



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE POS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**FABÍOLA SOUSA DE QUEIROZ**

**AUTOCUIDADO E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSAS  
COM PARKINSON E DISFUNÇÃO MICCIONAL**

Salvador  
2012

**FABÍOLA SOUSA DE QUEIROZ**

**AUTOCUIDADO E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSAS  
COM PARKINSON E DISFUNÇÃO MICCIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em enfermagem na área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em saúde”

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria do Rosário Menezes

Salvador  
2012

Queiroz, Fabíola Sousa de.

Autocuidado e Qualidade de vida de idosas com Parkinson e Disfunção Miccional [manuscrito] / Fabíola Sousa de Queiroz. - 2012.

xxx, 130 f. ; il.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria do Rosário Menezes.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Enfermagem.

1. Transtornos urinários. 2. Doença de Parkinson. 3. Avaliação. 4. Qualidade de vida. 5. Autocuidado. 6. Feminino. I. Menezes, Maria do Rosário. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

NLM: WJ146

FABÍOLA SOUSA DE QUEIROZ

**AUTOCUIDADO E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSAS  
COM PARKINSON E DISFUNÇÃO MICCIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para a obtenção do título de Mestre na Área de Concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde.

Aprovada em 23 de Janeiro de 2012

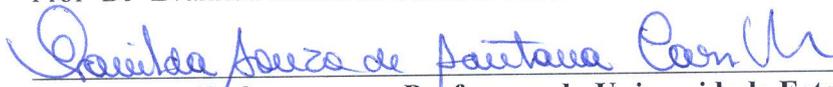
**BANCA EXAMINADORA**

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria do Rosário de Menezes



Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Evanilda Souza de Santana Carvalho



Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Fernanda Carneiro Mussi



Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Larissa Chaves Pedreira



Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Aos meus pais, Olga e Antonio, que me ensinaram  
que é possível chegar sempre, aonde quer que seja,  
quando se deseja com o coração.

## **Agradecimentos**

**À Deus,**  
Simplesmente, pela vida.

**À minha família,**  
Porque é o esteio, a base, o aconchego;  
Em especial Fabiana pela amizade e Luiz Alberto por Luma.  
À Gabriel, pelo companheirismo incondicional.

**À equipe Sarah,**  
Que desenvolve um trabalho digno, que acolhe o “ser humano” e cuida, respeitando a sua individualidade, acreditando na sua capacidade. Por me oferecer esse rico campo de cultura e aprendizado.

Ao **Núcleo de direção e Comitê de Enfermagem**, que participaram, incentivaram e vibraram em cada etapa e à **Equipe de Reabilitação Neurológica**, por ter participado, acreditado, compartilhado esse sonho, em especial enfermeiros Luciano e Luciane porque mergulharam comigo nesse projeto.

**À Professora Rosário,**  
Que me permitiu crescer em cada encontro, da sua forma única e particular, por me ensinar que a fragilidade do idoso é a fragilidade de todos nós.

**À Dr. André Ferraz e Dra Elaine**  
Por serem meus grandes incentivadores e nos quais eu me inspirei para iniciar esse trabalho.

**À Glicia,**  
Que sempre esteve ao meu lado, amiga incondicional e enfermeira admirável, em quem me espelho profissionalmente.

**Norma, Érika, Jadi, Ana Paula e Neuma**  
Porque por elas a amizade vale à pena.  
Em especial, à Norma, porque me deu “asas para imaginar” e me ensinou que a “inquietação” é a base para o crescimento. Esse trabalho é o fruto dessa curiosidade.

**À Alfredo,**  
Um novo amigo, que fez florescer da estatística dessa pesquisa, grandes achados.

**Valdenir, Andréa Brock, Cristina, Lúcio, Juliana, Cíntia e demais colegas da pós-graduação**  
Pelo apoio nessa trajetória. Em especial Valdenir, que me proporcionou momentos únicos de aprendizado pessoal e profissional.

**À Marilene,**  
Que me ajudou a desvendar a biblioteca e encontrar grandes fontes, fundamentais essa construção.

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos”

Fernando Pessoa

QUEIROZ, Fabíola Sousa. **Autocuidado e qualidade de vida de idosas com Parkinson e disfunção miccional**. Janeiro, 2012. [Dissertação Mestrado] – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

### RESUMO

O comprometimento físico-mental, emocional, social e econômico associados aos sinais, sintomas e complicações secundárias a doença de Parkinson, especialmente a disfunção miccional, interfere no nível de incapacidade do indivíduo e pode influenciar negativamente a qualidade de vida. O presente estudo tem como objeto de investigação o autocuidado e qualidade de vida de idosas com Parkinson e disfunção miccional e tem como objetivos: determinar os efeitos da disfunção miccional na qualidade de vida de idosas com Doença de Parkinson através do questionário de qualidade e vida e contextualizar a percepção das idosas sob a perspectiva do autocuidado. Trata-se de um estudo quantitativo e qualitativo, exploratório e prospectivo, realizado no período de maio a junho de 2011, incluindo 20 idosas com idade a partir de 60 anos, com disfunção miccional ocasionada pela Doença de Parkinson e após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Na coleta de dados foram utilizados os instrumentos para caracterização sócio-demográfica, avaliação da Qualidade de Vida através do King Health Questionnaire e três questões norteadoras que permitiram a livre contextualização das idosas. A análise quantitativa revelou que uma média maior de 50% das idosas mostrou percepção de sua saúde ruim, efeitos negativos e limitantes nas atividades da vida diária e de autocuidado, limitações físico-sociais, emocionais e no padrão de sono/energia. A análise qualitativa foi baseada na análise de conteúdo de Bardin, emergindo cinco categorias dos discursos das idosas: A Doença de Parkinson: o significado de suas vivências; Percepção e repercussão da disfunção miccional na qualidade de vida; Disfunção miccional: sentimentos relacionados à dependência para o autocuidado e Qualidade de vida: estratégias e desafios frente às adversidades. A Doença de Parkinson e a disfunção miccional demonstraram repercussões psicossociais devastadoras, evidenciadas por condições de fragilidade, dependência para o autocuidado e isolamento social impostos pela disfunção miccional. O estudo demonstrou a importância da busca de novas alternativas para melhorar a qualidade de vida de idosas com disfunção miccional ocasionada por Doença de Parkinson enfatizando a relevância das ações de enfermagem para o autocuidado.

**Descritores:** Enfermagem - Qualidade de vida - Disfunção miccional - Autocuidado.

QUEIROZ, Fabíola Sousa. **Self-care and quality of life of elderly women with Parkinson's disease and bladder dysfunction**. Janeiro, 2012. [Dissertação Mestrado] – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

### **ABSTRACT**

The impaired development of physical, mental, emotional, social and economic aspects associated with the signs, symptoms and secondary complications of Parkinson's disease, especially voiding dysfunction, interferes with the individual's level of disability and can negatively influence the life quality. This study has as a objective of investigation the voiding self-care and quality of life of elderly women with Parkinson's disease and bladder dysfunction. It is a quantitative study with clipping qualitative, exploratory and prospective, conducted from May to June of 2011, including 20 elderly women aged above 60 years with voiding dysfunction caused by Parkinson's disease and after signing the Statement of Informed Consent. Data collection instruments were used for socio-demographic, assessment of quality of life through the King Health Questionnaire and three guiding questions in order to free the context of the elderly. The quantitative analysis revealed that an average greater than 50% of the women showed awareness their bad health, negative and limiting activities of daily living and self-care, physical limitations, social, emotional and pattern of sleep/energy. Qualitative analysis was based on content analysis of Bardin, emerging discourses of the five categories elderly, Parkinson's disease; The meaning of their experiences, perceptions and impact of voiding dysfunction on quality of life; Voiding dysfunction; Feelings related to their dependence to self-care and quality of life; Strategies and challenges in the face of adversity. Parkinson's Disease and voiding dysfunction showed devastating psychosocial effects, as evidenced by conditions of frailty, dependence for self-care and social isolation imposed by voiding dysfunction. The study demonstrated the importance of finding new alternatives to improve the quality of life of elderly women with voiding dysfunction caused by disease Parkinson's emphasis on the importance of nursing actions for self-care.

**Keywords:** Nursing - Life Quality - Voiding dysfunction - Self Care.

QUEIROZ, Fabíola Sousa. **La atención y la calidad de vida de las mujeres de edad avanzada con enfermedad de Parkinson y disfunción de la vejiga**. Enero, 2012. [Disertación Mestrado] – Escuela de Enfermería, Universidad Federal de la Bahia, Salvador, 2012.

### RESUMEN

El comprometimiento físico-mental, emocional, social y económico asociado a las señales, síntomas y complicaciones secundarias de la enfermedad de Parkinson, especialmente la disfunción miccional, interfiere en el nivel de incapacidad del individuo y puede influenciar negativamente la calidad de vida. El presente estudio tiene como objeto de investigación la atención y la calidad de vida de las mujeres de edad avanzada con enfermedad de Parkinson y disfunción de la vejiga. Se trata de un estudio cuantitativo con enfoque cualitativo, exploratorio y prospectivo, realizado en el período de mayo a junio de 2011, incluyendo 20 mujeres mayores con edad a partir de 60 años, con disfunción miccional ocasionada por la Enfermedad de Parkinson, después de haber firmado el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido. (En la recolección de datos fueron utilizados los instrumentos para caracterización sociodemográfica, evaluación de la Calidad de Vida a través del King Health Questionnaire y tres cuestiones norteadoras visando la libre contextualización de las mayores). El análisis cuantitativo reveló que una media mayor a 50% de las mujeres mayores mostró percepción de su mal estado de salud, efectos negativos y limitantes en las actividades de la vida diaria y del autocuidado, limitaciones físico-sociales, emocionales y en el patrón de sueño/energía. El análisis cualitativo fue basado en el análisis de contenido de Bardin, emergiendo cinco categorías de los discursos de las mayores: La Enfermedad de Parkinson: el significado de sus vivencias; Percepción y repercusión de la disfunción miccional en la calidad de vida; Disfunción miccional: sentimientos relacionados a la dependencia para el autocuidado y Calidad de vida: estrategias y desafíos frente a las adversidades. La Enfermedad de Parkinson y la disfunción miccional demostraron repercusiones psicosociales devastadoras, evidenciadas por las condiciones de fragilidad, dependencia para el autocuidado y aislamiento social impuestos por la disfunción miccional. El estudio demostró la importancia de la búsqueda de nuevas alternativas para mejorar la calidad de vida de las mayores con disfunción miccional ocasionada por la Enfermedad de Parkinson enfatizando la relevancia de las acciones de enfermería para el autocuidado.

**Palabras clave:** Enfermería - Calidad de vida - Disfunción miccional - Autocuidado.

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1</b>	Caracterização sócio-demográficos das idosas com Doença de Parkinson e Disfunção miccional – Salvador – BA, 2011.	52
<b>TABELA 2</b>	Distribuição dos principais fatores de risco associados à disfunção miccional nas idosas com Parkinson. Salvador – BA, 2011.	53
<b>TABELA 3</b>	Média entre tempo de Diagnóstico e início dos sintomas miccionais das idosas com disfunção miccional e Doença de Parkinson. Salvador, Ba. 2011.	54
<b>TABELA 4</b>	Efeitos da disfunção miccional nas atividades diárias das idosas com disfunção miccional e Doença de Parkinson. Salvador, BA. 2011.	55
<b>TABELA 5</b>	Escore Gerais dos domínios do King's Health Questionnaire (KHQ) das idosas com disfunção miccional e Doença de Parkinson. Salvador, BA. 2011.	55
<b>TABELA 6</b>	Percepção geral da saúde e impacto da disfunção miccional na qualidade de vida de idosas com Parkinson. Salvador, BA. 2011	58
<b>TABELA 7</b>	Média da Percepção da Saúde e Limitação das atividades diárias das idosas com disfunção miccional e doença de Parkinson. Salvador, BA. 2011.	59
<b>TABELA 8</b>	Efeitos da disfunção miccional nas atividades de autocuidado das idosas com disfunção miccional e doença de Parkinson. Salvador, BA. 2011.	60
<b>TABELA 9</b>	Correlação entre os sintomas miccionais mais frequentes com os escores de QV segundo os domínios do KHQ (n=20 pacientes) das idosas com disfunção miccional e doença de Parkinson. Salvador, BA. 2011.	61
<b>TABELA 10</b>	Média relacionada às Limitações físicas e Emoções das idosas com Disfunção miccional e doença de Parkinson. Salvador, BA. 2011	65

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1</b>	Correlação entre o tempo de início dos sintomas miccionais e o tempo de diagnóstico das idosas com Parkinson. Salvador – BA, 2011.	54
<b>GRÁFICO 2</b>	Avaliação das idosas com disfunção miccional e doença de Parkinson em relação à avaliação do estado de saúde e a limitação da disfunção miccional no desempenho das tarefas. Salvador, BA. 2011.	57
<b>GRÁFICO 3</b>	Efeitos da disfunção miccional na qualidade do sono das idosas com Parkinson. Salvador, BA. 2011.	64
<b>GRÁFICO 4</b>	Correlação entre as limitações físicas e sociais com os fatores emocionais relatados das idosas com disfunção miccional e doença de Parkinson. Salvador, BA. 2011.	65

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

DP	Doença de Parkinson
LUTS	Sintomas do Trato Urinário Inferior
SIC	Sociedade Internacional de Continência
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
KHQ	King's Health Questionnaire

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>17</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>23</b>
2.1	O Processo de envelhecimento e a relação com Disfunção Miccional	23
2.2	Doença de Parkinson e Disfunção Miccional	25
2.3	Qualidade de vida de idosas com Parkinson e Disfunção Miccional	27
<b>3</b>	<b>A TEORIA DO DÉFICIT DE AUTOUIDADO</b>	<b>33</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>37</b>
4.1	Tipo de estudo	37
4.2	Local do estudo	37
4.3	Crítérios de inclusão	38
4.4	Variáveis do estudo	38
4.5	Amostra	38
4.6	Coleta de dados	38
4.6.1	Identificação e caracterização das mulheres idosas	39
4.6.2	Questionário para avaliação da Qualidade de Vida em mulheres com Disfunção miccional (KHQ)	41
4.6.3	Questões norteadoras	42
4.7	Condução do estudo	42
4.8	Questões éticas do estudo	43
<b>5</b>	<b>ANÁLISE DE DADOS</b>	<b>44</b>
5.1	Análise quantitativa	45
5.2	Análise qualitativa	46
<b>6</b>	<b>RISCOS E BENEFÍCIOS</b>	<b>48</b>

<b>7</b>	<b>APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>49</b>
7.1	<b>Análise quantitativa</b>	49
7.1.1	Características sócio-demográficas das idosas	49
7.1.2	Dados relacionados à Doença	52
7.1.3	Efeitos da Disfunção miccional na Qualidade de Vida através do Questionário de Qualidade de Vida (KHQ)	56
<b>7.2</b>	<b>Análise Qualitativa</b>	<b>67</b>
7.2.1	A Doença de Parkinson: o significado de suas vivências	67
7.2.2	Percepção da Disfunção miccional e repercussões na qualidade de vida	73
7.2.3	Disfunção miccional: sentimentos relacionados à dependência para o autocuidado	78
7.2.4	Qualidade de vida: estratégias e desafios frente às adversidades	83
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>89</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>94</b>
	APÊNDICE A – Instrumento para Identificação e caracterização das mulheres idosas	108
	APÊNDICE B - Questões norteadoras para avaliação qualitativa	109
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	110
	APÊNDICE D – Caracterização das idosas entrevistadas e informações sobre a Disfunção Miccional	111

ANEXO A - Questionário de Qualidade de vida em Disfunção Miccional (KHQ)	112
ANEXO B - Descrição da análise estatística do instrumento de qualidade de vida (KHQ)	113

## **APRESENTAÇÃO**

Este estudo aborda a disfunção miccional em idosas com doença de Parkinson, tendo como perspectiva a teoria do autocuidado proposta por Orem.

O primeiro capítulo aborda de forma ampla as perspectivas atuais sobre o envelhecimento, a vulnerabilidade frente a esse processo no que diz respeito às repercussões ocasionadas por comorbidades diversas, destacando-se a disfunção miccional ocasionada por Doença de Parkinson. Diante disso, aborda-se o objeto de estudo, objetivo geral e específico e a motivação para aprofundar essa temática. Em seguida, realiza-se uma ampla contextualização, através de revisão de literatura, sobre a disfunção miccional relacionada ao processo de envelhecimento e ao processo de doença, especificamente à Doença de Parkinson e os efeitos ocasionados por esse problema na qualidade de vida de idosas, visando dessa forma contribuir para um melhor conhecimento sobre a dimensão desse problema.

O segundo capítulo explora a disfunção miccional sob a ótica do autocuidado aprofundando-se no constructo do déficit de autocuidado abordado por Orem. O mergulho nessa teoria permite compreender e ampliar os conceitos sobre o autocuidado e como o déficit desse autocuidado contribui para a vulnerabilidade e piora da qualidade de vida de idosos com comorbidades crônicas.

O terceiro capítulo traz os aspectos metodológicos, especificamente o delineamento desse estudo no que concerne à sua natureza, local aonde foi realizado, critérios utilizados para seleção das idosas, especificação dos instrumentos de coleta de dados e a condução do estudo, bem como os aspectos éticos.

O quarto capítulo discrimina a análise dos dados quantitativos e qualitativos visando responder de forma ética e fidedigna à hipótese, problema e objetivos propostos pelo estudo.

No último capítulo são apresentados os resultados e a discussão do estudo. Visando facilitar a compreensão desses resultados, os mesmos foram apresentados em dois momentos: inicialmente realizou-se uma explanação através de gráficos e tabelas para apresentação dos resultados da análise quantitativa e posteriormente foram apresentados os

resultados da avaliação qualitativa, através da categorização de temas que emergiram dos discursos das idosas estudadas.

As considerações finais abarcam reflexões acerca dessa problemática e têm o intuito de despertar novas discussões diante dos resultados encontrados, que se revelaram impactantes na vida das idosas estudadas e que é apenas o reflexo do que ocorre em outras idosas que sofrem com Disfunção miccional ocasionada por Doença de Parkinson.

Recomenda-se esse estudo como base para o desenvolvimento de estratégias que possam nortear o cuidado de profissionais de saúde, visando embasamento para a melhora da prática profissional no que concerne à promoção da saúde através da educação para o autocuidado.

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento causa profundas transformações na vida, especialmente na saúde, nas relações interpessoais, sociais e econômicas. E se estiver associado às doenças crônicas que ocorrem com esse processo, altera de forma significativa a qualidade de vida, principalmente, no que tange a independência e autonomia. Dentre essas alterações, a disfunção miccional associada à Doença de Parkinson (DP) causa impacto na vida de mulheres idosas, principalmente no que tange as ações para o autocuidado. Dessa forma, o presente estudo tem como objeto o autocuidado e qualidade de vida de idosas com Parkinson e disfunção miccional.

De acordo com o relatório do Comitê de padronização de termos da Sociedade Internacional de Continência (SIC), no que diz respeito à uniformização de terminologia urológica, o termo disfunção miccional pode ser utilizado se for considerado como Sintoma do Trato Urinário Inferior (LUTS) e sua definição não inclui apenas a condição apresentada pelo paciente, mas também a condição relatada pelo cuidador ou parceiro, que pode auxiliá-lo a procurar ajuda da equipe de saúde (MILSON, 2009). Durante o estudo, será utilizado o termo disfunção miccional como termo de padronização para LUTS, considerando a maior adequação ao estudo.

O crescimento da população idosa no Brasil tem chamado a atenção de diversos setores sociais. Dados do IBGE (PNAD, 2005) indicam que o Brasil está entre os 10 países do mundo com população superior a 60 anos e, segundo a Economic and Social Affairs (ESA), a estimativa para 2020 é de que o Brasil tenha uma expectativa de vida de 71,2 anos (homem) e 74,7 anos (mulher), chegando a representar quase 13% da população (IBGE, 2009; ESA, 2010).

Com o aumento significativo dos percentuais de idosos, na população em geral, talvez seja a idade um dos fatores que mais têm influenciado na incidência das doenças crônico-degenerativas no Brasil (GUS, 2007). Segundo Zaslavsky e Gus (2002) as estatísticas revelam que o idoso se torna mais vulnerável às doenças degenerativas, sendo as doenças cardiovasculares, musculoesqueléticas, psicológicas e neurológicas as principais comorbidades que acometem essa população. Por essas razões, a preocupação com essas comorbidades no idoso são tão importantes e, quando cuidadas com maior carinho e dedicação, poderão abreviar e prevenir melhor as doenças oferecendo uma melhor qualidade de vida (ZASLAVSKY, 2002).

O processo de envelhecimento, embora fisiológico, é permeado por maior vulnerabilidade às doenças, as quais podem interferir na autonomia, na mobilidade, na destreza manual, na lucidez e na capacidade funcional das vias urinárias inferiores e da bexiga, favorecendo a disfunção miccional (PAHO, 2005; MORAES, 2005; REIS R, 2003).

Dentre as doenças degenerativas e progressivas do sistema nervoso que acometem os idosos, a doença de Parkinson “é uma das mais comuns e intrigantes” (PAHO, 2005). De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), no mundo, existem pelo menos quatro milhões de pessoas com doença de Parkinson. A estimativa é que esse número dobre até 2040, com o aumento da população idosa. Não existem números exatos sobre o Parkinson no Brasil, entretanto, o Ministério da Saúde estima que existam pelo menos 200 mil pessoas com a doença. Segundo a Organização Mundial da Saúde, 1% da população acima dos 65 anos possui essa doença, sendo que a prevalência é de 150 a 200 casos a cada 100.000 habitantes (PAHO, 2005).

A DP é a síndrome extrapiramidal mais encontrada na população idosa, representando até 2/3 dos pacientes que visitam os grandes centros de distúrbios do movimento (MENEZES; TEIVE, 2009). De acordo com Lees e colaboradores (2009), a incidência da doença aumenta acentuadamente com a idade, de 17,4 em 100 000 pessoas / ano entre 50 e 59 anos de idade para 93,1 em 100 000 pessoas/ano entre 70 e 79 anos. O risco de desenvolver a doença é de aproximadamente 1,5% e a prevalência é estimada em 100 a 200 casos por 100.000 indivíduos, tendo a idade média do início dos sintomas 60 anos. A duração média da doença desde o diagnóstico até a morte pode chegar a 15 anos e a taxa de mortalidade é estimada entre 1,5% a 2%.

Do ponto de vista clínico, a DP é caracterizada por rigidez, tremores de repouso, bradicinesia e insuficiência autonômica. As disfunções miccionais são sintomas não motores considerados freqüentes. Recentes estudos demonstram que esses pacientes apresentam risco duas vezes maior de desenvolver sintomas miccionais, se comparados com grupos-controle. De acordo com Campos - Sousa e colaboradores (2003), a presença de alterações não motoras na doença de Parkinson (DP) pode influenciar o diagnóstico e prognóstico da doença.

Nesse estudo, a sintomatologia do trato urinário inferior foi encontrada em 39,3% dos parkinsonianos. Todos os pacientes sintomáticos do estudo apresentavam sintomas irritativos (noctúria irritativa, freqüência e urgência urinária) e 25% destes tinham sintomas obstrutivos (sensação de esvaziamento incompleto da bexiga). A sintomatologia urinária

não estava associada ao sexo, duração e gravidade da doença, hipotensão postural e/ou sintomas ortostáticos (CAMPOS-SOUSA, 2003).

As manifestações não motoras da DP, embora por vezes relegadas a um segundo plano de importância, têm considerável impacto na qualidade de vida dos portadores da moléstia (BARBOSA, 2007). De acordo com Honório (2009) as disfunções miccionais ou sintomas do trato urinário inferior trazem ao indivíduo importantes repercussões físicas e sociais. As pessoas que sofrem desses distúrbios, especialmente se forem idosos, apresentam problemas psicossociais, como a perda da auto-estima, isolamento social e embaraço.

De acordo com Moreno (2004), as mulheres que apresentam esses sintomas tendem ao isolamento social por medo de ocorrerem perdas urinárias em público; desistem de atividades esportivas ou de outras atividades que possam revelar seu problema; sentem-se tão deprimidas, angustiadas, humilhadas para falar sobre o problema que geralmente procuram auxílio somente quando os sintomas estão comprometendo muito a sua qualidade de vida.

Em estudo sobre avaliação do impacto das disfunções miccionais, utilizando mulheres, evidenciou que os LUTS, associados ou não a outras queixas urinárias, apresentaram impacto negativo na qualidade de vida das mulheres que os experimentam e reforça a necessidade dos profissionais de questionar sobre esse problema; e ainda dos serviços de atenção primária e secundária de saúde preocupar-se em organizar equipes multidisciplinares no atendimento às mulheres com disfunções miccionais, no sentido de orientá-las e oferecer condições de atendimento acolhedor e individualizado, no que diz respeito aos aspectos emocionais e psicossociais das pacientes (BORGES, 2009).

Por esse motivo, Barbosa e Melo (2007) ressaltam a necessidade de que se pesquise sistematicamente a presença desses sintomas do trato urinário inferior em indivíduos com DP, a fim de avaliar de maneira mais abrangente as limitações ocasionadas pela moléstia.

Camargos e colaboradores (2004) afirmam que tem sido destacado que o foco de tratamento de indivíduos com DP deve ser a manutenção da Qualidade de Vida e, para isso, a avaliação sistemática do paciente é imprescindível. Essas informações são importantes para o planejamento de estratégias e de custo-efetividade de tratamento, além de promoverem o bem-estar de pacientes crônicos.

De acordo com Lazari, Lojudice e Marota (2009), programas de intervenção devem ser adotados para minimizar ou combater as disfunções miccionais em idosas visando melhorar a qualidade de vida dessa população já que a presença dessas alterações interfere

no estilo de vida de idosas e contribuem para as alterações psicológicas e físicas, modificando o convívio com a comunidade onde estão inseridas e no grau de satisfação com a vida.

Considerando que há grande impacto nas atividades da vida diária, Abreu (2007) demonstra, sob a perspectiva de idosas com disfunção miccional, que a utilização de estratégias de autocuidado interfere positivamente na qualidade de vida uma vez que têm por objetivo contornar os inconvenientes causados pelas perdas urinárias e, conseqüentemente, permitir a manutenção da rotina social.

Baseando-se no conceito de Qualidade de vida adotado pela Organização Mundial de Saúde, que considera o indivíduo consciente da sua posição no contexto social, cultural e a relação com seus objetivos, expectativas e preocupações, propõe-se conhecer em quais aspectos essa qualidade de vida pode estar afetada quando existe uma disfunção miccional associada a uma doença neurodegenerativa como a Doença de Parkinson.

Tendo em vista que as orientações para o autocuidado desenvolvidas através das ações de enfermagem permitem que o paciente adquira novos conhecimentos e habilidades de forma completamente engajada no seu processo de reabilitação, desenvolva aptidões para dar continuidade ao seu tratamento, retomando sua vida com qualidade, buscou-se nesse trabalho um embasamento teórico baseado no constructo da teoria do déficit do autocuidado proposto por Orem. Essa teoria tem sido adotada com muita frequência nos cuidados de enfermagem aos pacientes idosos e permite a inclusão de tópicos relacionados à promoção da saúde e autocuidado, tanto para os idosos independentes quanto para o prestador de cuidados.

As pesquisas têm dado ênfase em estudos sobre a importância da promoção da saúde através da educação para o autocuidado, possibilitando a autonomia e a independência do idoso (FREITAS MC, 2002). Possibilitar que o idoso enxergue, além do seu declínio, seus potenciais e capacidades de desenvolver novas habilidades, promovendo recursos para o indivíduo enfrentar a cronicidade, também contribui para seu bem-estar e qualidade de vida. No caso do doente com enfermidade ou dor crônica, o objetivo maior não é a cura da enfermidade, mas a melhora funcional, o alívio dos sintomas e a inclusão social (SILVEIRA, 2008).

De acordo com Faro (2006) desenvolver protocolos de atuação e programas de educação à saúde, focar medidas preventivas para abordar as queixas dos idosos e trabalhar diretamente com eles despertando-lhes o interesse e dando ênfase às suas

necessidades, compõem metas em reabilitação as quais devem ser adotadas para melhoria da assistência prestada e conseqüentemente da qualidade de vida desta clientela.

A motivação para estudar mais profundamente esse tema se deu à partir da vivência com as idosas que apresentam disfunção miccional associada à Doença de Parkinson e que relatavam experiências negativas em suas vidas durante o grupo de vivência e reeducação miccional de pacientes com DP em uma unidade de Reabilitação Neurológica. O grupo de reeducação miccional foi elaborado com o objetivo de identificar as principais alterações do trato urinário nos pacientes que possuem alterações neurológicas, promover o contato e a troca de experiências com outros pacientes com o mesmo problema e exercitar a educação em saúde no âmbito hospitalar com suporte interdisciplinar com o intuito de melhorar a qualidade de vida no que diz respeito a disfunção miccional.

A experiência adquirida na unidade de reabilitação neurológica despertou a necessidade de compreender os efeitos que a disfunção miccional acarreta na qualidade de vida de mulheres idosas com DP. Além disso, possibilitou uma melhor reflexão sobre a importância da prestação de uma assistência de enfermagem direcionada, individualizada e ao mesmo tempo holística, a necessidade do exercício da educação em saúde de forma integral e a constante busca da promoção do autocuidado visando diminuir as repercussões psicológicas, físicas e sociais e conseqüente melhora da qualidade de vida de mulheres nessa faixa etária.

Na perspectiva de promover e ampliar a discussão sobre esse assunto e visando contribuir para subsidiar estudos na área do cuidar, o presente estudo tem como objeto “autocuidado e qualidade de vida de idosas com Parkinson e disfunção miccional” com o intuito de responder ao problema do estudo: quais os efeitos da disfunção miccional no autocuidado e na qualidade de vida de idosas com Parkinson?

Para tanto, este estudo tem como objetivo geral: analisar os efeitos da disfunção miccional na qualidade de vida de idosas com Doença de Parkinson e como objetivos específicos: descrever a disfunção miccional em idosas com Parkinson e os efeitos na qualidade de vida à partir do questionário KHQ, considerando os domínios: percepção geral de saúde, impacto da disfunção miccional, limitações no desempenho das tarefas, limitações físicas, limitações sociais, relacionamento pessoal, emoções, sono/disposição e finalmente, descrever a vivência das idosas com doença de Parkinson e disfunção miccional sob a ótica da teoria do autocuidado.

Mediante o que foi exposto e sabendo que a disfunção miccional associada à Doença de Parkinson são situações potencialmente incapacitantes e com graves

repercussões físicas e sociais, torna-se um desafio melhorar a assistência de enfermagem e a qualidade de vida dessas idosas. Nesse sentido, partiu-se da hipótese de que existe associação negativa entre disfunção miccional e qualidade de vida de idosas com Doença de Parkinson.

Sob a ótica do cuidado proposto na teoria de Orem, aliada à revisão crítica sobre o tema e análise profunda dos achados quantitativos e dos discursos contextualizados, pretende-se realizar um aprofundamento teórico visando subsidiar discussões que possam responder aos questionamentos levantados e confirmar ou refutar a hipótese.

Investigar como cada idosa com DP percebe as repercussões provocadas pela disfunção miccional na sua qualidade de vida permite ao enfermeiro adequar as condutas no sentido de atender às necessidades e expectativas individuais, favorecendo a adesão ao seu tratamento, sucesso das intervenções e consequente alcance das metas propostas tanto pelo profissional quanto pelo paciente.

