-113,1990.
- SHUMAKER,SA; WYMAN,JF, UEBERSAX,JS et al. Health related quality of life measures for women with urinary incontinence.

The Urogenital Distress Inventory and the Incontinence Impact Questionnaire. **Qual Life Res**; 3:291-306,1994a.

- SMITH, ARB. Surgical treatment of Incontinence in Women. In: ABRAMS P.;CARDOZO,L.;KHOURY,S.;WEIN,A.;**Incontinence:2nd** International Consultation on Incontinence.2nd ed.Plymouth:Health Publication Ltd,823-63, 2002.
- SPSS - Statistical Package for the Social Sciences - SPSS Inc. Headquarters, 233 S. Wacker Drive, 11th floor Chicago, Illinois 60606.
- STAMEY,TA. Endoscopic suspension of the vesical neck for urinary incontinence. **Surg Gynecol Obstet**;136:547,1973.
- STANTON,SL; CARDOZO,L. Results of the colposuspension operation for incontinence and prolapse. **Br J Obstet Gynaecol**;86: 693,1979.
- TAMURA,A ; YOKOYAMA,E ; BABA,S et al. The Impact of tension free vaginal tape on quality of life for patients with stress urinary incontinence In: 30th Annual Meeting of the International Continence Society,2000, Tampere, Finland . Disponível em: <<http://www.icsoffice.org>>.Acesso em 08 jul.2003.
- THOMAS TM; PLYMAT KR,BLANNIN,J.; MEAD,TW.Prevalence of urinary incontinence.**Br.Med J**;281:1243,1980.
- UEARSAX,JS; WYMAN,JF; SHUMAKER,SA et al. Short forms to assess life quality and symptom distress for urinary incontinence in women:
The incontinence impact questionnaire and urogenital distress inventory. **Neurourol Urod**;14:131-9,1995.

- ULMSTEN ,U; HENRIKSSON, L;JOHNSON ,P et al. An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence. **Int Urogynecol**;7:81-6,1996.
- ULMESTEN,U; JOHNSON,P; REZAPOUR,M. A three year follow up of tension free vaginal tape for surgical treatment fo female stress urinary incontinence. **Br J Obstet Gynaecol**; 106:345-50,1999a.
- VERHAAK, PFM. Determinant of the help-seeking process. In: GOLDBERG and HUXLEY'S first level and first filter. **Psycholog Med**;25:95-105,1995.
- VERSI,E ;CARDOZO,L ; ANAND,D et al. Symptoms analysis for the diagnosis of genuine stress incontinence. **Br J Obstet Gynaecol**;98: 815-9,1991.
- VOELKER, R. International Group Seeks to Dispel Incontinence "Taboo" **JAMA** ;280(11):951-53,1998.
- WAGNER,TH ; PATRICK,DL; BAVENDAM,TG et al.Quality of life of persons with urinary incontinence: development of a new measure. **Urol**;47: 67-72,1996.
- WALIGORA,M. Tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço na mulher, aspectos urodinâmicos. **Rev Bras Ginecol Obstet** (4)7:193-203,1996.
- WARE,J; SNOW,K; KOSINSKI,M et al. **SF-36 Health survey manual and interpretation guide**. Boston: The Health Institute, New England Medical Center,1993.

- WENGER,NK; MATTSON,ME; FURBERG,CD. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. **The Am J Card**; 84:908-31,1999.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Definition of health from preamble to the constitution of the WHO basic documents. **WHO Chronicle**, 1:29,1947.
- WOLLIN ,LH.Stress Incontinence in young health nulliparous female subjects. **J Urol**; 101:545-49,1969.
- WIRTHIM WORLWIDE 2003: Women and Stress Urinary Incontinence Discovering the truth. In: 33rd Annual Meeting of the International Continence Society,2003, Florence,Italy. Disponível em: <<http://www.icsoffice.org>>.Acesso em 09 dez.2003.
- WYMAN, JF; CHOI,SC; HARKINS, SW. The urinary diary in evaluation of incontinent women. A test-retest analysis. **Obstet Gynecol**;71(6):812-7,1988.
- WYMAN,J.F;HARKINS S.W.;CHOL,S.C. et al.Psychosocial impact of urinary incontinence in the community dwelling population. **Obstet Gynecol.**, 70(2),378-81,1997a.
- ZARAGOZA,MR. Expanded indications for the pubovaginal sling:treatment of type II-III stress incontinence. **J Urol**; 156:1620-2,1996.
- ZINNER N, DMOCHOWSKI R, MIKLOS J et al. Duloxetine versus placebo in the treatment of stress urinary incontinence. **Neurourol Urodyn**; 21: 383-4,2002.

