

**MONICA SUZANA COSTA DINIZ**

**IMPACTO DA INFECÇÃO PELO HTLV I NA QUALIDADE DE VIDA  
E EM PARÂMETROS UROGINECOLÓGICOS DE MULHERES  
COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

Tese apresentada à Universidade Federal  
de São Paulo – Escola Paulista de  
Medicina, para obtenção do Título de  
Mestre em Ciências.

**SÃO PAULO**

**2008**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**MONICA SUZANA COSTA DINIZ**

**IMPACTO DA INFECÇÃO PELO HTLV I NA QUALIDADE DE VIDA  
E EM PARÂMETROS UROGINECOLÓGICOS DE MULHERES  
COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

Tese apresentada à Universidade Federal  
de São Paulo – Escola Paulista de  
Medicina, para obtenção do Título de  
Mestre em Ciências.

**Orientador:** Prof. Dr. Manoel João Batista Castello Girão

**Co-orientadores:** Prof. Dra. Marair Gracio F. Sartori

Dr. Paulo C. Feldner Jr.

**SÃO PAULO**

**2008**

Diniz, Monica Suzana Costa

**Impacto da infecção pelo HTLV I na qualidade de vida e em parâmetros uroginecológicos de mulheres com incontinência urinária** / Monica Suzana Costa Diniz. –São Paulo, 2006.

ix, 70f.

Tese (Mestrado): Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação do Departamento de Ginecologia.

Título em inglês: Impact of the HTLV I infection in the quality of life and urogynaecologist relationships woman urinary incontinence.

1. Incontinência urinária. 2. Qualidade de vida. 3. Parâmetros uroginecológicos 4. Vírus 1 linfotrópico Thumano

Este trabalho foi desenvolvido no setor de Uroginecologia e Cirurgia Vaginal do Departamento de Ginecologia da UNIFESP – EPM em colaboração com o Hemocentro de Pernambuco – HEMOPE

Dedico este trabalho:

Ao meu esposo,  
sem sua confiança e apoio tudo seria mais difícil.

Aos meus filhos,  
por eles tudo faz sentido!

Que este trabalho seja uma semente de incentivo para suas vidas.

## **Agradecimentos**

Agradeço ao Prof. Dr. Manoel João Batista Castello Girão, pelo incentivo e confiança depositados em mim e na minha capacidade de trabalho.

Aos meus pais, pelo exemplo de ética e humanidade que recebi em minha infância.

A Dra. Paula Loureiro, pela parceria e pela perseverança em acreditar que a política de saúde em nosso país pode mudar.

Ao Dr. Paulo Feldner, pela ajuda nas revisões.

A todos aqueles que formam o HEMOPE, pelo exemplo de serviço prestado.

Ao Sr. Manoel, representante da associação dos portadores de HTLV em Pernambuco. Sem sua colaboração não teria concluído este trabalho.

Aos colegas médicos e todos aqueles que contribuíram e incentivaram.

## Sumário

Dedicatória.....	iv
Agradecimentos.....	v
Listas.....	vii
Resumo.....	ix
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
1.1 Aspectos gerais.....	2
1.2 Aspectos epidemiológicos.....	2
1.3 Fisiopatologia da infecção pelo vírus HTLV-I.....	4
1.4 Formas clínicas.....	5
1.4.1 Paraparesia espástica tropical / mielopatia associada ao HTLV-I. (PET/MAH) .....	6
1.5. Transmissão do HTLV-I.....	8
1.6. Investigação diagnóstica dos casos suspeitos de PET/MAH.....	9
1.7 Qualidade de vida.....	11
1.7.1. Instrumentos de medida de qualidade de vida.....	12
1.7.2. Qualidade de vida da mulher com incontinência urinária.....	12
1.8 Objetivos.....	14
<b>2. CASUÍSTICA E MÉTODOS.....</b>	<b>15</b>
2.1. Desenho e população do estudo.....	16
2.2. Seleção da amostra.....	17
<b>3. RESULTADOS.....</b>	<b>22</b>
<b>4. DISCUSSÃO.....</b>	<b>35</b>
<b>5. CONCLUSÕES.....</b>	<b>39</b>
<b>6. ANEXOS.....</b>	<b>41</b>
<b>7. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>64</b>
Abstract	



## **Lista de abreviaturas**

AIDS = Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

DST = Doença Sexualmente Transmissível

DUM = Data da Última Menstruação

HIV = Vírus da Imunodeficiência Humana

HEMOPE = Hemocentro de Pernambuco

HTLV-I = Vírus linfotrópico das células T do adulto do tipo I

HTLV-II = Vírus linfotrópico das células T do adulto do tipo II

ICS = Sociedade Internacional de Continência

LCR = Líquido cefalorraquidiano

LLTA = Leucemia/linfoma de células T do adulto

MAH = Mielopatia Associada ao HTLV

PNDST = Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis

PE T = Paraparesia Espástica Tropical

PM = Polimiosite

UAH = Uveíte associada ao HTLV-I

## Lista de tabelas

<b>Tabela 1</b>	– Avaliação da qualidade de vida com incontinência urinária.....	26
<b>Tabela 2</b>	– Sintomas urinários.....	26
<b>Tabela 3</b>	– Fatores associados à incontinência urinária.....	27
<b>Tabela 4</b>	– Cronologia dos sintomas Urinários.....	27
<b>Tabela 5</b>	– Sintomas associados.....	28
<b>Tabela 6</b>	– Exame ginecológico.....	29
<b>Tabela 7</b>	– Variáveis do exame ginecológico.....	29
<b>Tabela 8</b>	– Exame ginecológico.....	30
<b>Tabela 9</b>	– Exame proctológico.....	30
<b>Tabela 10</b>	– Exame neurológico 1.....	31
<b>Tabela 11</b>	– Exame neurológico 2.....	31
<b>Tabela 12</b>	– Dados Urodinâmicos 1.....	32
<b>Tabela 13</b>	– Dados Urodinâmicos 2.....	32
<b>Tabela 14</b>	– Diagnóstico urodinâmico.....	33
<b>Tabela 15</b>	– Exames complementares.....	34

## Resumo

A infecção pelo vírus linfotrópico humano das células T do tipo 1 (HTLV-I) é considerada doença sistêmica e está associada a várias enfermidades. O quadro neurológico de paraparesia espástica tropical / mielopatia (PET/MAH) é a forma mais comum. Os distúrbios urinários estão, em geral, presentes de maneira importante e progressiva, de difícil controle e tratamento. A incontinência urinária é problema comum que pode afetar mulheres de todas as idades, com implicações sociais, desconforto, perda de autoconfiança e com impacto na qualidade de vida. Realizamos estudo transversal, tipo caso controle, com objetivo de compararmos a qualidade de vida de 50 mulheres incontinentes, divididas em dois grupos: 26 soropositivas e 24 soronegativas para o HTLV-I. Para tanto utilizamos questionário de qualidade de vida o “King’s Health Questionnaire” (KHQ). Em nossa casuística, a perda da qualidade de vida foi significativamente maior em mulheres incontinentes soropositivas, nos seguintes domínios: percepção geral da saúde (0,003); impacto da incontinência (0,0451); limitação das atividades de vida diária (0,0366); relações sociais (0,0000); sono e disposição (0,0017). Também foram significativos no grupo soropositivos os seguintes parâmetros: Dor ao enchimento vesical (0,0441), dispareunia (0,0441), dormência nos membros inferiores (0,0285), hipersensibilidade perineal (0,0044), dor à palpação vaginal (0,0066), hipertonia dos músculos do assoalho pélvico (0,0015), alterações da marcha (0,044), hiperreflexia patelar (0,0036), positividade do sinal de Babinski (0,0005), hipertonia de membros inferiores (0,0000) e infecções urinárias (0,0033). Na análise estatística foram aplicados o teste de Mann-Whitney e o teste do Qui-quadrado.

## 1. INTRODUÇÃO

---

## 1.1 Aspectos gerais

A infecção pelos vírus linfotrópico humanos de células T tipo I e II (HTLV-I e HTLV-2) tem despertado o interesse de pesquisadores e médicos. O HTLV é retrovírus pouco replicativo, da subfamília oncovirinae com genoma de ácido ribonucléico, que infecta preferencialmente linfócitos CD4+, seu genoma é integrado ao DNA humano, comprometendo em torno de 10% da reserva celular circulante. A amplificação viral ocorre, principalmente, por expansão oligoclonal das células infectadas, sendo necessário, mas insuficiente para o desenvolvimento do fenótipo maligno (Delamare et al., 1996; Carneiro-Proietti et al., 2002; Souza et al., 2003).

O HTLV-I, isolado em 1980, é o mais prevalente e está associado principalmente à leucemia/linfoma de células T do adulto (LLTA) e com doença neurológica (paraparesia espástica tropical/mielopatia associada ao HTLV-PET/MAH). A medida que os estudos se desenvolvem, fica mais evidente que a doença pode ser sistêmica, evoluindo provavelmente para o conceito de síndrome (Osame et al., 1986; Román, Osame, 1988; Borducchi et al., 1999; Oliveira et al., 2000; Carneiro-Proietti et al., 2002).

O HTLV-II (vírus linfotrópico humanos de células T do tipo II), descoberto em 1982, apesar de ter grande semelhança com o HTLV-I não está associado a nenhuma doença humana até o momento.

## 1.2 Aspectos epidemiológicos

As primeiras publicações sobre o HTLV foram de Gessain, em 1985, e de Osame, em 1986. Em 1988, reconheceu-se que paraparesia espástica tropical e mielopatia pelo HTLV-I eram a mesma infecção (PET/MAH). Kitagawa et al. (1986), Castro-Costa et al. (1989) e Castro et al. (1989) publicaram os primeiros relatos de PET/MAH.

---

O HTLV-I é endêmico no Japão, Caribe, África, América do Sul e Ilhas da Melanésia, com estimativa de 15 a 20 milhões de infectados no mundo. No Brasil, a infecção pode ser considerada endêmica. Estando presente em todos os estados onde foi pesquisada (Cortes et al., 1989; Casseb et al., 1997; Dourado et al., 2003), com prevalências variadas. Estima-se que aproximadamente 2,5 milhões de pessoas estão infectadas pelo HTLV I no Brasil, sendo o país com o maior número absoluto de casos (Carneiro-Proietti et al., 2002).

O HTLV-II tem significativa prevalência entre populações indígenas brasileiras (Carneiro-Proietti et al., 2002; Segurado, 2002).

A soro-prevalência entre diferentes grupos etários varia de acordo com a região geográfica, grupo racial e sub-população de risco. Estudos epidemiológicos, realizados no Brasil, relataram a presença de anticorpos anti-HTLV-I e HTLV-II em 0,41% dos doadores de sangue, com variação entre 0,08% a 1,35%. Valores mais baixos são observados na região Sul (0,08%) e mais elevados na região Nordeste (1,35%). A maior taxa (1,35%) foi encontrada na cidade de Salvador. A prevalência média de 0,66% encontrada nesse estudo, é considerada alta quando comparado aos índices de 0,025% dos doadores americanos. É provável que estes valores estejam subestimados, uma vez que a maioria dos doadores é composta por indivíduos jovens, do sexo masculino e a soropositividade para o HTLV-I em zonas endêmicas é, sabidamente, mais elevada em mulheres com idade superior a 60 anos (Bittencourt et al., 2001; Porto et al., 2002; Souza et al., 2003).

Em estudo transversal observou-se que a história progressiva de transfusão de sangue, menor nível educacional, bem como uso de drogas ilegais endovenosas, associa-se com maior soropositividade (Carneiro-Proietti et al., 2002).

Na infância, a soropositividade para o HTLV-I é baixa e aumenta a partir da adolescência e início da idade adulta. É mais freqüente em negros, mulato e amarelo, sendo o aumento mais acentuado em mulheres (Carneiro-Proietti et al., 2002; Souza et al., 2003).

Estudo prospectivo de soroprevalência do HTLV com 234.078 mulheres grávidas na Europa demonstrou que é seis vezes maior a

---

soroprevalência (4,4 por 10 000) nas grávidas do que nos doadores de sangue (0,07 por 10.000) (Taylor et al., 2005).

### **1.3 Fisiopatologia da infecção pelo vírus HTLV-I**

Após a infecção, 1% a 5% dos portadores do HTLV-I tornar-se-ão sintomáticos. A fisiopatologia mais aceita hoje esta relacionada a toxicidade direta do vírus, e ao comprometimento da imunidade celular (Murphy et al., 1989; Kaplan et al., 1990; Ribas, Melo, 2002).

Na maioria das células T o vírus esta na forma latente e, portanto indetectável pelo sistema imune do hospedeiro. A infecção induz a ativação de linfócitos os quais respondem por meio de mecanismos múltiplos da resposta imune celular e humoral. As células T citotóxicas são capazes de destruir tanto a bainha de mielina quanto o axônio, sendo a desmielinização e a degeneração axonal o resultado final (Carneiro-Proietti et al., 2002; Ribas, Melo, 2002).

A integração do vírus ao genoma das células T resulta na produção continuada de quantidades aumentadas de interleucina-2 e de seu receptor. Essa estimulação autócrina participa do processo leucemogênico envolvido na gênese da leucemia/linfoma das células T do adulto (LLTA).

Na PET, desenvolve-se estado de hiper-imunidade, com elevação dos níveis de anticorpos no soro e no líquido cefalorraquidiano e aumento da resposta dos linfócitos T (Souza et al., 2003).

Alguns parâmetros como alta carga viral, elevada linfoproliferação espontânea *in vitro*, altos títulos de anticorpos e de linfócitos T CD8+ específicos para antígenos do HTLV-I, tanto no soro quanto no fluido cerebrospinal, parecem estar associados com a presença de PET/MAH (Carneiro-Proietti et al., 2002).

Os linfócitos infectados, pela maior capacidade de migração para o interior do sistema nervoso central, liberariam citocinas e outros fatores neurotóxicos que seriam lesivos às células do parênquima (teoria do dano circunstante). A teoria desmielinizante e citotóxica vírus-induzida é atualmente a

---

mais aceita. Os linfócitos são ativados na paraparesia espástica tropical, atravessam a barreira hemato-encefálica, iniciando assim o processo inflamatório no SNC que resulta em lesão celular (Ribas, Melo, 2002).