O presente estudo pretende evidenciar a importância das ações de enfermagem através das orientações para o autocuidado de clientes idosos, individualmente, na família ou em comunidade, de modo integral e holístico, desenvolvendo de forma autônoma ou em equipe, atividades de promoção, proteção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde. Além disso, tem o intuito de suscitar ampla discussão sobre novas alternativas que possam contribuir com a melhoria da qualidade de vida de pessoas que apresentam limitações nas atividades da vida diárias ocasionadas pela disfunção miccional de forma que possa despertar para a construção de novas políticas e programas de atendimento de saúde específicos.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E A RELAÇÃO COM DISFUNÇÃO MICCIONAL

Ainda não se têm estabelecido a real incidência e prevalência de disfunção miccional no Brasil, porém estima-se que a prevalência em idosos seja de 15 a 30% na comunidade e 50% em instituições asilares. Nos Estados Unidos da América (EUA), esses dados representam 12 milhões de pessoas, com gastos na ordem de 10 bilhões de dólares por ano (GLASHAN, 2002).

Estudos epidemiológicos têm demonstrado que a prevalência de disfunção miccional, em ambos os sexos, aumenta com o avançar da idade. Em estudo multicêntrico sobre Saúde, Bem Estar e Envelhecimento (SBEE), realizado pela OPAS e OMS, revela que 16,5% dos idosos entre 60 e 74 anos e 33,3% e aqueles com 75 anos ou mais apresentavam sintomas do trato urinário inferior (TAMANINE, 2009). Nos grupos etários mais velhos Tikkinen (2006) revelou que aproximadamente 7 em cada 10 homens em seus 60 anos e 4 dos 5 aos 70 anos relataram noctúria. Em termos absolutos, a prevalência nesse estudo aumentou cerca de 10 pontos percentuais por década, entre 20 e 49 anos e duas vezes mais rapidamente entre 50 anos e 69 anos.

A literatura considera que o sexo feminino é um fator de predisposição para o desenvolvimento de disfunção miccional. Irwin, Molson e Hunskaar et al (2006) relatam que sintomas do trato urinário, tais como freqüência, urgência, incontinência urinária e noctúria são muito prevalentes em ambos os sexos, mas a prevalência é significativa entre as mulheres, e que estes sintomas aumentam com a idade. Em estudo Tikkinen (2006) encontrou que noctúria foi o mais prevalente LUTS, sendo 48,6% em homens e 54,5% em mulheres seguido por sintomas de armazenamento com porcentagem de 51,3% nos homens e 59,2% nas mulheres e os sintomas de esvaziamento apareceram em 25,7% dos homens e 19,5% das mulheres. Sintomas mistos apareceram em 16,9% dos homens e 14,2% das mulheres.

A Sociedade Internacional de Continência define incontinência urinária como uma disfunção miccional na qual a perda involuntária de urina torna-se um problema social ou higiênico e é objetivamente demonstrada (BLAIVAS, 2002). De acordo com Freitas C. (2002), a perda de urina causa um grande impacto sobre a saúde e a qualidade de vida do indivíduo, além de predispor às infecções do trato urinário, facilitar a formação de úlceras

por pressão, interromper o sono e facilitar as quedas, causa grande constrangimento, na medida em que induz ao isolamento social, à depressão e à internação em asilos. Deve ser considerada não como uma doença, mas um sintoma resultante de um distúrbio na bexiga ou no esfíncter (CHARALAMBOUS, 2009).

Em qualquer faixa etária, a continência urinária não depende somente da integridade do trato urinário inferior. Guccione (2002) relata que vários componentes são necessários para manter a continência, que se inicia na percepção da necessidade de urinar, no planejamento da ação, que inicia desde a procura do local correto e ideal para urinar até a capacidade funcional num período de tempo suficiente para reter a urina até que o lugar adequado seja alcançado.

De acordo com Borges (2003) as alterações da percepção, motivação, destreza manual, mobilidade, lucidez, existência de doenças crônicas e incapacitantes associadas à idade, estão entre os fatores que podem ser responsáveis pela causa e agravamento da disfunção vesical no idoso.

Segundo Tamanine (2004) e Rubinstein (2001) a disfunção miccional é uma consequência direta da dificuldade do idoso em realizar as atividades básicas da vida diária, como ir ao banheiro, vestir-se e despir-se, o que interfere de maneira considerável a realização das atividades de autocuidado. Estas dificuldades podem ser consequências da fragilidade geral das pessoas idosas ou, ainda, seqüelas de doenças subjacentes neurológicas tais como acidentes vasculares encefálicos e DP.

Irwin (2006) relata que no trato urinário inferior, os sintomas relacionados à frequência, urgência, incontinência urinária e noctúria são predominantes entre as mulheres, e o aumento desses sintomas se acentua com idade e os principais motivos estão relacionados a mudanças no comprimento da uretra e na complacência vesical, da anatomia do assoalho pélvico, o efeito de gestação e paridade em mecanismos de continência, alterações hormonais e plurifarmacologia (TAMANINE, 2009).

No conceito de Berek (1998), a disfunção miccional, mais especificamente a incontinência urinária, não é vista como um processo natural do envelhecimento, embora a prevalência aumente com a idade. Para Higal (2008), idade, trauma do assoalho pélvico, fatores hereditários, raça, menopausa, obesidade, doenças crônicas, uso de medicações, constipação, tabagismo, consumo de caféina e exercícios intensos na região abdominal são fatores de risco para o desenvolvimento de incontinência urinária na mulher.

Rubinstein (2001) evidencia a importância do sistema nervoso central no controle da micção e, como as doenças neurodegenerativas estão relacionadas diretamente com o

processo de envelhecimento, essas doenças exercem papel importante na incidência dos distúrbios miccionais.

Alguns autores revelam que existem razões para a não procura do tratamento e de orientações profissionais. Essas razões podem ser justificadas pelo fato das pessoas idosas acreditarem que a perda urinária é um processo normal do envelhecimento associada à uma baixa expectativa em relação aos benefícios adquiridos com o tratamento, a falta de conhecimento a respeito de onde procurar o serviço especializado, o constrangimento, hesitação ou medo de consultar os profissionais de saúde e os custos elevado das consultas (SEBBEN, 2008; MINASSIAN, 2003).

Os métodos básicos disponíveis em todos os níveis de cuidados para o bom diagnóstico da disfunção miccional é a história clínica, exame físico e a realização de diário miccional. Uma história detalhada, justamente focada não só em relação ao tipo de sintoma, mas também para avaliação de possíveis fatores de risco, vai descobrir o tipo de disfunção apresentada e, a partir daí, realizar os testes diagnósticos (ROBLES, 2006).

O diário miccional, como explicitado por Keilman (2005), pode fornecer informações sobre o paciente que são benéficas para o tratamento clínico, tais como frequência e regularidade dos sintomas, fatores associados à perda urinária, o consumo de alimentos ou líquidos que estejam associados a urgência, incontinência, ou ambos, sendo, portanto, considerado, por alguns especialistas como um dos componentes mais importantes da avaliação da disfunção vesical.

Para Freitas (2002) o tratamento da disfunção miccional tem como objetivo a melhora, prevenção das complicações e promoção do conforto às pacientes. Assim, as intervenções de enfermagem podem auxiliar no diagnóstico e controle das perdas urinárias bem como contribuir para a melhora da qualidade de vida das mulheres que apresentam disfunção miccional.

## 2.2 DOENÇA DE PARKINSON E DISFUNÇÃO MICCIONAL

A Doença de Parkinson é uma doença neurodegenerativa de causa desconhecida que afeta mais de um milhão de pessoas na América do Norte. A idade é o único fator de risco mais consistente (LANG, 1998).

Essa enfermidade degenerativa é caracterizada por perda progressiva de células da substância nigra (lócus níger) do mesencéfalo, cujos marcadores são os corpos de Lewy (MOHAMED, 2007). Essa degeneração de neurônios da zona compacta da substância nigra

resulta na diminuição da produção de Dopamina, com destruição da via nigroestriatal e subsequente perda da dopamina estriatal. Portanto, acredita-se que a perda do impulso dopaminérgico no estriado seja o fator responsável principal da sintomatologia da Doença de Parkinson (MENEZES, 2009).

Do ponto de vista clínico, a DP é caracterizada por sintomas motores, considerados a “tétrade clássica”, que são tremor, bradicinesia, rigidez e instabilidade postural (TEIXEIRA, 2004). Além das alterações da motricidade, ocorrem repercussões em outros sistemas que são responsáveis pelo desenvolvimento dos sintomas não motores da doença como disfunções miccionais, autonômicos, anormalidades do sono, alterações cognitivas e psiquiátricas e distúrbios na sexualidade (MENEZES, 2009).

A frequência de sintomas miccionais em pacientes com DP revisto por Araki e Kuno (2000) variou de 37 a 70%. Estudos revelam ainda estimativas entre 27 a 78% de pacientes que desenvolvem essas disfunções durante o curso da doença (WINGE, 2006; SINGER, 1998). A prevalência está em torno de 30% no início da doença e de 70% após 05 anos de evolução da doença e existe correlação importante entre essa disfunção vesico - esfinteriana e o déficit de dopamina do circuito nigroestriatal que ocorre na doença de Parkinson (SOLER, 2004). De acordo com Campos Souza (2003) as distorções nestes estudos incluem problemas na seleção dos pacientes, a inclusão de pacientes com outras formas de parkinsonismo, a identificação de sintomas urinários e do uso de medicamentos, como levodopa.

Os núcleos da base cerebral, dentre os quais as células da substância nigra são responsáveis por modularem o tônus da musculatura do esfíncter uretral externo e sua integridade está relacionada com a efetividade da atividade detrusora (D’ANCONA, 2001). Desses núcleos, o locus Níger exerce uma função inibidora sobre a musculatura detrusora da bexiga e o locus ceruleus exerce uma função ativadora dessa musculatura. Com a degeneração dos neurônios pigmentados, particularmente da substância nigra, há deficiência de Dopamina, predominando assim a atividade colinérgica, o que explica facilmente a predominância de hiperatividade do detrusor e conseqüentemente o primeiro grupo de sintomas (ANDRADE, 2003).

A hiperatividade da bexiga em pacientes com DP compromete o assoalho pélvico bem como a atividade esfinteriana provocando uma bradicinesia do esfíncter interno, o que fará com que o mesmo não relaxe antes do início da micção, relaxando apenas durante a micção (CAMPOS-SOUSA; QUAGLIATO e SILVA et al, 2003). De acordo com Lemark (2000) e Winge (2005) estudos urodinâmicos têm revelado anormalidades em 36 a

90% dos pacientes, predominando hiperreflexia do detrusor com ou sem completo relaxamento da musculatura pélvica e do esfíncter externo.

Os sintomas miccionais mais frequentes estão agrupados sob a forma de sintomas de enchimento, abrangendo a frequência, urgência e urgeincontinência, que são predominantes em pelo menos 73% dos pacientes se comparado com os sintomas de esvaziamento que incluem hesitação e sensação de esvaziamento incompleto e ocorrem em pelo menos 27% dos pacientes estudados (SINGER, 1998). Alguns estudos têm revelado de maneira controversa a correlação entre a severidade dos sintomas miccionais na DP e idade, duração da doença, porém há uma correlação forte com a incapacidade neurológica (LEMARK, 2000; WINGE, 2005).

Mohammed (2007) em seu estudo mostrou que a duração média dos sintomas miccionais em pacientes com DP foi entre 01 a 19 anos de doença e que, em pelo menos 10% desses pacientes, os sintomas ocorreram em período inferior a 01 ano. Essa incidência aumentou com o estágio de comprometimento neurológico da doença e a qualidade de vida foi significativamente afetada pelos sintomas miccionais, principalmente pelo aumento da frequência e noctúria.

De acordo com Barrero (2007) no paciente com DP a combinação de questionários e o estudo urodinâmico permitem identificar o tipo de disfunção miccional e selecionar os pacientes que se beneficiam com medidas alternativas e ou tratamento medicamentoso. O estudo urodinâmico compreende o estudo funcional da bexiga e/ou uretra e permite diagnosticar alterações provocadas por lesões neurológicas, musculares, anatômicas ou psicológicas (D'ANCONA, 2001).

Segundo explicitado por Camargos (2004), o principal foco do tratamento em indivíduos com doenças crônicas, como a DP deve ser a manutenção da qualidade de vida, o que enfatiza a importância de conhecer as dimensões que abrangem esse conceito e os instrumentos de medida que avaliam o impacto das alterações na qualidade de vida desses indivíduos.

### 2.3 QUALIDADE DE VIDA DE IDOSAS COM DISFUNÇÃO MICCIONAL E PARKINSON

De acordo com Alves (2007) o comprometimento da capacidade funcional do idoso está relacionado diretamente ao aumento no número de doenças crônicas, sendo, portanto considerada a principal causa de vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo

para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos. Entre as demandas de saúde, as doenças crônicas e incapacitantes e suas seqüelas, tais como disfunções miccionais, são responsáveis pelas negativas consequências que têm na qualidade de vida dos idosos. Foram evidenciados índices significativos entre a maior dependência dos idosos e as chances para a ocorrência de disfunção miccional (TAMANINE, 2009).

Em função das limitações físicas e psicológicas impostas pela disfunção miccional, esses pacientes alteram sua rotina diária, o sono passa a ser perturbado, fazendo com que fiquem indispostos. Deixam de freqüentar bailes, cinemas, festas, evitam transportes coletivos e viagens longas. O convívio social deixa de ser prazeroso e passa a se caracterizar como algo tímido e desconfortante. Os traumas psicológicos relacionados à disfunção miccional levam aos sentimentos de humilhação, ansiedade, solidão e culpa. Sua percepção de saúde já não é mais a mesma, devido ao incomodo que a incontinência urinária lhe causa (CAETANO, 2004).

O' Brien (1991) enfatiza que se a necessidade de cuidados de saúde é definida como o nível adequado de prestação de intervenções de saúde que seja eficiente e desejado pela população, então claramente a população pode contar com serviços de enfermagem, desde que estejam devidamente qualificados.

Para Coelho (2009) a abordagem da disfunção miccional deverá ser multifatorial e comportamental, devendo a reeducação funcional, ser ponto de partida para reaquisição de um esquema miccional equilibrado e poderá incluir, inclusive, estratégias que envolvem medidas comportamentais visando perda de peso, exercício físico regular, ingestão de líquidos, dieta pobre em irritantes vesicais, controle da constipação; técnicas de treino muscular do pavimento pélvico, técnicas de treino vesical para aumentar a capacidade vesical e técnicas de micção por horário.

Keilman (2005) ressalta que a terapias comportamentais, mudanças de estilo de vida e intervenções ambientais são tratamentos de primeira linha para a disfunção miccional tendo como objetivo principal a melhoria da qualidade de vida, manutenção da função e melhorando a auto-estima, além disso, não precisa de um diagnóstico invasivo para começar o tratamento com terapias comportamentais e mudanças de estilo de vida. A experiência de cada indivíduo com a disfunção miccional é única. O tratamento eficaz requer uma abordagem multifacetada que incide sobre o nível de compreensão do paciente e sobre o impacto das alterações na sua qualidade de vida (BEERS, 1999).

Os conceitos sobre qualidade de vida (QV) surgiram para descrever o efeito de aquisições de diferentes bens na vida das pessoas e evoluíram para a determinação da

percepção do indivíduo sobre seu estado de saúde em grandes domínios ou dimensões de sua vida. A necessidade de avaliação mais ampla de como e quanto determinada doença ou intervenção médica atinge a qualidade de vida é fundamental em qualquer serviço de saúde (FITZPATRICK, 1992).

Nesse sentido a QV funciona como um indicador nos julgamentos clínicos de doenças específicas através da avaliação do impacto físico e psicossocial que as enfermidades, disfunções ou incapacidades podem acarretar para as pessoas acometidas, permitindo um melhor conhecimento do paciente e de sua adaptação à condição (SEILD, 2004).

A OMS através do WHOQOL GROUP (1995) adotou o conceito de QV considerando:

[...] a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações [...]

Na tentativa de uma definição mais abrangente, alguns autores enfatizam que a qualidade de vida deve ser envolvida por todos os aspectos que temporalmente cercam o diagnóstico e tratamento de uma doença e se estendem além da questão médica, incluindo estilo de vida, comunidade e vida familiar (REAMAN e HAASE, 1996).

De acordo com Rufino Netto (1994, p.11) qualidade de vida pode ser assim referida:

[...] Qualidade de vida boa ou excelente é aquela que ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciência ou arte [...]

Para Minayo (2000) o termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores, sendo uma noção eminentemente humana, que se aproximada do grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial e, quando se trata de um conceito tão profundo e complexo, valores não materiais, como amor, liberdade, solidariedade e inserção social, realização pessoal e felicidade, compõem sua concepção.

Quando se considera o processo de adoecimento, a expressão qualidade de vida ligada à saúde é vista por Auquier, Simeoni e Mendizabal (1997) como o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos; e a organização política e econômica do

sistema assistencial. Esse conceito é complementado por Gianchello (1996, p.236) no trecho seguinte:

[...] é o valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções[...]

A característica progressiva da DP, associada às complicações secundárias da doença são determinantes para o comprometimento mental/emocional, social e econômico, o que se revela extremamente incapacitante para o indivíduo, além de contribuir com a piora significativa da sua qualidade de vida (KUOPIO, 2000). Em estudo sobre as perspectivas de idosos com disfunção miccional, Abreu (2007) revela que a qualidade de vida está diretamente vinculada à saúde, autonomia, relacionamentos pessoais, estabilidade financeira e vida ativa, tendo o comprometimento psicológico relacionado à preocupação e desagrado diante das perdas urinárias e do receio de que ocorram em ambientes inapropriados.

Dessa forma, informações sobre a qualidade de vida são importantes para o planejamento de estratégias e de custo-efetividade do tratamento, além de promoverem o bem-estar de pacientes crônicos (CAMARGOS, 2004). Além disso, a mensuração da QV ajuda a selecionar e monitorar problemas psicossociais de um paciente, como também demonstra a percepção da população sobre diferentes problemas de saúde e avalia o resultado das intervenções médicas (SUELLOTO, 2005).

De acordo com Córcoles (2008) o interesse no conceito de mensuração de qualidade de vida na área da saúde está relacionado à necessidade de compreensão da saúde como um estado de completo desenvolvimento físico, mental e social, não meramente a ausência de doença e, por outro lado, o extraordinário desenvolvimento da tecnologia em saúde, cujo propósito consiste em prestar uma avaliação mais abrangente, integral e válida do estado de saúde de um indivíduo ou grupo.

Em conteúdo, Laurenti (2003) cita que o avanço terapêutico e tecnológico fez com que a sobrevida de doentes, particularmente com doenças crônicas, aumentasse bastante, permanecendo, portanto, complicações ou seqüelas com as quais os indivíduos sobrevivem vários anos e isso não significa “viver bem”, pois quase sempre há limitações com prejuízos da participação em várias atividades.

De acordo com Stavros (2009) tomando-se como base que a disfunção miccional tem um efeito físico e psicológico sobre os pacientes, ao mesmo tempo em que exerce um encargo financeiro adicional, além de sua prevalência ser semelhante à de outras doenças

crônicas, no que diz respeito ao seu efeito sobre a qualidade de vida dos pacientes, pesquisadores têm desenvolvido e sugerido a utilização de vários questionários que são preenchidos pelos próprios pacientes e suas questões visam, mensurar o efeito da disfunção miccional na saúde dos doentes e na sua qualidade de vida.

A mensuração da qualidade de vida é um dos parâmetros úteis para avaliar o resultado do tratamento escolhido e facilitar a comparação de estudos realizados em locais diferentes, utilizando tratamentos diferentes, em populações semelhantes (WHOQOL, 1995). Além disso, segundo exposto por Retti (2007), o envolvimento do próprio paciente no seu tratamento e a necessidade de avaliação mais ampla de como e quanto determinada doença ou intervenção do profissional de saúde atinge a qualidade de vida, são fundamentais em qualquer serviço de saúde.

No Brasil vem crescendo o interesse pelo tema QV no campo da saúde e isto se deve às possibilidades de utilizar as informações como indicadores importantes de saúde e doenças e a associação com as práticas assistenciais diárias dos serviços de saúde (KAPLAN, 1995; MORRIS, PEREZ e MCNOE, 1998). Isto permitirá mudanças conceituais e práticas em saúde, através da incorporação de aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais, muitas vezes negligenciados pela equipe de saúde e que poderão efetivamente contribuir para as ações multidisciplinares.

De acordo com Camargos (2004) os instrumentos de QV visam diagnosticar a natureza e o estágio de comprometimento da doença, avaliar os efeitos do tratamento e verificar os fatores etiológicos envolvidos. Esses motivos justificam a existência de questionários genéricos e específicos que avaliam o auto-relato de qualidade de vida e saúde.

Segundo Kelleher et al (1997) a Sociedade Internacional de Continência (ICS) tem recomendado que um questionário de QV seja incluído em todo e qualquer estudo sobre disfunção miccional. A utilização desses questionários tem por finalidade avaliar os diversos aspectos e dimensões da vida do paciente: físico (mobilidade, autocuidado e exercícios), psicológico (depressão, ansiedade, preocupação), social (suporte, contato, atividades de lazer), desempenho geral (emprego, trabalhos domésticos, compras), dor, sono e sintomas específicos da doença, como por exemplo, perda urinária.

Na última década, foram construídos vários questionários na área da disfunção miccional, porém alguns fatores como extensibilidade e inadequabilidade de traduções para a língua portuguesa limitaram o uso e tornaram ineficientes e de difícil aplicabilidade na prática clínica (TAMANINE, 2004).

Recentemente o KHQ, instrumento que avalia especificamente o impacto dos sintomas miccionais na qualidade de vida de mulheres, foi submetido ao processo de tradução, e adaptação cultural para a língua portuguesa e está validado e disponível para uso em pesquisas clínicas no Brasil (TAMANINE, 2002). Esse instrumento permite a mensuração global e também avalia o impacto dos sintomas miccionais nos vários aspectos da individualidade na qualidade de vida (KELLEHER, 2000).

De acordo com Rett (2007) o KHQ é considerado completo, pois avalia tanto o impacto da disfunção miccional nos diferentes aspectos da qualidade de vida, quanto os sintomas do trato urinário baixo, percebidos por mulheres. A SIC o classifica como “altamente recomendável” para utilização em pesquisas clínicas, principalmente por sua popularidade e pelo fato de já estar em uso, após processos de tradução e validação em outros idiomas (BORGES, COLOGNA e PEREIRA, 2009).

A utilização deste instrumento específico é relevante para avaliar a qualidade de vida no que diz respeito às pesquisas clínicas brasileiras, pois permite mensurar um dos resultados da intervenção terapêutica em estudo, além de ser um guia da terapêutica e estabelecer um bom diálogo com a paciente (RETT, 2007).

Para Kelleher, Cardoso e Toozs-Robson (1997), ao criar e aplicar em seus primeiros estudos o KHQ visando estimar a qualidade de vida de mulheres com disfunção miccional, evidenciou que a maioria das mulheres, apesar dos resultados urodinâmicos, apresentavam sua qualidade de vida afetada de forma negativa, tendo incidência de 66,6% entre as mulheres com incontinência tipo mista e de até 81,2% entre as mulheres com hiperatividade do detrusor.

Atualmente o tratamento conservador faz parte do contexto de reabilitação em mulheres com disfunção miccional, então a avaliação da qualidade de vida neste tipo de tratamento é muito importante. Recentes publicações têm demonstrado importante melhora da qualidade de vida de mulheres submetidas ao tratamento conservador e que foram avaliadas com o questionário recomendado (KHQ) (BALMFORTH, 2006).

Todavia, este instrumento ainda não foi utilizado em mulheres com DP submetidas ao tratamento conservador da disfunção miccional. Diante da pouca literatura existente sobre essa abordagem e tomando-se como base a relevância do tema para profissionais que reabilitam e também para pacientes que necessitam de reabilitação da sua incontinência, e de a DP ter impacto mundial e corresponder a fator de risco predisponente para o desenvolvimento de disfunção miccional, é recomendável incluir esses parâmetros de qualidade de vida nas avaliações (ROBLES, 2006; SCHESTATSKY, 2006).

### 3. A TEORIA DO DÉFICIT DO AUTOCUIDADO PROPOSTO POR OREM

De acordo com Diógenes (2003) o cuidado de enfermagem prestado com embasamento científico proporciona subsídios para uma melhor compreensão das situações em que o indivíduo se encontra e possibilita melhor implementação das ações para a melhora da prática assistencial.

A utilização de teorias proporciona ao enfermeiro o conhecimento necessário para aperfeiçoar sua prática, uma vez que sua capacidade aumenta pelo conhecimento teórico, possibilitando autonomia profissional através de um ponto de referência que sustenta tanto o exercício profissional como a formação e os trabalhos de pesquisa na profissão (MARRINER, 1994).

Além disso, segundo a reflexão posterior realizada por Marriner (2002) a teoria confere significado ao conhecimento de modo a melhorar a prática descrevendo, explicando e antevendo fenômenos, desenvolve a capacidade analítica e o poder de pensamento crítico, clarifica valores e pressupostos e dirige os objetivos da prática, do ensino e da investigação em enfermagem.

A teoria de Orem tem sido muito utilizada na assistência à pacientes idosos, considerando que é uma população acometida por doenças crônicas e fornece uma diversidade de tópicos de investigação, incluindo a promoção da saúde e o autocuidado para idosos independentes, além de fatores relacionados ao prestador de cuidados (TAYLOR, 2002).

Considerando que a qualidade de vida está diretamente vinculada à saúde, autonomia, relacionamentos pessoais, estabilidade financeira e vida ativa e que o autocuidado busca o cuidar-se de si mesmo, do corpo e da mente, melhorar o estilo de vida, conhecer e controlar os fatores de risco que levam às doenças e adotar medidas de prevenção de doenças, pode-se considerar que as atividades de autocuidado têm relação direta com a qualidade de vida. Nesse sentido é imprescindível essa abordagem sobre o constructo proposto por Orem.

A Teoria Geral de Enfermagem de Orem é constituída por três constructos teóricos que estão inter-relacionados: a Teoria do Autocuidado, que apresenta o conceito de autocuidado e como ele se relaciona com o indivíduo; a Teoria do Déficit do Autocuidado, que demonstra a necessidade da ajuda da enfermagem e a Teoria de Sistemas de Enfermagem, que identifica como os profissionais podem oferecer ajuda nas necessidades de autocuidado (SANTOS, 2008).

De acordo com essa teoria, o autocuidado pode ser compreendido como ações que o ser humano desenvolve consciente e deliberadamente, em seu benefício, no sentido de promover e manter a vida, o bem estar e a saúde. Existem fatores condicionantes básicos que podem facilitar ou dificultar esse engajamento nas ações de autocuidado e podem gerar uma demanda terapêutica. São eles, idade, sexo, o estado de desenvolvimento, estado de saúde, os fatores do sistema familiar, os padrões de vida, fatores ambientais e adequação e disponibilidade de recursos (GEORGE, 2000).

Para isso, a teoria estabeleceu três requisitos que expressam os resultados pretendidos ou desejados para o autocuidado, dentre os quais, os requisitos universais, requisitos do autocuidado de desenvolvimento e os requisitos de desvio de saúde.

Os requisitos universais são considerados necessários à manutenção da vida, estrutura e funcionamento do ser humano (manutenção da ingestão de água e alimentos suficientes, provisão de cuidados relacionados com a eliminação e promoção do funcionamento e desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais) (SILVA L, 2001).

Os requisitos do autocuidado de desenvolvimento são aqueles necessários às condições de mudanças ao longo dos diferentes estágios do ciclo de vida e que requerem adaptação, atuando no desenvolvimento e maturação do indivíduo (adaptações à modificações do organismo), e os requisitos de desvio de saúde que são necessidades de autocuidado que se apresentam nos casos de doença ou incapacidade e nos tratamentos exigidos para corrigir esta condição (busca e garantia de assistência de saúde adequada; conscientização e atenção aos efeitos e resultados de condições e estados patológicos; modificação do auto-conceito (e da auto-imagem) na aceitação de si como estando num estado especial de saúde; aprendizado da vida associado aos efeitos de condições e estados patológicos (SILVA L, 2001).

O segundo constructo é considerado o núcleo da teoria geral de enfermagem de Orem e diz respeito ao déficit de autocuidado. Ocorre quando o ser humano se acha limitado para prover o autocuidado sistemático, quando a habilidade do cuidador está aquém da exigida para o preenchimento de uma demanda desse cuidado, ou quando esses indivíduos necessitam incorporar medidas que necessitem de habilidades especializadas, adquiridas através de treinamento e experiência. Nesse sentido, a enfermagem pode auxiliar o indivíduo utilizando métodos de ajuda para proporcionar a assistência com autocuidado: agir ou fazer para a outra pessoa, guiar e orientar, proporcionar apoio físico e psicológico, mantendo ambiente de apoio e desenvolvimento pessoal e ensinar (DIÓGENES, 2003).

Considerando que a Doença de Parkinson traz conseqüências graves no que concerne à perda da autonomia e independência, tornando o paciente limitado a desenvolver as atividades para o autocuidado e a enfermagem pode, através das ações de educação em saúde, contribuir para melhora desses efeitos, a discussão desse eixo teórico torna-se de fundamental importância para compreensão do estudo.

Esse modelo teórico permite que o indivíduo julgue se a ação de autocuidado é benéfica para ele e esse julgamento ocorre de acordo com as orientações internas e/ou externas, que, por sua vez são moldadas pela cultura aonde vivem. Nesse sentido, ela direciona as ações assistenciais do enfermeiro e responde às necessidades dos indivíduos com processos crônicos de saúde e considera a educação para o autocuidado um processo dinâmico que depende da vontade do indivíduo e da percepção dele sobre a sua condição clínica (DUPAS, 2004; CADE, 2001).

O postulado principal desse constructo gira em torno do desequilíbrio entre a capacidade para engajar-se no autocuidado e os fatores que devem ser trabalhados, controlados e/ou modificados no indivíduo por afetarem o funcionamento do organismo e seu desenvolvimento humano, que é a demanda terapêutica para o autocuidado (CADE, 2001).

A incapacidade para desenvolver o autocuidado pode advir de fatores extrínsecos dentre os quais inclui o processo de doença e os fatores intrínsecos, como idade, por exemplo, afetam tanto a habilidade do indivíduo de engajar-se nesse cuidado, como o tipo e a quantidade de autocuidado requerido (LIMA, 2007). Nesse sentido são dois fatores de extrema importância que tornam esse constructo hábil a ser avaliado em mulheres idosas e com processo crônico de doença.

A teoria dos Sistemas de Enfermagem é o terceiro constructo dessa teoria e sugere que as ações de enfermagem sejam concebidas e produzidas deliberadamente e intencionalmente para pessoas com limitações de autocuidado ou de cuidado dependente associadas à saúde (DIÓGENES, 2003).

Nesse contexto, a atuação da enfermeira se dá em três níveis: O Sistema totalmente compensatório, quando a capacidade de autocuidado da pessoa é totalmente limitada ou ausente e o enfermeiro responde por decisões e/ou ações necessárias à satisfação dos requisitos de autocuidado, nesse caso a pessoa é socialmente dependente de outros para proporcionar seus cuidados e seu bem-estar. O Sistema parcialmente compensatório permite que o paciente e enfermeiro realizem ações de autocuidado, alternando-se no papel de principal agente em função das limitações, conhecimentos e habilidades do paciente, e o

sistema apoio-educação acontece quando o paciente está apto e pode ou deve aprender a realizar as ações de autocuidado terapêutico, porém, não obtém êxito sem auxílio. Nesse sistema, o papel do enfermeiro é permitir que o paciente seja agente de seu próprio cuidado (SILVA, 2001; DIÓGENES, 2003; GEORGE, 2000).

Orem definiu a enfermagem como um serviço de saúde especializado que tem seu foco de atenção nas pessoas com incapacidades para a contínua provisão de quantidade e qualidade de cuidados em um momento específico, sendo eles reguladores de seu próprio funcionamento e desenvolvimento (GEORGE, 2000).

De acordo com Vitor (2010), a teoria do déficit de autocuidado pode ser entendida como um exemplo válido de descrição da enfermagem como uma ciência voltada para a prática e favorável à aplicação em pacientes com doenças crônicas. Nesse sentido a elaboração de métodos de auxílio, ações voltadas para agir ou fazer para outra pessoa, conduzir e orientar, oferecer apoio físico e psicológico, adequar o ambiente ao desenvolvimento pessoal e, por fim, ações focalizadas no ensino são iniciativas essenciais das práticas de enfermagem.