9.0 ANEXOS

APÊNDICE I

QUESTIONÁRIO DE IMPACTO DE INCONTINÊNCIA – Forma reduzida (QII-7)

- A Perda de urina ou prolapso tem afetado você :

1- Na realização de atividades caseiras (como cozinhar ,limpar, lavar)?

Não afeta(0) de maneira leve (1) de maneira moderada (2)
de maneira acentuada (3)

2- Nas atividades físicas como caminhar ,exercícios, nadar, outros exercícios?

Não afeta(0) de maneira leve (1) de maneira moderada (2)
de maneira acentuada (3)

3- Nas atividades de diversão como: cinema, teatro ?

Não afeta(0) de maneira leve (1) de maneira moderada (2)
de maneira acentuada (3)

4- Na possibilidade de pequenas viagens de carro ou de ônibus por mais de trinta minutos ?

Não afeta(0) de maneira leve (1) de maneira moderada (2)
de maneira acentuada (3)

5- Na participação em atividades sociais fora de casa ?

Não afeta(0) de maneira leve (1) de maneira moderada (2)
de maneira acentuada (3)

6- Na sua saúde emocional (nervosismo, depressão , irritabilidade) ?

Não afeta(0) de maneira leve (1) de maneira moderada (2)
de maneira acentuada (3)

7- Dando sensação de frustração?

Não afeta(0) de maneira leve (1) de maneira moderada (2)

de maneira acentuada (3)
ESCORE -

INVENTÁRIO DE ESTRESSE UROGENITAL (IEU-6)

-Você observa algum dos problemas abaixo relacionados, e se apresenta, o quanto a incomoda :

1- Perder urina com frequência ?

Não incomoda (0) Incomoda de maneira leve(1) Incomoda de maneira moderada (2) Incomoda de maneira acentuada (3)

2- Perder urina com sensação de urgência ?

Não incomoda (0) Incomoda de maneira leve(1) Incomoda de maneira moderada (2) Incomoda de maneira acentuada (3)

3- Perder urina após tossir , espirrar , quando realiza exercícios?

Não incomoda (0) Incomoda de maneira leve(1) Incomoda de maneira moderada (2) Incomoda de maneira acentuada (3)

4- Dificuldade em urinar ?

Não incomoda (0) Incomoda de maneira leve(1) Incomoda de maneira moderada (2) Incomoda de maneira acentuada (3)

5- Perder urina em gotejamento ?

Não incomoda (0) Incomoda de maneira leve(1) Incomoda de maneira moderada (2) Incomoda de maneira acentuada (3)

6- Sentir dor ou desconforto no “pé da barriga” / na região genital ?

Não incomoda (0) Incomoda de maneira leve(1) Incomoda de maneira moderada (2) Incomoda de maneira acentuada (3)

ESCORE –

APÊNDICE II –

SUMÁRIO DOS CASOS CLÍNICOS

CASO 01 – M.S.P- RG-94002189079-SSP-CE

IDADE-50

PARTOS VAGINAIS - 03

IMC-22

CIRURGIA CORREÇÃO DE IUE ANTERIOR – BURCH

CIRURGIA REALIZADA- SLING

INTERNAMENTO HOSPITALAR (DIAS)- 03

SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO (MESES) - 05

RESÍDUO MICCIONAL- 250

DISFUNÇÃO MICCIONAL- RETENÇÃO

CURA CLÍNICA- SIM

ESCORE DO IQV PRÉ-OPERATÓRIO - 09
ESCORE DO IQV PÓS-OPERATÓRIO- 00
COEFICIENTE DO QUESTIONÁRIO DE IMPACTO DE INCONTINÊNCIA -100
ESCORE DO ISU PRÉ-OPERATÓRIO- 15
ESCORE DO ISU PÓS-OPERATÓRIO- 00
COEFICIENTE INVENTÁRIO DE ESTRESSE UROGENITAL - 81
PPE PRÉ- 80 CM H2O
PPE PÓS- 150 CM H2O