Os tratos córtico-espinais (vias piramidais) são os mais acometidos. Originam-se no córtex cerebral e conduzem impulsos nervosos aos neurônios motores da coluna anterior da medula espinal, constituindo os principais feixes de fibras responsáveis pela motricidade voluntária. Há também acometimento dos tratos espino-cerebelar (responsável pela propriocepção inconsciente) e espino-talâmico (dor e sensação térmica). O envolvimento das colunas posteriores resulta em alterações da propriocepção consciente da perna (Ribas, Melo, 2002).

Várias manifestações neurológicas são descritas em indivíduos infectados pelo HTLV-I. Embora a mais comum destas seja a paraparesia espástica tropical/mielopatia (PET/MAH), o que mais se observa é o complexo sindrômico: PET/MAH, miopatia, síndrome do neurônio motor, ataxia cerebelar, disautonomia, neuropatia periférica e disfunção cognitiva (Carneiro-Proietti et al., 2002).

#### **1.4 Formas Clínicas**

Clinicamente, a infecção pelo HTLV-I pode se manifestar como leucemia/linfoma de células T do adulto (LLTA), como paraparesia espástica tropical (PET) ou como mielopatia associada ao HTLV-I (MAH). Existem relatos de outras doenças associadas ao HTLV-I, como: uveíte, polimiosite, artropatia inflamatória crônica, alveolite linfocítica, dermatite infectiva, em crianças, e outras doenças de origem auto-imune. A infecção também é associada com imunodeficiência e infecções oportunistas como: pneumonite intersticial, gamopatias monoclonais, estrongiloidíase, Síndrome de Crest, Síndromes Vasculíticas, Síndrome de Sjögren e outras manifestações clínicas (Coral et al., 1998; Porto et al., 2002; Souza et al., 2003).

As formas clínicas poderão ser agrupadas de acordo com o estado de portador assintomático e com a presença ou ausência de acometimento

---



neurológico. Com relação ao processo de progressão de PET/MAH, acredita-se que a manutenção da forma clínica assintomática possa ser consequência de mecanismos imunoprotetores, que conseguem criar um equilíbrio nas interações vírus-hospedeiro (Carneiro-Proietti et al., 2002).

O mecanismo de progressão da doença ainda não é totalmente esclarecido. Sabe-se que pacientes com doença neurológica exibem carga proviral maior que os portadores assintomáticos e pacientes com LLTA. A carga proviral parece ser determinada por alelos contidos no sistema HLA. Deste modo, determinantes genéticos estariam associados à transição de assintomático para doente (Borducchi, 2000; Carneiro-Proietti et al., 2002).

#### **1.4.1 Paraparesia espástica tropical/mielopatia associada ao HTLV-I (PET/MAH)**

O acometimento da medula espinal pelo vírus HTLV-I determina o aparecimento de grave síndrome clínica em decorrência das limitações motoras que acometem os membros inferiores, somadas à disfunção autonômica associada. Esta entidade, conhecida universalmente por PET/MAH ou paraparesia espástica tropical/mielopatia associada ao HTLV-I, inicia e evolui de modo insidioso, sendo muitas vezes impossível estabelecer o início dos primeiros sintomas (Ribas, Melo, 2002).

De acordo com os critérios da OMS, a paraparesia espástica é caracterizada por sinais piramidais de evolução lenta e progressiva, graus variáveis de distúrbios esfínterianos e sensitivos e sorologia positiva para o vírus HTLV-I. Saliente-se o caráter crônico, progressivo e sem remissões da mielopatia. Os sintomas de disfunção autonômica podem anteceder, serem concomitantes ou manifestam-se tardiamente na evolução da doença (Coral et al., 1998; Franzoi, Araújo, 2005).

Distúrbios da marcha, fraqueza, enrijecimento dos membros inferiores e o comprometimento do equilíbrio dinâmico constituem os principais sinais e sintomas da doença. Todos os grupos musculares podem ser acometidos, de

---

maneira a tornar a marcha espástica, produzir diminuição da velocidade e resultar em grande dispêndio energético. Sobressai a teoria clássica do aumento do tônus, secundário à perda das influências inibitórias descendentes (via retículo-espinhal), como resultado de lesões comprometendo o trato córtico-espinhal (piramidal). Associa-se, dentro da síndrome do neurônio motor superior, fraqueza muscular, a hiperreflexia profunda e os reflexos cutâneo musculares patológicos, como o sinal de Babinski. A espasticidade muscular é decorrente da hiperexcitabilidade do reflexo do estiramento. Os membros espásticos têm aumento de resistência ao movimento passivo, caracterizando o chamado "sinal do canivete", aliados a sinais de liberação piramidal como o Babinski e a hiperreflexia dos tendões patelares e aquilianos, muitas vezes com clônus. O grau de espasticidade é o principal fator limitante levando a restrição da deambulação e necessidade de auxílio, como o uso de cajados, bengalas, andadores e, por fim, cadeira de rodas (Teive, Kumagai, 1998; Ribas, Melo, 2002).

As alterações sensoriais nem sempre acompanham o quadro motor, mas, com freqüência, há relato de disestesias e parestesias ao longo dos membros inferiores. As calosidades plantares e a dor em região dorso-lombar também constituem sintomas comuns. Ocorre, em alguns casos, perda da noção de posição segmentar dos membros inferiores e alterações da sensibilidade vibratória (Ribas, Melo, 2002).

Sintomas compatíveis com bexiga neuropática freqüentemente acompanham o quadro neurológico. A avaliação inadequada e o diagnóstico incorreto da etiologia da incontinência urinária poderão ter conseqüências variadas, sendo a mais séria a indicação de cirurgias inapropriadas ou mesmo desnecessárias. Procedimentos cirúrgicos sucessivos têm menores índices de sucesso, maior risco cirúrgico e maior taxa de complicações pós-operatórias). (Júnior et al., 2002)

Anamnese e o exame físico cuidadoso e padronizado têm relevante importância no diagnóstico e manejo clínico da incontinência urinária, mas não devem ser usados isoladamente, testes objetivos devem ser disponibilizados na busca diagnóstico mais preciso e da melhor orientação terapêutica (Júnior et al., 2002)

---

O quadro urológico pode se manifestar pela sensação de esvaziamento incompleto, polaciúria, urgência miccional ou urge-incontinência. As infecções urinárias de repetição, litíase do trato urinário e até quadros graves de pielonefrite crônica ou de insuficiência renal, constituem complicações comuns e ameaçam a integridade renal. O intestino neuropático provoca grande desconforto, com constipação/obstipação, formação de fecalomas, distensão e timpanismo abdominal, doença procto-hemorroidária e incontinência fecal (Gessain, Gout, 1992; Hollsberg, Hafler, 1993; Taylor, 1998; Ribas, Melo, 2002).

Em estudo prospectivo com 149 indivíduos infectados pelo HTLV-I e avaliados em ambulatório específico, Porto et al. (2002) observaram frequência elevada de sintomas caracterizados como: parestesias (27,5%), lombalgia (18,8%) impotência (18,1%), alterações urinárias (16,1%) e espasticidade (14,7%) e obstipação (13,4%).

### **1.5 Transmissão do HTLV-I**

A transmissão do HTLV-I pode acontecer pelo contato mãe-filho, contacto sexual, transfusão de sangue e pela partilha de agulhas contaminadas.

A transmissão mãe-filho acontece, principalmente, na amamentação. Em áreas endêmicas aproximadamente 25% de crianças amamentadas, nascidas de mães soropositivas, adquirem a infecção. A transmissão intra-uterina ou perinatal é menos freqüente, atingindo cerca de 5% de crianças nascidas de mães infectadas, mas não amamentadas (Fujino et al., 1992; Bittencourt, 1998; Ades et al., 2000; Bittencourt et al., 2001; Matsuoka, 2002).

O contágio sexual ocorre mais dos homens para as mulheres, do que de mulheres para homens. Em estudo realizado com casais japoneses, a taxa de transmissão sexual de homens para mulheres foi de 61% em 10 anos, comparado com menos que 1% de mulheres para homens. Outro estudo sugere que a presença do anticorpo para a proteína tax no homem está associada com a transmissão sexual à mulher. Nos EUA aproximadamente 25% a 30% dos

---

parceiros sexuais, de doadores de sangue HTLV-I/II soropositivos também estão infectados (Murphy et al., 1989; Matsuoka, 2002).

A transmissão parenteral pode ocorrer pela transfusão de sangue, com produtos celulares como eritrócitos e plaquetas, mas não na transfusão de plasma ou derivados. A taxa de soroconversão por meio de componentes celulares infectados é de 44% a 63% em áreas endêmicas. Nos Estados Unidos da América as taxas observadas são de aproximadamente 20%. A probabilidade de transmissão pelo sangue total ou eritrócitos em estoque parece diminuir com o tempo de armazenamento do produto, pela depleção de linfócitos T. A partilha de seringas contaminadas é a forma mais provável de transmissão entre os consumidores de drogas injetáveis (Matsuoka, 2002).

## **1.6 Investigação diagnóstica dos casos suspeitos de PET / MAH**

Os critérios para encaminhamento à clínica neurológica dos casos suspeitos de doença neurológica associada ao HTLV foram determinados pelo Ministério da Saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2003).

Devem ser encaminhados os indivíduos sabidamente infectados e com sinais e/ou sintomas de envolvimento do SNC ou periférico, como:

1. Fraqueza muscular predominante nos membros inferiores, reflexos profundos aumentados, com ou sem clônus, sinal de Babinski;
  2. Fraqueza muscular com ou sem mialgia, associada ao não a diminuição dos reflexos profundos;
  3. Dormência ou formigamento de predomínio distal nos membros;
  4. Disfunção autonômica caracterizada por:
    - a. Distúrbio miccional: aumento da frequência urinária, urgência, incontinência, disúria, jato fraco ou intermitente, sensação de esvaziamento vesical incompleto;
    - b. Distúrbio intestinal: constipação e incontinência fecal;
-

c. Distúrbio sexual;

Os critérios para diagnóstico de doenças neurológicas associadas ao HTLV e o diagnóstico diferencial também já foram estabelecidos (Brasil, Ministério da Saúde, 2003).

1. Infecção comprovada pelo HTLV por métodos sorológicos e/ou moleculares no sangue periférico;
2. Associado a uma ou mais, das seguintes síndromes completas ou incompletas:
  - Síndrome medular;
  - Síndrome neuropática periférica;
  - Síndrome muscular;
  - Síndrome autonômica.

Os exames complementares devem ser solicitados de acordo com o quadro clínico. Os métodos de imagem incluem a ultra-sonografia dos rins e das vias urinárias, a cistouretrografia miccional, aparelhos portáteis de ecografia (bladder-scan), que permitem acompanhar de modo seriado o esvaziamento vesical (Ribas, Melo, 2002).

A ressonância nuclear magnética ou a mielografia de todo o canal medular também ajudam no diagnóstico, em especial, da síndrome medular (Brasil, Ministério da Saúde, 2003).

A urodinâmica é importante aliado no diagnóstico, orientação terapêutica e acompanhamento da disfunção vesical. O achado mais comum é a hiperreflexia detrusora neurogênica, freqüentemente com dissinergismo detrusor-esfícteriano (Lima et al., 2002; Ribas, Melo, 2002).

A detecção de alterações sub-clínicas do nervo periférico e das vias sensitiva profunda e visual, por meio de métodos eletrofisiológicos, auxilia no diagnóstico precoce da MAH, bem como no diagnóstico diferencial com afecções desmielinizantes (Cruz et al., 1998; Andrade, 2005).

---

A associação de neuropatia de nervo podendo com incontinência fecal e a correlação com gravidade dos sintomas, dados manométricos e seu valor prognóstico tiveram resultados conflitantes na última década (Carvalho et al., 2002).

Entre o diagnóstico diferencial citam-se (Brasil, Ministério da Saúde, 2003):

- Mielopatia traumática ou compressiva;
- Tumores medulares;
- Esclerose Múltipla;
- Doença do neurônio motor;
- Deficiência de B12 ou folatos;
- Neurosífilis;
- Mielopatia em pacientes com HIV;
- Neuroesquistossomose;
- Colagenoses;
- Doenças neurológicas geneticamente determinadas;
- Etilismo crônico, Paraneoplasia, Uremia;
- Diabetes, Disfunção tiroideana, Intoxicação exógena.

### **1.7 Qualidade de vida**

A expressão "qualidade de vida" foi empregada pela primeira vez pelo Presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, ao declarar que "os objetivos não podem ser medidos por balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos pela qualidade de vida que proporcionam às pessoas" (Fleck et al., 1999).

A preocupação com o conceito de "qualidade de vida" refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. A avaliação da qualidade de vida foi

---

acrescentada nos ensaios clínicos randomizados como a terceira dimensão a ser avaliada, além da eficácia (modificação da doença pelo efeito da droga) e da segurança (reação adversa a drogas). A oncologia foi a especialidade que se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham sua sobrevida aumentada com os tratamentos propostos. Muitas vezes, na busca de acrescentar "anos à vida", foi deixada de lado a necessidade de acrescentar "vida aos anos" (Fleck et al., 1999).

Bullinger et al. (1993) consideram que o termo qualidade de vida é mais geral e inclui uma variedade de condições que pode afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, a condição de saúde e intervenções médicas. Embora não haja consenso do conceito, três aspectos fundamentais referentes ao construto qualidade de vida foram obtidos por meio de um grupo de pesquisadores: (1) subjetividade; (2) multi-dimensionalidade; (3) presença de dimensões positivas (p.e. Mobilidade) e negativas (p.e. Dor). O desenvolvimento desses elementos conduziu a definição de qualidade de vida como "a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações".

O reconhecimento da multidimensionalidade refletiu-se na estrutura do instrumento baseada em seis domínios: domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade / religião / crenças pessoais e disponível em 20 idiomas (Whoqol Group, 1994) (Whoqol Group, 1998).