Refletindo sobre essa teoria, infere-se que o enfermeiro, através da interação mútua com o paciente e seus cuidadores, do envolvimento da família no tratamento, de reuniões de grupos e orientações para o aprendizado de práticas de autocuidado, principalmente vivenciadas por pessoas com disfunção miccional, se torna personagem fundamental na promoção e manutenção da saúde dos indivíduos que apresentam algum grau de limitação e contribuem conseqüentemente com a melhora da sua qualidade de vida.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo e qualitativo, exploratório e prospectivo.

O método quantitativo é um processo formal, objetivo e sistemático, no qual se utilizam dados numéricos para a obtenção de informações acerca do mundo, pois é usado para descrever, testar relações e determinar causas. O estudo exploratório possibilita buscar maiores informações sobre determinado assunto, além de permitir ao pesquisador ampliar sua experiência sobre específico problema, aprofundando seu estudo ou obtendo uma nova percepção do mesmo (CRESWEL, 2004).

Os estudos prospectivos são delineamentos de pesquisa elaborados para coletar dados em mais de um momento e seu principal valor consiste na sua capacidade de demonstrar claramente as tendências ou mudanças com o passar do tempo, dando uma sequência temporal dos fenômenos o que se torna fundamental para o estabelecimento da causalidade. São úteis para o estudo da dinâmica de uma variável ou fenômeno e o período da coleta de dados depende unicamente da natureza do estudo (POLIT, 2004).

Estudos revelam que a abordagem qualitativa permite livremente a contextualização da experiência vivenciada, através de recortes, visando adicionar qualidade e credibilidade aos achados quantitativos (POLIT, 2004; CRESWEL, 2004). A avaliação qualitativa visa descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados, expressar os sentidos dos fenômenos e reduzir a distância entre os dados e as teorias (NEVES, 1996).

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo teve como campo de investigação uma Instituição de grande porte, pública, de caráter filantrópico, situada na cidade de Salvador, centro de referência no atendimento interdisciplinar qualificado na área de Neuroreabilitação.

A unidade Hospitalar de Reabilitação situada na Região Metropolitana de Salvador, faz parte de uma rede de 09 unidades hospitalares distribuídas pelo país. Foi inaugurada em 1994 e possui capacidade instalada de 157 leitos destinados ao atendimento nas áreas de pediatria, ortopedia, reabilitação neurológica e lesão medular.

O setor de Reabilitação neurológica é composto por 54 leitos destinados à reabilitação de pacientes com seqüelas neurológicas por acometimento cerebral, sendo

admitidos aproximadamente 52 pacientes por mês, dentre os quais pacientes com DP, que realizam o programa de reabilitação em aproximadamente 04 semanas.

Os pacientes atendidos em suas unidades hospitalares demandam cuidados especializados, para os quais são formadas equipes interdisciplinares que atuam, conjuntamente, em todas as fases da reabilitação para atingir um dos objetivos da Instituição: a melhoria de sua qualidade de vida.

#### 4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídas no estudo mulheres idosas, com idade a partir de 60 anos, tendo funções cognitivas preservadas, que apresentassem disfunção miccional secundária à DP, admitidas na Instituição e que ainda concordassem participar do estudo e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Considerando que o questionário utilizado é específico para avaliação da qualidade de vida em mulheres com disfunção miccional, optou-se por incluir somente mulheres no estudo.

#### 4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Para efeito desse estudo, foi considerada como variável independente a disfunção miccional de idosas com DP.

No que diz respeito às variáveis dependentes, foram consideradas os domínios do questionário específico: Percepção geral de saúde, impacto da disfunção miccional, limitações no desempenho das tarefas, limitações físicas, limitações sociais, relações pessoais, emoções, sono e energia.

#### 4.5 AMOSTRA

Foi realizada uma amostragem não-probabilística por conveniência, considerando que o cronograma de atividades para a coleta de dados foi curto, restringindo-se a um mês e houve a opção para agregar outro método denso de análise ao estudo, a análise qualitativa.

Considerando os critérios e o tempo de coleta estabelecidos, foram admitidas no estudo 20 idosas, que corresponderam a um universo de 196 idosas inscritas no serviço para serem

admitidas. Porém, é importante considerar que, nesse período, todas as idosas que foram admitidas e que atendiam aos critérios, foram incluídas no estudo (20 idosas).

Apesar da amostra por conveniência não ser tão rigorosa como a probabilística, é frequentemente utilizada em estudos quando o tempo ou o custo são fatores que podem interferir no estudo, pois trata-se de um método rápido e relativamente custo-benefício de coleta de dados. Dessa forma, pode-se inferir que nesse estudo, o tempo foi fator decisório para a escolha do método não probabilístico.

#### 4.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de março a abril de 2011 após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição e iniciada no momento da admissão das idosas na Instituição.

Após concordância da participação na pesquisa e assinatura do consentimento livre e esclarecido, procedia-se a identificação e caracterização das idosas (APÊNDICE A) e posteriormente, a aplicação do questionário de qualidade de vida e posteriormente suscitadas a três questões para a avaliação qualitativa. O tempo máximo para cada entrevista não ultrapassou 30 minutos.

Realizou-se uma entrevista guiada por um questionário semi-estruturado, específico para avaliação da disfunção miccional em mulheres (KHQ), aplicado e preenchido pela própria investigadora, considerando a condição de limitação motora fina para a escrita das colaboradoras idosas, no caso, inviabilizando o preenchimento do instrumento pelas mesmas (ANEXO A).

Ao final dessa entrevista, as idosas foram estimuladas a expressar seus sentimentos relacionados aos efeitos da disfunção miccional na sua qualidade de vida e a interferência nas atividades do autocuidado. Para isso, foram suscitadas 03 questões abertas sobre o assunto, visando à contextualização das experiências vivenciadas (APÊNDICE B).

Para realização da coleta de dados e visando organização metodológica, foram utilizados três instrumentos, dentre os quais, o primeiro instrumento, que buscou identificar e caracterizar as mulheres idosas, o segundo instrumento que diz respeito ao questionário para avaliação da qualidade de vida em disfunção miccional e o terceiro instrumento que objetivou contextualizar os discursos das mulheres idosas. Estarão descritos e detalhados à seguir:

#### 4.6.1 IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES IDOSAS

O primeiro instrumento diz respeito à identificação e caracterização das mulheres idosas. Foi subdividido em três domínios, que dizem respeito, respectivamente, aos dados demográficos relacionados às mulheres idosas, dados relacionados à doença de Parkinson e dados relacionados à disfunção miccional e o autocuidado (APÊNDICE A).

Os dados sócio-demográficos relativos às idosas investigados foram categorizados em subitens: escolaridade, renda familiar, ocupação profissional, situação atual de aposentadoria, situação conjugal, raça/cor, religião, dinâmica familiar, grau de parentesco do acompanhante na consulta e principal agente de cuidados no domicílio.

Para avaliação da dinâmica familiar foi considerada “família organizada” aquela que estivesse envolvida no processo de autocuidado da idosa de forma direta ou indireta, que estivesse organizada previamente para dar suporte nos cuidados domiciliares. Foi considerado como “agente de cuidado” a principal pessoa que executasse as tarefas para o autocuidado no domicílio da idosa, a pessoa referenciada pela idosa nas atividades de suporte domiciliar e de tarefas para o autocuidado.

Os dados relacionados à doença foram categorizados com itens relacionados ao tempo de diagnóstico, diagnósticos secundários e capacidade funcional. O diagnóstico secundário foi utilizado com o intuito de esclarecer se a paciente apresentava outra patologia de ordem neurológica além do Parkinson que pudesse gerar sintomatologia miccional semelhante. Não foi utilizado, portanto, com caráter de análise estatística.

Quanto aos dados específicos sobre a disfunção miccional e autocuidado, foram categorizados de acordo com os seguintes itens: paridade, realização de cirurgias ginecológicas, ocorrência de partos vaginais, presença de perdas urinárias, o tempo de início dessas perdas e a ocorrência de episódios de infecção do trato urinário.

No que diz respeito ao autocuidado foram considerados os itens: a ocorrência de despertares noturnos para urinar, os recursos utilizados para evitar perdas urinárias, a ocorrência de mudanças nos hábitos diários para lidar com as perdas, a interferência no grau de dependência e se afetou o autocuidado.

Foram consideradas dependentes as idosas que necessitavam de acompanhamento e cuidado integral de familiar e/ou cuidador, parcialmente dependente as idosas que necessitavam de cuidados parciais e que participavam das atividades da vida diárias com auxílio e independentes as idosas que não necessitavam de cuidados e conseguiam realizar as atividades da vida diárias de forma independente.

#### 4.6.2 QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM DISFUNÇÃO MICCIONAL (KHQ)

Para avaliação da qualidade de vida em mulheres com disfunção miccional, foi optado por escolher o instrumento KHQ (ANEXO A), por ser um questionário completo, que avalia tanto o impacto da disfunção miccional nos diferentes domínios da qualidade de vida, como os sintomas por elas percebidos.

Instrumentos de avaliação específicos validados para o português são raros na literatura nacional, sendo que até o presente não existe qualquer questionário de qualidade de vida em disfunção miccional publicado. Kelleher et al (1997), construíram e validaram no idioma inglês um questionário específico para avaliação da qualidade de vida de mulheres com disfunção miccional denominado “King’s Health Questionnaire” (KHQ). Até então apresenta-se confiável e válido na análise de suas propriedades psicométricas, tendo sido validado até o ano de 2000 para sete idiomas (TAMANINE, 2002).

É um questionário semi-estruturado, específico para avaliação da qualidade de vida em mulheres com disfunção miccional. É composto por 21 questões, divididas em 08 domínios: (01) Percepção geral de saúde (composto por um item), (2) Impacto da disfunção miccional (composto por um item), (3) Limitações de atividades diárias (dois itens), (4) Limitações físicas (dois itens), (5) Limitações sociais (dois itens), (6) relacionamento pessoal (três itens), (7) Emoções (três itens) e (8) Sono e disposição (composto por dois itens) (TAMANINE, 2002).

Além desses domínios, existem dois domínios independentes: um avalia a gravidade da disfunção miccional (medidas de gravidade) e o outro avalia a presença e intensidade dos sintomas miccionais.

Esses dois domínios são graduados em quatro opções de respostas (“nem um pouco, um pouco, moderadamente, muito” ou “nunca, às vezes, freqüentemente, o tempo todo”), exceção feita ao domínio percepção geral de saúde com cinco opções de respostas (“muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim”) e ao domínio relações pessoal (“não aplicável, nem um pouco, um pouco, moderadamente e muito”) (PAGANI, 2006).

A pontuação para avaliação é realizada individualmente por domínios, não havendo, portanto, score geral. Os escores variam de 0 a 100 e quanto maior a pontuação obtida, maior é o impacto sobre a qualidade de vida relacionada àquele domínio (Haddad M; 2008). Nesse instrumento em todas as respostas são atribuídos valores numéricos, somados

e avaliados por oito domínios. Os valores são, então calculados por meio de fórmula matemática, obtendo-se, assim, os escores de cada domínio, não havendo, por tanto, escore geral (ANEXO B).

Apesar de originalmente elaborado para o autopreenchimento pela paciente, foi optado por aplicá-lo na forma de entrevista objetivando minimizar o risco de viés metodológico e respeitando as limitações motoras ocasionadas pela Doença de Parkinson. De acordo com estudos, esse instrumento também se mostrou capaz de detectar resultados confiáveis nessa forma de aplicação e foi mais cômodo para os pacientes (SUELOTTO, 2005; WEINBERGER, 1996).

#### 4.6.3 QUESTÕES NORTEADORAS

O terceiro instrumento foi elaborado no intuito de propiciar situações de contato entre as idosas e a entrevistadora, de forma a buscar a livre contextualização do problema, atendendo assim aos objetivos da pesquisa, além de permitir à pesquisadora um mergulho em profundidade na essência desses depoimentos, visando coletar indícios dos modos como cada uma das idosas percebe a disfunção miccional em suas vidas.

Nesse sentido foram realizadas três perguntas norteadoras da entrevista:

1. O que significa ter Doença de Parkinson e problemas urinários?
2. Como começou o seu problema urinário e o que mudou na sua vida?
3. Em que aspecto o problema urinário afetou o seu autocuidado?

De acordo com Duarte (2004) a realização de uma boa entrevista, principalmente se a mesma apresenta questões de contextualização, exige do investigador que ele tenha muito bem definidos os objetivos de sua pesquisa e que ele conheça com alguma profundidade, o contexto no qual pretende realizar sua investigação. A existência de questões com um nível de linguagem mais informal ou simples permite ao entrevistado uma melhor compreensão de acordo com o seu contexto cultural.

#### 4.7 CONDUÇÃO DO ESTUDO

As idosas foram selecionadas após a admissão na instituição, respeitando os critérios de inclusão elaborados previamente.

As idosas foram admitidas em consultas ambulatoriais por equipe interdisciplinar, que avaliaram a existência da queixa miccional e sinalizavam à pesquisadora para que se

procedesse o cumprimento dos protocolos éticos da pesquisa. Foi optado por considerar apenas as mulheres admitidas, uma vez que não sofreram intervenções visando a correção da disfunção miccional, o que poderia comprometer as respostas, criando um viés no estudo.

Inicialmente as idosas e seus acompanhantes, quando existiram, foram informados sobre a pesquisa e posteriormente convidados a lerem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) e decidirem livremente sobre a participação no proposto estudo.

Posteriormente, as idosas foram convidadas gentilmente a se dirigirem, juntamente com a investigadora, à sala escolhida e reservada previamente para a realização das entrevistas. Trata-se de local escolhido pela investigadora considerando itens importantes para a condução da entrevista, dentre os quais, ser silencioso e confortável, que permitisse privacidade e com o mínimo de fatores que pudessem interferir nas entrevistas.

As entrevistas foram conduzidas pela investigadora considerando a ordem dos instrumentos: caracterização das mulheres, questionário de qualidade de vida e finalizando com as questões norteadoras.

Os depoimentos foram gravados e posteriormente transcritos na íntegra, objetivando manter a originalidade dos discursos. Depois de transcritos, os depoimentos passaram pela conferência de fidedignidade, através da escuta com textos em mãos, conferência de cada frase, mudanças de entonação, interjeições e interrupções e posteriormente foram editadas visando minimizar os vícios lingüísticos.

#### 4.8 QUESTÕES ÉTICAS DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida com base nas normas e diretrizes estabelecidas pela Resolução 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde, que preconiza a pesquisa em seres humanos, respeitando os princípios bioéticos norteadores da pesquisa: beneficência, não-maleficência, autonomia, justiça e precaução contra danos (FREITAS, 2002).

Em se tratando de pesquisa com pessoas idosas, a principal característica que deve orientar a avaliação dos aspectos éticos deve ser o respeito pela pessoa idosa, o que inclui a garantia de que a sua participação é voluntária e baseada no conhecimento adequado do que será realizado (GOLDIM, 2000).

Quanto ao Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), procurou elucidar todas as questões obrigatórias como linguagem clara e totalmente acessível sobre os

procedimentos a serem realizados para a obtenção dos dados da pesquisa, como também os riscos possíveis, benefícios esperados, garantias da obtenção de esclarecimentos quando necessário e da liberdade do sujeito de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa se assim o desejar, bem como a garantia da privacidade no que tange aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa (MUÑOZ, 1998).

As atividades no campo de pesquisa só iniciaram após a apreciação e liberação pelo Comitê Científico e de Ética em pesquisa da Instituição onde foi realizado o estudo.

Todos os instrumentos foram inicialmente assinados pelas idosas entrevistadas, após explicitação clara e leitura prévia do seu conteúdo, permitindo dessa forma, que a mesma optasse livremente por aceitar ou não participar do estudo.

As idosas foram identificadas como “entrevistadas” e numeradas de acordo com a ordem de admissão no estudo e as entrevistas realizadas foram transcritas e posteriormente editadas, sendo mantidas as cópias originais e editadas por questões de preservação ética do estudo.

## 5 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados obtidos foi realizada em duas etapas: análise quantitativa, obtida através do questionário de qualidade de vida (KHQ) e a análise qualitativa, que emergiu através dos relatos das participantes do estudo.

### 5.1 ANÁLISE QUANTITATIVA

No KHQ todas as respostas são atribuídos valores numéricos, somados e avaliados por oito domínios. Os valores são, então calculados por meio de fórmula matemática, obtendo-se assim, os escores de cada domínio, não havendo, portanto, escore geral (ANEXO B).

Os escores variam de zero a 100 e quanto maior a pontuação obtida, pior é a qualidade de vida relacionada aquele domínio. O questionário foi originalmente padronizado para ser auto-administrado, porém, a aplicação foi feita na forma de entrevista e é pontuado por cada um de seus domínios. Procurou-se seguir de forma rigorosa e sistemática as recomendações de análise propostas pelo autor do questionário de qualidade de vida.

Os dados referentes à análise quantitativa inicialmente foram tabulados e analisados através do software estatístico SPSS Versão 13.0 e posteriormente disponibilizados de modo descritivo, em tabelas e gráficos categoricamente definidos. Para garantir a fidedignidade da análise, as variáveis da pesquisa foram mapeadas e, paralelamente, elaborado o plano de análise de dados objetivando responder à hipótese e aos objetivos propostos e posteriormente selecionada a técnica estatística a ser utilizada.

Dessa forma, realizou-se inicialmente uma análise exploratória (descritiva) para a caracterização sócio-demográfica das participantes do estudo e demais dados levantados. As variáveis numéricas foram submetidas às medidas descritivas de centralidade (média e mediana) e de dispersão (valor máximo, mínimo e desvio-padrão) e, para as variáveis categóricas, foram obtidas frequências simples absolutas e percentuais.

Para o estudo de comparações das variáveis numéricas quanto aos fatores de interesse, foi inicialmente considerado o teste de normalidade dos dados de Kolmogorov-Smirnov e o teste de homogeneidade de variâncias de Bartlett. Somado o fato dos testes não se confirmarem e o tipo de amostragem ser por conveniência optamos então por utilizar testes não paramétricos.

Foram verificadas, por meio dos coeficientes de Spearman's rho, as correlações entre os parâmetros clínicos e os diferentes domínios. Para avaliar as diferenças e as associações entre as variáveis, foram utilizados os testes de qui-quadrado ou exato de Fisher; nas variáveis representadas por média e medianas foi utilizado o teste de U Mann-Whitney ou teste da Mediana e no caso de mais de duas categorias foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis.

O teste de Mann-Whitney é o teste equivalente não paramétrico do teste t independente, empregado quando as condições necessárias aos testes paramétricos não podem ser atendidas e torna-se apropriado às comparações entre grupos cujas amostras são pequenas ou quando a variável sob análise está em escala ordinal. O teste baseia-se na comparação da soma dos postos ou posições que os valores ocupam em cada grupo e é aplicado quando estão em comparação dois grupos independentes e a variável deve ser de mensuração ordinal.

Nesse estudo, foi utilizado para analisar possíveis diferenças entre os grupos com relação às variáveis de interesse dos domínios: Percepção da Saúde, Limitação no desempenho das tarefas, Limitações físicas e Emoções.

Todas as análises dos dados foram realizadas através do programa Statical Package for Social Scienses (SPSS, versão 13.0). A significância para todos os testes foi de 5% ( $\alpha = 0,05$ ), os resultados com diferença estatisticamente significativa foram grafados com (\*).

## 5.2 ANÁLISE QUALITATIVA

Visando adicionar credibilidade aos achados quantitativos, foi realizada avaliação qualitativa tomando como base a contextualização da disfunção miccional vivenciada pelas idosas, baseando-se na análise de conteúdo proposta por Bardin.

Esses achados, por sua vez, foram discutidos à luz da teoria do autocuidado proposta por Orem, considerando o constructo teórico da teoria do déficit do autocuidado.

Para Bardin (2009), a análise de conteúdo utiliza procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens para então proceder à análise das comunicações, porém, o interesse não está na descrição dos conteúdos, mas no que estes nos poderão ensinar após serem tratados.

Segundo Ferreira (2000), esse tipo de análise deve ser utilizada quando se quer ir além dos significados, da leitura simples do real e aplica-se a tudo que é dito em entrevistas ou depoimentos ou escrito em jornais, livros, textos ou panfletos, como também a imagens de

filmes, desenhos, pinturas, cartazes, televisão e toda comunicação não verbal: gestos, posturas, comportamentos e outras expressões culturais.

A técnica de análise de conteúdo utilizada foi análise categorial temática e a organização foi efetuada em torno dos três pólos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise foi realizada através da organização sistemática das entrevistas, após a transcrição na sua íntegra. A partir disso, procedeu-se a exploração desse material através de leituras flutuantes, objetivando conhecer a fundo o material a ser trabalhado e posteriormente as unidades de registro foram codificadas segundo o critério semântico.

Após a codificação desses dados e conhecimento das características pertinentes ao conteúdo das entrevistas, foi iniciado o processo de categorização através do reagrupamento semântico de acordo com os temas relacionados à disfunção miccional em idosos com Parkinson, a avaliação da qualidade de vida e a perspectiva do autocuidado. Finalmente foi procedida a inferência e interpretação desses dados.

De acordo com Bardin (2009), o pesquisador que trabalha seus dados a partir da perspectiva da análise de conteúdo está sempre procurando um texto atrás de outro texto, um texto que não está aparente já na primeira leitura e que precisa de uma metodologia para ser desvendado.

## **6 RISCOS E BENEFÍCIOS**

Os desconfortos possíveis relacionados ao estudo foram: possível embaraço ou timidez com perguntas realizadas durante a entrevista, uma vez que assuntos como a perda urinária ainda são considerados tabus na sociedade e repercutem muito no estado psicológico de algumas pacientes. Apesar do tempo estimado de trinta minutos para entrevista ser considerado um risco possível para desistência ou cansaço, em se tratando de mulheres idosas, tal fato não ocorreu no estudo.

Os principais benefícios esperados às idosas do estudo foram: proporcionar um momento agradável para ouvir essas idosas no que tange às suas restrições e constrangimentos relacionados à disfunção miccional associada à DP, identificar o impacto das alterações na qualidade de vida e as repercussões no autocuidado e estabelecer metas para a reeducação vesical. À comunidade científica, gerar conhecimento para entender os impactos que a disfunção miccional causa na qualidade de vida das idosas com DP.

## 7 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Alicerçada em conteúdo teórico-conceitual vasto e visando alcançar os objetivos propostos no estudo que tem como objeto “autocuidado e qualidade de vida de idosas com Parkinson e disfunção miccional”, segue-se a apresentação e discussão dos resultados encontrados, baseados em dois eixos de análise complementares: a análise quantitativa e a análise qualitativa.

### 7.1 ANÁLISE QUANTITATIVA

#### 7.1.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Considerando os critérios e o tempo de coleta estabelecidos, foram admitidas no estudo 20 idosas.

O presente estudo revelou que as idosas entrevistadas apresentaram idade média de 66,65 anos de idade, considerando desvio padrão para a idade de 8,82, variando de 83 anos de idade máxima e mínima de 60 anos. Pelo menos 45% dessas idosas eram viúvas, 25% casadas e 20% solteiras e 10% divorciadas. Mais de 60% das idosas eram católicas e 20% evangélicas.

Em relação ao grau de escolaridade, houve predominância de idosas alfabetizadas em 95%, dentre essas 60% possuíam o ensino fundamental e apenas 15% possuíam o ensino superior completo.

Dessas mulheres, todas possuíam renda própria, seja por aposentadoria (60%) ou oriundas de pensão por morte do esposo (20%) e 10% delas ainda trabalham ativamente em suas profissões. No que concerne às atividades profissionais que desenvolveram anteriormente, a maioria desenvolvia atividades do lar e as demais se diversificavam em outras profissões, nas quais se destacaram: costureiras, comerciárias, bióloga, empresárias autônomas, professora, esteticista, dentre outras.

De acordo com a dinâmica familiar, 90% das idosas referiram ter uma organização familiar que favorecia os cuidados com a saúde e, pelo menos 35% desses cuidadores eram seus familiares e 15% eram cuidadores contratados. O que despertou a atenção é que o restante, correspondente a 50% das idosas eram as principais agentes de cuidados, totalmente independentes para a realização das atividades da vida diárias.

Visando contribuir para melhor visualização do perfil sócio-demográfico estabelecido no estudo, a caracterização das idosas estudadas encontra-se descrita na tabela 1:

**TABELA 1: CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DAS IDOSAS COM DOENÇA DE PARKINSON E DISFUNÇÃO MICCIONAL. SALVADOR – BA, 2011.**

IDOSAS ENTREVISTADAS	IDADE (anos)	ESCOLARIDADE (grau)	RENDA FAMILIAR (salários)	OCUPAÇÃO ANTERIOR	SITUAÇÃO ATUAL	SITUAÇÃO CONJUGAL	RAÇA/COR	RELIGIÃO	DINÂMICA FAMILIAR	PRINCIPAL AGENTE DE CUIDADOS
1	70	1º	1	lavadeira	aposentada	solteira	parda	evangélica	organizada	familiar
2	75	3º	>10	bióloga	aposentada	solteira	branca	católica	organizada	ela mesma
3	66	1º	>2	lavradora	sem benefício	casada	branca	evangélica	organizada	ela mesma
4	68	1º	2	costureira	sem benefício	casada	branca	católica	organizada	familiar
5	77	1º	2	costureira	aposentada	viúva	parda	católica	organizada	ela mesma
6	76	1º	1	comerciária	aposentada	solteira	parda	católica	desorganizada	ela mesma
7	63	2º	4	esteticista	aposentada	divorciada	branca	messiânica	organizada	ela mesma
8	66	1º	3	do lar	pensionista	viúva	branca	católica	organizada	cuidador
9	74	2º	3	professora	aposentada	viúva	branca	católica	organizada	ele mesmo
10	83	1º	4	comerciante	pensionista	viúva	branca	testemunha Jeová	organizada	cuidador
11	61	1º	3	auxiliar limpeza	pensionista	viúva	negra	evangélica batista	organizada	familiar
12	64	3º	2	diretora	aposentada	solteira	branca	católica	organizada	ele mesmo
13	63	3º	20	empresária	ativa	casada	branca	católica	organizada	ela mesma
14	62	2º	2	técnica laboratório	ativa	divorciada	branca	católica	desorganizada	ela mesma
15	78	nenhum	2	do lar	pensionista	viúva	branca	católica	organizada	familiar
16	60	2º	1	do lar	aposentada	casada	branca	católica	organizada	familiar
17	63	1º	2	vendedora	aposentada	viúva	branca	evangélica	organizada	cuidador
18	69	1º	6	auxiliar administrativo	aposentada	viúva	parda	evangélica	organizada	familiar
19	64	1º	2	comerciante	aposentada	viúva	negra	católica	organizada	familiar
20	60	1º	>2	do lar	aposentada	casada	parda	católica	organizada	ela mesma

Fonte: Autocuidado e qualidade de vida de idosas com Parkinson e disfunção miccional.

### 7.1.2 DADOS RELACIONADOS À DOENÇA

Todas as idosas estudadas apresentavam Doença de Parkinson, com tempo de diagnóstico bastante variável, entre 01 a 20 anos e já apresentavam sintomas motores e não-motores característicos da doença, dentre eles, a disfunção miccional. Nesse sentido, considerando a capacidade funcional dessas idosas, pelo menos 30% apresentavam-se dependentes para as atividades da vida diária, 35% eram parcialmente independentes e 35% das restantes eram independentes para as atividades da vida diária.

A disfunção miccional é, no entanto, não estática, mas dinâmica, e muitos fatores podem contribuir para a progressão de incidência, ou remissão desse desajuste. Com base na multidimensionalidade dos fatores que podem estar relacionados aos sintomas miccionais, foram considerados fatores como paridade, cirurgias ginecológicas prévias, número de partos naturais e infecções urinárias.

No estudo, observou-se o predomínio de mulheres multíparas, acima de 70%, com números de partos bastante variáveis, porém há de se considerar nesse estudo que, pelo menos 20% das mulheres estudadas eram nulíparas, as demais idosas (10%) tiveram apenas um filho. Considerando apenas o número de partos naturais, houve uma variação entre 2 a 12, porém foi predominante em 40% das idosas a ocorrência de até quatro partos naturais, 40% acima de quatro partos naturais e 20% das idosas não tiveram filhos.

Em relação às cirurgias uroginecológicas prévias realizadas, houve uma variação bastante considerável em relação ao tempo de realização desses procedimentos, que variou de 02 anos até 40 anos. A frequência média foi de 12 anos de realização desse tipo de procedimento e foi destacado ainda que, 40% das mulheres não haviam realizado cirurgias previamente.

Somando-se a esses fatores, 35% das idosas referiram nunca ter apresentado episódios de infecções do trato urinário e 55% referiram apresentar tais sintomas esporadicamente, 5% apresentavam relato de episódios repetitivos de infecções e 5% das idosas apresentavam infecções raramente, conforme visualizado na tabela 2:

**TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À DISFUNÇÃO MICCIONAL NAS IDOSAS COM PARKINSON. SALVADOR – BA, 2011.**

Fatores de Risco	Frequência
<b>Paridade - Frequência (%)</b>	
Nenhuma	4 (20%)
1 a 4	8 (40%)
5 a 8	6 (30%)
9 a 12	2 (10%)
<b>Partos naturais - Frequência (%)</b>	
Nenhum	6 (30%)
2 a 4	8 (40%)
5 a 8	4 (20%)
9 a 12	2 (10%)
<b>Infecções do trato urinário - Frequência (%)</b>	
Nenhuma	7 (35%)
Esporadicamente	11 (55%)
Raros	1 (5%)
Repetição	1 (5%)
<b>Cirurgias ginecológicas prévias (anos)</b>	
Frequência	12
Média ± Desvio-padrão	17,3 +10,6
Mediana (máximo – mínimo)	17,5 (40 – 2)
<b>Tempo de início sintomas miccionais (anos)</b>	
Frequência	20
Média ± Desvio-padrão	3,8 +3,0
Mediana (máximo – mínimo)	3 (10 – 0,2)

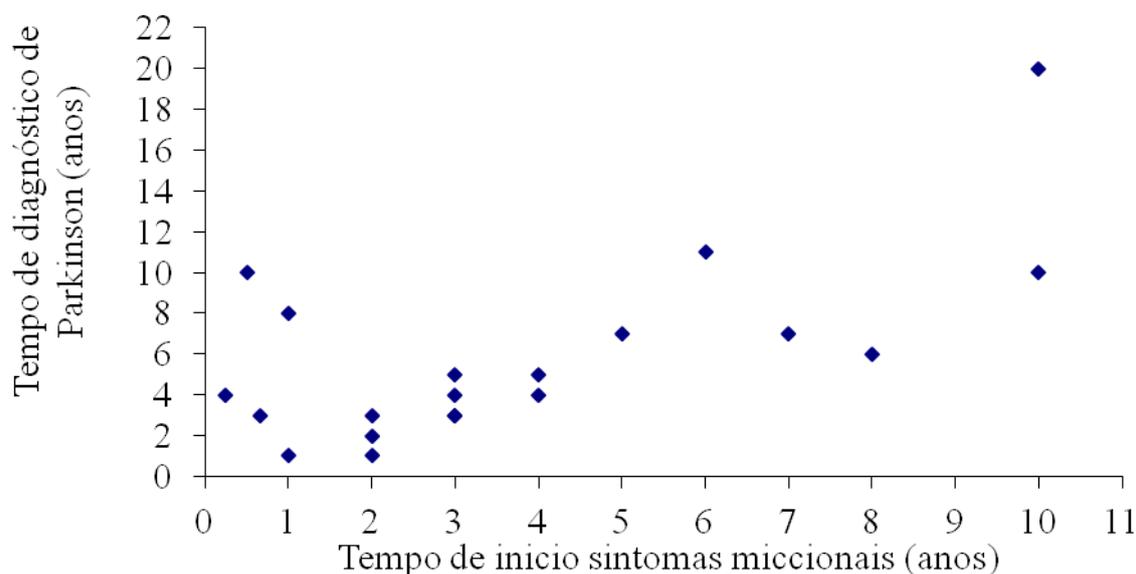
Estudo recente demonstra que a causa da disfunção miccional é amplamente reconhecida como de origem multifatorial e vários fatores de risco podem contribuir para o desenvolvimento dessas alterações, dentre elas a idade, fumo, obesidade, demência, histerectomia, constipação, doenças crônicas e prováveis fatores genéticos, porém essa complexa interação entre predisposição genética e influências ambientais ainda é pouco conhecido (MILSOM, 2009).