Caso 02 – M.Z.L. -709702-SSP-CE

IDADE- 62
PARTOS VAGINAIS - 08
IMC- 20
CIRURGIA CORREÇÃO DE IUE ANTERIOR – CISTOPEXIA E PERINEOPLASTIA
CIRURGIA REALIZADA- SLING
INTERNAMENTO HOSPITALAR (DIAS)- 03
SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO (MESES) - 08
RESÍDUO MICCIONAL- 40
DISFUNÇÃO MICCIONAL- NENHUMA
CURA CLÍNICA- SIM
ESCORE DO IQV PRÉ-OPERATÓRIO - 10
ESCORE DO IQV PÓS-OPERATÓRIO- 00
COEFICIENTE DO QUESTIONÁRIO DE IMPACTO DE INCONTINÊNCIA-100
ESCORE DO ISU PRÉ-OPERATÓRIO- 10
ESCORE DO ISU PÓS-OPERATÓRIO- 00
COEFICIENTE INVENTÁRIO DE ESTRESSE UROGENITAL - 100
PPE PRÉ- 90
PPE PÓS- 150

Caso 03 – I.A.D.M.-RG-957652-SSP-MG

IDADE-59
PARTOS VAGINAIS -04
IMC-29
CIRURGIA CORREÇÃO DE IUE ANTERIOR –COLPOPERINEOPLASTIA
CIRURGIA REALIZADA-SLING
INTERNAMENTO HOSPITALAR (DIAS)-02
SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO (MESES) -08
RESÍDUO MICCIONAL (ML)-70
DISFUNÇÃO MICCIONAL-NENHUMA
CURA CLÍNICA-SIM
ESCORE DO IQV PRÉ-OPERATÓRIO -48
ESCORE DO IQV PÓS-OPERATÓRIO-14

COEFICIENTE QUESTIONÁRIO DE IMPACTO DE INCONTINÊNCIA-70
ESCORE DO ISU PRÉ-OPERATÓRIO-67
ESCORE DO ISU PÓS-OPERATÓRIO-17
COEFICIENTE INVENTÁRIO DE ESTRESSE UROGENITAL-74
PPE PRÉ-40
PPE PÓS-120

CASO 04 –S.S.O.RG-839022-SSP-CE

IDADE-46
PARTOS VAGINAIS -00
IMC-22
CIRURGIA CORREÇÃO DE IUE ANTERIOR –NENHUMA
CIRURGIA REALIZADA-BURCH
INTERNAMENTO HOSPITALAR (DIAS)-03
SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO (MESES) -05
RESÍDUO MICCIONAL-30
DISFUNÇÃO MICCIONAL-NENHUMA
CURA CLÍNICA-SIM
ESCORE DO IQV PRÉ-OPERATÓRIO -10
ESCORE DO IQV PÓS-OPERATÓRIO-00
COEFICIENTE QUESTIONÁRIO DE IMPACTO DE INCONTINÊNCIA-100
ESCORE DO ISU PRÉ-OPERATÓRIO-28
ESCORE DO ISU PÓS-OPERATÓRIO-00
COEFICIENTE INVENTÁRIO DE ESTRESSE UROGENITAL -100
PPE PRÉ-100
PPE PÓS-200

CASO 05 –M.C.M.B.RG-328032 SSP-CE

IDADE-61
PARTOS VAGINAIS -04
IMC-24
CIRURGIA CORREÇÃO DE IUE ANTERIOR –NENHUMA
CIRURGIA REALIZADA-BURCH
INTERNAMENTO HOSPITALAR (DIAS)-03
SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO (MESES) -09
RESÍDUO MICCIONAL-40
DISFUNÇÃO MICCIONAL-NENHUMA
CURA CLÍNICA-SIM
ESCORE DO IQV PRÉ-OPERATÓRIO -24
ESCORE DO IQV PÓS-OPERATÓRIO-00

COEFICIENTE QUESTIONÁRIO DE IMPACTO DE INCONTINÊNCIA-100
ESCORE DO ISU PRÉ-OPERATÓRIO-39
ESCORE DO ISU PÓS-OPERATÓRIO-00
COEFICIENTE INVENTÁRIO DE ESTRESSE UROGENITAL-100
PPE PRÉ-90
PPE PÓS-150