### **1.7.1 Instrumentos de medida de qualidade de vida**

Houve, na última década, proliferação de instrumentos sendo a maioria desenvolvida nos Estados Unidos, com crescente interesse em traduzi-los para aplicação em outras culturas. A busca de instrumento que avaliasse qualidade de vida dentro de perspectiva genuinamente internacional fez com que a organização mundial da saúde desenvolvesse projeto colaborativo multicêntrico. O resultado

---

deste projeto foi a elaboração do WHOQOL-100, um instrumento de avaliação de qualidade de vida, composto por 100 itens saúde (Fleck et al., 1999).

As possíveis aplicações deste instrumento são variadas: como instrumento auxiliar na prática clínica; como forma de aprimorar a relação médico-paciente; como instrumento de avaliação e comparação de resposta a diferentes tratamentos em especialidades médicas diversas; como instrumento de avaliação de serviços de saúde bem como de avaliação de políticas de saúde (Fleck et al., 1999).

### **1.7.2 Qualidade de vida da mulher com incontinência urinária**

A incontinência urinária é problema comum que pode afetar mulheres de todas as idades. Tem implicações sociais, causando desconforto e perda de autoconfiança, além de interferir, negativamente, na qualidade de vida de muitas delas. Aproximadamente 10,7% das mulheres brasileiras procuram atendimento ginecológico por perda urinária (Herrmann et al., 2003).

Guarisi et al., 2001, observaram que a porcentagem de mulheres que consultam médico por perda urinária aos esforços, não foi dependente do nível de instrução, estado sócio-econômico, idade e estado menopausal.

Significativas alterações urológicas e urodinâmicas de difícil controle e evolução foram demonstradas em pacientes infectados pelo HTLV-I com e sem comprometimento neurológico (Lima et al., 2002). Por esse motivo interessou-nos avaliar o impacto da infecção pelo HTLV-I na mulher com incontinência urinária.

---



## 1.8 Objetivos

Neste estudo temos como objetivos avaliar:

- O impacto da incontinência urinária na qualidade de vida;
  - Os principais dados epidemiológicos;
  - A sintomatologia mais prevalente;
  - Os principais achados do exame ginecológico e do exame urodinâmico de mulheres soropositivas para o vírus HTLV-I.
-

## **2. CASUÍSTICA E MÉTODOS**

---

---

## 2.1 Desenho e população do estudo

Realizamos estudo transversal, tipo caso-controle. Comparamos a qualidade de vida em dois grupos com queixa clínica de incontinência urinária: mulheres soropositivas para o vírus HTLV-I (grupo 1) e mulheres soronegativas para o vírus HTLV-I (grupo controle).

Foram consideradas soropositivas (infectadas), as mulheres com triagem sorológica positiva para HTLV pelo teste de Elisa, associado com teste sorológico comprobatório, por PCR ou Western blot, positivo no sangue periférico e/ou no LCR (líquido cefalorraquidiano).

Recrutamos pacientes soropositivas no ambulatório do hemocentro de Pernambuco (HEMOPE). O grupo controle, foi composto de pacientes com comprometimento neurológico comprovado ou suspeito e com queixa clínica de incontinência urinária. Todas as pacientes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido, aceitando se submeter ao estudo urodinâmico, bem como à triagem sorológica para HTLV-I (teste de Elisa).

Critérios de inclusão:

- Mulheres com idade entre 20 e 60 anos;
- Menacme ou pós-menopausa;
- Com queixa clínica de incontinência urinária;
- Diagnóstico confirmado (reação de Western blot ou PCR) da infecção pelo vírus HTLV-I (grupo caso) ou sem infecção (grupo controle).

Critérios de não inclusão:

- Idade menor que 20 anos e acima de 60anos;
  - Sem queixa de perda de urina;
  - Não aceitarem se submeter ao teste de triagem sorologia para HTLV-I (Elisa) no sangue periférico, caso não tenham ainda realizado;
  - Não aceitarem se submeter à avaliação urodinâmica;
  - Com distopia genital de estadiamento III ou IV;
-

- Com infecção do trato urinário atual;
- Com infecção concomitante pelo HIV;
- Diabetes Mellitus descompensada;
- Doença renal crônica atual ou pregressa;
- Demência ou déficit cognitivo acentuado;
- Câncer uroginecológico atual ou pregressa;
- Gravidez comprovada ou suspeita.

### **3.2 Seleção da amostra**

Este estudo foi realizado no período de janeiro a dezembro de 2004, após aprovação da comissão de ética do HEMOPE e da UNIFESP-EPM.

Foram selecionadas mulheres com idade entre 20 e 60 anos, no menacme e pós-menopausa, com queixa clínica de incontinência urinária, com investigação da infecção pelo vírus HTLV-I, acompanhadas no ambulatório do HEMOPE (Hemocentro de Pernambuco) ou de outros serviços, que aceitaram se submeter a teste sorológico de triagem (Elisa) para HTLV-I.

Após a sorologia para HTLV-I, as pacientes foram distribuídas em dois grupos:

- Grupo I – Pacientes com infecção comprovada pelo vírus do HTLV-I;
- Grupo II (controle) - Pacientes não infectadas pelo vírus do HTLV-I.

As pacientes se submeteram a anamnese e exame ginecológico.

A ficha de anamnese continha dados referentes a: identificação pessoal e sócio-econômica, interrogatório sintomatológico dirigido ao sistema genito-urinário, sintomas sexuais, proctológicos, neurológicos periférico, antecedentes pessoais, hábitos, uso de medicamentos, hábitos, tratamentos atuais e passados para incontinência urinária ou outra doença (Abrams et al., 2002).

---

Os dados do exame ginecológico foram obtidos pelo exame especular vaginal e toque vaginal, classificamos as distopias genitais (Athanasίου et al., 1995; Bump et al., 1996), bem como realizamos exame neurológico simplificado lombo-sacral (Sand, Ostergard, 1995) e avaliação funcional do assoalho pélvico (Contreras et al., 1994).

A classificação das distopias genitais seguiu a proposta pela Sociedade Internacional de Continência (Bump et al., 1996).

O exame neurológico lombo-sacral seguiu a padronização de Sand, Ostergard (1995) com avaliação dos reflexo perineais e das áreas correspondentes a inervação de L4, S1, S2 e S3. Avaliamos força, sensibilidade e tônus da musculatura perineal e dos membros inferiores. Além dos reflexos patelar, cutâneo-plantar, bulbo-cavernoso, cutâneo-anal e a marcha.

O teste de esforço foi realizado com a paciente em posição supina, pernas afastadas e um dos pés apoiado em um banco, com a bexiga confortavelmente cheia, imediatamente antes da realização da fluxometria.

O exame urodinâmico foi realizado com equipamento Dynamed URO Master II, de quatro canais, segundo a técnica recomendada (Sartori et al., 1997; Ostergard et al., 1996; Rubinstein et al., 2001; Abrans et al 2002).

Para a fluxometria observou-se os seguintes tempos:

- Paciente com bexiga confortavelmente cheia;
- Realizada em cadeira de fluxo e fluxômetro com sensor de peso;
- Obtiveram-se dados de volume urinário, tempo total de micção, fluxo médio e o padrão da curva de fluxo.

Na cistrometria observou-se os seguintes passos:

- Posição sentada para realizar o exame e assepsia da região vulvo-perineal;
  - Cateterização da uretra com sondas uretrais nº 6 e 8 para medida da pressão vesical e enchimento da bexiga, respectivamente;
  - Medida do volume residual;
-

- Enchimento com solução salina 0,9% à temperatura ambiente e com velocidade média de infusão de 50 mililitros/minutos;

Balão retal com sonda nº10, para medida da pressão abdominal, contendo 10ml de líquido a temperatura ambiente.

- O primeiro desejo foi caracterizado como a primeira sensação referida pela paciente durante o enchimento;
- Registrou-se a presença ou ausência de contrações não inibidas do músculo detrusor;
- Realizadas manobras de esforço (vasalva e tosse) a partir de 200ml de infusão e repetidas a cada 100ml, para pesquisa de perda urinária objetiva sincrônica às manobras de esforço;
- Determinou-se a pressão de perda urinária usando a manobra de vasalva (VLPP) e tosse (PPE);
- A infusão foi mantida até a paciente manifestar desejo imperioso de urinar, evidenciando assim a capacidade cistométrica máxima.

No estudo miccional observou-se os seguintes parâmetros:

- A pressão de abertura e pressão de micção na capacidade cistométrica máxima, manobras para o esvaziamento vesical, presença ou ausência de relaxamento perineal e resíduo final;

Avaliamos o estudo miccional pelos Nomogramas de Blaivas e Groutz (Blaivas, Groutz, 2000) para identificação de obstrução infravesical feminina.

O detrusor foi considerado estável, na ausência de contrações não inibidas, espontâneas ou provocadas.

A sensibilidade vesical foi assim determinada como:

- Normal, quando o 1º desejo estiver entre 150ml e 250ml de infusão;
  - Aumentada, quando o 1º desejo estiver antes 150ml de infusão;
  - Diminuída, quando o 1º desejo estiver após 250ml de infusão;
  - Abolida, quando o primeiro desejo não for referido pelo paciente.
-

A capacidade cistométrica máxima foi definida como:

- Normal, quando estiver entre 400ml e 700ml;
- Aumentada, acima de 700ml;
- Diminuída, abaixo de 400ml;

A complacência vesical foi definida como:

- Normal, quando estiver entre 10 e 100ml/ cmH<sub>2</sub>O;
- Aumentada, acima de 100ml/ cmH<sub>2</sub>O;
- Diminuída, abaixo de 10ml/ cmH<sub>2</sub>O;

O diagnóstico Urodinâmico (Abrans et al 2002) observou-se:

- Hiperatividade detrusora na presença de contrações involuntárias do detrusor durante a cistometria independente da amplitude e/ou urgência ou urge-incontinência.
  - Incontinência urinaria de esforço na presença de perda de urina durante testes provocativos na cistometria. A evidência do defeito no mecanismo esfínteriano intrínseco ocorre na perda de urina com pressão baixa (menor que 60cmH<sub>2</sub>O).
  - Incontinência urinaria mista na presença durante a cistometria da hiperatividade detrusora e da incontinência urinaria de esforço.

Na avaliação da qualidade de vida usamos o questionário validado para a língua portuguesa (Tamanini et al., 2003). A paciente respondeu ao questionário sozinha, e no caso de necessitar ajuda esta informação foi registrada.

O questionário KHQ é composto de vinte e uma questões, divididas em oito domínios:

- Percepção geral de saúde – 1 item;
  - Impacto da incontinência urinária - 1 item;
  - Limitações de atividades diárias - 2 itens;
  - Limitações físicas – 2 itens;
  - Limitações sociais – 2 itens;
-

- Relacionamento pessoal – 3 itens;
- Emoções – 3 itens;
- Sono/disposição – 2 itens.

O KHQ é pontuado em cada um dos seus domínios, não havendo escore geral. Os escores variam de zero a cem e quanto maior a pontuação obtida, pior a qualidade de vida relacionada àquele domínio.

Todas as pacientes realizaram ainda os seguintes exames laboratoriais:

(1) Glicemia de jejum (2) Urocultura (3) Citologia oncótica.

Foram incluídas 50 pacientes, sendo 26 no grupo 1 e 24 no grupo 2. As pacientes que foram excluídas são 14% da amostra, duas soropositivas (uma co-infecção pelo vírus HIV e uma não aceitou realizar teste comprobatório) e cinco soronegativas (uma antecedente de AVC, duas distopias estadiamento III e IV, uma com idade acima de 80 anos e uma não realizou teste de triagem). E, foram utilizados:

- Questionário de sintomas (Anexo 1);
  - Exame clínico (Anexo 3);
  - Exame uroginecológico (Anexo 4);
  - Métodos clínicos de avaliação da incontinência urinária (Anexo 5);
  - Estudo urodinâmico (Anexo 6);
  - Versão para o português do KHO (Tamanini et al., 2003) como critério avaliativo das repercussões da incontinência urinária na qualidade de vida (Anexo 7).
-



### **3. RESULTADOS**

---

---

Neste estudo, 71% das pacientes no grupo 1 e 47% no grupo 2 eram casadas. A idade média encontrada foi de 50 anos em ambos os grupos. A raça não branca e uma menor escolaridade foram estatisticamente mais presentes no grupo soropositivo (Anexo 11.1).

Encontramos 71% das pacientes no grupo 1 e 47% no grupo 2, na posmenopausa, sem haver diferença estatística. O uso de terapia de reposição hormonal ocorreu em 13% no grupo 1 e 21% no grupo 2 não havendo diferença significativa (Anexo 11.2).

A histerectomia foi a cirurgia pélvica mais freqüente no grupo 1 (50%). As freqüências nos grupos 1 e 2, respectivamente, de cirurgias para incontinência urinária foram de 41% e 47%, a colpoperineoplastia foi realizada em 46% e 47% e os tratamentos conservadores para incontinência urinária em 21% e 58% respectivamente. Entretanto, não houve diferença estatisticamente significativa em nenhum destas variáveis estudadas (Anexo 11.3).

A freqüência de infecções urinárias de repetição foi de 38% e 21% e a de hipertensão arterial sistêmica de 25% e 16% nos grupos 1 e 2 respectivamente. A neuropatia periférica foi identificada em 29% das pacientes soropositivas, sem haver diferença estatística. O glaucoma e a esclerose múltipla foram significativamente mais freqüentes nas soronegativas (Anexo 11.4).

Neste estudo, 62% das pacientes soropositivas foram consideradas portadoras sãs e 38% apresentavam diagnóstico de PET/MAH. Em 80% das pacientes soropositivas, o tempo de diagnóstico de infecção pelo HTLV-I foi de até 5 anos, sendo 38% no último ano. Embora em 46% a via de transmissão foi indeterminada, em quase metade dos casos identificou-se a possível via de transmissão (transfusional, sexual ou mãe-filho) (Anexo 11.5).

Todas as pacientes soropositivas realizaram teste comprobatório para HTLV (Western blot ou PCR) no sangue periférico, confirmando a infecção pelo vírus do tipo 1. O LCR foi realizado em 38% da amostra e mostrou-se positivo em 100% deles. O LCR foi realizado em 47% das pacientes do grupo 2 e mostrou-se sempre negativo para infecção pelo HTLV-I (Anexo 11.6).