Diante desse contexto, os principais fatores de risco relacionados aos sintomas miccionais foram idade e a ocorrência de doença crônica neurológica (gráfico 1). Nesse sentido, 18 idosas referiram início das queixas miccionais após início dos sintomas parkinsonianos, o que reforça as evidências que a doença crônica neurológica nesse estudo foi o fator determinante das causas de distúrbios miccionais.

No gráfico 1, observa-se que as idosas que apresentavam os sintomas miccionais iniciados mais recentemente já possuíam diagnóstico da doença há anos e as idosas que

apresentavam 10 anos de início dos sintomas miccionais, apresentavam diagnóstico de Parkinson maior de 12 anos. Somente uma idosa referiu início dos sintomas antes do diagnóstico e uma iniciou os sintomas concomitantes com o início da doença.

**GRÁFICO 1: CORRELAÇÃO ENTRE O TEMPO DE INÍCIO DOS SINTOMAS MICCIONAIS E O TEMPO DE DIAGNÓSTICO DAS IDOSAS COM PARKINSON. SALVADOR – BA, 2011.**



Coefficiente de Spearmans' rho - 0,526 (valor p = 0,017\*)

Nota: As entrevistadas nº 3 e 11 se sobrepõem pois apresentaram o mesmo tempo de início dos sintomas e tempo de diagnóstico.

Esse estudo mostrou que a média do tempo de diagnóstico apresentado pelas idosas estudadas foi de 5,9 anos e a média de tempo do início dos sintomas miccionais foi de 3,8 anos, considerando um desvio padrão de 0,07, o que revela através do teste estatístico, que há correlação entre o início dos sintomas miccionais e a Doença de Parkinson.

**TABELA 3 - MÉDIA ENTRE TEMPO DE DIAGNÓSTICO E INÍCIO DOS SINTOMAS MICCIONAIS DAS IDOSAS COM DISFUNÇÃO MICCIONAL E DOENÇA DE PARKINSON. SALVADOR-BA, 2011.**

Característica			Valor p <sup>(1)</sup>
Tempo de Diagnóstico de Parkinson	Tempo do início dos sintomas miccionais		
Média ± Desvio padrão	Média ± Desvio padrão		
5,9 ± 4,4	3,8 ± 3,0		0,070

(1)  
Teste

de Mann-Whitney

Esses resultados corroboram com os estudos, que demonstraram a prevalência significativa de disfunção miccional determinada por DP. Comparando a média dos escores urinários entre pacientes com DP e grupo controle, esses escores foram fortemente significativos, sendo encontrados valores que variaram entre 39,3% pacientes com sintomas miccionais contra 10,8% de pacientes assintomáticos (CAMPOS-SOUZA, 2003). Em outros estudos, esses escores variaram entre 27 a 39%, considerando a aplicação de questionários validados e estiveram relacionados à idade e tempo de estágio da doença (WINGE, 2006; MILSOM, 2009; KWON, 2010)

A disfunção miccional é uma condição que pode trazer sérias implicações e afetar adversamente a qualidade de vida. Considerando amplamente a investigação desses fatores, o estudo revelou que aproximadamente 75% (15) das idosas estudadas despertavam de 02 à 05 vezes para urinar, 12 idosas (60%) não conseguiam chegar ao banheiro e pelo menos 50% das idosas utilizavam recursos para evitar perdas, dentre os quais, absorventes, fraldas, forros ou papel. Todas as idosas (100%) relataram a necessidade de mudança de hábitos diários na tentativa de adequar à disfunção miccional.

**TABELA 4 - EFEITOS DA DISFUNÇÃO MICCIONAL NAS ATIVIDADES DIÁRIAS DAS IDOSAS COM DISFUNÇÃO MICCIONAL E DOENÇA DE PARKINSON SALVADOR-BA, 2011.**

Tipo de efeitos	Valor p
Recurso para evitar perdas - Frequência (%)	
Nenhum	10 (50%)
Absorvente	6 (30%)
Fraldas	2 (10%)
Papel na calcinha	2 (10%)
Mudança de hábitos diários - Frequência (%)	
Sim	20 (100%)

Notas: 1 – Teste  $\chi^2$  (bicaudal) ; 2 – Teste binomial ( bicaudal) e 3 – Teste binomial ( unicaudal)

É consenso, de longa data, que muitas mulheres procuram alternativas como a utilização de fraldas ou absorventes na tentativa de minimizar as perdas, porém, na maioria das vezes não são suficientes e causam vazamento, deixando suas roupas

úmidas, provocando desconforto e constrangimento social (PICKLES, COMPTON e COTT et al, 1998).

### 7.1.3 EFEITOS DA DISFUNÇÃO MICCIONAL NA QUALIDADE DE VIDA PELO KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE

Visando melhor compreensão sobre o impacto da disfunção miccional na qualidade de vida das idosas estudadas através do instrumento específico (KHQ), inicialmente os domínios do questionário foram codificados e os escores traduzem o perfil geral de impacto da disfunção miccional nas idosas estudadas por domínio avaliado.

Diante da constatação de que o questionário escolhido fornece dados relevantes para ampliar a compreensão sobre esses aspectos e considerando que quanto maior é o percentual atribuído ao domínio, pior é qualidade de vida, observa-se que a disfunção miccional repercute negativamente em todos os domínios do questionário, conforme visualizado na tabela 5:

**TABELA 5 - ESCORES GERAIS DOS DOMÍNIOS DO KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE (KHQ) DAS IDOSAS COM DISFUNÇÃO MICCIONAL E DOENÇA DE PARKINSON. SALVADOR-BA, 2011.**

Domínios do KHQ	Média $\pm$ Desvio Padrão	Mediana (mínimo - máximo)
Percepção da saúde	71,2 $\pm$ 28,4	75,0 (25 – 100)
Impacto da Disfunção miccional	68,3 $\pm$ 31,5	66,7 (0 – 100)
Limitações das atividades diárias	54,2 $\pm$ 35,4	33,3 (0 – 100)
Limitações físicas	51,7 $\pm$ 31,0	50,0 (0 – 100)
Limitações sociais	54,4 $\pm$ 37,3	66,7 (0 – 100)
Relações sociais	25,0 $\pm$ 50,0	0,0 (0 – 100)
Emoções	60,0 $\pm$ 36,5	61,1 (0 – 100)
Sono/ energia	61,7 $\pm$ 42,3	75 (0 – 100)
Medidas de gravidade	60,4 $\pm$ 25,8	58,3 (8,3 – 100)

Fonte: Fonte: Autocuidado e qualidade de vida de idosas com Parkinson e disfunção miccional.

Inicialmente as idosas forneceram informações sobre como consideravam seu estado de saúde no momento da entrevista e média de 71,2% das idosas entrevistadas revela um efeito negativo que a disfunção miccional acarreta quando se correlaciona ao estado

de saúde. Dessas idosas, 65% consideraram seu estado de saúde ruim ou muito ruim, 20% boa, 10% consideravam normal e 5% muito boa.

Quando questionadas sobre o quanto o problema da bexiga atrapalha a vida, a média geral para esse domínio evidenciou que 68% das idosas referiram que a disfunção miccional causavam impacto negativo na vida. Dessas idosas, 40% relataram incomodar muito, 30% mais ou menos, 25% um pouco e somente 5% relataram que as alterações não atrapalhavam (tabela 6).

**TABELA 6 – PERCEPÇÃO GERAL DA SAÚDE E IMPACTO DA DISFUNÇÃO MICCIONAL NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSAS COM PARKINSON - SALVADOR-BA, 2011.**

Percepção Geral da saúde e Impacto da Disfunção	Média
Avaliação da saúde - Frequência (%)	
Muito boa	1 (5%)
Boa	4 (20%)
Muito ruim	6 (30%)
Normal	2 (10%)
Ruim	7 (35%)
Quanto o problema atrapalha a vida - Frequência (%)	
Não	1 (5%)
Um pouco	5 (25%)
Mais ou menos	6 (30%)
Muito	8 (40%)

Nos demais domínios, observa-se que uma média acima de 50% das idosas associavam negativamente a disfunção miccional com a qualidade de vida. Os escores gerais atribuídos à relações sociais se revelarem baixos considerando que as idosas não relataram a interferência da disfunção miccional em relação à atividade sexual no momento da entrevista.

Estudos semelhantes, em mulheres incontinentes que não possuem diagnóstico de DP, revelam dados semelhantes nos mesmos domínios, o que demonstra que a disfunção miccional traz diversas repercussões negativas que impactam diretamente sobre a percepção de saúde para essas mulheres (BORGES, 2009).

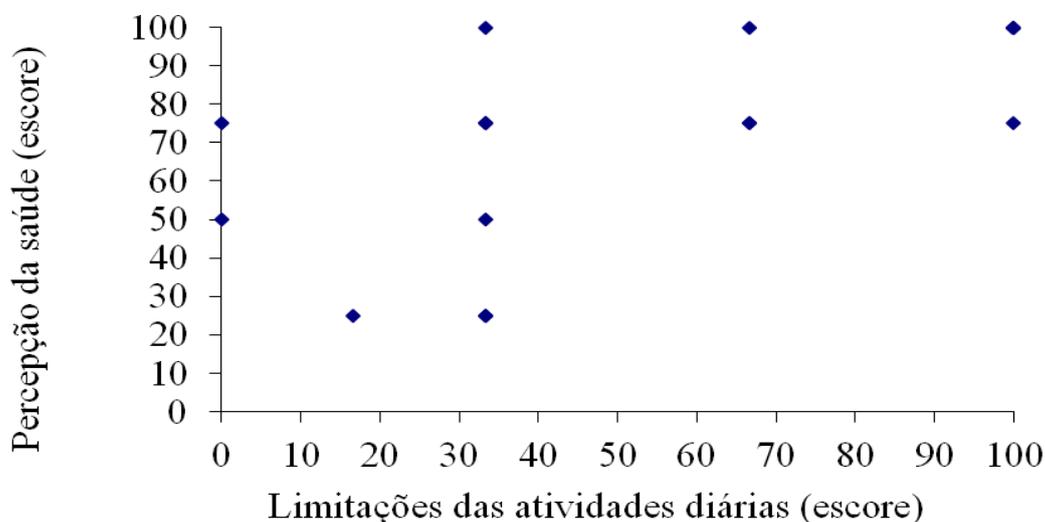
Em estudos para avaliação da qualidade de vida em idosos saudáveis, Browne et al (1994) demonstraram que os fatores destacados por idosos como fundamentais para a

qualidade de vida foram a família (89% da amostra), atividades sociais e de lazer (95%) e saúde (91%).

Outros estudos posteriores destacaram que os indivíduos idosos com percepção negativa da qualidade de vida na faixa etária acima de 65 anos revelaram que o principal fator relacionado foi desesperança e o estado de saúde ruim (FARQUHAR, 1995). Em uma amostra Portuguesa, Sousa (2003), com o intuito de investigar a definição de qualidade de vida e bem-estar a partir de entrevistas com 1.354 idosos acima de 75 anos, descrevem como resultado quatro fatores fundamentais e determinantes da qualidade de vida em idosos, que são as atividades de vida diária, bem-estar, mobilidade e comunicação.

Nesse sentido, considerando a percepção boa saúde como fator determinante para a manutenção da qualidade de vida e sendo a disfunção miccional um problema que afeta a saúde, quando esse conceito está relacionado ao desempenho de tarefas domiciliares de vida diária ou extra-domiciliares, essas idosas têm uma percepção negativa no que diz respeito à limitação dessas atividades. O gráfico 2 demonstra que existe uma correlação positiva entre os scores de percepção da saúde e limitação das atividades da vida diárias.

**GRÁFICO 2 - AVALIAÇÃO DAS IDOSAS COM DISFUNÇÃO MICCIONAL E DOENÇA DE PARKINSON EM RELAÇÃO À AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE E A LIMITAÇÃO DA DISFUNÇÃO MICCIONAL NO DESEMPENHO DAS TAREFAS. SALVADOR, BA. 2011.**



Coefficiente de Spearmans' s rho - 0,695 (valor p = 0,001\*)

Ao correlacionar percepção geral da saúde e limitação das atividades diárias, observa-se média alta, o que demonstra também efeito negativo atribuído à qualidade de vida quando estão relacionados.

Percebe-se que uma média de mais de 50% das idosas entrevistadas apresentaram uma percepção de saúde prejudicada quando relacionadas ao desempenho de atividades diárias gerais como lavar, passar, cozinhar, ir ao supermercado (tabela 7).

**TABELA 7 - MÉDIA DA PERCEPÇÃO DA SAÚDE E LIMITAÇÃO DAS ATIVIDADES DIÁRIAS DAS IDOSAS COM DISFUNÇÃO MICCIONAL E DOENÇA DE PARKINSON. SALVADOR, BA. 2011.**

Domínios do KHQ		
Percepção da saúde	Limitações das atividades diárias	Valor p <sup>(1)</sup>
Média ± Desvio padrão	Média ± Desvio padrão	
71,2 ± 28,4	54,2 ± 35,4	0,15

(1) Teste de Mann-Whitney

Dessas idosas, 40% consideravam que a disfunção miccional atrapalhava “muito” essas atividades, 45% “um pouco” e 15% relataram que não atrapalhava.

Se essa percepção da saúde está relacionada às atividades para o autocuidado, observa-se que a disfunção miccional é relatada como fator impactante na concepção de qualidade de vida. Pelo menos 55% de todas as idosas estudadas relataram dependência relacionada às perdas miccionais e 85% informaram que a disfunção miccional afetou o autocuidado, conforme visualizado na tabela 8:

**TABELA 8 - EFEITOS DA DISFUNÇÃO MICCIONAL NAS ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO DAS IDOSAS COM DISFUNÇÃO MICCIONAL E DOENÇA DE PARKINSON SALVADOR-BA, 2011.**

Tipo de impacto	Média	Valor p
Dependências relacionadas às perdas - Frequência (%)		
Sim	11 (55%)	0,8230 <sup>2</sup>
Não	9 (45%)	

Afetou o autocuidado - Frequência (%)		
Sim	17 (85%)	0,001 <sup>3</sup>
Não	3 (15%)	

Notas: 1 – Teste  $\chi^2$  (bicaudal) ; 2 – Teste binomial ( bicaudal) e 3 – Teste binomial ( unicaudal)

Estudos recentes evidenciam que quanto maior a dependência para a realização das atividades de vida diária, maior é o grau de disfunção miccional (TAMANINE, 2009; KWON, 2010). Neri (2011) conclui que a presença de doenças e de incapacidade no idoso determinam restrições no acesso à estimulação prazerosa já que ajustam as suas metas aos seus recursos e capacidades funcionais.

A disfunção miccional é frequentemente conhecida como fator importante associado à presença de incapacidade ou dificuldade de desempenho funcional. Pessoas com dificuldades de mobilidade geral tendem a apresentar maior prevalência de disfunção miccional, que pode piorar com o envelhecimento. De acordo com os resultados do estudo de Tamanine (2009), idosos com 75 anos ou mais e que apresentaram limitações de mobilidade geral apresentaram taxa de prevalência de disfunção miccional em torno de 60,4%, e quando eles têm dificuldades em ir ao banheiro, esta taxa sobe para 73,1%.

Nesse sentido, estudos enfatizam que a questão da disfunção miccional muitas vezes é apenas uma razão para a perda da independência, principalmente quando se trata de pessoas idosas. Ela é considerada como fator preditor importante de aumento das hospitalizações e complicações relacionadas à disfunção miccional e apresenta risco de institucionalização relativamente alto quando se trata de incontinência relacionada a urgência, principalmente considerando sexo feminino e idade (CHARALAMBOUS, 2009; NUOTIO, 2003)

Estudos demonstram que a disfunção miccional na DP é mais frequentemente causado por problemas de armazenamento urinário e se manifesta como bexiga hiperativa (DEFREITAS, 2003; RAGAB, 2011; KWON, 2010). Ragab (2011) revelou que os sintomas mais prevalentes em seu estudo foram noctúria (77,5%), seguido de urgência (36,7%) e aumento da frequência (32,6%). Nas idosas estudadas, essa perspectiva também não foi muito diferente; os sintomas relatados com maior prevalência foram aumento da frequência, noctúria, urgência e sintomas de bexiga hiperativa, sendo que a urgência e a bexiga hiperativa apresentaram significância estatística considerável.

No que tange a esse aspecto, o tipo de disfunção miccional parece ser determinante para o impacto na qualidade de vida e no autocuidado. Considerando os

sintomas mais prevalentes encontrados nesse estudo, foi realizada uma correlação com os domínios do questionário de qualidade de vida com o intuito de identificar em quais aspectos esses domínios eram afetados pelos sintomas relatados.

Considerando os sintomas miccionais mais frequentes em mulheres com DP, observou-se que o aumento da frequência urinária trouxe prejuízo aos domínios do questionário relacionados ao forte impacto na qualidade de vida, na percepção da saúde e nas medidas de gravidade, enquanto a noctúria traz forte impacto na qualidade do sono. A urgência miccional e a bexiga hiperativa revelaram significância estatística no que se refere à percepção de saúde, limitações físicas e sociais, emocionais. Todos esses sintomas relatados mostraram-se estatisticamente significativos no impacto da qualidade de vida das idosas estudadas, conforme visualizado na tabela 9:

**TABELA 9 - CORRELAÇÃO ENTRE OS SINTOMAS MICCIONAIS MAIS FREQUENTES COM OS ESCORES DE QV SEGUNDO OS DOMÍNIOS DO KHQ (N=20 PACIENTES) DAS IDOSAS COM DISFUNÇÃO MICCIONAL E DOENÇA DE PARKINSON SALVADOR-BA, 2011.**

Domínios KHQ	Sintomas miccionais mais frequentes			
	Aumento da Frequência	Noctúria	Urgência	Bexiga hiperativa
<b>Percepção da saúde</b>				
Coeficiente Spearman's rho	0,45	0,21	0,31	0,52
Valor P	<b>0,05*</b>	0,37	0,19	<b>0,03*</b>
Frequência	20	20	19	18
<b>Impacto da Incontinência</b>				
Coeficiente Spearman's rho	0,54	0,54	0,60	0,51
Valor P	<b>0,01*</b>	<b>0,01*</b>	<b>0,01*</b>	<b>0,03*</b>
Frequência	20	20	19	18
<b>Limitações das atividades diárias</b>				
Coeficiente Spearman's rho	0,43	0,37	0,28	0,42
Valor P	0,06	0,11	0,25	0,08
Frequência	20	20	19	18
<b>Limitações físicas</b>				
Coeficiente Spearman's rho	0,39	0,38	0,39	0,61
Valor P	0,09	0,10	0,10	<b>0,01*</b>
Frequência	20	20	19	18
<b>Limitações desempenho tarefas</b>				
Coeficiente Spearman's rho	0,72	0,43	0,35	0,62
Valor P	<b>0,00*</b>	0,06	0,14	<b>0,01*</b>

	Frequência	20	20	19	18
Relações sociais					
	Coefficiente Spearman's rho	0,33	0,58	.	0,33
	Valor P	0,67	<b>0,42</b>	.	0,67
	Frequência	4	4	4	4
Emoções					
	Coefficiente Spearman's rho	0,65	0,35	0,50	0,47
	Valor P	<b>0,00*</b>	0,13	<b>0,03*</b>	0,05
	Frequência	20	20	19	18
Sono/ energia					
	Coefficiente Spearman's rho	0,27	0,64	0,06	0,04
	Valor P	0,25	<b>0,00*</b>	0,81	0,10
	Frequência	20	20	19	18
Medidas da gravidade					
	Coefficiente Spearman's rho	0,60	0,33	0,36	0,25
	Valor P	<b>0,01*</b>	0,15	0,13	0,32
	Frequência	20	20	19	18

Notas:

1 - Teste de  $\chi^2$  excluindo a classe de Ausências de sintomas.

2 - Considerando o nível de significância adotado no estudo, observada predominância em umas das classificações nos sintomas de Urgência e Bexiga hiperativa em ambos os casos foi MUITO com o respectivo valores P de 0,009\* e 0,015\* (Teste binomial).

Estudos demonstram que a disfunção miccional está relacionada à vida social e à redução total da qualidade de vida, podendo afetar seriamente a sociabilidade e os encontros sociais que necessitam ser modificados, de modo que o possível momento desagradável e de constrangimento pela perda súbita de urina sejam evitados. Nesse sentido, a urgência por si ou quando associada à perda urinária, pode ter um impacto especialmente intenso e negativo na medida em que afeta as relações sociais, o humor, o psicológico, o ambiente familiar e de trabalho (CHARALAMBOUS, 2009).

Nesse estudo os principais valores atribuídos às limitações impostas pela disfunção miccional no desempenho de tarefas e atividades sociais foram: “muito” o valor atribuído por 8 das 20 idosas (40%) à limitação para realizar tarefas de casa como lavar, passar cozinhar, 7 idosas (35%) atribuíram “muito” para o impacto relacionado à realização de viagens, principalmente se forem de longa duração, 7 idosas (35%) atribuíram “muito” impacto em atividades como frequentar reuniões, festas ou ir à igreja e deixaram de visitar amigos devido às repercussões causadas pela disfunção miccional.

Em relação ao domínio relações pessoais, 41% das idosas referiram que sua disfunção miccional incomodava seus familiares, porém, o que chamou à atenção é que não houve impacto significativo relacionado à vida sexual com o companheiro. Isso pode ser justificado pelo fato das idosas avaliadas apresentam disfunção sexual

ocasionadas pela Doença de Parkinson e no momento esse tema não ser considerado por elas como prioridade.

Existe consenso na literatura de que mulheres com disfunção miccional impõem a si restrições importantes por receio de apresentar perdas de urina: restrição da ingestão de líquidos, evitar lugares sem acesso a banheiros públicos e restrição de atividades físicas (SWITHINBANK, 1999; CHARALAMBOUS, 2009). Apesar de restrição de líquidos ter sido comumente relatada como meio utilizado para controlar a perda urinária, é conhecido que o acesso fácil às instalações sanitárias pode favorecer nesse controle (SWITHINBANK, 1999).

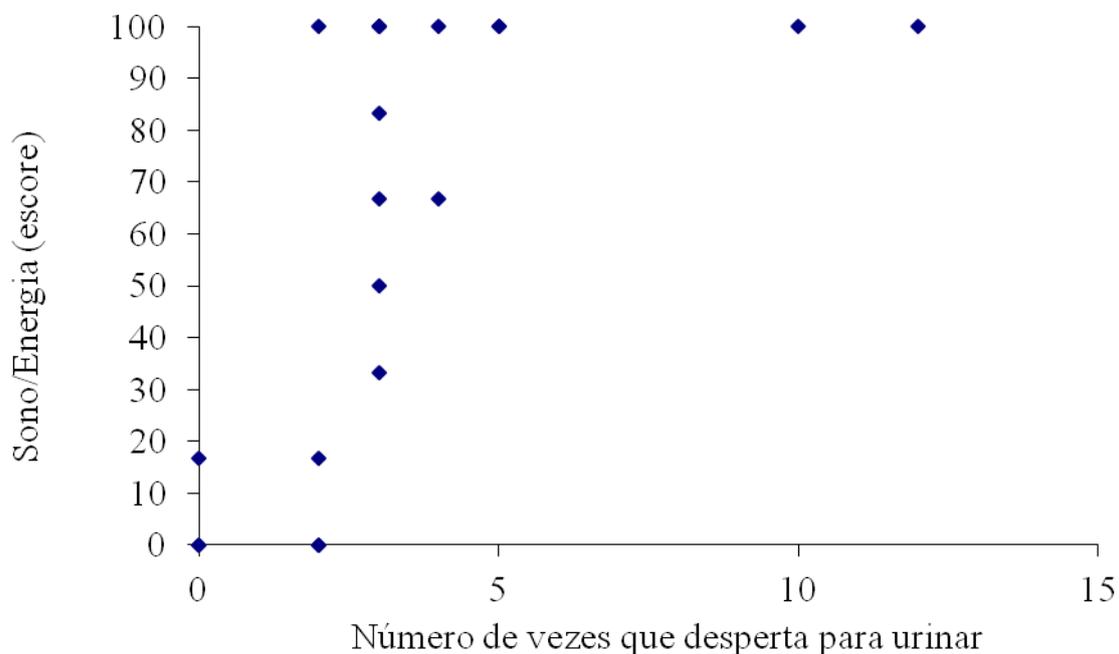
Nesse estudo, as idosas relataram as situações mais freqüentes que acontecem e que são utilizados como mecanismos para lidar com a disfunção, considerando o total de idosas, 25% sempre utilizam protetores higiênicos, 55% relataram sempre controlar a quantidade de líquidos, 50% sempre necessitavam trocar a roupa íntima e mais de 65% das idosas sempre se preocupam com o odor de urina. Além dos dados estatísticos revelados, esse foi um fator muito considerado na contextualização das idosas e que serviu de eixo discursivo e aprofundado na avaliação qualitativa.

Resultados foram encontrados em outros estudos e demonstraram que pacientes com bexiga hiperativa apresentaram pontuação significativamente maior no domínio sono e disposição, quando comparadas com aquelas com apenas queixa de perdas urinárias aos esforços, o que pode ser esperado já que os sintomas de hiperatividade da bexiga incluem noctúria, enurese e principalmente urgência/urgeincontinência (BORGES, 2009).

Através do questionário de qualidade de vida pôde-se visualizar que o aumento das micções no período noturno foram pontuadas significativamente, de forma a contribuir para um conceito negativo sobre qualidade de vida. Isso tem relação com a quantidade de vezes que as idosas necessitam levantar à noite para irem ao banheiro. O estudo revelou que o número de vezes que as idosas levantavam para urinar é superior a duas vezes e que, pelo menos 60% delas não conseguem chegar até o banheiro. Isso ocasiona medo do risco de queda, dificuldades para conciliar o sono por medo de perder urina e até mesmo de conciliar novamente o sono após esse momento de estresse.

O gráfico 3 demonstra que, nesse estudo, os achados foram semelhantes e que a quantidade de vezes que as idosas despertam à noite, contribui de forma negativa para os escores de avaliação da qualidade de vida.

**GRÁFICO 3 - EFEITOS DA DISFUNÇÃO MICCIONAL NA QUALIDADE DO SONO DAS IDOSAS COM PARKINSON. SALVADOR, BA. 2011.**



Estudos semelhantes também enfocam o impacto da disfunção miccional na qualidade do sono e, apesar de não especificar o tipo de alteração miccional, a publicação relata que pelo menos 63 das mulheres estudadas sentiam-se cansadas ou desgastadas por não terem um bom padrão de sono, em virtude do fato de despertarem à noite para urinar (BORGES, 2009).

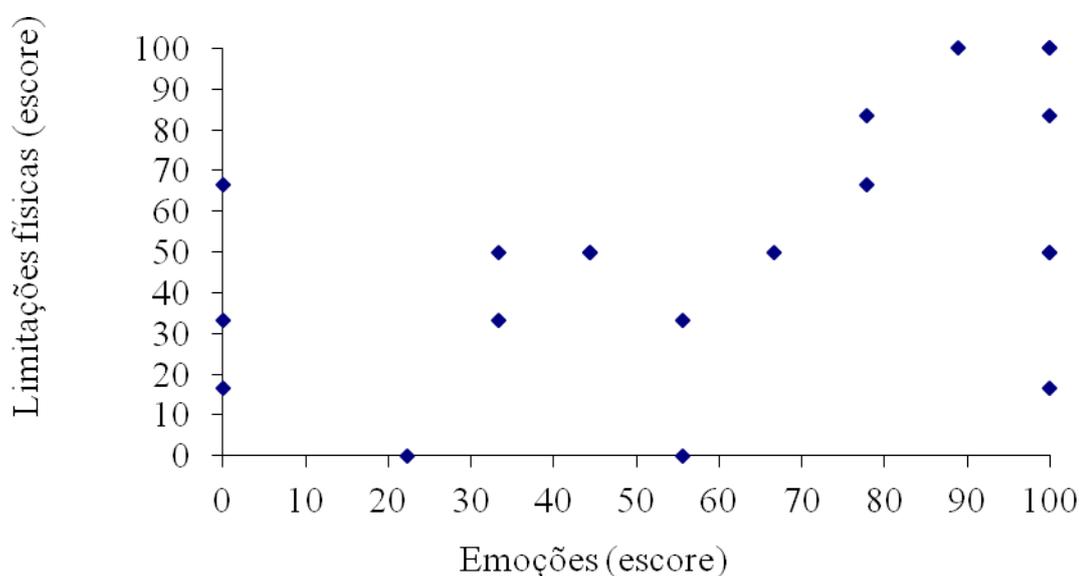
Quando se trata de pacientes com DP, essa é uma questão bem particular, já que esses pacientes apresentam alta prevalência de noctúria e alta frequência de distúrbios do sono (WINGE, 2006).

Considerando que todos esses fatores supracitados estão diretamente relacionados com uma maior limitação nas atividades de vida diárias, alteração dos sentimentos, do relacionamento pessoal e com isolamento social, torna-se imprescindível remeter uma parte da discussão para o impacto psicológico causado pela disfunção miccional na qualidade de vida dessas idosas.

Esse estudo evidenciou correlação positiva e estatisticamente significativa entre limitação física-social e fator emocional. Pelo menos 45% das idosas estudadas

referiram sentirem-se muito ansiosas ou deprimidas com o problema miccional e 45% dessas mulheres relatavam sentir-se mal consigo mesmas por apresentarem tal problema. Isso reflete o efeito devastador ao qual essas mulheres estão condicionadas evidenciadas através das medidas de gravidade fornecidas pelo questionário.

**GRÁFICO 4 - CORRELAÇÃO ENTRE AS LIMITAÇÕES FÍSICAS E SOCIAIS COM OS FATORES EMOCIONAIS RELATADOS DAS IDOSAS COM DISFUNÇÃO MICCIONAL E DOENÇA DE PARKINSON. SALVADOR, BA. 2011.**



Coefficiente de Spearmans's rho - 0,498 (p-valor 0,025\*)

A tabela 10 evidencia de forma clara que, quanto maior é a limitação física relacionada à disfunção miccional, maior é o impacto emocional causado na vida dessas mulheres, evidenciado por uma média maior que 50%.

**TABELA 10 - MÉDIA RELACIONADA ÀS LIMITAÇÕES FÍSICAS E EMOÇÕES DAS IDOSAS COM DISFUNÇÃO MICCIONAL E DOENÇA DE PARKINSON SALVADOR-BA, 2011.**

Característica		
Limitações físicas		Emoções
Média ±	Desvio padrão	Média ± Desvio padrão
51,7 ±	31,0	60,0 ±36,5
		Valor p <sup>(1)</sup>
		0,413

(1)Teste de Mann-Whitney

Estudos diversos reforçam esses resultados na medida em que trazem para discussão que transtornos de ansiedade são muito comuns em mulheres com disfunção miccional e podem causar efeitos marcadamente negativos na qualidade de vida, já que podem causar situações de vergonha, isolamento social, situações de embaraço, de angústia e perturbação.

De acordo com Murray (2009), grande parte das pesquisas sobre disfunção miccional concentra suas discussões sobre a epidemiologia, etiologia e tratamento da doença e muito pouco se concentra em comorbidades psiquiátricas, tornando-se uma lacuna a ser explorada.