CASO 06 –N.M.B.C.-RG 618689-SSP-CE

IDADE-47
PARTOS VAGINAIS -01
IMC-26
CIRURGIA CORREÇÃO DE IUE ANTERIOR –NENHUMA
CIRURGIA REALIZADA-BURCH
INTERNAMENTO HOSPITALAR (DIAS)-03
SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO (MESES) -07
RESÍDUO MICCIONAL-35
DISFUNÇÃO MICCIONAL-NENHUMA
CURA CLÍNICA-SIM
ESCORE DO IQV PRÉ-OPERATÓRIO -95
ESCORE DO IQV PÓS-OPERATÓRIO-33
COEFICIENTE QUESTIONÁRIO DE IMPACTO DE INCONTINÊNCIA-65
ESCORE DO ISU PRÉ-OPERATÓRIO-50
ESCORE DO ISU PÓS-OPERATÓRIO-22
COEFICIENTE INVENTÁRIO DE ESTRESSE UROGENITAL-56
PPE PRÉ-120
PPE PÓS-150

CASO 07 –V.CM.-RG-90002180966-SSP-CE

IDADE-57
PARTOS VAGINAIS -03
IMC-28
CIRURGIA CORREÇÃO DE IUE ANTERIOR –NENHUMA
CIRURGIA REALIZADA-SLING
INTERNAMENTO HOSPITALAR (DIAS)-03
SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO (MESES) -05
RESÍDUO MICCIONAL-100
DISFUNÇÃO MICCIONAL-NENHUMA
CURA CLÍNICA-SIM
ESCORE DO IQV PRÉ-OPERATÓRIO-81

ESCORE DO IQV PÓS-OPERATÓRIO-00
COEFICIENTE QUESTIONÁRIO DE IMPACTO DE INCONTINÊNCIA-100
ESCORE DO ISU PRÉ-OPERATÓRIO-67
ESCORE DO ISU PÓS-OPERATÓRIO-00
COEFICIENTE INVENTÁRIO DE ESTRESSE UROGENITAL-100
PPE PRÉ-70
PPE PÓS-150

CASO 08 –A.F.C.-RG-360329- SSP-CE

IDADE-73
PARTOS VAGINAIS -07
IMC-24
CIRURGIA CORREÇÃO DE IUE ANTERIOR –NENHUMA
CIRURGIA REALIZADA-BURCH
INTERNAMENTO HOSPITALAR (DIAS)-03
SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO (MESES)-22
RESÍDUO MICCIONAL-80
DISFUNÇÃO MICCIONAL-NENHUMA
CURA CLÍNICA-MELHORA
ESCORE DO IQV PRÉ-OPERATÓRIO-10
ESCORE DO IQV PÓS-OPERATÓRIO-00
COEFICIENTE QUESTIONÁRIO DE IMPACTO DE INCONTINÊNCIA-100
ESCORE DO ISU PRÉ-OPERATÓRIO-61
ESCORE DO ISU PÓS-OPERATÓRIO-28
COEFICIENTE INVENTÁRIO DE ESTRESSE UROGENITAL-54
PPE PRÉ-90
PPE PÓS-120

CASO 09 –A.B.-RG-23912681-SSP-CE

IDADE-41
PARTOS VAGINAIS -01
IMC-30
CIRURGIA CORREÇÃO DE IUE ANTERIOR –NENHUMA
CIRURGIA REALIZADA-BURCH
INTERNAMENTO HOSPITALAR (DIAS)-02
SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO (MESES) -12
RESÍDUO MICCIONAL-10
DISFUNÇÃO MICCIONAL-NENHUMA
CURA CLÍNICA-SIM
ESCORE DO IQV PRÉ-OPERATÓRIO -14

ESCORE DO IQV PÓS-OPERATÓRIO-03
COEFICIENTE QUESTIONÁRIO DE IMPACTO DE INCONTINÊNCIA-100
ESCORE DO ISU PRÉ-OPERATÓRIO-44
ESCORE DO ISU PÓS-OPERATÓRIO-06
COEFICIENTE INVENTÁRIO DE ESTRESSE UROGENITAL-86
PPE PRÉ-100
PPE PÓS-120