A tabela 1 mostra os domínios do questionário de avaliação da qualidade de vida com incontinência urinária. Na amostra estudada, observou-se

---

diferença significativa nos seguintes domínios: percepção geral da saúde, impacto da incontinência, limitação das atividades de vida diária, relações sociais, sono e disposição, sendo que o grupo com infecção teve qualidade pior.

Consoante aos sintomas urinários, a frequência urinária foi maior no grupo 2 (42% e 74%) e a dor ao enchimento foi maior no grupo 1 (38% e 11%), com diferença significativa quando comparados os grupos entre si (Tabela 2).

Dos fatores associados à incontinência urinária observamos que o número de micções diurnas foi significativamente menor no grupo 1. A ausência de micções noturnas foi significativamente maior no grupo 2 (Tabela 3).

A maioria das pacientes encontrava-se há mais de 15 anos na pós-menopausa e com até cinco anos de sintomatologia urinária não havendo diferença estatística entre os grupos (Tabela 4).

Os sintomas neurológicos periféricos, proctológicos e sexuais foram freqüentes em ambos os grupos, principalmente nas soropositivas. Houve diferença significativa para dormência nos membros inferiores e dispareunia, que foram maiores no grupo 1 (Tabela 5).

Na tabela 6, relacionam-se as alterações no exame ginecológico. O trofismo vaginal diminuído foi significativamente maior no grupo 1, enquanto que as variáveis referentes a inspeção e mobilidade uretral, cateterismo, toque vaginal e exame especular, se distribuem similarmente nos grupos estudados, não existindo diferença significativa.

Na tabela 7, demonstrou-se as variáveis do exame ginecológico relacionadas à percepção sensitiva. Nota-se que alterações da sensibilidade e do tônus vaginal são mais freqüentes nas soropositivas. A hipersensibilidade perineal, a hipertonia da musculatura perineal a dor à palpação da vagina são significativamente maior no grupo 1. As pacientes do grupo controle, tiveram como alteração significativa do tônus vaginal, a hipotonia.

A tabela 8, mostra variáveis do exame ginecológica referentes a avaliação funcional do assoalho pélvico (AFA). Observa-se que a ausência de função do assoalho pélvico (AFA 0) foi significativamente maior no grupo 1.

As alterações do exame proctológico simplificado foram freqüentes. Em 71% e 89% houve graus variáveis de hipotonia do esfíncter externo do ânus,

---

respectivamente, nos grupos 1 e 2. Contudo, não houve diferença significativa (Tabela 9).

No exame neurológico houve diferença significativa no tocante à marcha e ao tônus muscular dos membros inferiores. As alterações da marcha e o aumento do tônus muscular dos membros inferiores, significativamente maior no grupo 1 (Tabela 10).

Na Tabela 11, observam-se alterações significativas dos reflexos em membros inferiores. O reflexo patelar aumentado e presença do sinal de Babinsk são significativamente maiores no grupo 1. Contudo, na avaliação dos reflexos perineais não houve diferença significativa na amostra estudada (Tabela 11).

As tabelas 12, 13 e 14 demonstram os dados urodinâmicos. Não houve diferença significativa em todas as variáveis estudadas. Em ambos os grupos houve frequência semelhantes das seguintes alterações: capacidade vesical diminuída e sensibilidade vesical aumentada (Tabela 12). No grupo soropositivo as contrações involuntárias foram mais frequentes. Em 50% de ambos os grupos não se evidenciaram qualquer perda urinária durante o estudo urodinâmico. Já a deficiência esfinteriana intrínseca foi demonstrada em 29% e 11% respectivamente nos grupos 1 e 2. O estudo miccional foi alterado em 71% das pacientes do grupo 1 e 53% do grupo 2 (Tabela 13).

Os diagnósticos urodinâmicos não foram diferentes quando comparamos os grupos (Tabela 14). O diagnóstico urodinâmico mais frequente em ambos os grupos foi a hiperatividade detrusora, 71% e 79%, respectivamente nos grupos 1 e 2. Os sinais urodinâmicos de obstrução infravesical e resíduo pós-miccional avaliados tiveram frequência de 62% e 54% respectivamente no grupo soropositivo.

A tabela 15 demonstra que a infecção urinária foi mais prevalente no grupo 1.

---

**Tabela 1** – Avaliação da qualidade de vida com incontinência urinária

Questionário KHQ	Grupo1 (n=24)		Grupo 2 (n=19)		KHQ	
	MD	DP	MD	DP		
Percepção geral da saúde	62,46	26,56	42,11	16,78	0,0039	45,2
Impacto da incontinência	82,63	30,10	63,12	31,25	0,0451	75
Limitação das AVD	52,14	36,00	29,8	31,71	0,0366	57,7
Limitação física	56,54	34,98	37,69	34,17	0,0828	57,7
Limitação social	41,44	36,81	31,53	29,18	0,3305	38,6
Relações sociais	59,06	24,00	30,52	12,57	0,0000	29,5
Emoções	14,03	20,90	5,07	7,77	0,0594	68,7
Sono e disposição	66,15	40,01	32,42	25,73	0,0017	51,9
Medidas de gravidade	43,04	26,27	39,62	20,06	0,6309	60,8

KHQ: King's Health Questionnaire; AVD: Atividades de vida diária; Teste de Mann-Whitney (Bio Stat); MD: Média; DP: Desvio padrão

**Tabela 2** – Sintomas urinários

Sintomas	Grupo1 (n=24)		Grupo 2 (n=19)		
	n	%	n	%	
Perda aos esforços G*	5	0,21	5	0,26	0,6726
Perda aos esforços M*	0	0,00	1	0,05	0,9057
Perda aos esforços P*	12	0,50	7	0,37	0,3882
Frequência	10	0,42	14	0,74	0,0358
Noctúria	16	0,67	11	0,58	0,5545
Enurese	8	0,33	9	0,47	0,3499
Urge-incontinência	21	0,88	18	0,95	0,4172
Urgência	21	0,88	17	0,89	0,8411
Perda de urina ao coito	5	0,21	6	0,32	0,4226
Perda de urina constante	1	0,04	1	0,05	0,8654
Dor vesical enchimento	9	0,38	2	0,11	0,0441
Sensibilidade ao frio	17	0,71	13	0,68	0,8642
Disúria	5	0,21	4	0,21	0,986
SEVI	19	0,79	16	0,84	0,673
Hesitação	11	0,46	6	0,32	0,3424
Esforço miccional	12	0,50	9	0,47	0,8639
Gotejamento terminal	13	0,54	11	0,58	0,8069

G: grandes M: médios P: pequenos

SEVI: Sensação de esvaziamento vesical incompleto

**Tabela 3 – Fatores associados à incontinência urinária**

	Grupo 1 (n=24)		Grupo 2 (n=19)		
	n	%	n	%	
Fatores associados					
Uso de protetor	12	0,50	6	0,32	0,224
Nº de trocas por dia					
Nenhuma	7	0,29	4	0,21	0,5448
Até 2 trocas	7	0,29	6	0,32	0,6329
De 3 a 5 trocas	9	0,38	7	0,37	0,9646
Acima de 5 trocas	1	0,04	2	0,11	0,4163
Nº de trocas por noite					
Nenhuma	13	0,54	13	0,68	0,3424
Até 2 trocas	9	0,38	4	0,21	0,2435
De 3 a 5 trocas	2	0,08	2	0,11	0,8058
Acima de 5 trocas	0	0,00	0	0,00	
Nº micções por dia					
Até 7 vezes	14	0,58	5	0,26	0,0358
De 8 a 15 vezes	8	0,33	12	0,63	0,0515
Acima de 15 vezes	2	0,08	2	0,11	0,8058
Nº micções por noite					
Nenhuma	2	0,08	8	0,42	0,0092
Até 2 vezes	10	0,42	8	0,42	0,9769
De 3 a 5 vezes	7	0,29	2	0,11	0,1357
Acima de 5 vezes	5	0,21	1	0,05	0,1434

**Tabela 4 – Cronologia dos sintomas urinários e do tempo de pós-menopausa**

	Grupo 1 (n=24)		Grupo 2 (n = 19)		
	n	%	n	%	
Dos sintomas urinários					
Menos de 1 ano	7	0,29	7	0,37	0,5938
De 1 a 5 anos inclusive	9	0,38	9	0,47	0,5148
De 5 a 10 anos inclusive	5	0,21	2	0,11	0,3633
Acima de 10 anos	3	0,13	1	0,05	0,4172
Tempo de Pós-menopausa					
De 1 a 5 anos inclusive	5	0,21	0	0,00	0,1015
Acima de 5 até 15anos	7	0,29	4	0,21	0,5448
Acima de 15 anos	8	0,33	6	0,32	0,903

**Tabela 5 – Sintomas associados**

Sintomas	Grupo 1 (n=24)		Grupo 2 (n= 19)		
	n	%	n	%	
Neurológicos periféricos					
Lombalgia	18	0,75	10	0,53	0,1264
Mialgia	15	0,63	12	0,63	0,9646
Fraqueza	19	0,79	13	0,68	0,4226
Formigamento nos MMII	17	0,71	11	0,58	0,3767
Perda de força nos MMII	21	0,88	13	0,68	0,1267
Dormência nos MMII	18	0,75	8	0,42	0,0285
Agulhadas nos MMII	17	0,71	8	0,42	0,0579
Dificuldade em andar	16	0,67	13	0,68	0,903
Quedas	10	0,42	6	0,32	0,4967
Proctológicos e sexuais					
Incontinência fecal	4	0,17	8	0,42	0,0648
Constipação	23	0,96	15	0,79	0,0863
Depressão	14	0,58	6	0,32	0,0807
Disfunção sexual	13	0,54	7	0,37	0,258
Dispareumia	9	0,38	2	0,11	0,0441
Dificuldade de penetração	6	0,25	3	0,16	0,4609

MMII: Membros inferiores

**Tabela 6** – Exame ginecológico 1

	Grupo1 (n=24)		Grupo 2 (n=19)		
	n	%	n	%	
Trofismo normal	11	0,46	14	0,74	0,066
Trofismo diminuído	13	0,54	5	0,26	0,00
Uretra normal	14	0,58	15	0,79	0,152
Uretra aberta	3	0,13	1	0,05	0,4172
Uretra atrofica	4	0,17	1	0,05	0,2467
Uretra fixa	2	0,08	1	0,05	0,6947
Carúncula uretral	1	0,04	1	0,05	0,8654
Mobilidade normal	16	0,67	13	0,68	0,903
Mobilidade aumentada	8	0,33	6	0,32	0,903
Cateterismo difícil	1	0,04	3	0,16	0,1926
Toque vaginal normal	17	0,71	12	0,63	0,5938
Toque vaginal alterado	6	0,25	5	0,26	0,9218
Toque vaginal NR	1	0,04	2	0,11	0,4163
Exame especular normal	18	0,75	16	0,84	0,4609
Exame especular alterado	5	0,21	1	0,05	0,1434
Exame especular NR	1	0,04	2	0,11	0,4163
Vulvovaginite	5	0,21	1	0,05	0,1434
NR: não realizado					

**Tabela 7** – Exame ginecológico 2

	Grupo1 (n=24)		Grupo 2 (n=19)		
	n	%	n	%	
Sensibilidade perineal					
Normal	12	0,50	18	0,95	0,0015
Aumentada	10	0,42	0	0,00	0,0044
Diminuída	2	0,08	1	0,05	0,6947
Dor à palpação vaginal					
Presente	10	0,42	1	0,05	0,0066
Ausente	13	0,54	16	0,84	0,0368
Não pesquisado	1	0,04	2	0,11	0,4163
Tônus vaginal					
Normal	11	0,46	10	0,53	0,6578
Aumentado	12	0,50	1	0,05	0,0015
Diminuído	0	0,00	6	0,32	0,0116
Não pesquisado	1	0,04	2	0,11	0,4163



**Tabela 8** – Exame ginecológico 3

	<b>Grupo1 (n=24)</b>		<b>Grupo 2 (n=19)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
AFA 0	7	0,29	0	0,00	0,031
AFA 1	5	0,21	5	0,26	0,6726
AFA 2	6	0,25	5	0,26	0,9218
AFA 3	3	0,13	6	0,32	0,1267
AFA 4	3	0,13	2	0,11	0,8411
AFA 5	0	0,00	1	0,05	0,983
POP-Q Estádio 0	8	0,33	8	0,42	0,5545
POP-Q Estádio I	8	0,33	3	0,16	0,1904
POP-Q Estádio II	8	0,33	8	0,42	0,5545
Maior distopia ponto Ba	9	0,38	7	0,37	0,9646
Maior distopia ponto Bp	7	0,29	3	0,16	0,3025
Teste de esforço positivo	16	0,67	13	0,68	0,903
Teste de esforço Negativo	8	0,33	6	0,32	0,903

AFA: Avaliação Funcional do assoalho pélvico

POP-Q: Quantificação dos prolapsos dos órgãos pélvicos

**Tabela 9** – Exame proctológico

	<b>Grupo1 (n=24)</b>		<b>Grupo 2 (n=19)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Toque retal					0,3633
Normal	5	0,21	2	0,11	
Alterado	17	0,71	17	0,89	
Tônus anal					
Normal	2	0,08	1	0,05	0,6947
Aumentado	5	0,21	1	0,05	0,1434
Diminuído	17	0,71	17	0,89	0,1357

**Tabela 10** – Exame neurológico 1

	<b>Grupo1 (n=24)</b>		<b>Grupo 2 (n=19)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Marcha					0,044
Normal	9	0,38	13	0,68	
Alterada	15	0,63	6	0,32	
Força MMII normal	2	0,08	6	0,32	0,0517
Força MMII diminuída	22	0,92	13	0,68	0,0517
Tônus MMII normal	4	0,17	11	0,58	0,0048
Tônus MMII aumentado	20	0,83	3	0,16	0,0000
Tônus MMII diminuído	0	0,00	5	0,26	0,0282