Em estudo amplo, Bogner (2002) encontrou associação significativa entre transtornos de ansiedade e disfunção miccional relacionada à incapacidade funcional. Nesse sentido, pessoas que preencheram o critério para fobia social e fobia simples possuíam relatos mais frequentes de perdas urinárias associadas à mudanças no dia-a-dia ou em outras atividades de lazer e socialização.

Caetano, Tavares e Lopes (2004) descrevem que, em função das limitações físicas e psicológicas impostas pela disfunção miccional, essas mulheres alteram sua rotina diária, o sono passa a ser perturbado, fazendo com que fiquem indispostas. Além disso, deixam de frequentar bailes, cinemas, festas, evitam transportes coletivos e viagens longas, o convívio social deixa de ser prazeroso e passa a se caracterizar como algo tímido e desconfortante, os traumas psicológicos relacionados à disfunção miccional levam a sentimentos de humilhação, ansiedade, solidão e culpa. Sua percepção de saúde já não é mais a mesma, devido ao incômodo que a incontinência urinária lhe causa.

Todos esses resultados evidenciam percentuais significativos no que diz respeito ao impacto da disfunção miccional na vida dessas idosas com Parkinson, porém esses números, por si só, são insuficientes para traduzir o sentimento que está invisível aos percentuais, mas profundamente reveladores da afetação de outros sentimentos, como por exemplo, a auto-estima. Por esse motivo e no intuito de reforçar esses achados, os domínios serão, a partir de agora, traduzidos em palavras, através da percepção das idosas estudadas.

## 7.2 ANÁLISE QUALITATIVA

Tomando-se como base a constituição das entrevistas e seguindo o plano de análise de discurso proposto por Bardin, os dados foram coletados de 20 entrevistas e posteriormente analisadas de forma criteriosa e exaustiva objetivando identificar temáticas relevantes e elaborar categorias que atendessem ao objeto do estudo que visa à avaliação da qualidade de vida sob a perspectiva do autocuidado. Para esse fim, os relatos das entrevistas foram cuidadosamente trabalhados na tentativa de contextualizar de forma fidedigna a percepção das idosas sobre a temática.

Das categorias pertinentes ao conteúdo explorado, cinco emergiram de forma significativa para aprofundamento e compreensão do objeto estudado. Foram elas: **A Doença de Parkinson: o significado de suas vivências; Percepção e repercussão da disfunção miccional na qualidade de vida; Disfunção miccional: sentimentos relacionados à dependência para o autocuidado; Qualidade de vida: estratégias e desafios frente às adversidades.**

A fim de melhor conhecimento do universo e dos sujeitos da pesquisa, a análise inicialmente foi fundamentada a partir da identificação e descrição detalhada das características demográficas das idosas que participaram do estudo (APÊNDICE D) e posteriormente foram descritas as categorias.

### 7.2.1 A DOENÇA DE PARKINSON: O SIGNIFICADO DE SUAS VIVÊNCIAS

As definições que as idosas possuem sobre o significado da Doença de Parkinson, estão relacionadas ao processo de cronicidade da doença e suas repercussões psicossociais e físicas. Os depoimentos evidenciam sentimentos reveladores sobre a condição de sofrimento imposta pelo processo de doença e que são traduzidos em tristeza, medo e angústia, como podem ser observados nos relatos abaixo descritos:

[...] é muito preocupante porque ainda é uma doença muito desconhecida, é um problema muito sério, que ainda não tem cura e que nós temos que procurar conviver com esse problema e com as conseqüências dele, trabalhando os problemas que vão surgindo com o tempo da doença. [...] (Entrevistada nº 02, 75 anos)

[...] é uma doença terrível, horrível mesmo, não tenho força para me locomover, só ando acompanhada. Dependendo dos outros para fazer as coisas, eu não me conformo com que eu to passando. [...] (Entrevistada nº 06, 76 anos)

[...] no início era muito triste porque eu era muito ativa, gostava de passear, costurar, fazer roupa na minha máquina, mas quando eu fui perdendo os movimentos e a agilidade eu fiquei deprimida, eu não estava fazendo minhas atividades. [...] (Entrevistada nº 16, 60 anos)

Quando as entrevistadas verbalizam “é uma doença muito desconhecida” e “ainda não tem cura” demonstram medo do desconhecido, ansiedade diante da cronicidade da doença de Parkinson e das expectativas frustradas relacionadas à cura. De acordo com Lacan (1995), a angústia é esse corte que abre e deixa aparecer o inesperado, o real que nos atormenta, a certeza assustadora, a causa das dúvidas, é quando o real se faz aparecer.

O depoimento da 6ª idosa entrevistada revela de forma clara a condição de sofrimento e angústia vivenciados por ela. Trata-se de uma senhora de 76 anos, com seis de diagnóstico da doença de Parkinson, reside sozinha e atualmente necessita de auxílio dos vizinhos para realizar as atividades da vida diária. Ela expressa com clareza através de expressões faciais e emocionais sua angústia diante da dependência para o autocuidado e a falta de suporte familiar nessa fase da vida. É a pura revelação de todas as modificações ao longo dos anos de doença, o não reconhecimento do corpo e de suas capacidades, o que é justificado por Castilho (2007) quando relata que pode surgir um momento em que a imagem que acreditamos estar contida no nosso corpo se modifica e que o olhar que aparece no espelho começa a não mais olhar para nós mesmos e, assim, não mais nos reconhecemos.

Além desses fatores, a falta de conhecimento sobre a doença e seus impactantes efeitos pregressos também são fatores que causam medo e ansiedade. De acordo com Navarro-Peternella (2010), os pacientes percorrem uma longa trajetória até se descobrirem acometidos pela doença, e isso pode estar relacionado tanto à falta de reconhecimento dos sintomas pelo paciente ou pela falta de habilidade dos profissionais em lidar com doenças crônico-degenerativas. Daí percorre-se outro longo caminho para a aceitação e a convivência com a doença.

Somado a isso, é importante salientar que essas idosas convivem com as limitações impostas pela doença e pela idade. Além das perdas funcionais, evidenciadas pelo déficit do autocuidado, os relatos frequentes quanto à necessidade de ter sempre um acompanhante ou depender sempre de alguém para realizar as atividades da vida diária são determinantes para a piora da qualidade de vida dessas idosas, já que não podem desfrutar de sua independência.

De acordo com Newby (1996), a condição crônica de saúde pode ser considerada como experiência de vida que envolve permanência e desvio do normal, causados por patologias que acarretam perdas e disfunções, além de permanente alteração no cotidiano das pessoas. Expressa, ainda, que essa permanência causa estresse devido à alteração da imagem corporal, necessidade de adequação social e psicológica, além de mudança na expectativa de vida.

Nesse sentido, a compreensão do conceito de condição crônica dentro do contexto de saúde torna-se necessária e de extrema importância para compreender e mergulhar no discurso dessas idosas entrevistadas.

Segundo Messa (2011), o processo de adoecimento, principalmente se assume um caráter de cronicidade, gera crises e momentos de desestruturação para o paciente, levando-o a se deparar com limitações, frustrações e perdas ao mesmo tempo em que exige que o indivíduo estabeleça uma nova relação com a vida, ressignificando sua existência e adaptando-se às limitações e novas condições geradas.

Não é difícil identificar no contexto descrito das entrevistas, os relatos que expressam a busca pela aceitação da condição crônica imposta pela doença, da mudança nos hábitos de vida, da percepção relacionada à perda da condição de saúde e de qualidade de vida e das limitações impostas pelo caráter progressivo da doença de Parkinson. Esse processo gera um desafio contínuo de adaptação à nova realidade, expressa pelo desejo de manter sua vida o mais próximo da realidade. Para isso, utilizam estratégias compensatórias para lutar a favor da saúde nesse processo crônico de doença, como revelados nos trechos seguintes:

[...] tem mais ou menos 11 anos que eu descobri que tinha essa doença. Ela vai piorando aos poucos e você vai ficando mais dependente dos outros quando vai passando os anos, mas você tem que ser bem rigorosa com você mesma, porque é muito remédio para tomar e é toda hora também, praticamente a cada três horas [...] (Entrevistada nº12, 64 anos)

[...] quando eu descobri que tinha essa doença, fiquei deprimida, porque achei que ia ter que largar tudo por causa dela e ficar em cima de uma cama, mas eu procurei viver cada momento, então faço controle rigoroso dela, uso os remédios de forma correta, faço tudo que os médicos me orientam para que eu possa conviver com ela sem ficar muito limitada[...] (Entrevistada nº13, 60 anos)

Conviver durante tantos anos com a doença, para essas idosas é sinônimo de disciplina, mudanças comportamentais e no estilo de vida, regras e rotinas medicamentosas, além de conviver com as expectativas relacionadas às repercussões

ocasionadas pela doença. Em se tratando de idosas com 60 e 64 anos de idade, que convivem com a doença há muitos anos, os rituais vão sendo construídos diariamente, a qualquer custo, na tentativa de adaptar-se à nova condição. Mesmo assim ressurgem nos diversos significados desses discursos, o exemplo de superação do problema, já que se dão por satisfeitas mesmo com a limitação, na tentativa de “viver cada momento”.

De acordo com Freitas (2007), a cronicidade da doença pode ainda estar implicada em eventos subseqüentes, dentre os quais se destacam: modificações sociais, físicas e psicológicas, mudanças no estilo de vida, incapacidade/inabilidade, necessidade de adaptação e enfrentamento, estigma social, depressão, dependência e distúrbios musculoesqueléticos.

Ao mergulhar mais um pouco nos relatos descritos, pode-se perceber que esses eventos são freqüentes e trazem fortes impactos na vida dessas idosas. A doença de Parkinson aparece como um evento que leva a modificações importantes na vida social e na vida familiar, bem como nas suas atividades da vida diária, como se pode observar nos relatos abaixo:

[...] ter Doença de Parkinson é muito ruim porque eu fico nervosa porque eu quero ficar boa. Esses tremores são muito ruins, não posso mais cuidar da minha vida, fazer minhas coisas, cuidar e limpar minha casa, minha roupa, lavar, cozinhar [...] é uma tristeza, fico muito triste (emoção), porque fazia minhas coisas tudo, ia para a feira, andava, lavava minha roupinha e agora não posso fazer mais nada, tenho que ficar pedindo aos outros para fazer, eu fico muito, mas muito triste mesmo com isso. Por causa da dependência, acostumada a trabalhar de noite, limpando ônibus, limpar também minha casa, ter minha independência, fazer as coisas e ainda depender dos outros, eu ainda sou moderna ainda [...] (Entrevistada nº1, 70 anos)

Esse depoimento é revelador na medida em que traz à tona toda a emoção expressa durante a entrevista, emerge dessa fala os sentimentos de pesar diante de suas histórias de vida, de uma rotina que foi se transformando progressivamente com a doença, antes reveladas tão simplesmente e hoje reduzidas às atividades que parecem tão complexas. A perda da auto-estima e da independência, evidenciadas por meio das expressões “não posso mais cuidar da minha vida, fazer minhas coisas, lavar, cozinhar”, tarefas tão simples e, ao mesmo tempo impossíveis de serem desenvolvidas agora fazem quebrar o silêncio e revelam as faces das limitações impostas pela doença. A sensação de desvalia relacionada ao fato de não poder fazer mais nada, associada ao

constrangimento explícito de “ter que pedir aos outros para fazer” reduzem essas idosas à condição de inutilidade.

Além da mudança drástica nas rotinas diárias, associadas à limitação ocasionada pela doença, percebe-se que o estigma social revelado pelas idosas está relacionado à situação de dependência à qual estão impostas nessa fase da vida. A perda da autoestima, ansiedade e o isolamento causam grande impacto psicossocial já que permanecem totalmente restritas ao mundo do seu lar.

De acordo com Camargos (2004), a redução da qualidade de vida relacionada ao comprometimento da função física é comum tanto em idosos hígidos como em idosos que apresentam doença Parkinson, porém nesses, apresenta maior impacto. Isso pode estar relacionado às alterações específicas da doença, que acarretam redução no nível de atividade, o que gera, conseqüentemente, mais imobilidade.

Diversos autores revelam que os sintomas parkinsonianos como tremores, hipocinesias e instabilidade postural, a limitação física progressiva e a deficiência no desempenho funcional fazem dos aspectos físicos um dos grandes responsáveis pela piora da qualidade de vida dos indivíduos que possuem doença de Parkinson (GAUDET, 2002; SCHENKMAN, 2001; CAMARGOS, 2004). Além disso, Gaudet (2002) acrescenta que a alteração da mímica facial ou “face em máscara” pode ser mais um componente a restringir a vida social desses pacientes.

Nesse sentido a DP é um agravante em potencial para a capacidade funcional, que está diretamente associada à incapacidade para o autocuidado. Pelo menos 65% das idosas estudadas eram dependentes ou parcialmente dependentes para o autocuidado. De acordo com Camarano (1999), as transformações demográficas têm favorecido à redução da mortalidade e ao aumento do número de idosos com fragilidades físicas e mentais, o que pode afetar diretamente a composição e as relações familiares colocando a sociedade em um grande desafio, no que diz respeito ao cuidado com o idoso dependente.

Observou-se que, quase 35% dos cuidados eram realizados por familiares. Sob esse aspecto, Arriagada (1997) aponta para o surgimento de uma nova organização e divisão da responsabilidade pelo cuidado entre os integrantes da família e também entre família e estado, já que as mudanças culturais têm causado grande impacto nos arranjos domiciliares dos idosos.

Camarano (1999) cita que, apesar de a maior parte dos cuidados dos idosos dependentes recair sobre os cuidadores familiares informais, observou-se à partir da

segunda metade do século passado, a proliferação de instituições para cuidados de longa duração. Esse é um ponto crítico e de muitos debates.

Para Gignac e Cott (1998), o desenvolvimento de doenças crônicas e de incapacidades no idoso é associado à deterioração, redução de competências, aumento da necessidade de ajuda, dor física e emocional que resulta em perda da independência e aumento da necessidade da assistência. Essa dependência é uma fonte prolongada de estresse para o indivíduo e para a família, na medida em que a incapacidade que produz prejuízos físicos e dependência traz mudanças no estilo de vida e nas atividades da pessoa e de sua família (ERP, 1998)

Essas perdas físicas, em particular, podem ter um efeito negativo importante sobre as rotinas diárias já que a pessoa necessitará reaprender tarefas triviais e o autocuidado pode se tornar uma barreira opressiva (GIGNAC E COTT, 1998).

Baseando-se ainda nos eventos subseqüentes à doença, as manifestações psicológicas são evidenciadas de acordo com o conhecimento sobre o processo evolutivo da doença e sobre o impacto que esta ocasiona na qualidade de vida. Afloram nos discursos as sensações de preocupação, medo, negação e incapacidade diante do desconhecido, baixa auto-estima e incômodo provocados pelos sintomas parkinsonianos como podem ser observados, de forma evidente nos discursos seguintes:

[...] essa doença de Parkinson é um cancelamento de alegria, eu acho que é uma coisa muito ruim, é a pior doença do mundo, é que nem aquele acidente que derrubou as torres gêmeas, eu não desejava aquilo para ninguém e não desejo essa doença para ninguém. Essa doença deixa os olhos mortos, tem dias que deixa a boca dura e às vezes mole demais, dá mau humor [...] (Entrevistada nº 09, 74 anos)

[...] doença de Parkinson é uma grande preocupação porque eu me sinto muito abalada devido às dificuldades dos movimentos de lidar com as medicações e com os tremores [...] (Entrevistada nº 10, 83 anos)

[...] Me sinto triste em ter essa doença, muito triste, quando o médico me falou eu disse que era mentira, aí pedi a minha irmã que me beliscasse e ela disse que era verdade, aí ele disse, a senhora tem sim e eu disse: tenho não (emoção). [...] (Entrevistada nº 17, 63 anos)

De acordo com FERRAZ (2008) o envolvimento psíquico e cognitivo são frequentes e levam a um significativo comprometimento da qualidade de vida do paciente, sendo os sintomas depressivos uma das principais manifestações não motoras da doença. A depressão, tanto no início precoce quanto no início tardio da doença

podem estar relacionadas ao prejuízo nas atividades da vida diária (NAKABAYASHI, 2008).

Diante do exposto e considerando as vivências relacionadas à doença de Parkinson, observou-se que o caráter crônico da doença associado aos efeitos progressivos e incapacitantes desvendaram um emaranhado de sentimentos e suscitaram uma reflexão sobre esse universo ainda tão desconhecido.

## 7.2.2 PERCEPÇÃO DA DISFUNÇÃO MICCIONAL E REPERCUSSÃO NA QUALIDADE DE VIDA

A saúde é amplamente reconhecida como o maior e o melhor recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma das mais importantes dimensões da qualidade de vida (BUSS, 2000). Nesse sentido, a saúde não compreende apenas a ausência de doença, e sim o bem estar psicossocial do ser humano e qualquer perda desse equilíbrio geram o adoecimento e impactos significativos na qualidade de vida (MESSA, 2011).

Bullinger, Anderson e Cella (1993) consideram que o termo qualidade de vida inclui uma variedade de condições que pode afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas.

O comprometimento físico-mental, emocional, social e econômico associados aos sinais e sintomas e às complicações secundárias da doença de Parkinson, especialmente a disfunção miccional, interfere no nível de incapacidade do indivíduo e podem influenciar negativamente na qualidade de vida (AGEM, 1996).

Dentro desse esforço e com o intuito de ampliar a discussão sobre o processo saúde-doença, buscou-se identificar a percepção das idosas sobre o início do seu processo de doença, especificamente o início dos sintomas da disfunção miccional e as repercussões na qualidade de vida. Nesse sentido, observou-se que os principais sintomas relatados foram urgência e aumento da frequência urinária que iniciaram após a doença de Parkinson, como se pode constatar nos relatos abaixo:

[...] eu percebi que a urina começou a aumentar depois que começou a doença e os tremores ficaram muito fortes, aí eu comecei a fazer mais vezes e a perder urina porque os tremores não me deixavam chegar ao banheiro [...] (Entrevistada nº 1, 70 anos)

[...] começou de uma maneira assim, em um determinado momento, precisei ir ao sanitário e precisei fazer ligeirinho porque estava gotejando, foi uma coisa rápida e daí por diante ficou mais freqüente a vontade de urinar e a urgência para urinar, principalmente no início da manhã. De noite geralmente eu fazia xixi uma vez e passei a fazer várias vezes e pela manhã sempre tenho que ir rápido para não gotejar, mas sempre goteja [...] (Entrevistada nº 2, 75 anos)

[...] começou através da doença de mal de Parkinson que aí começou também a mijadeira direto, eu comecei a perceber que atingiu também a bexiga e o médico me falou que podia causar alteração na bexiga, antes eu não fazia tanto xixi e comecei a fazer xixi direto [...] (Entrevistada nº 3, 66 anos)

Observou-se nesse estudo que o tempo de diagnóstico variou entre 01 e 20 anos e os sintomas miccionais relatados pelas idosas variaram entre 03 meses a 10 anos após o início dos sintomas da doença de Parkinson e as queixas não tiveram relação com a realização de procedimentos urológicos realizados, paridade e/ou infecções. Esse resultado corrobora com estudos que demonstram a prevalência de noctúria e dos sintomas do trato urinário inferior encontrados em pacientes com Doença de Parkinson, tendo variação de 33 a 54% para a queixa de urgência e 16 a 36% relacionada à queixa de freqüência (ARAKI, 2000; CAMPOS-SOUSA, 2003; WINGE, 2006).

Diante da percepção relacionada ao início dos sintomas miccionais após a DP, buscou-se identificar as repercussões ocasionadas por essas alterações na qualidade de vida das idosas. Nesse sentido, foi de fundamental importância entender e ampliar a compreensão sobre qualidade de vida, considerando o conceito estabelecido pela OMS que valoriza a multidimensionalidade do conceito, já que reflete a percepção que o indivíduo possui em relação à sua doença e seus efeitos na própria vida, incluindo a satisfação pessoal associada ao bem-estar físico, funcional, emocional e social (MARINUS, 2002).

Dessa forma, as percepções que as idosas possuem sobre as repercussões miccionais influenciarão na sua qualidade de vida, interferindo de forma significativa nas suas condições de saúde e outros aspectos da sua vida pessoal, conforme podemos avaliar nos relatos a seguir:

[...] Não saio mais, não me lembro quando eu fui ao mercado. Eu deixo de sair de casa, dá vontade de urinar e não ter aonde fazer, tenho vontade de... (a filha interveio) - fala mãe que seu sono mudou, que a senhora não dorme, que é muito ruim, não dorme direito, perde urina... É porque eu já vou dormir assustada achando que vou me

urinar toda. Eu gostava de ir à igreja, mas não consigo mais ir porque não tem lugar perto para eu urinar. Eu não posso fazer nada do que eu quero, quando dá vontade de ir ao banheiro e os tremores estão menores eu vou sozinha devagar, mas quando os tremores estão maiores eu preciso de alguém para me arrastar até o banheiro porque eu não consigo ir só [...] (Entrevistada nº 1, 70 anos)

O discurso dessa senhora revela sofrimento, tristeza, baixa auto-estima, constrangimento e isolamento social em decorrência da disfunção miccional e da doença de Parkinson. Evidências sugerem que alterações causadas pela disfunção miccional parecem desencadear quadros de depressão e ansiedade, intensificados pelas sensações de baixa auto-estima geradas pela doença, culminando com a auto-exclusão do convívio social e o incômodo causado aos familiares faz desses sintomas a principal causa de internação asilar (GILL, 1994).

Torna-se evidente, ao expressar “não saio mais, não me lembro quando eu fui ao mercado” a sensação de auto-exclusão caracterizada pela privação dos eventos sociais mais simples e que fazem parte do cotidiano. Nesse sentido, Fernandes (1995) conclui que “tende a ser excluído todo aquele que é rejeitado de um concreto mundo de trocas e transações sociais”. Essa dimensão da exclusão assume-se pela transformação da identidade do indivíduo, inevitavelmente marcada por sentimento de inutilidade, ligado à própria incapacidade de superar os obstáculos e os processos que provocam e ou acentuam a sua exclusão (RODRIGUES, 1999).

Além disso, Swithinbank (1999) relata que as restrições às atividades sociais ocasionadas por perdas urinárias limitam consideravelmente as visitas aos locais fora do domicílio como lojas, teatros, igrejas e shoppings. Estudos indicam que acesso a banheiros é frequentemente relatado como um fator que limita a atividade social de mulheres incontinentes já que necessitam alterar o seu estilo de vida para evitar lugares sem acesso fácil às instalações sanitárias (WYMAN, 1994; NORTON, 1982).

De acordo com Stavros (2009) a disfunção miccional é concebida como uma falta de saúde e gera efeitos indesejáveis psicológicos e sociais, dentre os quais destaca estresse, raiva, depressão, perda da autoconfiança, redução das atividades pessoais e sociais, diminuição da independência e encargos financeiros para o paciente e sua família.

Analisando os discursos, pôde-se detectar que a evidência de sentimentos relacionados ao isolamento social, privação de atividades sociais, de lazer e de sono, são

freqüentes e causam muitos impactos negativos na qualidade de vida, como evidenciados abaixo:

[...] mudou muita coisa, a mijadeira, a tremedeira, eu trabalhava e agora não posso mais trabalhar por causa dos nervos e por causa de banheiro, me dá nervoso quando eu começo a falar, eu trabalhava na roça, plantava, criava porco, criava tudo e tive que parar, hoje não posso fazer mais nada[...] (Entrevistada nº 2, 75 anos)

[...] não durmo direito porque preciso acordar várias vezes à noite para urinar e tem que ser rápido, porque se embalar no sono faço na cama, então o sono tem que ser sempre leve [...] (Entrevistada nº 7, 63 anos)

[...] ter problema na urina é muito ruim, atrapalha muito sair, às vezes as meninas me chamam para sair e eu digo: não vou não, porque toda hora tem que urinar, toda hora, é muita urina, o tempo todo. Na minha vida mudou isso, sair, fazer alguma atividade, até fazer uma viagem longa, eu tenho que me preparar sempre para fazer qualquer coisa; geralmente eu uso absorvente direto [...] (Entrevistada nº 7, 63 anos)

Para essas idosas, realizar atividades fora do domicílio exige mais que um esforço para evitar as perdas urinárias, mas lidar com sentimentos de ansiedade, tristeza, constrangimento, o medo da crítica por molhar a roupa, o planejamento prévio relacionado às condições higiênicas do local e o tempo de permanência fora do domicílio. Esse isolamento social associado a disfunção miccional foi encontrada em outros estudos com idosos e pode estar relacionado ao estigma social causado pela incontinência (GRIMBY, 1993; MCGROTHER, 1987). De acordo com Lam et al (1992), pelo menos 19% das mulheres idosas incontinentes absteve-se de algum tipo de atividade social, tais como visitar amigos, realizar compras ou ir para o trabalho.

Por outro lado, estar em casa e apresentar alterações miccionais também causam constrangimento e intranqüilidade, já que necessitam interromper suas atividades para irem ao banheiro ou realizar cuidados higiênicos. De acordo com Lopes (2006), no grupo de mulheres estudado, correlacionando com o serviço doméstico, pelo menos 18,9% se queixaram que as alterações miccionais causavam restrições nas atividades diárias, 10,4% dessas mulheres necessitavam interromper as atividades para utilizar o banheiro e 4,3% referiram não realizar atividades que requeriam esforço físico por receio de apresentar perdas urinárias. Por outro lado, 4,2% referiam medo de perder urina durante a relação sexual, 2, 1% sentir constrangimento e tristeza por causa da incontinência, além de terem vergonha dos filhos e do marido por perder urina durante o ato sexual.

Outro fator importante e necessário ser relatado na fala supracitada é o impacto na qualidade do sono. A privação do sono, ocasionada por comorbidades prevalentes na velhice, dentre elas a disfunção miccional, é responsável por índices aumentados de quedas e hospitalizações (SALDANHA, 2004). Estudos demonstram que fatores como baixo índice de massa corporal, comprometimento cognitivo e perda urinária são fortemente preditivos para o aumento do risco de fraturas relacionadas com quedas graves e que, pelo menos, 20% dessas quedas ocorrem no período noturno. Nesse sentido esses dados revelam uma realidade não muito distante e trazem para a discussão dados relevantes. A prevalência pode ser de até 35% nos idosos acima de 65 anos, 32 a 42% com mais de 75 anos e 51% em gerontes acima de 85 anos. Essa ocorrência aumenta até 14 vezes a probabilidades quando se trata de idosos dependentes para as atividades da vida diária (FREITAS, 2011; SALDANHA, 2004).

Muito além dos números evidenciados em estudos, basta um mergulho rápido no desabafo da idosa abaixo, para entender as reais repercussões da disfunção miccional em âmbito familiar:

[...] às vezes eu estou fazendo alguma coisa em casa, ou conversando na porta e me distraio fazendo isso e, quando penso que não, a bexiga está muito cheia e não dá tempo chegar no banheiro, aí perco urina. Se tiver alguém em casa, eu morro de vergonha e vou explicar para a pessoa que é por causa da doença, que é essa doença que faz isso na gente [...] (Entrevistada nº 20, 60 anos)

Diante do exposto, pôde-se observar que a disfunção miccional provoca sentimentos de baixa auto-estima nas idosas entrevistadas, restringe o contato social, interfere nas atividades domésticas e nas relações e dinâmica familiares, contribuindo de forma negativa para a qualidade de vida.

### 7.2.3 DISFUNÇÃO MICCIONAL: SENTIMENTOS RELACIONADOS À DEPENDÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO

As mudanças biológicas e as mudanças nas exigências sociais constituem fatores fortemente preditivos da dependência na velhice. Considerando-se que as disfunções são resultantes da interação entre componentes biológicos, psicológicos e ambientais, pode-se afirmar que as incapacidades orgânicas resultantes das doenças crônico-degenerativas e/ou incapacitantes são vistas como um sinal de dependência generalizada (MIGUEL, 2007). Portanto, compreender o sentimento dessas idosas relacionado à

dependência para o autocuidado ocasionada pela disfunção miccional torna-se um grande desafio.

Ao analisar as primeiras entrevistas, observa-se a evidência de sentimentos de tristeza intimamente relacionados às mudanças radicais que a dependência causou na vida das idosas. Frases freqüentes como “*eu sempre fui uma pessoa ativa e dinâmica*” “*eu fazia minhas coisas*” “*resolvia meus problemas sozinha*” se contrastam com expressões como “*hoje eu não posso fazer mais nada*” “*tenho que ficar pedindo aos outros*”. A esse respeito pode-se afirmar que a dependência e a limitação ou perda da autonomia levam essas idosas a se apropriarem mais intensamente do sentimento de finitude.

Se, por um lado, a velhice carrega em si os estigmas e preconceitos relacionados à velhice, se pode imaginar quando isso está associado à incapacidade e dependência vivenciadas pelo fenômeno do envelhecimento. A dependência está diretamente relacionada à vulnerabilidade que a pessoa apresenta face aos desafios próprios do ambiente. E isso emerge nos depoimentos, como se pôde observar nas falas abaixo:

[...] eu não peço a morte porque pedir a morte é pecado não é, minha filha, mas se eu pudesse, eu morria logo porque é muito triste dar trabalho para os outros. Eu estou triste, eu estou alegre, vivendo minha vida até Deus decidir. [...] (Entrevistada nº 15, 60 anos)

[...] vou vivendo, minha filha, até onde Deus quiser e eu ainda agradeço a Deus porque esse problema está mais leve em mim, porque tem gente que está pior [...] (Entrevistada nº 12, 60 anos)

[...] Ave Maria, todo dia eu digo (emoção): Meu Deus me leve logo, eu já estou nessa idade, já trabalhei muito, já vivi muito, me leve logo, não leve meus filhos não, já estou no caminho da cova, me leve logo! A vida não é como a gente quer, é como deu certo [...] (Entrevistada nº 19, 60 anos)

É evidente o sentimento de tristeza, desespero diante da temeridade da velhice, que nunca vem só, mas sempre acompanhada de uma longa temporada de inverno, obscuro, frio, sem expectativas. Para essas idosas, estar velha e dependente é o ponto mais próximo da morte, é a aceitação das perdas, ou a luta por menos perdas.

O discurso da entrevistada nº 19 traz o desabafo emocionado de uma senhora de 74 anos de idade, comerciante aposentada, viúva, que reside sozinha, próximo à casa de sua filha, apresenta aproximadamente quatro anos de diagnóstico da doença de Parkinson e atualmente é independente para as atividades instrumentais de vida diárias apesar das limitações impostas pela idade e pela doença. Ela compareceu à consulta

acompanhada de uma das filhas que ouviu de forma emocionada os relatos de sua mãe: *“minha auto-estima mudou muito, pois eu gostava de sair, de dançar uma seresta, um forró. Hoje em dia não tenho mais prazer de nada, e nem posso, porque além de tremer, me urino direto”* e ainda complementa: *“eu não me conformo com isso não, a gente tem que se conformar com a escolha de Deus, tem que seguir do jeito que deus determina”*.

Ao relatar um pouco sua história e suas dificuldades percebe-se que, para essa idosa, viver não é mais que “sobreviver” aos aspectos da doença, que acarreta isolamento e depressão, afastando-a do convívio social, transformando-a de aliada a fardo frente às necessidades da família. O morar sozinha foi uma consequência do árduo trabalho durante a vida, toda uma construção que se contrapõe à situação atual de dependência, já que necessita sempre dos cuidados da filha, que mora bem próximo à sua casa.

Orem descreve o autocuidado como uma prática de atividades que o indivíduo executa em seu próprio benefício para a manutenção da vida, saúde e bem estar. Nesse sentido, o déficit de autocuidado é revelado quando, a partir das necessidades de uma pessoa ou quando esta se encontra incapacitada ou limitada para prover seu próprio cuidado contínuo e eficazmente, o cuidado de outra pessoa passa a ser uma exigência (OREM, 1995).

Nessa categoria, foi possível identificar que a maior parte das idosas entrevistadas tinha familiares, vizinhos ou amigos próximos como provedores de cuidados e auxiliares no processo de cuidar diante da dependência relacionada à disfunção miccional.