CASO 10 –T.B.C.-RG-130698587-SSP-CE

IDADE-62
PARTOS VAGINAIS-06
IMC-29
CIRURGIA CORREÇÃO DE IUE ANTERIOR–COLPOPERINEOPLASTIA
CIRURGIA REALIZADA-SLING
INTERNAMENTO HOSPITALAR (DIAS)-03
SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO (MESES)-12
RESÍDUO MICCIONAL-60
DISFUNÇÃO MICCIONAL-NENHUMA
CURA CLÍNICA-SIM
ESCORE DO IQV PRÉ-OPERATÓRIO-81
ESCORE DO IQV PÓS-OPERATÓRIO-14
COEFICIENTE QUESTIONÁRIO DE IMPACTO DE INCONTINÊNCIA-82
ESCORE DO ISU PRÉ-OPERATÓRIO-61
ESCORE DO ISU PÓS-OPERATÓRIO-22
COEFICIENTE INVENTÁRIO DE ESTRESSE UROGENITAL-63
PPE PRÉ-60
PPE PÓS-120

CASO 11 –M.G.P.-RG-662430-SSP-CE

IDADE-48
PARTOS VAGINAIS -02
IMC-25
CIRURGIA CORREÇÃO DE IUE ANTERIOR–NENHUMA
CIRURGIA REALIZADA-BURCH
INTERNAMENTO HOSPITALAR (DIAS)-03
SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO (MESES)-16
RESÍDUO MICCIONAL-40
DISFUNÇÃO MICCIONAL-URGÊNCIA
CURA CLÍNICA-MELHORA
ESCORE DO IQV PRÉ-OPERATÓRIO -76
ESCORE DO IQV PÓS-OPERATÓRIO-10

COEFICIENTE QUESTIONÁRIO DE IMPACTO DE INCONTINÊNCIA-86
ESCORE DO ISU PRÉ-OPERATÓRIO-83
ESCORE DO ISU PÓS-OPERATÓRIO-17
COEFICIENTE INVENTÁRIO DE ESTRESSE UROGENITAL-79
PPE PRÉ-60
PPE PÓS-60

CASO 12 –A.F.V.-RG-888129 SSP-CE

IDADE-77
PARTOS VAGINAIS -06
IMC-32
CIRURGIA CORREÇÃO DE IUE ANTERIOR –NENHUMA
CIRURGIA REALIZADA-SLING
INTERNAMENTO HOSPITALAR (DIAS)-03
SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO (MESES) -11
RESÍDUO MICCIONAL-70
DISFUNÇÃO MICCIONAL-NENHUMA
CURA CLÍNICA-MELHORA
ESCORE DO IQV PRÉ-OPERATÓRIO-38
ESCORE DO IQV PÓS-OPERATÓRIO-10
COEFICIENTE QUESTIONÁRIO DE IMPACTO DE INCONTINÊNCIA-73
ESCORE DO ISU PRÉ-OPERATÓRIO-44
ESCORE DO ISU PÓS-OPERATÓRIO-11
COEFICIENTE INVENTÁRIO DE ESTRESSE UROGENITAL-75
PPE PRÉ-60
PPE PÓS-150

CASO 13 –C.A.V.RG-325563 SSP-CE

IDADE-60
PARTOS VAGINAIS-01
IMC-25
CIRURGIA CORREÇÃO DE IUE ANTERIOR–BURCH
CIRURGIA REALIZADA-SLING
INTERNAMENTO HOSPITALAR (DIAS)-03
SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO (MESES) -09
RESÍDUO MICCIONAL-65
DISFUNÇÃO MICCIONAL-NENHUMA
CURA CLÍNICA-SIM
ESCORE DO IQV PRÉ-OPERATÓRIO -33
ESCORE DO IQV PÓS-OPERATÓRIO-00

COEFICIENTE QUESTIONÁRIO DE IMPACTO DE INCONTINÊNCIA-100
ESCORE DO ISU PRÉ-OPERATÓRIO-17
ESCORE DO ISU PÓS-OPERATÓRIO-00
COEFICIENTE INVENTÁRIO DE ESTRESSE UROGENITAL-100
PPE PRÉ-110
PPE PÓS-120

CASO 14 –M.N.R.M.RG-960143 SSP-CE

IDADE-62
PARTOS VAGINAIS -08
IMC-28
CIRURGIA CORREÇÃO DE IUE ANTERIOR–NENHUMA
CIRURGIA REALIZADA-BURCH
INTERNAMENTO HOSPITALAR (DIAS)-03
SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO (MESES) -12
RESÍDUO MICCIONAL-40
DISFUNÇÃO MICCIONAL-NENHUMA
CURA CLÍNICA-SIM
ESCORE DO IQV PRÉ-OPERATÓRIO-38
ESCORE DO IQV PÓS-OPERATÓRIO-00
COEFICIENTE QUESTIONÁRIO DE IMPACTO DE INCONTINÊNCIA-100
ESCORE DO ISU PRÉ-OPERATÓRIO-44
ESCORE DO ISU PÓS-OPERATÓRIO-06
COEFICIENTE INVENTÁRIO DE ESTRESSE UROGENITAL-86
PPE PRÉ-100
PPE PÓS-130