MMII: Membros inferiores

**Tabela 11** – Exame neurológico 2

Reflexos	<b>Grupo1 (n=24)</b>		<b>Grupo 2 (n=19)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Clitoridiano normal	11	0,46	12	0,63	0,258
Clitoridiano aumentado	1	0,04	0	0,00	0,368
Clitoridiano diminuído	9	0,38	7	0,37	0,9646
Clitoridiano abolido	3	0,13	0	0,00	0,3197
Cutâneo-anal normal	11	0,46	11	0,58	0,432
Cutâneo-anal diminuído	10	0,42	8	0,42	0,9769
Cutâneo-anal abolido	3	0,13	0	0,00	0,3197
Patelar normal	2	0,08	7	0,37	0,0225
Patelar aumentado	22	0,92	10	0,53	0,0036
Patelar diminuído	0	0,00	2	0,11	0,3688
Patelar abolido	0	0,00	0	0,00	
Cutâneo-plantar normal	6	0,25	17	0,89	0,0000
Cutâneo-plantar abolido	3	0,13	0	0,00	0,3197
Babinsk positivo	15	0,63	2	0,11	0,0005

**Tabela 12 – Dados urodinâmicos 1**

	Grupo1 (n=24)		Grupo 2 (n=19)		
	n	%	n	%	
Cistometria					
Capacidade vesical normal	6	0,25	5	0,26	0,9218
Capacidade vesical aumentada	2	0,08	0	0,00	0,5758
Capacidade vesical diminuída	16	0,67	14	0,74	0,6188
Complacência vesical normal	20	0,83	18	0,95	0,2467
Complacência vesical aumentada	1	0,04	1	0,05	0,8654
Complacência vesical diminuída	3	0,13	0	0,00	0,3197
Sensibilidade vesical normal	7	0,29	3	0,16	0,2467
Sensibilidade vesical aumentada	13	0,54	15	0,79	0,0904
Sensibilidade vesical diminuída	4	0,17	1	0,05	0,2467
Ausência de CNI	7	0,29	4	0,21	0,5448
Presença de CNI	17	0,71	15	0,79	0,4688

CNI: Contração não inibida

**Tabela 13 – Dados urodinâmicos 2**

	Grupo1 (n=24)		Grupo 2 (n=19)		
	n	%	n	%	
Sem perda urinária objetiva	13	0,54	10	0,53	0,9202
PPE menor 60cmH2O	7	0,29	2	0,11	0,1357
PPE entre 60 e 89cmH2O	1	0,04	2	0,11	0,4163
PPE maior 90cmH2O	2	0,08	5	0,26	0,1127
Não realizado	1	0,04	0	0,00	0,368
VLPP sem perda urinaria objetiva	14	0,58	10	0,53	0,7085
VLPP abaixo 60cmH2O	7	0,29	2	0,11	0,1357
VLPP de 60 e 89cmH2O	1	0,04	2	0,11	0,4163
VLPP maior 90cmH2O	0	0,00	2	0,11	0,3688
VLPP não realizado	2	0,08	3	0,16	0,4488

PPE: Pressão de perda por esforço da tosse

VLPP: Pressão de perda por manobra de valsava

**Tabela 14** – Diagnóstico urodinâmico

	<b>Grupo1 (n=24)</b>		<b>Grupo 2 (n=19)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Hiperatividade detrusora	17	0,71	15	0,79	0,5448
I U E sem perdas urinaria objetiva	2	0,08	1	0,05	0,6947
I U E sem evidência de DEI	2	0,04	7	0,37	0,0225
I U E com evidência de DEI	7	0,29	3	0,16	0,3025
Incontinência Mista	5	0,21	7	0,37	0,2451
<b>Normobrama Blaivas e Groutz</b>					
Não aplicado	3	0,13	2	0,11	0,8411
Ausência de OIV	6	0,25	7	0,37	0,4011
OIV leve	8	0,33	7	0,37	0,8105
OIV moderada	5	0,21	3	0,16	0,673
OIV grave	2	0,08	0	0,00	0,5758
Resíduo pós-miccional > 50ml	13	0,54	6	0,32	0,1386

Normobrama Blaivas e Groutz

IUE: incontinência Urinária de esforço

DEI: deficiência esfinteriana intrínseca

OIV: obstrução infra-vesical

**Tabela 15** – Exames complementares

	Grupo1 (n=24)		Grupo 2 (n=19)		
	n	%	n	%	
ENMG Realizada	8	0,33	12	0,63	0,0515
Polineuropatia	8	0,33	6	0,32	0,903
Sem sinais denervação	0	0,00	4	0,21	0,0863
Denervação do ânus	0	0,00	1	0,05	0,9057
Radiculopatia unilateral	0	0,00	1	0,05	0,9057
MNM Realizada	8	0,33	7	0,37	0,8105
MNM com anismo	7	0,29	2	0,11	0,1357
MNM com hipotonia	4	0,17	6	0,32	0,2504
MNM com hipertonia	1	0,04	0	0,00	0,368
MNM normal	2	0,08	0	0,00	0,5758
Urocultura					0,0033
Positiva	5	0,21	0	0,00	
Negativa	17	0,71	19	1,00	
Não realizou	2	0,08	0	0,00	
USG de vias urinárias					0,1565
Normal	10	0,42	11	0,58	
Hidronefrose	2	0,08	0	0,00	
Não realizada	12	0,50	8	0,42	

ENMG: Eletroneuromiografia dos membros e/ou ânus

MNM: Manometria anorretal

USG: Ultrassonografia

## 4. DISCUSSÃO

---

---

Desde 1988, nos Estados Unidos, a “Food and Drug Administration”, recomenda o teste sorológico para HTLV-I em doadores de sangue americanos. No Brasil, desde 1993, foi regulamentada a introdução da sorologia em doadores.

Discute-se a introdução da sorologia para HTLV-I como parte dos exames pré-natais rotineiros e programas de prevenção desta infecção direcionada à mulher. Vários estudos em gestantes, na Europa e no Brasil (Bittencourt et al., 2001; Dougan et al., 2005; Taylor, 2005), demonstram que a infecção pelo HTLV-I tem frequência relativamente alta se comparado com os índices encontrados em doadores. Estudos realizados no Japão com a seleção sorológica de gestantes no pré-natal e evitando a amamentação nas soropositivas, conseguiu-se reduzir em 80% a transmissão vertical deste vírus (Bittencourt, 1998).

Machuca et al. (2000), em estudo epidemiológico com gestantes na Espanha, encontraram prevalência muito baixa de mulheres infectadas pelo HTLV-I e concluíram que não justificava a introdução da sorologia na avaliação pré-natal. Junta-se ainda, a baixa infectividade e a perspectiva de até 5% dos infectados desenvolverem alguma doença relacionada ao HTLV-I, e forma-se o alicerce para que até hoje não tenhamos efetivamente implantado nenhum programa preventivo desta infecção em nosso país.

É necessário que no Brasil os órgãos de saúde pública se certifiquem da real magnitude deste problema em nosso meio.

Com a implantação de programa para rastreamento do HTLV-I durante o pré-natal, teríamos a possibilidade de interromper um dos ciclos de transmissão da infecção.

Diversos autores (Carneiro-Proietti et al., 2002; Porto et al., 2002; Franzoi, Araujo, 2005) relataram a associação da infecção pelo HTLV-I com diversas doenças e, embora, os dados de mortalidade sejam inexpressivos, os dados de morbidade, limitação das atividades de vida diária, limitações motoras, perda da independência e da autonomia decorrente das doenças associadas ao HTLV-I são evidentes e chamam a atenção pela deteriorização progressiva da qualidade de vida.

---

O acometimento do trato urinário pelo HTLV-I, determina incontinência urinária grave e de difícil controle. Kelleher (2002) observou que a incontinência urinária gera alta morbidade pelas alterações graves na vida das mulheres afetando os aspectos psicológico, ocupacional, doméstico, físico e sexual.

Franzoi, Araujo (2005) observaram, usando escala de mensuração da independência funcional (FIM), em pacientes com HTLV-I, diferença significativa nos parâmetros: locomoção, dor e manejo da bexiga neurogênica. Não importando a idade ou tempo da doença notaram perda da capacidade funcional. Portanto, somam-se fatores deletéricos à qualidade de vida.

Neste estudo, com a aplicação de questionário, demonstramos que a qualidade de vida é mais afetada em mulheres incontinentes e soropositivas para HTLV-I, comparando com o grupo controle. Demonstramos que o grande diferencial na perda de qualidade de vida é a infecção pelo HTLV-I.

Outro importante fator de discussão é a necessidade de estimular os médicos que estão envolvidos no tratamento da incontinência urinária feminina a realizarem de forma criteriosa e sistemática a investigação clínica pré-operatória e a valorizarem os possíveis sintomas e sinais que refletem o comprometimento das raízes sacrais.

Júnior et al. (2006) relatou que a história e o exame clínico têm grande importância no manejo da incontinência urinária, mas que não deve ser o único método de diagnóstico principalmente diante de possível intervenção cirúrgica.

Observamos neste estudo, que a pesquisa sistemática de sintomas e sinais que sugerem comprometimento neurológico, síndrome piramidal, foi significativo em mulheres incontinentes e soropositivas para o HTLV-I.

Encontramos alterações da marcha, do tônus muscular dos membros inferiores, dos reflexos patelar e sinal de Babinsk com diferença significativa.

Murphy, 1997, no estudo REDS sugeriu que PET/MAH ocorre mais freqüentemente sobre sujeitos infectados por HTLV-I do que foi demonstrado em estudos anteriores e que o diagnóstico do HTLV-I deve ser considerado em casos de paraparesia espástica e bexiga neurogênica quando fatores de risco estão relacionados.

---



Araújo, 1995, e Araújo et al. (2006), destacam uma diversidade de síndromes neurológicas que podem estar relacionadas ao HTLV, constituindo um verdadeiro complexo neurológico associado ao HTLV-I onde a PET/MAH seria apenas a parte visível do complexo, havendo um amplo espectro de manifestações menos visíveis.

De maneira similar, questionamos a possibilidade de que a bexiga neurogênica seja apenas a parte visível de um complexo pélvico associado ao HTLV 1. Onde a disfunção pélvica feminina associada ao HTLV 1 envolveria múltiplos aspectos associados e correlatos como: síndrome dolorosa gênero-urinária, disfunção anorretal e sexual.

Vale salientar a recomendação do Ministério da Saúde do Brasil (2003), que a partir da identificação dos casos suspeitos, o fluxograma de investigação deve ser seguido, e envolve uma gama de exames que visam complementar e confirmar o diagnóstico. Mas, a decisão de prosseguir a investigação cabe fundamentalmente aos profissionais que iniciam o manejo clínico.

Parece claro que as mulheres constituem um grupo vulnerável dentro do contexto da infecção pelo HTLV-I. Portanto, sugerimos que em nosso país seja feita avaliação sorológica pré-natal em grupos selecionados, tais como: gestantes provenientes de áreas endêmicas, imigrantes japonesas ou descendentes de japoneses, usuárias de drogas injetáveis ou gestantes cujos parceiros sejam usuários de drogas injetáveis, portadores do vírus da imunodeficiência adquirida, gestantes com comportamento sexual de risco e aquelas que tenham recebido transfusão sanguínea.

Esclarecimento a portadora assintomática ou à soropositiva, que ela poderá transmitir o HTLV-I se não adotar medidas preventivas. E que comuniquem o resultado do exame aos seus parceiros sexuais. A estes deve ser oferecida a oportunidade de serem testados para o HTLV-I. Finalmente, aquelas soropositivas devem ser orientadas a não amamentar, e aos filhos de mulheres positivas, que tenham sido amamentados com leite materno, também devem ser testados.

Medidas de prevenção devem focalizar prioritariamente a orientação de doadores soropositivos, mães infectadas e usuários de drogas intravenosas. Mas,

---

estimular a divulgação e discussão da infecção pelo HTLV na classe médica, na sociedade e difundir nos meios de comunicação, poderá ser uma das formas de enfrentarmos o problema.

---

## **5. CONCLUSÕES**

---

---

Os resultados obtidos permitiram as seguintes conclusões referentes às mulheres soropositivas para o HTLV-I:

- Encontramos um impacto deletério da incontinência urinária na qualidade de vida nos seguintes domínios: avaliação da percepção geral da saúde, limitações das atividades de vida diária, limitações das relações sociais, o sono e a disposição.
  - A raça não branca e a menor escolaridade foram os dados epidemiológicos mais significativos.
  - Os sintomas mais prevalentes encontrados foram: vesical ao enchimento, dormência nos membros inferiores, dispareunia.
  - As principais variáveis do exame ginecológico foram: aumento da sensibilidade e do tônus vaginal, dor a palpação vaginal, ausência de função do assoalho pélvico (AFA 0), hiperreflexia do patelar, hipertonia dos membros inferiores, presença do sinal de Babinsk e alterações
  - O diagnóstico urodinâmico mais freqüente em ambos os grupos foi a hiperatividade detrusora, mas sem diferença estatística entre eles.
  - A presença da infecção urinária foi mais prevalente.
-

## **6. ANEXOS**

---

---

**ANEXO 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Grupo I**

Título do Projeto: O impacto na qualidade de vida de mulheres: um estudo comparativo entre mulheres soropositivos e soronegativas para o vírus HTLV-I.

Meu nome é Mônica Suzana Costa Diniz, CRM:10055 – PE, sou médica ginecologista, tenho como área de atuação a uroginecologia e atualmente faço uma pesquisa para avaliar a qualidade de vida de mulheres que apresentam perda de urina (incontinência urinária) e sentem incomodadas ou prejudicadas por isso.

Utilizo para avaliar o quanto você se sente prejudicada por perder urina, um questionário com perguntas a respeito de problemas urinários.

Com base nas informações colhidas por seu médico do ambulatório do HEMOPE de que você tem infecção pelo vírus HTLV-I confirmada por exames, e queixa de incontinência urinária que lhe causa desconforto, você foi encaminhada para realizar uma avaliação clínica, e se submeterá a: exame especular, toque vaginal, toque retal e avaliação dos reflexos. E caso concorde, após assinar este termo de consentimento, a um estudo urodinâmico para comprovar a perda de urina e só então, responderá ao questionário.