Isso pode ser visualizado quando uma das idosas relata: *“é horrível precisar dos outros e não poder fazer só, eu me sinto muito mal com isso e o que eu puder fazer para ajudar, eu faço”*.

A sensação de depender sempre de alguém também vem acompanhada do medo de sentir-se sempre um encargo para a família e o constrangimento diante da intimidade invadida. Isso pode ser confirmado quando a idosa expõe que a filha muitas vezes não acredita que ela não consegue auxiliar na higiene, a filha ouvindo a mãe reforça o comentário dizendo *“ela se sente cobrada porque eu insisto que ela tenha uma reação, para que ela possa fazer sozinha pelo menos a higiene dela e me ajude com isso”*. Essas declarações são reveladoras de indícios de sobrecarga de cuidados que irão repercutir em estresse para o cuidador e pessoa idosa cuidada.

Estudos revelam que a intensidade da sobrecarga dos familiares tem sido relacionada com algumas variáveis, tais como: características dos pacientes (diagnóstico, intensidade dos sintomas, grau de dependência, idade, sexo, duração da doença e número de hospitalizações), parentesco e frequência de contato entre cuidador e paciente, e características dos cuidadores (sexo, idade, escolaridade e nível socioeconômico) (MAURIN, 1990).

Para Trentini (1992), uma condição crônica de saúde caracteriza-se pelo momento em que a pessoa passa a incorporar a doença no seu processo de viver, constituindo uma situação de estresse. Nesse sentido a pessoa necessita compartilhar esse enfrentamento com sua família ou com outras pessoas próximas na tentativa de readaptação individual. Portanto, torna-se verdadeiro afirmar que as estruturas familiares nem sempre estão preparadas para ser o sustentáculo nessas situações, dando margem a formação frequente das chamadas redes sociais de apoio, que são amigos, vizinhos ou colegas de trabalho (SILVA, 2002; LOPES, 2006).

Quando a dependência para o autocuidado está relacionada à questão da perda urinária, muitas idosas referenciaram a perda da privacidade relacionada à questão de higiene, como podemos avaliar nos relatos abaixo:

[...] Chamo sempre uma pessoa para me ajudar a tomar banho, trocar de roupa e até hoje tenho que ter uma pessoa para me ajudar a vestir a roupa, porque não consigo fazer sozinha, eu era um pouco vaidosa e essa perda de urina tirou toda minha privacidade porque sempre preciso de ajuda. [...] (Entrevistada nº 04, 68 anos)

[...] quando eu estou em casa, às vezes preciso de alguém para me ajudar a trocar minha roupa, a me ajudar no banheiro ou fazer comida, mas não tem ninguém. Meus filhos vão sempre me visitar no final de semana e às vezes na semana, mas quando eu preciso mesmo eu chamo é minha vizinha, até para lavar meus pés. [...] (Entrevistada nº 14, 62 anos)

[...] É preciso ficar tomando muito banhos, esse negócio de usar e molhar a fralda, a gente fica fedendo, então se você não tomar um banhinho a cada vez que urina e botar outra fralda, fica um cheiro horrível, então precisar de alguém o tempo todo para lhe ajudar. É muito ruim, incomoda muito, você fica nessa dependência para tudo [...] (Entrevistada nº 10, 83 anos)

Os relatos supracitados se aproximam no que tange aos sentimentos expressos por essas idosas quando o assunto é dependência para o autocuidado relacionado à disfunção miccional e trazem à tona a falta de privacidade, à exposição do corpo e de

suas fragilidades, bem como a falta da família e a busca da rede de apoio de amigos e vizinhos.

Estudos têm demonstrado preocupação no que diz respeito à interferência da disfunção miccional na qualidade de vida, principalmente quando as perdas urinárias acontecem durante as atividades da vida diária, nesses casos elas causam constrangimento social, estresse, depressão, sentimento de vergonha, condições de incapacidade e baixa auto-estima (SIMEONOVA, 1999; HIGAL, 2008).

O primeiro relato é realizado por uma senhora de 68 anos de idade, costureira e vendedora aposentada, atualmente reside com o marido e o filho. Apresenta aproximadamente cinco anos de diagnóstico da doença de Parkinson e atualmente é dependente para as atividades de autocuidado. Relata que os sintomas urinários iniciaram há aproximadamente oito meses após o início dos sintomas da doença e atualmente costuma despertar pelo menos duas vezes na madrugada para urinar, porém não consegue chegar até o banheiro, apresenta perdas urinárias antes disso. Necessitou modificar os hábitos diários de sua rotina, dentre eles, a utilização de forro plástico na cama à noite para dormir e o controle rigoroso da quantidade de líquidos ingeridos durante o dia. A higiene íntima e a troca da roupa são realizadas várias vezes durante o dia e à noite, já que as perdas são frequentes e necessita de auxílio do esposo ou do filho para ser conduzida ao banheiro e também para realizar a higiene no banheiro. Seu principal incômodo relacionado à dependência é o fato de necessitar de auxílio de dois homens que, mesmo sendo seus familiares, são homens, são diferentes e acabam invadindo sua mais íntima privacidade.

Tomando-se como base a teoria do autocuidado proposta por Orem, incorporam-se conceitos que são requisitos básicos para o desenvolvimento do autocuidado, dentre eles, os requisitos universais, desenvolvimentais e desvios de saúde. Os requisitos universais auxiliam os seres humanos em seu funcionamento normal e estão associados com os processos da vida e com a manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano (OREM, 1995).

Os requisitos desenvolvimentais ocorrem quando há a necessidade de adaptação às mudanças que surjam na vida do indivíduo. Os requisitos por desvio de saúde acontecem quando o indivíduo em estado patológico necessita adaptar-se a tal situação (OREM, 1995).

Aplicando a teoria ao estudo proposto, pôde-se observar que as entrevistadas do estudo apresentam desvios de saúde que são conseqüentes à condição crônica da

doença, associados à disfunção miccional e apresentam características que evidenciam a adaptação à nova condição visando manter as atividades do cotidiano, como podemos avaliar no contexto da entrevista abaixo:

[...] Quando a dose do remédio está para terminar, eu fico lenta e os movimentos ficam difíceis, por exemplo, no início da manhã eu acordo muito dura e lenta, então eu tomo logo o meu remédio. Hoje, mudou tudo, a gente depende dos outros, eu fiquei um tempo na cadeira de rodas dependendo de meus filhos para me dar banho, para me levar no sanitário, fazer minha limpeza, levantar da cama, me colocar na cadeira de rodas, fazer minha fisioterapia, passar do sofá para a cadeira de rodas. Minha casa tem uma grade na frente e minha vontade de andar era tão grande, que eu tentava ficar de pé na grade para voltar logo a andar, depois engatinhei e hoje estou andando. Nessa fase eu usava fraldas porque eu estava muito dependente de meus filhos, depois eu passei a usar a aparadeira. Não tinha quem fizesse a limpeza quando eu usava a aparadeira, aí eu fazia pela manhã. Hoje, depois que passei a fazer o tratamento de forma certa, já tomo meu banho, troco minha roupa, coloco minha calcinha, o remédio já me melhorou muito [...] (Entrevistada nº 16, 60 anos)

É evidente a superação e perseverança dessa idosa à nova condição de dependência, a luta e o papel da família nas atividades de cuidado, encorajando, apoiando e trocando experiências no lidar com a enfermidade e suas repercussões. Pelo cuidado com a saúde da família, esta promove o autocuidado, a educação em saúde e o aconselhamento de seus membros objetivando elevar o nível de bem-estar, realizar proteção psicossocial, alimentação, higiene e socialização. Esses cuidados são de extrema importância para o enfrentamento da doença (SCHULTZ, 2007).

Por outro lado, a falta de apoio da família, a solidão e a dependência são responsáveis por condições de isolamento, depressão e abandono do autocuidado. Pouco se discute sobre as emoções que experimentam os idosos no processo de doença. Nesse sentido, mesmo considerando que envelhecer não significa adoecer, é notório que determinadas enfermidades são mais frequentes em idosos, sendo a perda de urina uma delas. Assim, diante da doença, o corpo torna-se um fardo e o desejo de se tratar é cada vez menor, passando a desejar a morte. Uma vez que foram os amigos, o companheiro, o trabalho, os filhos ausentes, a vida social totalmente vazia, a solidão se instala quase

que definitivamente (PEDROZO, 2003). Nesse contexto, é evidente o descaso com o corpo e com o cuidado de si.

Diante dessa explanação e das expectativas das idosas frente às dificuldades de adaptação relacionada às perdas de urina frequentes e os impactos causados nas atividades da vida diária, é um desafio conhecer a fundo quais as práticas estratégicas que são utilizadas por essas idosas na intenção de recuperar o bem-estar, e os desafios a serem enfrentados para melhorar a qualidade de vida.

#### 7.2.4 QUALIDADE DE VIDA: ESTRATÉGIAS E DESAFIOS FRENTE ÀS ADVERSIDADES.

Tomando-se como base o construto qualidade de vida baseado na percepção das idosas sobre sua posição na vida, no seu contexto social e familiar em relação aos seus objetivos, expectativas e preocupações, pôde-se identificar que as idosas encontraram estratégias de mudanças nas atividades da vida diária visando compensar o déficit de autocuidado relacionado à disfunção miccional.

De acordo com Orem (1995) alguns métodos podem ser utilizados para a resolução do déficit de autocuidado: agir ou fazer pelo outro; guiar o outro; apoiar o outro (física ou psicologicamente); proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a tornar-se capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação e ensinar o outro.

Nesse sentido, existem requisitos que são considerados universais e essenciais ao desenvolvimento do autocuidado, dentre os quais se destaca a manutenção da eliminação, interação social e normalidade.

As principais estratégias utilizadas e descritas pelas idosas para manter esses recursos universais o mais próximo da normalidade foram: a intensificação da higiene íntima, utilização de dispositivos urinários noturnos (aparadeira), utilização de protetores higiênicos (absorventes ou fraldas), diminuição da ingestão de líquidos, antecipação da micção e restrição domiciliar nos casos mais graves. Todas as idosas estudadas referiram a necessidade de mudar os hábitos diários de suas vidas na tentativa de adequar às conseqüências provocadas pela disfunção miccional.

As principais estratégias estão relacionadas no quadro 1:

## QUADRO 1

### ESTRATÉGIAS DE AUTOCUIDADO UTILIZADAS POR IDOSAS PARA SE ADAPTAREM ÀS CONSEQUÊNCIAS DA DISFUNÇÃO MICCIONAL.

SALVADOR, BA. 2011.

#### MUDANÇAS NOS HÁBITOS DIÁRIOS RELATADOS

- Dormir com a filha com o objetivo de sinalizar o desejo de urinar.
- Deixou de utilizar calcinha.
- Controle rigoroso da ingestão de líquidos.
- Realização de adaptações no banheiro.
- Micções programadas a cada duas ou três horas para evitar que a bexiga fique cheia.
- Utilização de vasilhame sempre próximo, em vários lugares da casa, que utiliza quando o banheiro está ocupado e a urgência não permite esperar.
- Trocas regulares da roupa íntima e a intensificação dos cuidados higiênicos.
- Utilização de forro plástico na cama à noite.
- Troca da roupa várias vezes durante o dia.
- Utilização de protetor higiênico durante todo o tempo, inclusive quando necessita sair de casa.
- Restrição domiciliar (deixou de sair de casa).
- Utilização de fraldas no período noturno e quando necessita realizar atividades fora do domicílio.
- Uso de absorventes quando necessita permanecer maior tempo fora do domicílio ou quando necessita realizar viagens mais longas ou frequentar lugares que não apresentam adaptações sanitárias (banheiro).
- Rituais adaptativos: planejar o momento certo para urinar, geralmente antes de dormir, de sair, ou de qualquer atividade.

Fonte: Autocuidado e qualidade de vida de idosas com Parkinson e disfunção miccional.

Essas estratégias vêm demonstrar os efeitos da disfunção miccional nas rotinas e atividades da vida diária dessas idosas, que necessitam se adequar à nova vida, à doença e as repercussões causadas por ela. Estudos demonstram que idosas incontinentes, sejam elas por noctúria, urgência miccional ou urge-incontinência, evitam sair de casa por temerem a percepção de odor urinário e por não saberem se encontrarão lugares adequados para realizar suas micções e sua higiene pessoal. Por esse motivo, preocupam-se em organizar tarefas e estratégias para superarem esse tipo de desafio (BORGES, 2009).

De acordo com uma das idosas entrevistadas, esteticista aposentada, 63 anos, reside sozinha e sempre necessita do auxílio de uma amiga nos dias em que está mais

rígida devido aos sintomas Parkinsonianos, várias modificações foram impostas pela disfunção miccional objetivando melhorar a qualidade de vida nas suas atividades diárias:

[...] Quando preciso sair de casa para resolver algum problema na rua, não bebo água antes de sair e sempre tenho o cuidado de ir ao banheiro antes, também não bebo água na rua e já fico de olho aonde tem banheiro, caso eu precise usar. Se for um dia que estou mais solta, saio de absorvente, porque se perder um pouquinho não passo vergonha na rua (risos). Eu faço minha higiene sozinha e à noite sempre acontece de perder um pouquinho de urina na calcinha porque prefiro ir devagar para o banheiro, por causa do medo de cair. Lá já deixo algumas calcinhas para não ter que voltar para o quarto e pela manhã faço uma higiene mais caprichada, não preciso de ajuda nisso.  
[...] (Entrevistada nº 7, 63 anos)

Essa prática de atividades que o indivíduo executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, saúde e bem estar é classificado como auto-cuidado (OREM, 1995). Se considerarmos que a utilização dessas estratégias, incluindo modificações nos hábitos, têm a intenção de recuperar ou manter o bem estar, podemos classificá-los como atividade/recurso para o autocuidado. Neste sentido as idosas, por si só, ou com a ajuda de familiares, já desenvolvem ações para o autocuidado ou cuidado dependentes.

Avaliando o relato supracitado, observa-se que um ritual sistemático é desenvolvido no intuito de evitar que as perdas urinárias aconteçam. Desde o momento em que pensa em realizar qualquer atividade fora do domicílio, inicia toda a modificação comportamental para que essa atividade se concretize, deixando de beber água, planejando o desejo de urinar, disponibilizando dispositivos para evitar as perdas até a tensão que experimentam de permanecer sempre próximo a um banheiro por medo de perder urina. E, mesmo que fique em casa, os rituais permanecem os mesmos porque eles traduzem as tarefas habituais dessas idosas que apresentam disfunção miccional.

Essas modificações foram impostas pela doença e as idosas necessitaram implementá-las nas suas rotinas da vida diária visando atender às limitações impostas pela doença. Observa-se, nos depoimentos, que as idosas expressam ansiedade, indignação diante de tantas rotinas a serem seguidas e, por outro lado, muitas incorporaram conformadas essas rotinas no seu cotidiano.

Se por um lado, as estratégias contribuem de forma positiva para minimizar o risco de perda urinária e melhoram a qualidade de vida nesse sentido, se tornam altamente restritivas e limitantes no que diz respeito à vida social dessas idosas. De acordo com Blanes (2001) a elaboração e utilização de diferentes estratégias de

autocuidado têm por objetivo contornar os inconvenientes das perdas urinárias e, conseqüentemente, permitir a manutenção da rotina social.

Estudos ainda demonstram que, independente da quantidade de perda urinária, a doença se torna estressante e debilitante e contribui de forma significativa para o isolamento social e depressão, além de apresentar-se como um fator de risco importante para infecções urinárias e distúrbio tegumentar (TAMANINE, 2004; LAZARI, 2009).

Os relatos a seguir denotam experiências constrangedoras, as quais podem resultar em vergonha, medo, receio e, conseqüentemente favorecer o isolamento social:

[...] às vezes fico sem beber água só para não ficar sem dormir de noite, troco muito a calcinha, me preocupo em estar cheirando à urina, me preocupo muito [...] (Entrevistada nº 08, 66 anos)

[...] tenho que botar o colchão no sol, fica podre de urina. Ainda bem que durmo sozinha porque o cheiro até me incomoda. Deixo sempre um paninho de chão e um desinfetante que já deixo na porta do meu quarto porque de noite, quando eu acordo, se escapar a urina já limpo tudo para não ficar com o cheiro de urina, passo até na porta para não contaminar com o cheiro [...] (Entrevistada nº 09, 74 anos)

Os depoimentos demonstram que a disfunção miccional causa aflição e ansiedade, afeta a vida social, ocupacional, doméstica e seus efeitos psicossociais são devastadores sobre a autopercepção do estado de saúde. Essas idosas planejam suas atividades baseadas na expectativa de apresentarem perdas urinárias, vivem em constante vigilância e preocupação com o fato de estarem cheirando à urina. O estabelecimento de rotinas evidencia a preocupação com a questão higiênica que está imersa na história de vida dessas idosas.

Nos diversos discursos, percebeu-se preocupação permanente com as perdas urinárias e sentimentos de tristeza e ansiedade resultantes da imprevisibilidade e ou inevitabilidade dessas perdas urinárias ocorrerem fora do domicílio, o que poderia gerar impacto psicológico. Expressões como “*quando dá vontade de urinar eu entro em qualquer lugar e peço para urinar, explico o meu problema, mas às vezes as pessoas não entendem*” denotam o constrangimento da idosa ter que expor sua intimidade na tentativa de justificar a perda urinária. Kluber (2002) comenta que muitas mulheres vivem ansiedade intensa por não estarem próximos a um banheiro, ou por medo de perderem urina em público.

Além disso, é notório que grande parte das idosas entrevistadas realiza restrições prolongadas de líquidos no intuito de não apresentarem perdas urinárias. Nesse sentido, estudos revelam que o manejo inadequado do problema como a restrição prolongada de líquidos para reduzir os episódios de incontinência, pode causar complicações como a infecção urinária e dano renal (FITZGERALD, 2000; LOPES, 2006).

Esses sentimentos que se misturam denotam que a disfunção miccional causa grande impacto na qualidade de vida das idosas e que suas expectativas são vividas a cada dia e se resumem a lidar com as dificuldades impostas por essa limitação. Os desafios são vencer o estresse e o medo diante da situação de constrangimento, como declarado por essa idosa, de 74 anos, que teve os sintomas miccionais iniciados um ano após o diagnóstico de Parkinson.

[...] os problemas na urina incomodam porque é uma situação anti-higiênica, a gente não pode sair com tranquilidade porque tem que voltar rápido para casa para não molhar a roupa na rua, aí eu fico sempre mal humorada com esse estresse porque fico com medo o tempo todo. Eu vivo com uma calcinha dentro da bolsa quando vou sair, ir à consulta, ou qualquer outro médico. Esse problema começou depois do Parkinson e tá piorando a cada dia que passa. Outro dia, eu precisava fazer uma viagem para dar uma solução na minha vida, eu estou com um filho no Rio grande do Sul e eu queria visitar ele, mas os aeroportos têm os corredores imensos e para urinar tem que andar aquilo tudo, então até chegar lá eu já perdi urina; eu quase cancelei o vôo de tão estressada que eu fiquei com medo de perder urina no aeroporto [...]

Considerando as dificuldades vivenciadas por essas idosas e as frustradas expectativas diante da cronicidade da doença, observa-se que as alterações provocadas pela disfunção miccional pode representar uma ameaça aos projetos de vida dessas pessoas, principalmente quando se trata de pessoas idosas. Essas idosas são forçadas a manter um controle rigoroso no seu estilo de vida e vigilância constante em suas atitudes nas atividades diárias de suas vidas. De acordo com Silva L. (2009) esses motivos podem dificultar ainda mais a não procura por tratamento.

Além disso, deparam-se constantemente com barreiras arquitetônicas nos locais públicos que diminuem a acessibilidade e promovem a exclusão social. De acordo com Bittencout (2004) a dificuldade de acesso, ao contrário do que muitos imaginam, não se restringe apenas aos usuários de cadeira de rodas. Existem aqueles que possuem mobilidade reduzida temporária, gerada por fatores como idade, gravidez, deficiência auditiva ou visual.

Nesse sentido, promover a acessibilidade no ambiente construído é proporcionar condições de mobilidade, com autonomia e segurança, eliminando as barreiras arquitetônicas e urbanísticas nas cidades, nos edifícios, nos meios de transporte e de comunicação. Isto constitui um direito universal resultante de conquistas sociais importantes, que reforçam o conceito de cidadania (ABNT, 2001).

Quando a idosa relata de forma ansiosa “*eu quase cancelei o voo de tão estressada que eu fiquei com medo de perder urina no aeroporto*”. Essa realidade vem demonstrar de forma clara que os espaços construídos não oferecem oportunidades igualitárias de acesso a todos os usuários, limitando de forma significativa a execução de atividades necessárias como o simples uso de banheiros nas áreas comuns e o convívio com outras pessoas, trazendo impacto na qualidade de vida dessa idosa.

Nesse sentido, espera-se estar tratando e divulgando a acessibilidade ao ambiente construído como um importante meio de inclusão social, ao qual temos o dever de construir e preservar, oferecendo desta forma condições de inclusão social mais adequada àqueles a quem o espaço estabelece restrições, o que significa mais respeito social para esse grupo da população brasileira (BITTENCOUT, 2004).

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as projeções mundiais que evidenciam o aumento significativo do percentual de idosos, a idade surge como um fator de risco importante para o desenvolvimento de doenças crônicas, degenerativas e incapacitantes no idoso, o que pode interferir na sua autonomia, mobilidade, autocuidado e funcionalidade. Nesse contexto surge a Doença de Parkinson e suas complicações não motoras, com destaque significativo para a disfunção miccional.

Nesse sentido, torna-se um desafio compreender as implicações inerentes à disfunção miccional na qualidade de vida de idosos em geral. Considera-se que esta disfunção ainda tem um diagnóstico subnotificado, uma vez que esse tema é delicado e normalmente as pessoas idosas sentem-se “retraídas” com as perdas urinárias, passando então a não se sentir estimuladas a resolver esse tipo de problema por receio de ser percebido por outros.

Durante o estudo percebeu-se que a disfunção miccional pode trazer conseqüências físicas, perda da independência, isolamento social e impacto emocional que afetarão as atividades de autocuidado, a percepção de saúde geral e conseqüentemente a qualidade de vida de idosos com disfunção miccional acometidas por doença de Parkinson.

No intuito de articular os resultados ao objetivo geral “autocuidado a qualidade de vida de idosos com Parkinson e disfunção miccional”, os achados demonstraram que essa pesquisa é relevante no que tange à prevalência significativa da disfunção miccional nessa população específica e demonstra a gravidade dos efeitos na qualidade de vida.

Em associação com outros fatores como a limitação físico-funcional ocasionada pela Doença de Parkinson, o estado de saúde e a qualidade de vida podem ser ainda pior, tornando-se assim uma questão de saúde pública. Assim, a adoção de medidas preventivas, educação em saúde, diagnóstico precoce e tratamento adequado podem minimizar as conseqüências negativas da disfunção miccional.

A política de saúde do idoso tem como diretrizes principais a promoção do envelhecimento ativo e saudável, manutenção e reabilitação da capacidade funcional e apoio ao desenvolvimento de cuidados em saúde. Nesse sentido, ainda propõe qualificar os serviços de Saúde para trabalhar com aspectos específicos da saúde da pessoa idosa dentre os quais, a identificação de situações de vulnerabilidade social, a realização de diagnóstico precoce e avaliação da capacidade funcional.

Sabendo da necessidade de ampliar a discussão e articular os achados às diretrizes propostas pela política de saúde do idoso, o estudo visa contribuir para o desenvolvimento de novas políticas, programas e estratégias de intervenção para essas pessoas, considerando que a disfunção miccional associada à doença de Parkinson pode ser considerada uma situação de vulnerabilidade social e compromete de forma significativa a capacidade funcional dessa população. Nesse sentido, também tem o objetivo de sensibilizar e dar ciência da realidade aos gestores de políticas públicas, profissionais e a sociedade em geral, para que a participação de todos seja efetiva na prevenção, proteção, intervenção e reabilitação dessas pessoas idosas.

Desse modo, a hipótese de que existe associação negativa entre disfunção miccional e qualidade de vida de idosas com Doença de Parkinson na perspectiva do autocuidado foi confirmada, os achados demonstram percentuais significativos que revelam os efeitos negativos na qualidade de vida, considerando os domínios do questionário, dentre os quais; a percepção geral de saúde das idosas, as limitações das atividades diárias, limitações físicas e sociais, relacionamento pessoal, emoções, sono e disposição.

Para compreender os relatos dessas idosas não bastou entender as palavras, mas mergulhar nos seus significados mais profundos, compreender os sentimentos relacionados às repercussões ocasionadas pela disfunção miccional em suas vidas. Eles evidenciam a fragilidade estrutural à qual essas idosas estão expostas e a clara relação de dependência. Nesse sentido, a contextualização sobre a percepção das idosas com DP relacionada aos efeitos da disfunção miccional na qualidade de vida sob a perspectiva do autocuidado, foi reveladora e surpreendente no que diz respeito aos achados.

Se essas idosas encontram-se à mercê da fragilidade imposta pela velhice, isso mostra que o desamparo encontra-se radicalizado no velho, que depende dos cuidados de outros, portanto; mostra que essas idosas necessitam ser amparadas no íntimo de seu desamparo.

Lidar com a disfunção miccional na velhice e com as limitações impostas pela Doença de Parkinson, para essas idosas, implica viver em dois mundos que se co-habitam: ser velho e ser doente. Esse mundo está marcado por uma imagem social impregnada por valores e preconceitos ultrapassados e nele a disfunção miccional é, ainda, percebida como um processo natural do envelhecimento, motivo pelo qual vários estudos discutidos anteriormente mostram que esse é um fator que contribui para a não procura por tratamento.

No transcorrer dessa construção, os dados fornecidos através do questionário de qualidade de vida utilizado (KHQ) deram maior visibilidade à problemática da disfunção miccional, demonstrando as repercussões significativas que impactam diretamente nas relações pessoais, físicas e sociais, bem como limitações das atividades de autocuidado, repercussões emocionais e no padrão de sono em idosas com Parkinson. Além disso, o estudo revela que a DP é um agravante sem precedentes para a capacidade funcional, que está diretamente associada à incapacidade para o autocuidado.

O instrumento também se mostrou capaz de distinguir os principais tipos de disfunção miccional apresentada por essas idosas, tendo destaque para o aumento da frequência urinária, principalmente no período noturno e urgência para urinar. Mais de 60% das idosas estudadas relataram não conseguir chegar até o banheiro, o que aumenta consideravelmente o risco de quedas, principalmente no período noturno.

Se essa percepção está relacionada às atividades para o autocuidado, detectou-se que a disfunção miccional foi relatada como fator impactante na concepção de qualidade de vida, no que diz respeito à dependência para o autocuidado relacionada às perdas miccionais.

Tomando-se como base os conceitos relacionados ao autocuidado propostos por Orem, “ajudar as pessoas a satisfazerem suas próprias exigências terapêuticas de autocuidado” deve ser considerada uma meta. Nesse sentido, considerando a capacidade que o indivíduo tem para cuidar de si mesmo e dos outros, pôde-se identificar que em todas as entrevistas realizadas com as idosas, foram identificados os dois tipos de intervenções. As intervenções de autocuidado e as intervenções de cuidados dependentes variaram de acordo com a gravidade da Doença de Parkinson e da disfunção miccional apresentadas, bem como com a necessidade de adaptar-se à sua dependência.

A situação de dependência apresentou relação direta com o processo de cronicidade da doença de Parkinson e com as repercussões na qualidade de vida ocasionadas pela disfunção miccional, principalmente quando esteve associado à perda de urina. Nesse caso foram evidentes sentimentos de tristeza, medo, angústia, dependência, baixa auto-estima, diminuição da energia, ansiedade e sensação de incômodo para a família.

Considerando a especificidade dessa doença neurológica incapacitante e suas repercussões, torna-se importante alertar sobre a urgente necessidade de rediscutir o atual modelo de saúde no que tange à assistência biomédica. As pessoas idosas, com

doenças crônicas inerentes à idade, necessitam de apoio que vai além dessas intervenções tradicionais e clínicas. Essa nova proposta compreende uma estrutura muito mais ampla, onde idosos, familiares, comunidade e equipes de saúde estão juntos, estreitando as relações e tornando esses idosos co-responsáveis no desenvolvimento do seu autocuidado, transformando-se em pessoa-agente.

Propor mudanças na qualidade de vida envolve desejos, ambiente, necessidades individuais e coletivas, família, cultura e metas. Nesse sentido, com o intuito de colaborar com uma nova proposta e visando modificar a concepção de qualidade de vida no que diz respeito à disfunção miccional, pressuponho que a educação para o autocuidado seja uma estratégia imprescindível para nortear o cuidado de mulheres idosas com essa disfunção, desde que sejam adaptadas às suas necessidades individuais e coletivas.

Por outro lado, é necessário lembrar que a velhice não representa uma etapa da vida sem rosto, sem autonomia, sem capacidade e também não é vazia. Antes de tudo, o envelhecimento não é uma doença, trata-se de um processo de perdas naturais que deve ser compreendido para que se possa reabilitar as enfermidades ocasionadas pela idade (MENEZES, 1999).

Torna-se um desafio despertar a sociedade e os profissionais de saúde para essa problemática, visando ampliar a discussão sobre esse assunto e discutir novas estratégias de inclusão social para pacientes com doenças crônico-degenerativas baseado em um modelo de atenção pautado na solidariedade, no suporte mútuo, na defesa dos direitos, no controle social e na participação cidadã, rompendo dessa forma, com o passado e dando vazão a um novo paradigma: o idoso como agente de conhecimento.

Uma das limitações desse estudo refere-se à realização de amostra por conveniência, composta por um número restrito de sujeitos. A dificuldade em se obter um número maior de participantes no estudo ocorreu devido ao curto cronograma estabelecido para a realização de coleta de dados, o que dificultou atingir ao universo de mulheres a serem admitidas no serviço. Sendo assim, diante da relevância dos achados, a extensão desse estudo pode revelar dados que tenham representatividade a nível populacional e servir de base para o desenvolvimento de estratégias a serem implementadas em outros serviços.

Outro fator limitante do estudo diz respeito à descrição escassa na literatura da formatação estatística de análise do questionário de qualidade de vida utilizado. Mesmo

sendo considerado um questionário confiável e recomendado para este fim, observa-se uma grande necessidade em tornar os dados disponíveis para que os pesquisadores possam demonstrar os resultados de suas pesquisas.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, N.S.; BARACHO, E.S., TIRADO, M.G.A. Qualidade de vida na perspectiva de idosas com incontinência urinária. **Rev. Bras. Fisioter.**, São Carlos, v. 11, n. 6, p. 429-436, 2007.
- AGEM, de B.; WIJCKER W; SPEELMAN, J.D. Quality of life in patients with Parkinson's disease: development of a questionnaire. **J Neurol Neurosurg Psychiatry**, v. 61, p. 70-4, 1996.
- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUARYOL, M. Z. **Introdução à Epidemiologia**. 3. ed. Rio de Janeiro : Ed. Médica e Científica, 2002. 120 p.
- ALMEIDA, Vera Lúcia V.; GONÇALVES, M.P. & LIMA, T.G. **Direitos Humanos e Pessoa Idosa**. Publicação de apoio ao Curso de Capacitação para a Cidadania : Atenção e Garantia dos Direitos da Pessoa Idosa. Brasília. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. 2005. 30p.
- ALVES , L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 23. n. 08. p.1924-1930, 2007.
- ANDRADE, M. J.; TRÊPA, A. Alterações vésico-esfincterianas no Parkinsonismo. **Acta Médica Portuguesa**, v. 16, p. 21-24, 2003.
- ARAKI, I.; KUNO, S. Assessment of voiding dysfunction in Parkinson's disease by the international prostate symptom score. **J Neurol. Neurosurg Psychiatry**. v. 68, n. 4, p. 429-433, 2000.
- ARRIAGADA, I. Políticas sociales, familia y trabajo em La America Latina de fin de siglo. Naciones Unidas. Santiago do Chile. **CEPAL, série Políticas Sociales**, v.21, Santiago, 1997.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. **Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiência a edificações, espaço, mobiliário e equipamento urbano – ABNT - NBR 9050:1994**. Rio de Janeiro: ABNT, 56 p. 2001.
- AUQUIER, P.; SIMEONI, M.C.; MENDIZABAL, H. Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. **Rev. Prevenir**, v. 33, p. 77-86, 1997.