CASO 15 –C.L.N.M.V. RG-711820 SSP-CE

IDADE-66
PARTOS VAGINAIS -00
IMC-24
CIRURGIA CORREÇÃO DE IUE ANTERIOR –NENHUMA
CIRURGIA REALIZADA-BURCH
INTERNAMENTO HOSPITALAR (DIAS)-04
SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO (MESES)-18
RESÍDUO MICCIONAL-60
DISFUNÇÃO MICCIONAL-URGÊNCIA
CURA CLÍNICA-SIM
ESCORE DO IQV PRÉ-OPERATÓRIO-19
ESCORE DO IQV PÓS-OPERATÓRIO-10

COEFICIENTE QUESTIONÁRIO DE IMPACTO DE INCONTINÊNCIA-47
ESCORE DO ISU PRÉ-OPERATÓRIO-28
ESCORE DO ISU PÓS-OPERATÓRIO-17
COEFICIENTE INVENTÁRIO DE ESTRESSE UROGENITAL-39
PPE PRÉ-87
PPE PÓS-213

Caso 16 –M.L.L.RG-685067 SSP-CE

IDADE-67
PARTOS VAGINAIS -00
IMC-20
CIRURGIA CORREÇÃO DE IUE ANTERIOR –NENHUMA
CIRURGIA REALIZADA-BURCH
INTERNAMENTO HOSPITALAR(DIAS)-04
SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO (MESES)-05
RESÍDUO MICCIONAL-60
DISFUNÇÃO MICCIONAL-INCONTINÊNCIA
CURA CLÍNICA-PIORA
ESCORE DO IQV PRÉ-OPERATÓRIO-52
ESCORE DO IQV PÓS-OPERATÓRIO-81
COEFICIENTE QUESTIONÁRIO DE IMPACTO DE INCONTINÊNCIA: -55
ESCORE DO ISU PRÉ-OPERATÓRIO-44
ESCORE DO ISU PÓS-OPERATÓRIO-61
COEFICIENTE INVENTÁRIO DE ESTRESSE UROGENITAL: -38
PPE PRÉ-120
PPE PÓS-90

Caso 17 –M.T. RG-103753 SSP-CE

IDADE-73
PARTOS VAGINAIS -00
IMC-26
CIRURGIA CORREÇÃO DE IUE ANTERIOR–NENHUMA
CIRURGIA REALIZADA-BURCH
INTERNAMENTO HOSPITALAR (DIAS)-03
SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO (MESES) -09
RESÍDUO MICCIONAL-40
DISFUNÇÃO MICCIONAL-NENHUMA
CURA CLÍNICA-MELHORA
ESCORE DO IQV PRÉ-OPERATÓRIO-19
ESCORE DO IQV PÓS-OPERATÓRIO-33
COEFICIENTE QUESTIONÁRIO DE IMPACTO DE INCONTINÊNCIA: -73

ESCORE DO ISU PRÉ-OPERATÓRIO-28
ESCORE DO ISU PÓS-OPERATÓRIO-61
COEFICIENTE INVENTÁRIO DE ESTRESSE UROGENITAL: -17
PPE PRÉ-100
PPE PÓS-120

Caso 18 –M.N.M. RG-67840083 SSP-CE

IDADE-56
PARTOS VAGINAIS -04
IMC-25
CIRURGIA CORREÇÃO DE IUE ANTERIOR–NENHUMA
CIRURGIA REALIZADA-SLING
INTERNAMENTO HOSPITALAR (DIAS)-03
SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO (MESES)-10
RESÍDUO MICCIONAL-80
DISFUNÇÃO MICCIONAL-RETENÇÃO
CURA CLÍNICA-SIM
ESCORE DO IQV PRÉ-OPERATÓRIO-57
ESCORE DO IQV PÓS-OPERATÓRIO-00
COEFICIENTE QUESTIONÁRIO DE IMPACTO DE INCONTINÊNCIA-100
ESCORE DO ISU PRÉ-OPERATÓRIO-89
ESCORE DO ISU PÓS-OPERATÓRIO-00
COEFICIENTE INVENTÁRIO DE ESTRESSE UROGENITAL-100
PPE PRÉ-100
PPE PÓS-120