As perguntas do questionário serão sobre os seus problemas urinários, bem como: dados pessoais, condição socioeconômica, antecedentes, tratamentos realizados, e pergunta sobre o seu bem estar e sua qualidade de vida. Deverá ser respondido por você em lugar privativo, e caso necessite de ajuda para respondê-lo, deverá comunicar.

No estudo urodinâmico é necessário encher sua bexiga para observar como ela reage e para isso colocaremos uma fina sonda na sua uretra. Será realizado por mim em consultório e após um exame de cultura de urina negativo (sem infecção) nos últimos trinta dias. Precisaremos do resultado de alguns exames rotineiros, como: preventivo do colo do útero (Papanicolaou) realizado no último ano e teste de diabetes (glicemia de jejum ou HGT - hemogluco teste).

Este estudo tem risco e grau de desconforto moderados e destina-se a pesquisa científica a nível de pós-graduação médica. O benefício que você terá em participar da pesquisa é que a infecção pelo HTLV-I pode determinar incontinência urinária em algumas pacientes, este estudo poderá identificar problemas urinários e direcionar um tratamento precoce, além da avaliação de sua qualidade de vida.

Estes dados servirão como base para que você e o seu médico possam comparar os resultados ao longo dos anos. Seu nome jamais será divulgado publicamente e caso não queira participar desta pesquisa, seu acompanhamento médico em nada será

---

prejudicado, e enviarei os dados obtidos na avaliação uroginecológica ao seu médico assistente. As informações colhidas continuarão sendo mantidas em segredo e serão excluídas da pesquisa.

Em qualquer momento da pesquisa você pode ter acesso a responsável pela pesquisa para esclarecimento e dúvidas. A Dra. Mônica Diniz poderá ser encontrada no endereço: Rua: Sport Club do Recife, 55. Sala:11. Ilha do leite. Fone: (81)3423 2161 Se você tiver qualquer dúvida sobre a ética da pesquisa fale com o comitê de ética em pesquisa do HEMOPE no fone: (081) 3416 4660.

Você concordando em participar da pesquisa, por favor, assine abaixo.

Obrigada.

Nome da paciente \_\_\_\_\_ Data: \_\_ / \_\_ / \_\_

Dra. Monica Suzana Costa Diniz \_\_\_\_\_ Data: \_\_ / \_\_ / \_\_

Testemunha \_\_\_\_\_ Data: \_\_ / \_\_ / \_\_

---

**Anexo 2.** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Grupo Controle.

Título do Projeto: O impacto na qualidade de vida de mulheres: um estudo comparativo entre mulheres soropositivas e soronegativas para o vírus HTLV-I.

Meu nome é Mônica Suzana Costa Diniz, CRM:10055 – PE, sou médica ginecologista, tenho como área de atuação a uroginecologia e atualmente faço uma pesquisa para avaliar a qualidade de vida de mulheres que apresentam perda de urina (incontinência urinária) e sentem incomodadas ou prejudicadas por isso. Utilizo para avaliar o quanto você se sente prejudicada por perder urina, de um questionário com perguntas a respeito dos seus sintomas urinários.

Com base nas informações colhidas por seu médico, de que você tem perda de urina que lhe causa desconforto, você foi encaminhada para realizar um avaliação clínica, e se submeterá a: exame especular, toque vaginal, toque retal e avaliação dos reflexos. E caso concorde, após assinar este termo de consentimento, coletará sangue no HEMOPE (5ml por punção na veia do antebraço) para confirmar que você não é portadora do vírus HTLV-I, e ao estudo urodinâmico para comprovar a perda de urina e só então, responderá ao questionário. Se o seu exame de sangue for positivo para vírus do HTLV-I, será necessário fazer um segundo exame para confirmar, e você continuará fazendo parte da pesquisa se desejar.

As perguntas do questionário serão sobre os seus problemas urinários, bem como: dados pessoais, condição socioeconômica, antecedentes, tratamentos realizados, e pergunta sobre o seu bem estar e sua qualidade de vida. Deverá ser respondido por você em lugar privativo, e caso necessite de ajuda para responde-lo, deverá comunicar.

O estudo urodinâmico é um exame para confirmar e definir o tipo de incontinência. É necessário encher sua bexiga para observar como ela reage e para isso colocaremos uma fina sonda na sua uretra. Será realizado por mim consultório e após um exame de cultura de urina negativo (sem infecção) nos últimos trinta dias.

Precisaremos do resultado de alguns exames rotineiros, como: preventivo do colo do útero (Papanicolau) realizado no último ano e teste de diabetes (glicemia de jejum ou HGT - hemogluco teste).

Este estudo tem risco e grau de desconforto moderados e destina-se a pesquisa científica a nível de pós-graduação médica. O benefício que você terá em participar da pesquisa é que a infecção pelo HTLV-I na maioria das vezes, não apresenta qualquer sintoma, e seria uma possibilidade de realizar o teste. Caso você tenha a infecção,

---



poderá ser acompanhada e tratada precocemente, pois algumas a infecção pelo vírus HTLV-I pode determinar incontinência urinária e outras doenças.

Outro benefício em participar do estudo, é que a identificação do tipo de incontinência que você apresenta e avaliação de sua qualidade de vida, servirão para definir um tratamento precoce, e também de como base para que você e o seu médico possam comparar os resultados ao longo dos anos.

Seu nome jamais será divulgado publicamente e caso não queira participar desta pesquisa, seu acompanhamento médico em nada será prejudicado, e enviarei os dados obtidos na avaliação uroginecológica ao seu médico assistente. As informações colhidas continuarão sendo mantidas em segredo e serão excluídas da pesquisa.

Em qualquer momento da pesquisa você pode ter acesso a responsável pela pesquisa para esclarecimento e dúvidas. A Dra. Mônica Diniz poderá ser encontrada no endereço: Rua: Sport Club Recife, 55. Sala- 11. ilha do leite. Fone: (81) 3423 2161. Se você tiver qualquer dúvida sobre a ética da pesquisa fale com o comitê de ética em pesquisa do HEMOPE. no fone: (81) 3416 4660.

Você concordando em participar da pesquisa, por favor, assine abaixo.

Obrigada.

Nome da paciente \_\_\_\_\_ Data: \_\_ / \_\_ / \_\_

Dra. Monica Suzana Costa Diniz \_\_\_\_\_ Data: \_\_ / \_\_ / \_\_

Testemunha \_\_\_\_\_ Data: \_\_ / \_\_ / \_\_

---

**Anexo 3. Ficha Clínica.**

Nome \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_ anos

Endereço \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Raça: Preta ( ) Branca ( ) Amarela ( ) Indígena ( ) Profissão \_\_\_\_\_

Escolaridade: nenhuma ( ) 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau ( ) E. Civil: \_\_\_\_\_

Qp \_\_\_\_\_

Sintomas relacionados ao enchimento - Tempo de surgimento destes sintomas:

Perda aos esforços: n( ) Mínimo ( ) Médio ( ) Grande ( ) Sincrônica ( ) Assincrônica ( )

Frequência: n( ) s( ) Nº micções/d: \_\_\_ X Uso de protetor: n( ) s( ) Nº Trocas: d \_\_\_ n \_\_\_

Noctúria: n( ) s( ) Nº micções/n: \_\_\_ X Perda constante de urina: n( ) s( ) Enurese: n( )

s( ) Urge-incontinência: n( ) s( ) Urgência: n( ) s( ) Dor vesical: n( ) s( )

Perda ao coito: n( ) s( ) Sensibilidade ao frio: n( ) s( ) Hábito retensionista: n( ) s( )

Sintomas relacionados ao esvaziamento - Tempo de surgimento destes sintomas:

Disúria: n( ) s( ) Sensação de esvaziamento incompleto: n( ) s( ) Hesitação: n( ) s( )

Esforço: n( ) s( ) gotejamento terminal: n( ) s( ) Gotejamento Final: s( ) n( )

Jato urinário \_\_\_ Retenção urinária: s( ) n( )

Outros Sintomas

Alteração da libido: s( ) n( ) Alteração do orgasmo: s( ) n( ) Fraqueza: s( ) n( )

Lombalgia: s( ) n( ) Mialgia: s( ) n( ) Depressão: s( ) n( ) Formigamento MI: s( ) n( )

Dificuldade em andar: s( ) n( ) Perda de força dos MI: s( ) n( ) Quedas: s( ) n( )

Dormência do MI: s( ) n( ) Agulhadas nos MI s( ) n( ) Incontinência fecal: s( ) n( )

Constipação: s( ) n( ) Digaitação: s( ) n( ) Outros \_\_\_\_\_

Antecedentes Pessoais:

GPA( ) PN( ) C( ) F( ) VA( ) DOM( ) MACRO( ) Menopausa \_\_\_ anos TRH \_\_\_\_\_

Dum: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Ciclos \_\_\_\_\_ fluxo \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

ITU repetição: s( ) n( ) Nº ITU/a \_\_\_ HAS( ) ICC( ) Varizes( ) Diabetes( )

Hipotireoidismo( ) DPOC ( ) AVC( ) TRM/TCE( ) Demência/Déficit cognitivo ( )

Neuropatia \_\_\_ ( ) Esclerose Múltipla( ) Hérnia Disco( ) Neoplasia/ca \_\_\_\_\_( )

Radioterapia ( ) Outras Retrovíroses ( ) \_\_\_\_\_ Hemotransfusão ( ) há \_\_\_ ano

Passado cirúrgico: \_\_\_\_\_

Tratamentos para incontinência Urinária \_\_\_\_\_

Medicamentos em uso: \_\_\_\_\_

Hábitos: \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

Possível via de transmissão: \_\_\_\_\_

Exames:

Sorologia para HTLV-I no sangue periférico

Elisa: positivo ( ) negativo ( ) em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Western blot ou PCR para HTLV-I: positivo ( ) negativo ( ) em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Sorologia para no LCR para o HTLV-I: positivo ( ) negativo ( ) em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Urocultura: negativo ( ) em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Glicemia de jejum/ HGT: \_\_\_\_\_ em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Citologia oncótica: Negativa para Células Neoplásicas em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

**Anexo 4. Ficha de Exame Ginecológico**

Ex. Físico geral: Peso: \_\_\_\_\_ kg Alt \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_

Exame Neurológico Lombo-Sacro Simplificado N (normal) ( ) A (alterado) ( )

Bulbo-cavernoso: N( ) A( ) \_\_\_\_\_ Cutâneo-anal: N( ) A( ) \_\_\_\_\_ Patelar: N( ) A( ) \_\_\_\_\_

Cutâneo-plantar: N( ) A( ) \_\_\_\_\_ Força MI: N( ) A( ) \_\_\_\_\_ Marcha: N( ) A( ) \_\_\_\_\_

Tônus MI: N( ) A( ) \_\_\_\_\_ Tônus anal: N( ) A( ) \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

Vulva: N( ) A( ) \_\_\_\_\_ Uretra: N( ) A( ) \_\_\_\_\_ Trofismo: N( ) A( ) \_\_\_\_\_

Sensibilidade: N( ) A( ) \_\_\_\_\_ Hiper mobilidade: N( ) A( ) \_\_\_\_\_ Urina residual \_\_\_\_\_ ml

Teste de esforço: \_\_\_\_\_ Perfil Vaginal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Cistocele: \_\_\_\_\_ Retocele: \_\_\_\_\_ Enterocele: \_\_\_\_\_ Prolapso Útero ou cúpula: \_\_\_\_\_

Rotura perianal: \_\_\_\_\_ Corpo Perineal: \_\_\_\_\_

Ex. Especular \_\_\_\_\_

T. Vaginal \_\_\_\_\_

T. Retal \_\_\_\_\_

Avaliação funcional do assoalho pélvico – AFA (Contreras et al., 1994):

Grau: 0 - ( ) sem função perineal objetiva

1- ( ) visualização ausente e palpação fraca

2- ( ) visualização presente e palpação fraca

3- ( ) visualização presente e palpação mediana, sem resistência opositora

4- ( ) visualização e palpação mantida, com resistência opositora fugaz

5- ( ) visualização e palpação mantida, com resistência opositora >5 seg.

POP Q: Classificação das Distopias (Bump et al., 1996)

Estadiamento: I ( ) II ( ) III ( ) IV ( ) Ba ( ) Bp ( ) C ( )

Aa	Ba	C
Hg	Cp	Cvt
Ap	Bp	D

**Anexo 5. Métodos clínicos de avaliação da incontinência urinária**

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Teste da Perda Urinária (Teste de Esforço)**

Deverá ser realizado imediatamente antes da realização da fluxometria, visto nesta, a paciente encontra-se com a bexiga confortavelmente cheia, mais próximo a sua capacidade fisiológica. Paciente com a bexiga confortavelmente cheia, deverá fazer manobra de esforço tosse, em posição supina e com as pernas afastadas ou um dos pés apoiado em um banco.

Colocará um protetor (lenço higiênico colorido) e será estimulada a promover esforços como: tossir, pular, agachar, ou manobra de valsava. Devendo observar se ocorre ou não perda de urina involuntária, no momento do esforço o esforço ou logo após o mesmo.

Será considerado teste positivo, quando a perda urinária for identificada, por apresentar o protetor molhado de urina, independente do volume da perda.