BALMFORTH, J. R. et al. A prospective observational trial of pelvic floor muscle training for female stress urinary incontinence. **BJU Int.** v. 98, n. 04, p. 811-817, 2006.

BARBOSA, E. R.; MELO, L. M. Importance of the non-motor manifestations of the Parkinson's disease. **Rev. Neurocienc.**, v.15, n. 1, p.49-59, 2007.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70. 2009.

BARRERO, Rafael. Sintomatologia miccional y alteraciones urodinámicas em la enfermedad de Parkinson. **Neurologia**, v. 22, n. 02, p.93-98, 2007.

BEERS, M.H.; BERKOW, R. (Ed.). **Merck manual of geriatrics**. 7<sup>th</sup> ed. Indianapolis : John Wiley & Sons. 1999.

BEREK, J. S. **Tratado de ginecologia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1998. 965 p.

BITTENCOUT, Leonardo Salazar et al. **Acessibilidade e Cidadania: Barreiras Arquitetônicas e Exclusão Social dos Portadores de Deficiências Físicas**. Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária. Belo Horizonte. 2004.

BLAIVAS, JG; GROUTZ, A. Urinary Incontinence: Pathophysiology, evaluation and management overview. In: **Campbell's Urology**. 8. ed. Philadelphia: WB Saunders, 2002. p. 1027-1052.

BLANES, L; PINTO, R.C.T.; SANTOS, V.L.C.G. Urinary incontinence. Knowledge and attitudes in São Paulo. **Braz. J. Urol.**, v. 27, n. 3, p. 281-288, 2001.

BOGNER, H. R.; SWARTZ, K. Anxiety disorders and disability secondary to urinary incontinence among adults over age 50. **Int. J. Psychiatry Med.**, v.32. n.2. p. 141-154, 2002.

BORGES, J. B. R. et al. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária pelo uso do Kings Health questionnaire. **Einstein**, v.7, n.3, p.308-13, 2009.

BORGES, Rodolfo R; COLOGNA, Adauto J.; PEREIRA, Antonio C. et al.

Incontinência urinária no idoso. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v.18, n. 5, p.47-51, 2003.

BULLINGER, Monika; ANDERSON, Roger; CELLA, David; AARONSON, Neil. Developing and a evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. **Qual Life Res**, v.2, n.6, p.451- 459,1993.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CADE, Nágela V. A teoria do déficit de autocuidado de orem aplicada em hipertensas. **Rev Latino-am Enfermagem**, n.9,v.3,p.43-50, 2001.

CAETANO, A.; TAVARES, M. C.; LOPES, M. H. B. Proposta de atividades físicas para mulheres com incontinência urinária de esforço. **Lect. Educ. Fís. Deportes [online]**, Buenos Aires. v.76. n.10. 2004.

CAMARANO, A.A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? Revista estudos avançados, v.17, n.49. 2003.

CAMARGOS, A. C. R. et al. O impacto da doença de parkinson na qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Rev. Bras. Fisioter.**, v. 8, n. 3, p. 267-272, 2004.

CAMPOS-SOUSA, R. N. et al. Urinary symptoms in Parkinson's disease: prevalence and associated factors. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 61, n. 2-B, p. 359-363, 2003.

CAROPRESO, Fátima. Uma reflexão sobre a metapsicologia freudiana a partir da formulação inicial do conceito de Inconsciente psíquico. **Revista olhar**, n. 8, jan-jun, 2003.

CASTILHO, P. T. Uma discussão sobre a angústia em Jacques Lacan: um contraponto com Freud. **Rev. Dep. Psicol. UFF**, v. 19, n. 2, p. 325-338, Jul./Dez. 2007.

CHARALAMBOUS, S.; TRANTAFYLIDIS, A. Impact of urinary incontinence on quality of life. **Pelviperrineology**, v. 28, p. 51-53, 2009.

COELHO, M. M.; VILAÇA, M. Reabilitação da incontinência urinária. **Acta Urol.**, v. 26, n. 1, p. 27-32, 2009.

CÓRCOLES B, Martínez; et al. Calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria. **Actas Urol. Esp.**, v. 32, n. 2, p. 202-210, 2008.

CRESWEL, J. W. **Projeto de Pesquisa**. Métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. Cap. 9. 127p.

D'ANCONA, C. A. L. **Aplicações clínicas da urodinâmica**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2001. Cap. 18, p.139-153.

DEFREITAS, G. A. et al. Distinguishing neurogenic from non-neurogenic detrusor overactivity: A urodynamic assessment of lower urinary tract symptoms in patients with and without Parkinson's disease. **Urology**, v.62. p.651-655. 2003.

DIÓGENES, M. A. R.; PAGLIUCA, L. M. F. Teoria do auto-cuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 24, n. 3, p. 286-293. 2003.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba. n. 24. p. 213-225, 2004.

DUPAS, Gisele; MENDES, Marlene D; BENEDINI, Zaira. Reflexão e síntese acerca do modelo do autocuidado de Orem. **Acta Paulista Enfermagem**. v.7. n.1. p.19-26. 2004.

ERP, A. V. Adaptation to a physical disability: a rural perspective. In: **National Rural Health Alliance (org.)**; 4<sup>th</sup> Biennial Australian Rural and remote health scientific conference. Toowoomba, Queensland. 1998.

ESA, United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. **World Population Prospects: The 2008 Revision**. New York: United Nations, 2009. v. 1: Comprehensive Tables. Available from <<http://esa.un.org/UNPP>> Cited: July 08, 2010.

FARO, A. C. M. Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40. n. 1. p. 128-133, 2006.

FARQUHAR, Morag. Elderly people's definitions of quality of life. **Quality of Life in Social Science and Medicine**, v.4, n.10, p. 1439-1446. 1995.

FERNANDES, A. T. Formas e mecanismos de exclusão social. Porto: Universidade do Porto. Faculdade de Letras, **Rev. Fac. Letras**, v.1, p. 9-66, 1995.

FERRAZ, H. B. Doença de Parkinson: transtornos psíquicos e quedas contribuem para o comprometimento da qualidade de vida do paciente. **Rev. Neurocienc.**, v. 1. n. 8. p.16, 2008.

FERREIRA, B. W. Análise de Conteúdo. **Aletheia**, v.11. p.13-20, jan-jun. 2000.

FITZGERALD, S. T. et al. Urinary incontinence. Impact on working women. **AAOHN**, v. 48, n.3, p.112-118, 2000.

FITZPATRICK, R. et al. Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. **BMJ**, v. 305, n. 6861, p. 1074-1077, 1992.

FREITAS, C. B. D.; HOSSNE, W. S. Pesquisa em seres humanos. **Rev. Bioética**, v.10, n. 2, 2002.

FREITAS, E. V; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Ed. Koogan. 2011.

FREITAS, M. C, MENDES, M. M. R. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.15, n.4, 2007.

FREITAS, M. C. et al. Perspectivas das pesquisas em gerontologia e geriatria: revisão da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 221-8, 2002.

GAUDET, P. Measuring the impact of Parkinson's disease: an occupational therapy perspective. **Can. J. Occup. Ther.**, v. 69, n.2, p.104-113, 2002.

GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artes médicas Sul, 2000. Cap 07, p. 32-47.

GIANCHELLO, A. L. Health outcomes research in Hispaniccs/Latinos. **J. Med. Syst.**, v. 20, n. 05, p. 235-254, 1996.

GIGNAC, M.A.M.; COTT, C. A Conceptual model of independence and dependence for adults with chronic physical illness and disability. **Social Science and Medicine**. v. 47, n.6, p.753-793, 1998.

GILL, T. M., FEINSTEIN, A. R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. **JAMA**, v. 272, n. 8, p. 619-626, 1994.

GLASHAN, R. Q. et al. Intervenções comportamentais e exercícios perineais no manejo da incontinência urinária em mulheres idosas. **Sinopse Urol.**, v. 6, n. 5, p. 102-106, 2002.

GOLDIM, José R. Pesquisa em idosos. *Bioética*. p.42, 2000. Disponível em [www.ufrgs.br/bioetica/pesqid.htm](http://www.ufrgs.br/bioetica/pesqid.htm). Acesso em 15/11/2011.

GRIMBY, A. et al. The influence of urinary incontinence on the quality of life of elderly women. **Age Ageing**, v. 22, n.2, p. 82-89, 1993.

GUCCIONE, A. A. **Fisioterapia geriátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 470 p.

GUS, I. Perfis de saúde – Brasil, 2006 - modificações e suas causas. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 88, n. 4, p. 88-91, 2007.

HADDAD, M; SALDANHA, MES; DRIUSSO, P. Comparasion of quality of life for different types of female urinary incontinence. **Rev Brasileira Fisioterapia**, v.37, p.203-11, 2008.

HIGAL, R.; LOPES, M. H. B; REIS, M. J. Risk factors for urinary incontinence in women. **Rev. Esc. Enfermag. USP**, n. 42, v. 1, p.187-92, 2008.

HONÓRIO, M. O. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 1, n. 62, p. 51-56, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/default.shtm)> Acesso em 30 de maio de 2010.

IRWIN, D. A. et al. Population-Based Survey of Urinary Incontinence, Overactive Bladder, and Other Lower Urinary Tract Symptoms in Five Countries: Results of the EPIC Study. **Eur. Urol.**, v. 50, n. 6, p. 1306–1315, 2006.

KAPLAN, R. M. Quality of life, resource allocation, and the U.S. Health-care crisis. In: DIMSDALE, J. E.; BAUM, A. **Quality of life in behavioral medicine research**, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. 1995. p. 3-30.

KEILMAN, L. J. Urinary Incontinence: Basic Evaluation and Management in the Primary Care Office. MSN, APRN. **Prim. Care**, v. 32, n.3, p. 699-722, 2005.

KELLEHER, C. J. et al. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. **Br. J. Obstet. Gynaecol.**, v. 104, n. 12, p.1374-1379, 1997.

\_\_\_\_\_. Quality of life and urinary incontinence. **Baillieres Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.**, v. 14. n. 2. p. 363-379, 2000.

KLÜBER, L; MORIGUCHI, E. H.; CRUZ, F. B. M. A influência da fisioterapia na qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária: revisão. **Rev. Med. PUCRS**, v.12.n.3.p.243-249, 2002.

KUOPIO A.M. The quality of life in Parkinson's Disease. **Mov. Disord.** v.15, n. 02, p. 216-223, 2000.

KWON, B. E. et al. Quality of life of women with urinary incontinence: a systematic literature review. **Int. Neurorol. J.**, v. 14, n.3, p.133-138, 2010.

LACAN, J. **O Seminário, livro 4** : a relação de objeto. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1995.

LAM, G. W. et al. Social context, social abstention, and problem recognition correlated to adult female urinary incontinence. **Dan. Med. Bull.**, v. 39, n. 6, p. 565-570, 1992.

LANG, A. E.; LOZANO, A. M. Parkinson's disease. First of two parts. **N. Englan. J. Med.**, v. 339, n. 15, p.1044-1053, 1998.

LAURENTI, R. A mensuração da qualidade de vida. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 49, n.4, p. 349-366, 2003.

LAZARI, I. C. F.; LOJUDICE, D. C.; MAROTA, A. G. Avaliação da qualidade de vida de idosas com incontinência urinária: idosas institucionalizadas em uma instituição de longa permanência. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.12, n.1, p.103-112, 2009.

LEES, A. J.; HARDY, J.; REVERSZ, T. **Parkinson's disease**, *Lancet*, v. 373, n. 9680, p. 2055-2066, 2009.

LEMACK, G. E. et al. Questionnaire-based assessment of bladder dysfunction in patients with mild to moderate Parkinson's disease. **Urology**, v. 56, n. 2, p.250-254, 2000.

LIMA, Francisca ET, ARAUJO, Telma L. Prática do auto-cuidado essencial após a revascularização do miocárdio. **Rev Gaucha Enferm**, n. 28, v.2, p. 223-32, 2007.

LOPES, M. H. B.M.; HIGA; R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.40, n.1, p. 34-41, 2006.

MARRINER, Tomey A; ALLIGOOD, Martha R. **Introdução à Teoria de Enfermagem: História, terminologia e Análise**. 5ª ed. Portugal: Editora Lusociência, 2002. cap 01, p. 03-14.

\_\_\_\_\_. **Modelos y teorías en enfermería**. 3a ed. Madrid (Es): Harcourt Brace, 1994. cap. 8, p. 111-129.

MARINUS, J. et al. Health related quality of life in Parkinson´s disease: a systematic review of disease specific instruments. **J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry**, v.72, n.2, p.241-248, 2002.

MAURIN, J. T.; BOYD, C. B. Burden of mental illness on the family: a critical review. **Arch. Psychiatr. Nurs.**, v. 4. n. 2. p. 99-107, 1990.

McGROTHER, C. W. et al. Do the elderly need better incontinence services? **J. Public Health**, v.9, N.1, p.62-67, 1987.

MENESES, M. S.; TEIVE, H. A.G. **Doença de Parkinson: Aspectos Clínicos e Cirúrgicos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. cap.12, p. 85-96.

MENEZES, MR. Violência contra idosos: é preciso se importar! In: BERZINS, MV; MALAGUTTI, W. (org.). **Rompendo o silêncio: faces da violência na velhice**. São Paulo: Martinari, 2009.

MESSA, A. A. O Impacto da Doença Crônica na Família. Disponível em: <[www.psicologia.org/internacional/pscl49](http://www.psicologia.org/internacional/pscl49)>. Acesso em 12 de agosto de 2011.

MIGUEL, M. E. G. B.; PINTO, M. E. B.; MARCON, S. S. A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. **Rev. Eletrônica de Enferm.**, [online], v. 9, n.3, p. 784-795, 2007. Disponível em : <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a17.htm>>. Acesso em 07/10/2011.

MILSON, I. Lower urinary tract symptoms in women. **Curr. Opin. Urol.**, v.19, N. 4, p. 337–341. 2009.

MINASSIAN, V. A.; DRUTZ, H. P. ; AL-BADR, A. Urinary incontinence as a worldwide problem. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, v. 82, n.3, p.327–338, 2003.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A. BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MOHAMED Z, Sammour. **Distúrbios miccionais em pacientes com Doença de Parkinson: associação entre parâmetros clínicos e Urodinâmicos**. 2007. 93 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

MORAES, J. F. D.; SOUZA, V. B. A. Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.27, n. 4, p.302-308, 2005.

MORENO, A. L. **Fisioterapia em uroginecologia**. São Paulo: Manole. 2004. 187 p.

MORRIS, J.; PEREZ, D.; McNOE, B. The use of quality of life data in clinical practice. **Qual. Life Res.**, v. 7, N. 1, p. 85-91, 1998.

MUÑOZ, D. R.; FORTES, P. A. C. O Princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido. In.: COSTA, S. I. F.; GARRAFA, V.; OSELKA, G. **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 53-70.

MURRAY, C. J. L.; LOPEZ, A. D. (Ed.). **The Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020**. Cambridge, MA : Harvard University Press. 2009.

NAKABAYASHI, T. I. K. et al. Prevalência de depressão na doença de Parkinson. **Rev. Psiq. Clín.**, v.35. n.6. p.219-227, 2008.

NAVARRO-PETERNELLA, F. M. ; MARCON, S. S. A convivência com a doença de Parkinson na perspectiva do parkinsoniano e seus familiares. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online), Porto Alegre, v.31, n.3, p.415-22, 2010.

NERI, A. L. **Qualidade de vida na velhice: Enfoque multidisciplinar**. 2. ed. Campinas. SP: Ed. Alínea, 2011. 300 p.

NEVES, J. L. Pesquisa Qualitativa – características, usos e possibilidades. **Cad. Pesq. Adm.**, v.1, n.3, p.1-5, 1996.

NEWBY, N. M. Chronic illness and the family life-cycle. **J. Adv. Nurs.**, v.23, n.4, p.786-791, 1996.

NORTON, C. The effects of urinary incontinence in women. **Int. Rehabil. Med.**, v. 4, n. 1, p.9-14, 1982.

NUOTIO, M. et al. Predictors of institutionalization in an older population during a 13-year period: the effect of urge incontinence. **J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.**, v. 58.n.8. p. 756-762, 2003.

O'BRIEN, J. et al. Urinary incontinence: prevalence, need for treatment, and effectiveness of intervention by nurse. **BJM**, v.303, n. 6813, p.1308-1312, 1991.

OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 4. ed. New York: McGraw-Hill, 1995. p. 91-117.

PAGANI, T. C. S; PAGANI Jr., C. R. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde. **Rev. Ciências Bio. Saúde**, vol. 1, n. 1, p.1-6. 2006.

PAHO; OMS. **Saúde e envelhecimento**. In: CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA. 54p. SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL. p. 1-17, 2002. Disponível em: <<http://www..org/portuguese/gov/csp/csp26-13-p.pdf>> acesso em: 30 de maio 2010.

PEDROZO, S. K.; PORTELLA, M. R. Solidão na velhice: algumas reflexões a partir da compreensão de um grupo de idosos. **Bol. saúde**, Porto Alegre. v.17, n.2, 2003.

PICKLES B.; COMPTON, A.; COTT, R.; SIMPSON, J.; VANDERVOORT A.  
**Fisioterapia na Terceira Idade**. São Paulo: Santos, 1998.

POLIT, D. F; BECK, C. T.; HUNGLER, B. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. Cap. 8.

RAGAB, Maged M; EHAB, Mohammed. Idiopathic Parkinson's disease patients at the urologic clinic. **Neurology and urodynamics**, v.3, n.7, p.1258-1261, 2011.

REAMAN, G. H.; HAASE, G. M. Quality of life research in childhood cancer: the time is now. **Cancer**, v.78, N. 6, p. 1330-1332, 1996.

REIS, R. B. et al. Incontinência urinária no idoso. **Acta Cir. Bras.**, v.18, Supl. 5, p.47-51, 2003.

RETT, M. T. et al. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 29, n. 3, p.134-40, 2007.

ROBLES, J. E. La incontinencia urinaria. **An. Sist. Sanit. Navar.**, v. 29, n. 2, p. 219-232, 2006.

RODRIGUES, E. V. et al. A pobreza e a exclusão social: teorias, conceitos e políticas sociais em Portugal. Porto : **Fac. Letras**, 1999. p.1-39.

RUBINSTEIN, I. (Ed.) **Incontinência urinária na mulher**. São Paulo : Atheneu. 2001, v. 1, Cap. 16, p. 131-141.

RUFINO NETO, A. **Qualidade de Vida** : Compromisso Histórico da Epidemiologia. Belo Horizonte: Coopmed/Abrasco, 1994. Cap.1, p.11-18.

SALDANHA, A. L. **Saúde do Idoso**: A arte de cuidar. 2. ed. Rio de Janeiro : Interciência. 2004. Unidade V.

SANTOS, I.; SARAT, C. N. F. Modalidades de aplicação da teoria do auto-cuidado de orem em comunicações científicas de enfermagem brasileira. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 313-318, 2008.

SCHENKMAN, M. et al. Longitudinal evaluation of economic and physical impact of Parkinson's disease. **Parkinsonism Relat. Disord.**, v.8. n.1. p. 41-50, 2001.

SCHESTATSKY, P. et al. Quality of life in a Brazilian sample of patients with Parkinson's disease and their caregivers. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 28, n. 3, p. 209-11. 2006.

SCHULTZ, L. F. **A família vivenciando a doença e a hospitalização da criança**: protegendo o filho do mundo e não o mundo do filho. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade de Guarulhos, São Paulo. p.1-237.

- SEBBEN, V.; TOURINHO FILHO, H. Incidência da incontinência urinária em participantes do Creati do município de Passo Fundo/RS. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 5, n. 2, p. 101-109, 2008.
- SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20. n.2. p.580-588, 2004.
- SILVA, L. F. et al. Doença Crônica: o enfrentamento pela família. **Acta Paul. Enferm.** v.15, n.1, p. 40-47, São Paulo, 2002.
- SILVA, L. M. G. Breve reflexão sobre auto-cuidado no planejamento de alta hospitalar pós-transplante de medula óssea (tmo): relato de caso. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, SP. v. 9, n. 4, p. 75-82, 2001.
- SILVA, L.; LOPES, M. H. B. M. Incontinência urinária em mulheres: razões para a busca do não tratamento. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.43, n. 1, p. 72-78, 2009.
- SILVEIRA, S. C.; FARO, A. C. M. Contribuição da reabilitação na saúde e na qualidade de vida do idoso no Brasil: reflexões para a assistência. **Estud. Interdiscip. Envelhec.**, v. 13, n. 1, p. 55-62, 2008.
- SIMEONOVA, Z. et al. The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women from urban Swedish population. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, v. 78. n. 6. p. 546-51, 1999.
- SINGER, C. Urinary Dysfunction in Parkinson's disease. **Clin. Neurosci.**, v.5, n.2, p. 78-86, 1998.
- SOLER, J. -M; LE PORTZ, B. Les troubles véscosphinctériens de La maladie de Parkinson. **Annales d'urologie**, v. 38, Suppl. 2, p.S57-S61, 2004.
- SOUSA, L; GALANTE, H; Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Ver. Saúde pública**, v.3, n.37, p.364-371,2003.
- STAVROS, Charalambous; ARGYRIOS, Trantafylidis. Impact of urinary incontinence on quality of life. **Pelviperrineology**, v.28, p. 51-53, 2009.
- SUELLOTO, Eliana MF; MORENO AL, AQUINO R, GRACIO M. Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres

brasileiras com incontinência urinária. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 27, n.05, p.235-42, 2005.

SWITHINBANK, L. V; ABRAMS, P. The impact of urinary incontinence on the quality of life of women. **World J. Urol.**, v.17, n.4, p. 225-229, 1999.

TAMANINE, J. T. N. et al. Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brazil: SABE Study (Health, Wellbeing and Aging). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 25, v.8, p.1756-1762, 2009.

\_\_\_\_\_. **Tradução, confiabilidade e validade do “King’s Health Questionnaire” para a língua portuguesa em mulheres com incontinência urinária.** 2002. 92 f. Dissertação (Mestrado em Cirurgia) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2002.

\_\_\_\_\_. et al. Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form” (ICIQ-SF). **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 438-444, 2004.

TAYLOR, S. G. **Teoria do Déficit de Auto-cuidado de Enfermagem.** 5. ed. Portugal: Lusociência, 2002. Cap 13, p.211-235.

TEIXEIRA Jr., A. L; CARDOSO, F. Tratamento inicial da Doença de Parkinson. **Rev. Neuroc.**, v. 12. n. 3. p. 1-6, 2004.

TIKKINEN, K. A. O. et al. Is Nocturia Equally Common Among Men and Women? A Population Based Study in Finland. **J. Urol.**, v. 175. n. 2, p. 596-600. 2006.

TRENTINI, M.; SILVA, D. G. V. Condição crônica de saúde e o processo de ser saudável. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 1. n. 2. p. 76-88, 1992.

THE WHOQOL GROUP . The World Health Organization Quality of Life assessment. Position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med.**, v.41, n.10, p.1403-9, 1995.

WEINBERGER, Morris. et al. Are health-related quality of life measures affected by the mode of administration? **Journal Clinical Epidemiol.**; v.49, n.2, p.135-140, 1996.

WINGE, K. et al. Prevalence of Bladder dysfunction in Parkinson's disease. **Neurorol. Urodyn.**, v. 25. p. 116-122, 2006.

WINGE, K. et al. Relationship between nigrostriatal dopaminergic degeneration, urinary symptoms, and bladder control in Parkinson's disease. **Eur. J. Neurol.**, v. 12. n. 11. p.842-850, 2005.

WYMAN, J. F. The psychiatric and emotional impact of female pelvic floor dysfunction. **Curr. Opin. Obstet. Gynecol.**, v.6, n. 4, p.336-339, 1994.

VITOR, Allyne Fortes; LOPES, Marcos V.O.; ARAUJO, Thelma L. Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, vol.14, n.3, Rio de Janeiro, 2010.

ZASLAVSKY, C.; GUS, I. Idoso: Doença cardíaca e comorbidades. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 79. n. 6. p. 635-639, 2002.

## APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES IDOSAS

### 1. Características sócio-demográficas das mulheres idosas

Entrevistada nº: ( ) Idade: ( ) anos Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estudou? Até que série?

Qual a renda familiar?

Qual sua ocupação/profissão anterior:

Qual a situação atual? Aposentada por idade ( ) aposentada pela doença ( ) ativa –ainda trabalha ( )

Qual a situação conjugal? ( ) casada ( ) solteira ( ) viúva ( ) divorciada

Cor/Raça: (dado do prontuário – padrão IBGE)

Qual sua religião?

Como considera sua dinâmica familiar em relação aos cuidados? ( ) Organizada  
( ) Desorganizada

Qual o grau de parentesco do seu acompanhante? \_\_\_\_\_

Quem é o principal agente de cuidados? ( ) a senhora ( ) seu familiar/parentes ( ) um cuidador

### 2. Dados relacionados à doença

Quanto tempo tem que diagnosticou a doença? ( ) meses

Diagnósticos Secundários: (Possui outras doenças?)

Qual sua capacidade atual para realizar as atividades da vida diária como comer, andar, vestir a roupa, tomar banho (etc)? ( ) Dependente de alguém ( ) Parcialmente independente ( ) independente

### 3. Dados relacionados à Disfunção miccional e autocuidado

Paridade (Quantos partos teve?)

Se paridade positiva: Quantos partos naturais/vaginais? Quantos cesáreos?

Já realizou cirurgias no ovário, útero ou bexiga? ( ) sim Há quanto tempo? ( ) não

Apresenta alguma queixa/incômodo relacionado a bexiga ou a urina? ( ) não ( ) sim

Se (sim), quanto tempo começou?

Já teve infecção urinária? ( ) nunca teve ( ) se sim: de vez em quando ou repetidas vezes?

Consegue chegar ao banheiro sem perder urina? ( ) sim ( ) não

Desperta à noite para urinar? ( ) se sim, quantas vezes? não ( )

Utiliza algum método para evitar escape/perda de urina? Se sim: quais?

Necessitou mudar alguma rotina por causa das perdas de urina? ( ) sim ( ) não

Necessita de algum tipo de ajuda quando perde urina? ( ) sim ( ) não

As perdas de urina afetaram o seu autocuidado? ( ) sim ( ) não

---

**APÊNDICE B - Instrumento de Coleta de Dados****QUESTÕES NORTEADORAS PARA AVALIAÇÃO QUALITATIVA**

1. O que significa ter Doença de Parkinson e problemas urinários?
2. Como começou o seu problema urinário e o que mudou na sua vida?
3. Em que aspecto o problema urinário afetou o seu autocuidado?

## APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estou realizando um estudo para avaliar o impacto que essas alterações podem causar na sua rotina, na qualidade do seu sono, no seu convívio com outras pessoas e no seu estado psicológico.

Caso aceite participar desse estudo, responderá a um questionário simples, que tem por finalidade avaliar como você se sente em relação às alterações causadas pelas perdas urinárias e quanto elas atrapalham e limitam a realização de suas tarefas do dia-a-dia.

Sua participação é voluntária e muito importante. Você poderá desistir da pesquisa em qualquer momento, caso assim deseje, sem que isso traga qualquer prejuízo para seu atendimento.

As informações obtidas serão mantidas sob sigilo, sendo estritamente confidenciais e somente serão utilizadas para este fim, seu nome em nenhuma hipótese será mencionado ou divulgado.

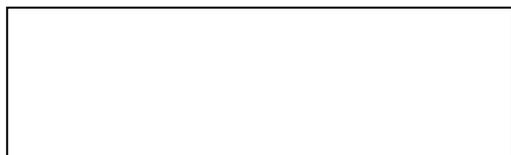
Você poderá ter acesso às informações assim que desejar (antes, durante e mesmo ao final do estudo) e não haverá custos financeiros para você.

Em caso de dúvidas, lhe informo meu nome: Fabíola Sousa de Queiroz, meu endereço eletrônico: fa.sq@hotmail.com.

Consentimento: Eu, \_\_\_\_\_ li ou ouvi a leitura do consentimento informado. Tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas. Sou voluntário a participar deste projeto.

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Impressão dactiloscópica

Participante

*Fabíola Sousa de Queiroz*

Pesquisador (a)

## **APÊNDICE D: CARACTERIZAÇÃO DAS IDOSAS ENTREVISTADAS E INFORMAÇÕES SOBRE A DISFUNÇÃO MICCIONAL**

### **ENTREVISTADA Nº 01:**

**Identificação:** 70 anos de idade, 1º grau incompleto, lavadeira aposentada, recebe aposentadoria, solteira, parda, evangélica, reside com a filha (principal agente de cuidados) e a renda familiar é de 01 salário mínimo. Apresenta 20 anos de diagnóstico da doença de Parkinson e atualmente é totalmente dependente para as atividades instrumentais da vida diária. Possui diagnósticos secundários de Hipertensão Arterial e Síndrome depressiva.

**Informações sobre a disfunção miccional:** tem relato de 12 partos naturais, realizou cirurgia uroginecológica há mais de 10 anos e relata que os sintomas urinários iniciaram após 10 anos de início da doença. Apresenta sintomas de infecções urinárias esporadicamente. Desperta várias vezes à noite e apresenta urgência miccional que, associada ao padrão de dependência pela doença, impede a chegada até o banheiro para urinar, ocorrendo perdas antes mesmo disso. Como recurso facilitador desse processo modificou hábitos diários, dentre eles, passou a dormir com a filha com o objetivo de sinalizar o desejo de urinar, deixou de utilizar calcinha, diminuiu a quantidade de líquido ingerida e modificou o banheiro. Os cuidados higiênicos após as perdas são realizados pela filha, já que os tremores causados pela doença dificultam sua independência.

### **ENTREVISTADA Nº 2:**

**Identificação:** 75 anos de idade, nível de escolaridade superior completo, Bióloga aposentada, solteira, branca, católica, reside com a irmã. Apresenta três anos de diagnóstico da doença de Parkinson e atualmente é totalmente independente para as atividades instrumentais da vida diária.

**Informações sobre a disfunção miccional:** tem relato de três partos naturais, realizou cirurgia uroginecológica há aproximadamente 16 anos atrás. Relata que os sintomas urinários iniciaram há aproximadamente 03anos, juntamente com o início dos sintomas da doença. Nega episódio prévio de infecção do trato urinário. Desperta duas a três vezes à noite para urinar, consegue chegar até o banheiro necessitando ir rápido para

que as perdas não aconteçam antes. As perdas na calcinha acontecem esporadicamente quando a bexiga está muito cheia. Como recurso facilitador, modificou hábitos diários, dentre eles, a realização de micções programadas a cada duas ou três horas para evitar que a bexiga fique cheia, o controle da ingestão de líquidos e a utilização de um vasilhame sempre próximo, em vários lugares da casa, que utiliza quando o banheiro está ocupado e a urgência não permite esperar. Após as perdas urinárias, a higiene é realizada por ela, de forma independente.

### **ENTREVISTADA Nº 3:**

**Identificação:** 66 anos de idade, nível de escolaridade 1º grau incompleto, lavradora aposentada, não recebe nenhum benefício, possui renda familiar de aproximadamente um salário mínimo, casada, branca, evangélica, reside com sua filha e seu marido. Apresenta três anos e cinco meses de diagnóstico da doença de Parkinson e atualmente é independente para as atividades instrumentais da vida diária.

**Informações sobre a disfunção miccional:** nulípara, nega realização de cirurgia uroginecológica. Relata que os sintomas urinários iniciaram há aproximadamente oito meses após o início dos sintomas da doença. Nega episódios prévios de infecção do trato urinário. Atualmente desperta até três vezes à noite para urinar, consegue chegar até o banheiro, porém apresenta gotejamento na calcinha antes mesmo disso, necessitando de várias trocas da roupa íntima durante o dia e, principalmente à noite. Como recurso facilitador desse processo modificou hábitos diários, dentre eles, a realização de micções programadas a cada duas ou três horas para evitar que a bexiga fique repleta. Realiza trocas regulares da roupa íntima e intensifica os cuidados higiênicos, que após as perdas urinárias são realizado por ela, de forma independente.