Caso 19 –E.S.B. RG-043893890 SSP-CE

IDADE-59
PARTOS VAGINAIS -02
IMC-33
CIRURGIA CORREÇÃO DE IUE ANTERIOR –NENHUMA
CIRURGIA REALIZADA-SLING
INTERNAMENTO HOSPITALAR (DIAS)-03
SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO (MESES)-10
RESÍDUO MICCIONAL-110
DISFUNÇÃO MICCIONAL-NENHUMA
CURA CLÍNICA-SIM
ESCORE DO IQV PRÉ-OPERATÓRIO -48
ESCORE DO IQV PÓS-OPERATÓRIO-00
COEFICIENTE QUESTIONÁRIO DE IMPACTO DE INCONTINÊNCIA-100

ESCORE DO ISU PRÉ-OPERATÓRIO-39
ESCORE DO ISU PÓS-OPERATÓRIO-06
COEFICIENTE INVENTÁRIO DE ESTRESSE UROGENITAL-84
PPE PRÉ-120
PPE PÓS-160

Caso 20 –L.A.D.RG-410190- SSP-CE

IDADE-51
PARTOS VAGINAIS -04
IMC-29
CIRURGIA CORREÇÃO DE IUE ANTERIOR –NENHUMA
CIRURGIA REALIZADA-BURCH
INTERNAMENTO HOSPITALAR (DIAS)-03
SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO (MESES)-09
RESÍDUO MICCIONAL-130
DISFUNÇÃO MICCIONAL-URGENCIA
CURA CLÍNICA-SIM
ESCORE DO IQV PRÉ-OPERATÓRIO -52
ESCORE DO IQV PÓS-OPERATÓRIO-05
COEFICIENTE QUESTIONÁRIO DE IMPACTO DE INCONTINÊNCIA-90
ESCORE DO ISU PRÉ-OPERATÓRIO-61
ESCORE DO ISU PÓS-OPERATÓRIO-06
COEFICIENTE INVENTÁRIO DE ESTRESSE UROGENITAL-90
PPE PRÉ-100
PPE PÓS-150

Caso 21 –M.E.P. RG-8575574375 SSP-CE

IDADE-51
PARTOS VAGINAIS -00
IMC-24
CIRURGIA CORREÇÃO DE IUE ANTERIOR –COLPOPERINEOPLASTIA
CIRURGIA REALIZADA-SLING
INTERNAMENTO HOSPITALAR (DIAS)-03
SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO (MESES)-09
RESÍDUO MICCIONAL-10
DISFUNÇÃO MICCIONAL-NENHUMA
CURA CLÍNICA-SIM
ESCORE DO IQV PRÉ-OPERATÓRIO -52

ESCORE DO IQV PÓS-OPERATÓRIO-00
COEFICIENTE QUESTIONÁRIO DE IMPACTO DE INCONTINÊNCIA-100
ESCORE DO ISU PRÉ-OPERATÓRIO-94
ESCORE DO ISU PÓS-OPERATÓRIO-06
COEFICIENTE INVENTÁRIO DE ESTRESSE UROGENITAL-93
PPE PRÉ-120
PPE PÓS-150

CASO 22 –L.O.RG-2000002020433 SSP-CE

IDADE-62
PARTOS VAGINAIS -03
IMC-25
CIRURGIA CORREÇÃO DE IUE ANTERIOR –COLPOPERINEOPLASTIA
CIRURGIA REALIZADA-SLING
INTERNAMENTO HOSPITALAR (DIAS)-03
SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO (MESES) -04
RESÍDUO MICCIONAL-10
DISFUNÇÃO MICCIONAL-NENHUMA
CURA CLÍNICA-MELHORA
ESCORE DO IQV PRÉ-OPERATÓRIO -71
ESCORE DO IQV PÓS-OPERATÓRIO-10
COEFICIENTE QUESTIONÁRIO DE IMPACTO DE INCONTINÊNCIA-85
ESCORE DO ISU PRÉ-OPERATÓRIO-67
ESCORE DO ISU PÓS-OPERATÓRIO-22
COEFICIENTE INVENTÁRIO DE ESTRESSE UROGENITAL-67
PPE PRÉ-50
PPE PÓS-150