Data	Teste de esforço	
Positivo durante o esforço	Positivo após o esforço	Negativo

---

---

**Anexo 6. Ficha do estudo urodinâmico**

Nome \_\_\_\_\_ Data do Exame \_\_/\_\_/\_\_

Sonda Vesical Utilizada para a Medida da Pressão Intra-Vesical: Nº 06

Sonda Vesical Utilizada para a Medida da Pressão Abdominal: Nº10

Sonda Vesical Utilizada para o enchimento da bexiga: Nº 08

Meio utilizado: soro fisiológico 0,9% à temperatura. Ambiente

Velocidade de Infusão: 50 ml/min. Calibragem do aparelho: PV: 50 PA: 50

Modelo do Aparelho: Dynamed URO master

**Dados da Cistometria:**

1º desejo: \_\_\_\_\_ Sensibilidade: \_\_\_\_\_

CCM: \_\_\_\_\_ Capacidade vesical funcional \_\_\_\_\_

Pressão detrusora na CCM: \_\_\_\_\_

Complacência: \_\_\_\_\_ CNI: \_\_\_\_\_

Perda urinária: \_\_\_\_\_

Pressão de perda por manobra de esforço: \_\_\_\_\_

Pressão de perda por CNI: \_\_\_\_\_

**Estudo Miccional:**

Pressão de abertura: \_\_\_\_\_ Pressão na micção máxima: \_\_\_\_\_

Pressão no fluxo máximo: \_\_\_\_\_

Relaxamento perineal no esvaziamento: \_\_\_\_\_

Uso de manobras auxiliares ao esvaziamento: \_\_\_\_\_

Resíduo final: \_\_\_\_\_ Normograma Blaivas e Grouts: \_\_\_\_\_

---

---

**Anexo 7.** Versão em Português do “King’s Health Questionnaire”(KHQ) validado por Tamanini et al. (2003).

Nome investigador: Dra. Monica Diniz (CRM:10055)

Nº do investigador \_\_\_\_\_ Nº do paciente \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome do paciente \_\_\_\_\_

Pesquisa: O impacto da incontinência urinária na qualidade de vida das mulheres soropositivas e soronegativas para o vírus HTLV I.

1. Como você descreveria sua saúde no momento?

( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Muito ruim

2. Quanto você acha que o seu problema de bexiga afeta sua vida?

( ) Nem um pouco ( ) Um pouco ( ) Moderadamente ( ) Muito

Gostaríamos de saber quais são seus problemas de bexiga e quanto eles afetam você. Da lista abaixo, escolha somente aqueles que você apresenta atualmente. Exclua os problemas que não se aplicam a você.

Quanto que os problemas afetam você? Um pouco? Moderadamente? Muito?

A. Frequência (ir ao banheiro para urinar muitas vezes)

( ) Um pouco ( ) Moderadamente ( ) Muito

B. Noctúria (levantar à noite para urinar)

( ) Um pouco ( ) Moderadamente ( ) Muito

C. Urgência (um forte desejo de urinar e difícil de seguras)

( ) Um pouco ( ) Moderadamente ( ) Muito

D. Urge-incontinência (vontade muito forte de urinar, com perda de urina antes de chegar ao banheiro)

( ) Um pouco ( ) Moderadamente ( ) Muito

E. Incontinência urinária de esforço (perda urinária que ocorre durante a realização de esforço físico como tossir, espirrar, correr.)

( ) Um pouco ( ) Moderadamente ( ) Muito

F. Enurese noturna (urinar na cama, à noite, durante o sono)

( ) Um pouco ( ) Moderadamente ( ) Muito

G. Incontinência durante relação sexual (perda urinária durante relação sexual)

( ) Um pouco ( ) Moderadamente ( ) Muito

H. Infecções urinárias freqüentes

( ) Um pouco ( ) Moderadamente ( ) Muito

I. Dor na bexiga

( ) Um pouco ( ) Moderadamente ( ) Muito

---

J. Dificuldade para urinar

( ) Um pouco ( ) Moderadamente ( ) Muito

K. Você tem alguma outra queixa?

A seguir, estão algumas das atividades diárias que podem ser afetadas por seu problema de bexiga. Quanto seu problema de bexiga afeta você? Qual? \_\_\_\_\_

Nós gostaríamos que você respondesse cada questão, escolhendo a resposta que mais se aplica a você.

Limitações de atividades diárias

3a. Quanto o seu problema de bexiga afeta seus afazeres domésticos como limpar a casa, fazer compras, etc...?

( ) Nem um pouco ( ) Um pouco ( ) Moderadamente ( ) Muito

3b. Quanto o seu problema de bexiga afeta seu trabalho ou suas atividades diárias fora de casa?

( ) Nem um pouco ( ) Um pouco ( ) Moderadamente ( ) Muito

Limitações físicas e sociais

4a. Seu problema de bexiga afeta suas atividades físicas como andar, correr, praticar esportes, ginástica, etc...?

( ) Nem um pouco ( ) Um pouco ( ) Moderadamente ( ) Muito

4b. Seu problema de bexiga afeta suas viagens?

( ) Nem um pouco ( ) Um pouco ( ) Moderadamente ( ) Muito

4c. Seu problema de bexiga limita sua vida social?

( ) Nem um pouco ( ) Um pouco ( ) Moderadamente ( ) Muito

4d. Seu problema de bexiga limita seu encontro ou visita a amigos?

( ) Nem um pouco ( ) Um pouco ( ) Moderadamente ( ) Muito

Relações pessoais

5a. Seu problema de bexiga afeta o relacionamento com seu parceiro?

( ) não aplicável ( ) Nem um pouco ( ) Um pouco ( ) Moderadamente ( ) Muito

5b. Seu problema de bexiga afeta sua vida sexual?

( ) não aplicável ( ) Nem um pouco

( ) Um pouco ( ) Moderadamente

( ) Muito

---

5c. Seu problema de bexiga afeta sua vida familiar?

- não aplicável  Nem um pouco  
 Um pouco  Moderadamente  
 Muito

#### Emoções

6a. Seu problema de bexiga faz com que você se sinta deprimida?

- Nem um pouco  Um pouco  Moderadamente  Muito

6b. Seu problema de bexiga faz com que você se sinta ansiosa ou nervosa?

- Nem um pouco  Um pouco  Moderadamente  Muito

6c. Seu problema de bexiga faz você sentir-se mal consigo mesma?

- Nem um pouco  Um pouco  Moderadamente  Muito

#### Sono e disposição

7a. Seu problema de bexiga afeta seu sono?

- Nunca  Às vezes  Frequentemente  O tempo todo

7b. Você se sente esgotada ou cansada?

- Nunca  Às vezes  Frequentemente  O tempo todo

#### Medidas de gravidade

Você faz algumas das seguintes coisas? E se faz, quanto?

8a. Você usa forros ou absorventes para se manter seca?

- Nunca  Às vezes  Frequentemente  O tempo todo

8b. Toma cuidado com a quantidade de líquidos que bebe?

- Nunca  Às vezes  Frequentemente  O tempo todo

8c. Troca suas roupas íntimas quando elas estão molhadas?

- Nunca  Às vezes  Frequentemente  O tempo todo

8d. Preocupa-se com a possibilidade de cheirar urina?

- Nunca  Às vezes  Frequentemente  O tempo todo

8e. Fica envergonhada por causa do seu problema de bexiga?

- Nunca  Às vezes  Frequentemente  O tempo todo

Muito obrigado. Agora veja se você deixou de responder alguma questão.

---



**Anexo 9.** Gráfico da Escala x Escores do KHQ. Versão em português do “King’s Health Questionnaire” (KHQ)

1. Percepção geral de saúde (questão 1)

Escala Escore

Muito boa 1

Boa 2

Regular 3

Ruim 4

Muito ruim 5

2. O impacto da incontinência (questão 2)

Escala Escore

Nem um pouco 1

Um pouco 2

Moderadamente 3

Muito 4

As questões 3a, 3b, 4a, 4b, 4c, 4d, apresentam a mesma escala de respostas com os respectivos escores, como segue abaixo:

3. Limitações de atividades diárias (questões 3a e 3b)

Escala Escore

Nem um pouco 1

Um pouco 2

Moderadamente 3

Muito 4

4. Limitações físicas e sociais (questões 4a, 4b, 4c, e 4d)

Escala Escore

Nem um pouco 1

Um pouco 2

Moderadamente 3

Muito 4

---

5. Relações pessoais (questões 5a, 5b e 5c)

Escala Escore

Não aplicável 0

Nem um pouco 1

Um pouco 2

Moderadamente 3

Muito 4

6. Emoções (questões 6a, 6b e 6c)

Escala Escore

Nem um pouco 1

Um pouco 2

Moderadamente 3

Muito 4

7. Sono e disposição (questões 7a, e 7b)

Escala Escore

Nunca 1

Às vezes 2

Freqüentemente 3

O tempo todo 4

8. Medidas de gravidade (questões 8a, 8b, 8c, 8d e 8e)

Escala Escore

Nunca 1

Às vezes 2

Freqüentemente 3

O tempo todo 4

Escala de sintomas

Escala Escore

Omitiu resposta 0

Um pouco 1

Moderadamente 2

Muito 3

---

**Anexo 10.** Pontuação e Cálculo do “Raw Scale” (0 - 100). Versão em português do “King’s Health Questionnaire” (KHQ)

## Percepção geral da saúde

Pontuação = (pontuação da questão 1-1) / 4) x 100

1 - muito boa

2 - boa

3 - regular

4 - ruim

5 - muito ruim

## Impácto da incontinência

Pontuação = ((pontuação da questão 2 – 1) / 3) x 100

1 - nem um pouco

2 - um pouco

3 - moderadamente

4 - muito

## Limitações de atividades diárias

Pontuação = (((pontuação das questão 3a + 3b) – 2) / 6) x 100

1 - nem um pouco

2 - um pouco

3 - moderadamente

4 - muito

## Limitações físicas

Pontuação = (pontuação das questão 4a + 4b) – 2) / 6) x 100

1 - nem um pouco

2 - um pouco

3 - moderadamente

4 - muito

## Limitações sociais

Pontuação = (pontuação das questão 4c + 4d + 5c) – 3) / 9) x 100 \*\*

\*\* se a pontuação da questão 5c &gt;= 1; se 0, então..... – 2) / 6) x 100

1 - nem um pouco

2 - um pouco

3 - moderadamente

4 - muito

---

## Relações sociais

Pontuação =  $(\text{pontuação das questões } 5a + 5b) - 2 / 6) \times 100$  \*\*\*

\*\*\* se a pontuação das questões  $5a + 5b \geq 2$ ;

Se  $(5a + 5b) = 1$ , então.....  $- 1) / 3) \times 100$

Se  $(5a + 5b) = 0$ ;.....

Tratar como "missing value" (não aplicável)

0 - não aplicável

1 - nem um pouco

2 - um pouco

3 - moderadamente

4 - muito

## Emoções

Pontuação =  $(\text{pontuação das questões } 6a + 6b + 6c) - 3) / 90) \times 100$

1 - nem um pouco

2 - um pouco

3 - moderadamente

4 - muito

## Sono e disposição

Pontuação =  $(\text{pontuação das questões } 7a + 7b) - 2) / 6) \times 100$

1 - nem um pouco

2 - um pouco

3 - moderadamente

4 - muito

## Medidas de gravidade

Pontuação =  $(\text{pontuação das questões } 8a + 8b + 8c + 8d + 8e) - 5) / 15) \times 100$

1 - nem um pouco

2 - um pouco

3 - moderadamente

4 - muito

## Escala de sintomas

Pontuação Escala de graduação

1 Um pouco

2 Moderadamente

2 Muito

3 0 Omitiu resposta

---

## Anexo 11. Tabelas de dados

### 11.1 – Dados epidemiológicos

	Grupo1 (n=24)		Grupo 2 (n=19)		p
	MD (n)	DP (%)	MD (n)	DP (%)	
Idade	50,79	10,41	50,89	10,43	0,9817
Raça					0,0037
Branca	7	0,29	14	0,74	
Não Branca	17	0,71	5	0,26	
Estado civil					0,1549
Solteira	6	0,25	6	0,32	
Casada	17	0,71	9	0,47	
Outros	1	0,04	4	0,21	
Escolaridade					0,015
Até 4 anos	8	0,33	0	0,00	
Entre 4 e 8 anos	8	0,33	7	0,37	
Acima de 8 anos	8	0,33	12	0,63	
Nenhuma	0	0,00	0	0,00	
Excluídas	2	0,08	35	0,26	

ICM: Índice massa corpórea

MD: Média

DP: Desvio padrão

## 11.2 – Antecedentes Tocoginecológicos

Antecedentes	Grupo1 (n=24)		Grupo 2 (n=19)		p
	MD (n)	DP (%)	MD (n)	DP (%)	
Menacme	7	0,29	10	0,53	0,1181
Pós-menopausa	17	0,71	9	0,47	0,1181
Nulipara	5	0,21	6	0,32	0,4226
Até 3 partos	11	0,46	5	0,26	0,1885
Múltipara	8	0,33	8	0,42	0,554
Parto cesárea	7	0,29	6	0,32	0,8642
Parto normal	14	0,58	10	0,53	0,7085
Parto domiciliar	2	0,08	2	0,11	0,8058
Parto instrumental	1	0,04	3	0,16	0,1926
Abortamento	6	0,25	6	0,32	0,6329
Macrossomia fetal	8	0,33	5	0,26	0,6188
Uso de Terapia hormonal	3	0,13	4	0,21	0,4506

## 11.3 – Antecedentes Mórbidos

Passado cirúrgico	Grupo1 (n=24)		Grupo 2 (n=19)		p
	MD (n)	DP (%)	MD (n)	DP (%)	
Cirurgia IUE 1x	8	0,33	5	0,26	0,6188
Cirurgia IUE 2x	0	0,00	4	0,21	0,067
Cirurgia IUE 3x ou mais	2	0,08	0	0,00	0,5758
Cirurgia Fistula urogenital	1	0,04	0	0,00	0,368
Laparotomia	5	0,21	6	0,32	0,4226
Histerectomia	12	0,50	4	0,21	0,0511
Laqueadura tubária	9	0,38	7	0,37	0,9646
Gravidez ectópica	1	0,04	0	0,00	0,368
Hemorroidectomia	1	0,04	1	0,05	0,8654
CPP 1x	9	0,38	5	0,26	0,437
CPP 2x	1	0,04	4	0,21	0,0863
CPP 3x ou mais	1	0,04	0	0,00	0,368
Sem cirurgias pélvicas	5	0,21	8	0,42	0,1315
Transfusão prévia a 1993	6	0,25	7	0,37	0,4011
Transfusão obstétrica	4	0,17	7	0,37	0,1321
Tratamento medicamentoso	2	0,08	5	0,26	0,1127
Tratamento fisioterapêutico	3	0,13	6	0,32	0,1267