### **ENTREVISTADA Nº 04:**

**Identificação:** 68 anos de idade, nível de escolaridade 1º grau incompleto, costureira e vendedora aposentada, atualmente não recebe nenhum benefício, possui renda familiar de aproximadamente dois salários mínimos, casada, branca, Católica, reside com o marido e o filho. Apresenta aproximadamente cinco anos de diagnóstico da doença de Parkinson e é dependente para as atividades instrumentais de vida diárias.

**Informações sobre a disfunção miccional:** apresenta relato de oito partos naturais e nunca realizou cirurgia uroginecológica. Os sintomas urinários iniciaram há aproximadamente oito meses após o início dos sintomas da doença. Relata episódios prévios esporádicos de infecção do trato urinário. Desperta até duas vezes à noite para urinar, porém não consegue chegar até o banheiro, pois apresenta perdas urinárias antes disso. Como recurso facilitador modificou hábitos diários, dentre eles, a utilização de forro plástico na cama à noite e o controle rigoroso da quantidade de líquidos durante o dia. A higiene íntima e a troca da roupa são realizadas várias vezes durante o dia, já que as perdas são freqüentes e necessita de auxílio do esposo ou do filho para ser conduzida e realizar a higiene no banheiro, já que é parcialmente dependente para os cuidados.

#### **ENTREVISTADA Nº 05:**

**Identificação:** 77 anos de idade, nível de escolaridade 1º grau incompleto, costureira e doceira aposentada, recebe aposentadoria, possui renda familiar de aproximadamente dois salários mínimos, viúva, branca, Católica, reside com a filha. Apresenta aproximadamente quatro anos de diagnóstico da doença de Parkinson e é independente para as atividades instrumentais da vida diária.

**Informações sobre a disfunção miccional:** apresenta relato de seis partos, sendo três naturais, um fórceps e dois cesáreos. Realizou cirurgia uroginecológica há aproximadamente 20 anos atrás. Os sintomas urinários iniciaram há quatro anos concomitante com o início dos sintomas da doença. Apresentou episódios prévios esporádicos de infecção do trato urinário antes da doença, há mais de 10 anos. Desperta até três vezes à noite para urinar e consegue chegar até o banheiro, não apresenta perdas urinárias. Como recurso facilitador modificou hábitos diários, dentre eles, a utilização de pinico à noite, próximo à cama para utilização quando os tremores estão mais intensos e o controle rigoroso da quantidade de líquidos durante o dia. Geralmente costuma realizar a higiene íntima no início da manhã, de forma independente.

#### **ENTREVISTADA Nº 06:**

**Identificação:** 76 anos de idade, nível de escolaridade 1º grau incompleto, comerciária aposentada, recebe aposentadoria, possui renda familiar de aproximadamente um salário mínimo e meio, solteira, parda, Católica, reside sozinha. Apresenta aproximadamente

seis anos de diagnóstico da doença de Parkinson e é parcialmente independente para as atividades instrumentais da vida diária.

**Informações sobre a disfunção miccional:** Nulípara e nega cirurgia uroginecológica prévia. Conta que os sintomas miccionais iniciaram antes dos sintomas da doença de Parkinson. Não tem história prévia de infecção do trato urinário. Desperta até quatro vezes à noite para urinar e consegue chegar até o banheiro, porém apresenta urgência associada a episódios de perdas urinárias esporadicamente relacionadas à plenitude vesical. Como recurso facilitador modificou hábitos diários, dentre eles, a utilização de aparadeira à noite, que já fica posicionada em cima da cama, com o objetivo de não levantar sozinha à noite para ir ao banheiro e o controle da quantidade de líquidos durante o dia. Às vezes é preciso trocar a roupa íntima durante o dia por causa do gotejamento e realizar higiene com maior frequência. Geralmente costuma realizar a higiene íntima no início da manhã, de forma independente e durante o dia. Quando necessita de auxílio, por causa dos tremores, costuma chamar a vizinha.

#### **ENTREVISTADA Nº 07:**

**Identificação:** 63 anos de idade, nível de escolaridade 2º grau completo, esteticista aposentada, recebe aposentadoria, possui renda familiar de aproximadamente quatro salários mínimos, divorciada, branca, evangélica, reside sozinha e quando necessita de alguns cuidados e acompanhamento em algumas consultas, costuma ser auxiliada pela amiga. Apresenta aproximadamente três anos de diagnóstico da doença de Parkinson e é independente para as atividades instrumentais de vida diárias.

**Informações sobre a disfunção miccional:** nulípara e não realizou cirurgia uroginecológica. Os sintomas miccionais iniciaram aproximadamente um ano após o início dos sintomas da doença. Apresenta episódios esporádicos de infecção do trato urinário. Desperta entre quatro a cinco vezes à noite para urinar e não consegue chegar até o banheiro devido à urgência associada a episódios de perdas urinárias frequentes. Como recurso facilitador modificou hábitos diários, dentre eles, a utilização de protetor higiênico ao sair de casa e às vezes à noite para dormir, o controle da quantidade de líquidos durante o dia, intensificação da higiene íntima e troca frequente da roupa íntima. Geralmente costuma realizar higiene íntima várias vezes ao dia.

#### **ENTREVISTADA Nº 08:**

**Identificação:** 66 anos de idade, nível de escolaridade 1º grau incompleto, ocupação do lar, pensionista, possui renda familiar de aproximadamente três salários mínimos, viúva, branca, católica, reside com a filha. Apresenta aproximadamente cinco anos de diagnóstico da doença de Parkinson e é independente para as atividades instrumentais da vida diária.

**Informações sobre a disfunção miccional:** Teve oito filhos, já realizou procedimento uroginecológico (histerectomia). Os sintomas miccionais iniciaram simultaneamente ao início dos sintomas da doença. Relata episódios esporádicos de infecção do trato urinário. Desperta entre duas a três vezes à noite para urinar e não consegue chegar até o banheiro devido a urgência associada a episódios de perdas urinárias frequentes. Como recurso facilitador modificou hábitos diários, dentre eles, a utilização de protetor higiênico durante todo o tempo, inclusive quando necessita sair de casa, realiza controle da quantidade de líquidos durante o dia e deixou de sair de casa, exceto para consultas no serviço de saúde.

#### **ENTREVISTADA Nº 09:**

**Identificação:** 74 anos de idade, nível de escolaridade 2º grau completo, professora, recebe aposentadoria devido à doença, possui renda familiar de aproximadamente três salários mínimos, viúva, branca, católica, reside com a filha. Apresenta aproximadamente quatro anos e quatro meses de diagnóstico da doença de Parkinson e é parcialmente independente para as atividades instrumentais da vida diária.

**Informações sobre a disfunção miccional:** Teve 04 filhos, sendo três de parto natural, nunca realizou cirurgia uroginecológica. Os sintomas miccionais iniciaram há aproximadamente três anos. Relata episódios esporádicos de infecção do trato urinário. Desperta entre duas a três vezes à noite para urinar e não consegue chegar até o banheiro devido a urgência associada a episódios de perdas urinárias frequentes. Como recurso facilitador modificou hábitos diários, dentre eles, a utilização de papel higiênico principalmente quando necessita realizar atividades fora do domicílio e trocas frequentes da peça íntima quando está em casa, associada a realização de higiene mais frequente.

#### **ENTREVISTADA Nº 10:**

**Identificação:** 83 anos de idade, nível de escolaridade 1º grau completo, comerciante autônoma, pensionista, possui renda familiar de aproximadamente quatro salários mínimos, viúva, branca, testemunha de Jeová, reside com a cuidadora. Apresenta aproximadamente sete anos de diagnóstico da doença de Parkinson e é parcialmente dependente para as atividades instrumentais da vida diária.

**Informações sobre a disfunção miccional:** Teve 10 filhos, sendo nove de parto natural e um parto natural fórceps, realizou cirurgia uroginecológica. Os sintomas miccionais iniciaram há aproximadamente cinco anos. Nega episódio de infecção do trato urinário. Desperta aproximadamente cinco vezes à noite para urinar e não consegue chegar até o banheiro devido à urgência. Como recurso facilitador modificou hábitos diários, dentre eles, a utilização de fraldas no período noturno e quando necessita realizar atividades fora do domicílio.

#### **ENTREVISTADA Nº 11:**

**Identificação:** 61 anos de idade, nível de escolaridade 1º grau incompleto, auxiliar de limpeza, pensionista, possui renda familiar de aproximadamente três salários mínimos, viúva, branca, evangélica batista, reside com os filhos. Apresenta aproximadamente três anos de diagnóstico da doença de Parkinson e é dependente dos filhos para as atividades instrumentais da vida diária.

**Informações sobre a disfunção miccional:** Teve oito filhos de parto natural, realizou cirurgia uroginecológica para histerectomia há 19 anos. Os sintomas miccionais iniciaram há aproximadamente três anos, juntamente com os sintomas da doença. Relata episódios esporádicos de infecção urinária. Desperta em média duas vezes à noite para urinar e não consegue chegar até o banheiro devido a urgência. Como recurso facilitador modificou hábitos diários, dentre eles, o controle rigoroso da quantidade de líquidos, intensificação da higiene e modificação do vestuário para facilitar na hora de ir ao banheiro.

#### **ENTREVISTADA Nº 12:**

**Identificação:** 64 anos de idade, nível de escolaridade superior completo, pedagoga, recebe aposentadoria por causa da doença, possui renda familiar de aproximadamente

dois salários mínimos, solteira, branca, católica, reside em comunidade religiosa. Apresenta aproximadamente 11 anos de diagnóstico da doença de Parkinson e é independente para as atividades instrumentais da vida diária.

**Informações sobre a disfunção miccional:** Nulípara, realizou cirurgia uroginecológica para retirada de cisto ovariano e renal. Relata que os sintomas miccionais iniciaram há aproximadamente seis anos, após o início dos sintomas da doença. Nega episódio prévio de infecção urinária. Desperta aproximadamente uma vez à noite para urinar e consegue chegar até o banheiro, porém apresenta alguns episódios de perdas quando realiza mínimos esforços. Como recurso facilitador modificou hábitos diários, dentre eles, o controle rigoroso da quantidade de líquidos, uso de absorventes diariamente e criou o hábito de ir ao banheiro antes de sair de casa, na tentativa de esvaziar a bexiga.

### **ENTREVISTADA Nº 13**

**Identificação:** 63 anos de idade, nível de escolaridade superior completo, empresária autônoma, continua desenvolvendo suas atividades profissionais, possui renda familiar de aproximadamente 24 salários mínimos, casada, branca, católica e espírita, reside com o esposo, uma das filhas e uma neta. Apresenta aproximadamente sete anos de diagnóstico da doença de Parkinson e é independente para as atividades instrumentais da vida diária.

**Informações sobre a disfunção miccional:** teve três partos cesarianos, nunca realizou cirurgia uroginecológica. Os sintomas miccionais iniciaram após o início dos sintomas da doença. Nega infecção urinária prévia. Desperta muito raramente uma vez à noite para urinar e consegue chegar até o banheiro, porém apresenta alguns episódios de urgência e gotejamento na calcinha quando está com a bexiga mais cheia. Como recurso facilitador modificou hábitos diários, dentre eles, o controle rigoroso da quantidade de líquidos ingeridos, principalmente antes de sair de casa, uso de absorventes quando necessita permanecer maior tempo fora do domicílio ou quando necessita realizar viagens mais longas ou ir para lugares que não tem condições de ir ao banheiro. Também criou o hábito de ir ao banheiro antes de sair de casa.

### **ENTREVISTADA Nº 14:**

**Identificação:** 62 anos de idade, nível de escolaridade 2º grau completo, técnica em laboratório, ainda exerce suas atividades profissionais, porém em tempo parcial, possui renda familiar de aproximadamente dois salários mínimos, divorciada, branca, católica, reside sozinha. Apresenta aproximadamente um ano de diagnóstico da doença de Parkinson e é parcialmente independente para as atividades instrumentais da vida diária.

**Informações sobre a disfunção miccional:** teve três partos naturais, sendo 01 fórceps, realizou cirurgia uroginecológica para histerectomia há aproximadamente 10 anos. Os sintomas miccionais iniciaram após o início dos sintomas da doença. Relata episódios repetitivos de infecção do trato urinário. Desperta duas a três vezes à noite para urinar e consegue chegar até o banheiro, porém apresenta alguns episódios de urgência e perdas na calcinha quando está com a bexiga mais cheia. Como recurso facilitador, modificou hábitos diários, dentre eles, o controle rigoroso da quantidade de líquidos ingeridos, principalmente antes de sair de casa, uso de absorventes quando necessita permanecer maior tempo fora do domicílio. Também criou o hábito de ir ao banheiro antes de sair de casa.

#### **ENTREVISTADA Nº 15:**

**Identificação:** 78 anos de idade, nível de escolaridade não alfabetizada, profissão do lar, possui renda familiar de aproximadamente dois salários mínimos, viúva, branca, católica, reside com os filhos, que se revezam nos cuidados. Apresenta aproximadamente cinco anos de diagnóstico da doença de Parkinson e é dependente para as atividades instrumentais da vida diária.

**Informações sobre a disfunção miccional:** teve cinco partos naturais, realizou cirurgia uroginecológica para histerectomia há aproximadamente 20 anos. Os sintomas miccionais iniciaram após o início dos sintomas da doença. Relata episódios raros de infecção do trato urinário. Desperta duas a três vezes à noite para urinar e consegue chegar até o banheiro, porém apresenta alguns episódios de urgência e perdas na calcinha quando está com a bexiga mais cheia. Como recurso facilitador modificou hábitos diários, dentre eles, controle rigoroso da quantidade de líquidos ingeridos, principalmente antes de sair de casa, troca frequente da roupa íntima.

#### **ENTREVISTADA Nº 16:**

**Identificação:** 60 anos de idade, 2º grau completo, profissão do lar, possui renda familiar de aproximadamente 01 salário mínimo, recebe benefício governamental devido à doença, casada, branca, católica, atualmente reside com o filho. Apresenta aproximadamente 08 anos de diagnóstico da doença de Parkinson e atualmente é parcialmente independente para as atividades instrumentais de vida diárias.

**Informações sobre a disfunção miccional:** teve quatro partos naturais e um cesáreo, realizou cirurgia uroginecológica para perineoplastia há aproximadamente 20 anos. Os sintomas miccionais iniciaram após o início dos sintomas da doença. Relata episódios raros de infecção do trato urinário. Não costuma despertar à noite para urinar, porém durante o dia muitas vezes não consegue chegar até o banheiro, devido à urgência urinária. Como recurso facilitador modificou hábitos diários, dentre eles, o controle rigoroso da quantidade de líquidos ingeridos, troca frequente da roupa íntima e intensificação da higiene.

#### **ENTREVISTADA Nº 17:**

**Identificação:** 63 anos de idade, nível de escolaridade 1º grau incompleto, vendedora autônoma, possui renda familiar de aproximadamente dois salários mínimos, recebe aposentadoria devido à doença, viúva, branca, evangélica, reside com a filha. Apresenta aproximadamente 10 anos de diagnóstico da doença de Parkinson e é dependente para as atividades instrumentais de vida diárias.

**Informações sobre a disfunção miccional:** Teve 04 partos naturais, sendo o primeiro parto de trigêmeos, realizou cirurgia uroginecológica para perineoplastia há aproximadamente cinco anos. Os sintomas miccionais iniciaram juntamente com os sintomas da doença. Relata episódios raros de infecção do trato urinário. Desperta pelo menos oito a dez vezes para urinar à noite e muitas vezes não consegue chegar até o banheiro, devido a urgência miccional. Como recurso facilitador modificou hábitos diários, dentre eles, uso de pinico e balde dentro do quarto, controle rigoroso da quantidade de líquidos ingeridos e troca frequente da roupa íntima.

#### **ENTREVISTADA Nº 18:**

**Identificação:** 69 anos de idade, 1º grau completo, auxiliar administrativa, possui renda familiar de aproximadamente dois salários mínimos, aposentada, viúva, parda,

evangélica, reside com a filha. Apresenta aproximadamente 10 anos de diagnóstico da doença de Parkinson e é dependente para as atividades instrumentais da vida diária.

**Informações sobre a disfunção miccional:** Teve 01 parto cesariano, nega cirurgia uroginecológica. Relata que os sintomas miccionais iniciaram seis meses após os sintomas da doença. Relata episódios esporádicos de infecção do trato urinário. Desperta em média 12 vezes para urinar à noite e não consegue chegar até o banheiro, devido a urgência miccional. Como recurso facilitador modificou hábitos diários, dentre eles, uso de fraldas nas 24 horas e o controle rigoroso da quantidade de líquidos ingeridos.

#### **ENTREVISTADA Nº 19:**

**Identificação:** 64 anos de idade, nível de escolaridade 1º grau incompleto, comerciante, possui renda familiar de aproximadamente dois salários mínimos, recebe aposentadoria devido à doença, viúva, negra, católica, reside sozinha, próximo à casa da filha. Apresenta aproximadamente quatro anos de diagnóstico da doença de Parkinson e é independente para as atividades instrumentais da vida diária.

**Informações sobre a disfunção miccional:** Teve três partos naturais, nunca realizou cirurgia uroginecológica. Os sintomas miccionais iniciaram há aproximadamente três meses atrás. Relata episódios esporádicos de infecção do trato urinário. Desperta pelo menos três a quatro vezes para urinar à noite e na maioria das vezes não consegue chegar até o banheiro, devido a urgência miccional. Como recurso facilitador modificou hábitos diários, dentre eles, uso de absorventes, controle rigoroso da quantidade de líquidos ingeridos e troca frequente da roupa íntima.

#### **ENTREVISTADA Nº 20:**

**Identificação:** 60 anos de idade, nível de escolaridade 1º grau completo, realiza atividades do lar, possui renda familiar de aproximadamente dois salários mínimos, recebe aposentadoria devido à doença, casada, parda, católica, reside sozinha próximo à casa da filha. Apresenta aproximadamente dois anos de diagnóstico da doença de Parkinson e é independente para as atividades instrumentais da vida diária.

**Informações sobre a disfunção miccional:** Teve dois partos naturais, nunca realizou cirurgia uroginecológica. Relata que os sintomas miccionais iniciaram há

aproximadamente dois anos, juntamente com a Doença de Parkinson. Nega qualquer episódio de infecção do trato urinário. Desperta pelo menos duas a três vezes para urinar à noite e algumas vezes não consegue chegar até o banheiro, devido a urgência miccional. Como recurso facilitador modificou hábitos diários, dentre eles, controle rigoroso da quantidade de líquidos ingeridos, troca frequente da roupa íntima, intensificação da higiene e sempre planeja o momento certo para urinar, geralmente antes de dormir, de sair, ou antes de realizar qualquer atividade.

## ANEXO A - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA EM DISFUNÇÃO MICCIONAL (KHQ).

<p><b>Como você avaliaria sua saúde hoje?</b></p> <p>Muito boa ( ) Boa ( ) Normal ( ) Ruim ( ) Muito ruim ( )</p>	<p>Escolha da lista abaixo APENAS AQUELES PROBLEMAS que você tem no momento.</p> <p><b>Quanto eles afetam você?</b></p>
<p><b>Quanto você acha que seu problema de bexiga atrapalha sua vida?</b></p> <p>Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )</p>	<p>Frequência: Você vai muitas vezes ao banheiro? Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )</p> <p>Noctúria: Você levanta a noite para urinar? Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )</p>
<p>Abaixo estão algumas atividades que podem ser afetadas pelos problemas de bexiga. Quanto seu problema de bexiga afeta você? Gostaríamos que você respondesse todas as perguntas. Simplesmente marque com um "X" a alternativa que melhor se aplica a você.</p>	<p>Urgência: Você tem vontade forte de urinar e muito difícil de controlar? Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )</p> <p>Bexiga hiperativa: Você perde urina quando você tem muita vontade de urinar? Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )</p>
<p><b>Limitação no desempenho de tarefas</b></p> <p>Com que intensidade seu problema de bexiga atrapalha suas tarefas de casa (ex., limpar, lavar,cozinhar, etc.)</p> <p>Nenhuma ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )</p> <p>Com que intensidade seu problema de bexiga atrapalha seu trabalho, ou suas atividades diárias normais fora de casa como: fazer compra, levar filho à escola, etc.?</p> <p>Nenhuma ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )</p>	<p>Incontinência urinária de esforço: Você perde urina com atividades físicas como: tossir, espirrar, correr? Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )</p> <p>Enurese noturna: Você molha a cama à noite? Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )</p> <p>Incontinência no intercurso sexual: Você perde urina durante a relação sexual? Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )</p> <p>Infecções frequentes: Você tem muitas infecções urinárias? Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )</p> <p>Dor na bexiga: Você tem dor na bexiga? Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )</p> <p>Outros: Você tem algum outro problema relacionado a sua bexiga? Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )</p>
<p><b>Limitação física/social</b></p> <p>Seu problema de bexiga atrapalha suas atividades físicas como: fazer caminhada, correr, fazer algum esporte, etc.? Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )</p> <p>Seu problema de bexiga atrapalha quando você quer fazer uma viagem? Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )</p> <p>Seu problema de bexiga atrapalha quando você vai a igreja, reunião, festa? Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )</p> <p>Você deixa de visitar seus amigos por causa do problema de bexiga? Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )</p>	<p><b>Emoções</b></p> <p>Você fica deprimida com seu problema de bexiga? Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou Menos ( ) Muito ( )</p> <p>Você fica ansiosa ou nervosa com seu problema de bexiga? Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou Menos ( ) Muito ( )</p> <p>Você fica mal com você mesma por causa do seu problema de bexiga? Não ( ) Às vezes ( ) Várias vezes ( ) Sempre ( )</p> <p><b>Sono/Energia</b></p> <p>Seu problema de bexiga atrapalha seu sono? Não ( ) Às vezes ( ) Várias vezes ( ) Sempre ( )</p> <p>Você se sente desgastada ou cansada? Não ( ) Às vezes ( ) Várias vezes ( ) Sempre ( )</p>
<p><b>Relações pessoais</b></p> <p>Seu problema de bexiga atrapalha sua vida sexual? Não se aplica ( ) Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )</p> <p>Seu problema de bexiga atrapalha sua vida com seu companheiro? Não se aplica ( ) Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )</p> <p>Seu problema de bexiga incomoda seus familiares? Não se aplica ( ) Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )</p> <p>Gostaríamos de saber quais são os seus problemas de bexiga e quanto eles afetam você.</p>	<p><b>Algumas situações abaixo acontecem com você? Se tiver o quanto?</b></p> <p>Você usa algum tipo de protetor higiênico como: fralda, forro, absorvente para manter-se seca? Não ( ) Às vezes ( ) Várias vezes ( ) Sempre ( )</p> <p>Você controla a quantidade de líquido que bebe? Não ( ) Às vezes ( ) Várias vezes ( ) Sempre ( )</p> <p>Você precisa trocar sua roupa íntima (calcinha), quando fica molhadas? Não ( ) Às vezes ( ) Várias vezes ( ) Sempre ( )</p> <p>Você se preocupa em estar cheirando urina? Não ( ) Às vezes ( ) Várias vezes ( ) Sempre ( )</p>

## **ANEXO B: DESCRIÇÃO DA ANÁLISE ESTATÍSTICA DO INSTRUMENTO DE QUALIDADE DE VIDA (KHQ)**

### **1. PERCEPÇÃO GERAL DE SAÚDE:**

1ª questão: Como você avaliaria sua saúde hoje?

Categorias da 1ª questão (pontuação atribuída):

- a. Muito boa (1)
- b. Boa (2)
- c. Normal (3)
- d. Ruim (4)
- e. Muito ruim (5)

Cálculo: o escore para cada indivíduo foi calculado segundo a fórmula a seguir:

a.  $((\text{pontuação atribuída a 1ª questão} - 1) / 4) \times 100$

Tabela 1: Cálculo do escore para cada paciente

### **2. IMPACTO DA DISFUNÇÃO MICCIONAL:**

2ª questão: Quanto você acha que seu problema de bexiga atrapalha sua vida?

Categorias da 2ª questão (pontuação atribuída)

- f. Não (1)
- g. Um pouco (2)
- h. Mais ou menos (3)
- i. Muito (4)

Cálculo: o escore para cada indivíduo foi calculado segundo a fórmula a seguir:

a.  $((\text{pontuação atribuída a 2ª questão} - 1) / 3) \times 100$

### 3. LIMITAÇÕES NO DESEMPENHO DAS TAREFAS

3ª questão: Com que intensidade seu problema de bexiga atrapalha suas tarefas de casa (ex., limpar, lavar, cozinhar, etc.)?

Categorias da 3ª questão (pontuação atribuída)

- a. Nenhuma (1)
- b. Um pouco (2)
- c. Mais ou menos (3)
- d. Muito (4)

4ª questão: Com que intensidade seu problema de bexiga atrapalha seu trabalho, ou suas atividades diárias normais fora de casa como: fazer compra levar filho à escola, etc.?

Categorias da 4ª questão (pontuação atribuída)

- e. Nenhuma (1)
- f. Um pouco (2)
- g. Mais ou menos (3)
- h. Muito (4)

Cálculo: o escore para cada indivíduo foi calculado segundo a fórmula a seguir::

$$i. \frac{((\text{pontuação atribuída a } 3^{\text{a}} \text{ questão} + \text{pontuação atribuída a } 4^{\text{a}} \text{ questão}) - 2) / 6) \times 100}{}$$

### 4. LIMITAÇÕES FÍSICAS

5ª questão: Seu problema de bexiga atrapalha suas atividades físicas como: fazer caminhada, correr, fazer algum esporte, etc.?

6ª questão: Seu problema de bexiga atrapalha quando você quer fazer uma viagem?

Categorias da 5ª e 6ª questões (pontuação atribuída)

- a. Não se aplica (0)
- b. Não (1)
- c. Um pouco (2)
- d. Mais ou menos (3)

Cálculo: o escore para cada indivíduo foi calculado segundo a fórmula a seguir

$$((\text{pontuação atribuída a } 5^{\text{a}} \text{ questão} + \text{pontuação atribuída a } 6^{\text{a}} \text{ questão}) - 2) / 6) \times 100$$

## 5. LIMITAÇÕES SOCIAIS

7ª questão: Seu problema de bexiga atrapalha quando você vai à igreja, reunião, festa?

8ª questão: Você deixa de visitar seus amigos por causa do problema de bexiga?

11ª questão: Seu problema de bexiga incomoda seus familiares?

Categorias da 7ª, 8ª e 11ª questões (pontuação atribuída).

- e. Não se aplica (0)
- f. Não (1)
- g. Um pouco (2)
- h. Mais ou menos (3)

Cálculo: o escore para cada indivíduo foi calculado segundo a fórmula a seguir:

i. Caso o valor do escore da 11ª questão for maior ou igual um:

$$i. ((\text{pontuação atribuída a 7ª questão} + \text{pontuação atribuída a 8ª questão} + \text{pontuação atribuída a 11ª questão}) - 3) / 9) \times 100$$

j. Caso o valor do escore da 11ª questão for igual à zero:

$$i. ((\text{pontuação atribuída a 7ª questão} + \text{pontuação atribuída a 8ª questão}) - 2) / 6) \times 100$$

## 6. RELACIONAMENTO PESSOAL

9ª questão: Seu problema de bexiga atrapalha sua vida sexual?

10ª questão: Seu problema de bexiga atrapalha sua vida com seu companheiro?

Categorias da 9ª e 10ª questões (pontuação atribuída)

- a. Não se aplica (0)
- b. Não (1)
- c. Um pouco (2)
- d. Mais ou menos (3)

Cálculo: o escore para cada indivíduo foi calculado segundo a fórmula a seguir:

e. Caso a soma dos escores da 9ª questão e 10ª questão for maior ou igual a dois:

- i.  $((\text{pontuação atribuída a } 9^{\text{a}} \text{ questão} + \text{pontuação atribuída a } 10^{\text{a}} \text{ questão}) - 2) / 6) \times 100$
- f. Caso a soma dos escores da 9ª questão e 10ª questão for igual a um:
  - i.  $((\text{pontuação atribuída a } 9^{\text{a}} \text{ questão} + \text{pontuação atribuída a } 10^{\text{a}} \text{ questão}) - 1) / 3) \times 100$
- g. Caso a soma dos escores da 9ª questão e 10ª questão for igual à zero:
  - i. Tratar como valor ausente

## 7. EMOÇÕES

22ª questão: Você fica deprimida com seu problema de bexiga?

23ª questão: Você fica ansiosa ou nervosa com seu problema de bexiga?

24ª questão: Você fica mal com você mesma por causa do seu problema de bexiga?

Categorias da 22ª a 24ª questões (pontuação atribuída)

- h. Não (1)
- i. Às vezes (2)
- j. Várias vezes (3)
- k. Sempre (4)

Cálculo: o escore para cada indivíduo foi calculado segundo a fórmula a seguir:

- l.  $((\text{pontuação atribuída a } 22^{\text{a}} \text{ questão} + \text{pontuação atribuída a } 23^{\text{a}} \text{ questão} + \text{pontuação atribuída a } 24^{\text{a}} \text{ questão}) - 3) / 9) \times 100$

## 8. SONO E DISPOSIÇÃO

25ª questão: Seu problema de bexiga atrapalha seu sono?

26ª questão: Você se sente desgastada ou cansada?

Categorias da 25ª e 26ª questões (pontuação atribuída)

- m. Não (1)
- n. Às vezes (2)
- o. Várias vezes (3)
- p. Sempre (4)

Cálculo: o escore para cada indivíduo foi calculado segundo a fórmula a seguir:

$$q. \quad ((\text{pontuação atribuída a } 25^{\text{a}} \text{ questão} + \text{pontuação atribuída a } 26^{\text{a}} \text{ questão}) - 2) / 6) \times 100$$

#### 9. GRAVIDADE DA DISFUNÇÃO MICCIONAL (MEDIDAS DE GRAVIDADE)

27ª questão: Você usa algum tipo de protetor higiênico como: fralda, forro, absorvente para manter-se seca?

28ª questão: Você controla a quantidade de líquido que bebe?

29ª questão: Você precisa trocar sua roupa íntima (calcinha), quando ficam molhadas?

30ª questão: Você se preocupa em estar cheirando urina?

Categorias da 27ª e 30ª questões (pontuação atribuída)

r. Não (1)

s. Às vezes (2)

t. Várias vezes (3)

u. Sempre (4)

Cálculo: o escore para cada indivíduo foi calculado segundo a fórmula a seguir:

$$v. \quad ((\text{pontuação atribuída a } 27^{\text{a}} \text{ questão} + \text{pontuação atribuída a } 28^{\text{a}} \text{ questão} + \text{pontuação atribuída a } 29^{\text{a}} \text{ questão} + \text{pontuação atribuída a } 30^{\text{a}} \text{ questão}) - 4) / 12) \times 100$$

#### 10. PRESENÇA E INTENSIDADE DOS SINTOMAS MICCIONAIS.

12ª questão: Você vai muitas vezes ao banheiro?

13ª questão: Você levanta a noite para urinar?

14ª questão: Você tem vontade forte de urinar e muito difícil de controlar?

15ª questão: Você perde urina quando você tem muita vontade de urinar?

16ª questão: Você perde urina com atividades físicas como: tossir, espirrar, correr?

17ª questão: Você molha a cama à noite?

18ª questão: Você perde urina durante a relação sexual?

19ª questão: Você tem muitas infecções urinárias?

20ª questão: Você tem dor na bexiga?

21ª questão: Você tem algum outro problema relacionado à sua bexiga?

Categorias da 12ª e 21ª questões (pontuação atribuída)

- w. Um pouco (1)
- x. Mais ou menos (2)
- y. Muito (3)
- z. Sempre (4)
- aa. Não se aplica (ausente)