CASO 23 –M.E.L. RG-519071- SSP-CE

IDADE-53
PARTOS VAGINAIS -01
IMC-25
CIRURGIA CORREÇÃO DE IUE ANTERIOR –NENHUMA
CIRURGIA REALIZADA-SLING
INTERNAMENTO HOSPITALAR (DIAS)-03
SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO (MESES) -04
RESÍDUO MICCIONAL-10
DISFUNÇÃO MICCIONAL-NENHUMA
CURA CLÍNICA-MELHORA
ESCORE DO IQV PRÉ-OPERATÓRIO -62
ESCORE DO IQV PÓS-OPERATÓRIO-00

COEFICIENTE QUESTIONÁRIO DE IMPACTO DE INCONTINÊNCIA-100
ESCORE DO ISU PRÉ-OPERATÓRIO-67
ESCORE DO ISU PÓS-OPERATÓRIO-00
COEFICIENTE INVENTÁRIO DE ESTRESSE UROGENITAL-100
PPE PRÉ-90
PPE PÓS-120

Caso 24 –L.H.R. RG-20014724 SSP-CE

IDADE-41
PARTOS VAGINAIS -00
IMC-30
CIRURGIA CORREÇÃO DE IUE ANTERIOR –NENHUMA
CIRURGIA REALIZADA-BURCH
INTERNAMENTO HOSPITALAR (DIAS)-02
SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO (MESES) -04
RESÍDUO MICCIONAL-10
DISFUNÇÃO MICCIONAL-NENHUMA
CURA CLÍNICA-SIM
ESCORE DO IQV PRÉ-OPERATÓRIO -24
ESCORE DO IQV PÓS-OPERATÓRIO-00
COEFICIENTE QUESTIONÁRIO DE IMPACTO DE INCONTINÊNCIA-100
ESCORE DO ISU PRÉ-OPERATÓRIO-22
ESCORE DO ISU PÓS-OPERATÓRIO-00
COEFICIENTE INVENTÁRIO DE ESTRESSE UROGENITAL-100
PPE PRÉ-130
PPE PÓS-150

Caso 25 –M.S.L.C. RG-634601 SSP-CE

IDADE-48
PARTOS VAGINAIS -04
IMC-34
CIRURGIA CORREÇÃO DE IUE ANTERIOR –NENHUMA
CIRURGIA REALIZADA-SLING
INTERNAMENTO HOSPITALAR (DIAS)-03
SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO (MESES) -15
RESÍDUO MICCIONAL-50
DISFUNÇÃO MICCIONAL-NENHUMA
CURA CLÍNICA-MELHORA
ESCORE DO IQV PRÉ-OPERATÓRIO -67

ESCORE DO IQV PÓS-OPERATÓRIO-00
COEFICIENTE QUESTIONÁRIO DE IMPACTO DE INCONTINÊNCIA-100
ESCORE DO ISU PRÉ-OPERATÓRIO-89
ESCORE DO ISU PÓS-OPERATÓRIO-11
COEFICIENTE INVENTÁRIO DE ESTRESSE UROGENITAL-87
PPE PRÉ-60
PPE PÓS-150

Caso 26 –M.F.S.M.RG-872705 SSP-CE

IDADE-55
PARTOS VAGINAIS -04
IMC-23
CIRURGIA CORREÇÃO DE IUE ANTERIOR –NENHUMA
CIRURGIA REALIZADA-SLING
INTERNAMENTO HOSPITALAR (DIAS)-03
SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO (MESES) -05
RESÍDUO MICCIONAL-140
DISFUNÇÃO MICCIONAL-RETENÇÃO
CURA CLÍNICA-SIM
ESCORE DO IQV PRÉ-OPERATÓRIO -52
ESCORE DO IQV PÓS-OPERATÓRIO-10
COEFICIENTE QUESTIONÁRIO DE IMPACTO DE INCONTINÊNCIA-80
ESCORE DO ISU PRÉ-OPERATÓRIO-50
ESCORE DO ISU PÓS-OPERATÓRIO-00
COEFICIENTE INVENTÁRIO DE ESTRESSE UROGENITAL-100
PPE PRÉ-140
PPE PÓS-150