IUE: incontinência urinária esforço  
 CPP: colpoperíneoplastia

## 11.4 – Morbidades

	Grupo1 (n=24)		Grupo 2 (n=19)		p
	MD (n)	DP (%)	MD (n)	DP (%)	
<b>Deambulação</b>					
Sem apoio	16	0,67	16	0,84	0,1904
Com apoio	7	0,29	2	0,11	0,1357
Cadeira de rodas	1	0,04	1	0,05	0,4163
<b>Doenças Associadas</b>					
ITU de repetição	9	0,38	4	0,21	0,2435
HAS	6	0,25	3	0,16	0,4609
DM controlada	3	0,13	0	0,00	0,3197
Hipotireoidismo controlado	1	0,04	2	0,11	0,4163
Neuropatia periférica	7	0,29	7	0,37	0,5938
Glaucoma	0	0,00	5	0,26	0,0282
Vasculopatia periférica	1	0,04	0	0,00	0,368
Esclerose múltipla	0	0,00	6	0,32	0,0116
Hérnia de disco lombar	1	0,04	1	0,05	0,8654
Tumor lombo-sacro benígno	0	0,00	1	0,05	0,9057

ITU: Infecção do trato urinário  
HAS: Hipertensão arterial sistêmica  
DM: Diabetes Mellitus  
AVC:Acidente vascular cerebral

## 11.5 – Fatores relacionados à infecção pelo HTLV 1

	Grupo1 (n=24)		Grupo 2 (n=19)	
	MD (n)	DP (%)	MD (n)	DP (%)
Tempo de diagnóstico HTLV-I+				
Até 1 ano	9	0,38	0	0,00
Acima de 1 até 5 anos	10	0,42	0	0,00
Acima de 5 até 10 anos	5	0,21	0	0,00
Transmissão Sexual	4	0,17	0	0,00
Transmissão Transfusional	6	0,25	0	0,00
Transmissão Mãe-filho	3	0,13	0	0,00
Transmissão Indeterminada	11	0,46	0	0,00
Nenhuma/ Portadora sã	15	0,63	0	0,00
PET/MAH	9	0,38	0	0,00
Linfoma/ Leucemia	0	0,00	0	0,00
Câncer (outros)	0	0,00	0	0,00
Infecção cruzada com HIV	0	0,00	0	0,00
Infecção cruzada HTLV 2	0	0,00	0	0,00
Sorologia do parceiro Ignorada	13	0,54	0	0,00
Sorologia do parceiro HTLV-I	4	0,17	0	0,00
Sorologia do parceiro HTLV-II	6	0,25	0	0,00
Sorologia do parceiro HIV+	1	0,04	0	0,00

HIV = Vírus da Imunodeficiência Adquirida Humano HTLV: Vírus Linfotrópico das células T humanas

PET/MAH =:paraparesia espástica tropical



## 11.6 – Diagnóstico da infecção

	Grupo1 (n=24)		Grupo 2 (n=19)	
	MD (n)	DP (%)	MD (n)	DP (%)
ELISA HTLV-I				
Positivo	24	1,00	0	0,00
Negativo	0	0,00	19	1,00
PCR/W.blot HTLV				
Não Realizado	0	0,00	19	1,00
Positivo	24	1,00	0	0,00
Negativo	0	0,00	0	0,00
LCR				
Não realizado	15	0,63	10	0,53
Positivo HTLV-I	9	0,38	0	0,00
Negativo HTLV-I	0	0,00	9	0,47

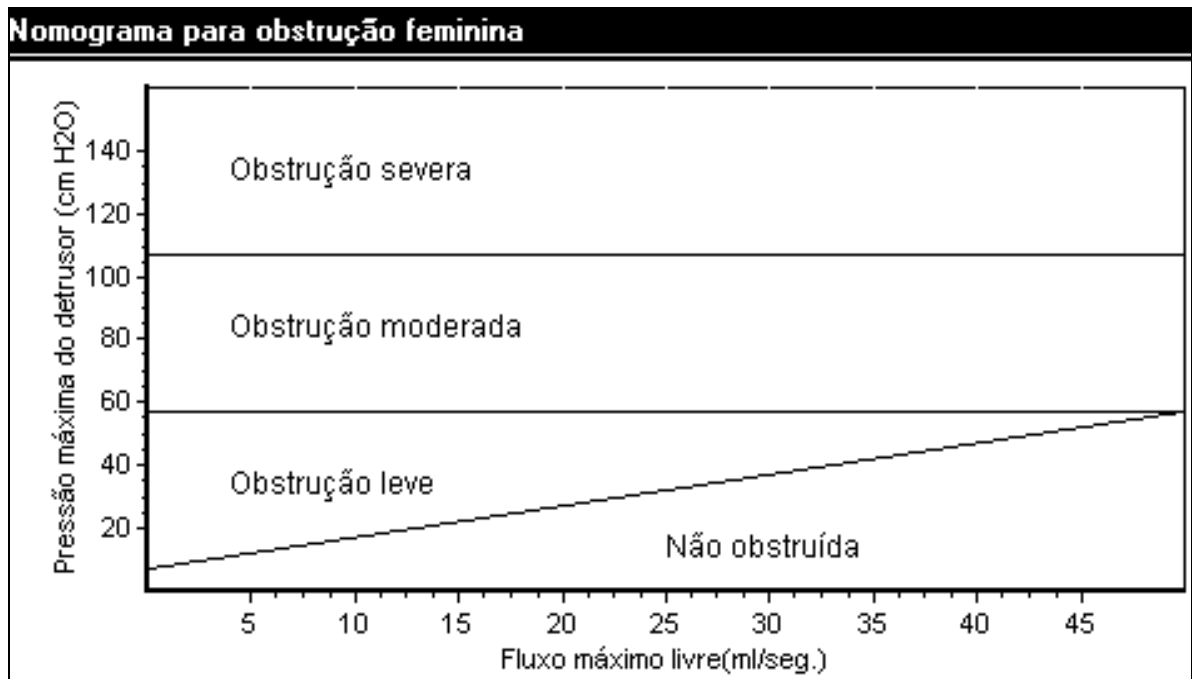
ELISA: teste imunoenzimático

PCR: Proteína C reativa

W.blot: Western Blot

LCR: líquido cefalorraquidiano

HTLV-I: Vírus linfotrópico das células T humana

**Anexo 12 – Normograma de Obstrução Feminina (Blaivas, Groutz, 2000)**

## **7. REFERÊNCIAS**

---

---

Abrams P, Cardoso L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function.: report from the Standardization sub-committee of the the International Continence Society. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187(1):116-26.

Ades AE, Parker S, Walker J, Edginton M, Taylor GP, Weber NJ. Human T cell leukaemia/lymphoma virus infection in pregnant women in the United Kingdom: population study. *BMJ* 2000;320:1497-501.

Andrade DO. Achados dos potenciais evocados somatossensitivos e motores na mielopatia associada ao HTLV-I. *Arq Neuro-Psiquiatria.* 2005;63(3a):652-5.

Araujo AQC. Contribuição ao estudo das mielopatias associadas ao protovírus T - linfotrófico humano (HTLV-I) na cidade do Rio de Janeiro: aspectos demográficos, clínicos e terapêuticos. [Tese doutorado]. Rio de Janeiro; 1995. xv,71 p.

Araujo AQC, et al., *Lancet Neurol* 2006 ; 5 : 1068.

Athanasίου S, Hill S, Gleeson C. Validation of the ICS proposed pelvic organ prolapse descriptive system. *Neurourol Urodynam.* 1995;14:414-5.

Bittencourt A. Vertical transmission of HTLV-I/II: A review. *Rev Inst Med Trop.* 1998;40(4):245-251.

Bittencourt AL, Dourado I, Filho PB. Human T-cell lymphotropic virus type 1 infection among pregnant women in northeastern Brazil. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2001;15:26(5):490-4.

Blaivas JG, Groutz A. Bladder outlet obstruction normogram for women with lower urinary tract symptomatology. *Neurourol Urodyn* 2000;19: 553-64.

Borducchi DMM, Oliveira JSR, Yamamoto M, Silva MRR, Bordin JO, Kerbaux J. HTLV-I – associated adult T cell leukemia lymphoma(ATLL): clinical and laboratory features in Brazil. *Câncer Research Therapy and Control* 1999;10:39-44.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Guia de Manejo Clínico do HTLV- Brasília, série A; 2003.

Bullinger M, Anderson R, Cella D, Aaronson. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Quality Life Res* 1993; 2:451-9.

Bump RC, BO K, Brubaker L. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynaecol* 1996;175:10-7.

Carneiro-Proietti ABF, Ribas JGR, Catalan-Soares BC, Martins ML, Brito-Melo GEA, Martins-Filho AO, et al. Infection and disease caused by the human T cell

---

lymphotropic viruses type I and II in Brazil. *Rev. Soc Bras Med Trop.* 2002;35(5):499-508.

Carvalho LP, Corleta OC, Mallmann ACM. Neuropatia pudenda: correlação com dados demográficos, índice de gravidade e parâmetros pressóricos em pacientes com incontinência fecal. *Arq Gastroenterol.* 2002;39(3):139-46.

Casseb J, Araújo AC, Hong MA, Salomão S, Gallo D, Hendry MR, Duarte AJS. Prevalence of HTLV-I i and HTLV-II infections among HTLV-I - infected asymptomatic individuals in São Paulo. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo* 1997;39(4).

Castro LH, Chaves CJ, Callegaro D, Nobrega JP, Scaff M. HTLV-I associated myelopathy in Brazil: a preliminary report. *Arq Neuropsiquiatr* 1989;47: 501-502.

Castro-Costa CM, Salgueiro MR, Carton H, Vale OC, Arruda AM. Tropical spastic paraparesis in Northeastern Brazil. *Arq Neuropsiquiatr* 1989;47:134-138.

Contreras OO, Coya NF, Ibañez G, Gutnisky R, Cortece G. Valoración dinámica de la disfunción perineal en la mujer. Propuesta de clasificación. *Obst Ginec Lat Americ.*1994;52:92-8.

Coral LC, Queiroz LP, Grzesiuk AK. HTLV-I. Associated myelopathy tropical Spastic Paraparesis: Report of 2 cases diagnosed in Florianopolis, Santa Catarina, Brazil.: *Arq Neuropsiquiatr* 1998;56(1):120-2.

Cortes E, Detels R, Aboulafia D, Li XL, Moudgil T, Alan M, et al. HIV-1, HIV-2 and HTLV-I infection in high-risk group in Brazil. *N Engl Med* 1989;320:953-8.

Cruz MW, et al., Eletroneuromiografia e potenciais evocados somatossensitivos na mielopatia pelo HTLV-I. *Arq Neuro-Psiquiatra* 1998;56(4):756-62.

Delamare L, Rosemberg AR, Pique C. The HTLV-I envelope glycoproteins: structure and functions. *J Acq Immune Def Synd and Human Retrovirology* 1996;13(1): 85-91.

Dougan S, Smith R, Tosswill JC, Davison K, Zuckerman M, Taylor GP. New diagnoses of HTLV infection in England and Wales: 2002-2004. *Euro Surveill* 2005;10(10):232-5.

Dourado I, Alcantara LC, Barreto MI, da Gloria Teixeira M, Galvao-Castro. HTLV-I na população geral de Salvador, Brasil: uma cidade com características étnicas e sócio-demográficas Africanas. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003;34(5):527-31.

Fleck MPA, Leal OF, Louzada S. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr* 1999;21(1):19-28.

---

- 
- Franzoi AC, Araujo AQ. Disability profile of patients with HTLV-I-associated myelopathy/tropical spastic paraparesis using the functional independence measure (FIM). *Spinal Cord* 2005;43(4):236-240.
- Fujino T, Fujiyoshi T, Yashiki S, Otsuka H, Nagata Y. HTLV-I transmission from mother to fetus via placenta. *Lancet* 1992;340:1157.
- Gessain A, Barin F, Vernant JC, et al. Antibodies to human t-lymphotropic virus type i in patients with tropical spastic paraparesis. *Lancet* 1985; 2: 407-10.
- Gessain A, Gout O. Chonic myelopathy associated with human T-lymphotropic virus type I (HTLV-I). *Annals of internal Medicine* 1992;117:933-46.
- Herrmann V, Potrick BA, Palma PCR. Eletroestimulação transvaginal do assoalho pélvico no tratamento da incontinência urinária de esforço: avaliações clínica e ultra-sonográfica. *Rev Assoc Med Bras* 2003;49(4):401-5.
- Hollberg P, Hafler DA. Pathogenesis of diseases induced by human lymphotropic virus I infection. *N Engl J Med* 1993;328:1173-82.
- Júnior PCF, Bezerra LRPS, Girao MJBC, et al. Correlação entre a pressão de perda a manobra de valsalva e a pressão máxima de fechamento uretral com a história clínica em mulheres com incontinência urinária de esforço. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2002;24(7):433-8.
- Júnior PCF, Sartori MGF, Lima GR, Baracat EC, Girão MJBC. Diagnóstico clínico e subsidiário da incontinência urinária. *Clinical and subsidiary diagnosis of urinary incontinence. Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2006;28:1.
- Kaplan JE, Osame M, Kubota H, Igata A, Nishitani H, Maeda Y, Khabbaz RF, Jansen RSI. The risk development of HTLV-I associated myelopathy tropical spastic paraparesis among persons infected with HTLV-I. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1990;3:1096-101.
- Kelleher, CON. Economic and Social Impact of OAB. *European Urology Supplements.* 2002;1:11-16.
- Kitagawa T, Fujishita M, Taguchi I, Miyoshi I, Tadokoro H. Antibodies to human T-cell leukaemia/lymphoma virus type I in Japanese immigrants in Brazil. *JAMA* 1986; 256:2342.
- Lima CLM, Rabolini G, Menna-barreto M, Santos EB, Koff JW. Urodynamic alterations in patients with HTLV I infection. *Int Braz J Urol* 2002;28(5):452-457.
- Machuca A, et al. Prevalence of HTLV infection in pregnant women in Spain. *Sex Transm Infect.* 2000; 76: 366-70.
- Matsuoka M. PTCL: Lessons from adult T-cell leukemia, *International Journal of Hematology – Supplement*; 2002.
-

---

Murphy EL, Hanchard B, Figueroa JP, Gibbs WN, Loffers WS, Campebell M, et al. Modeling the risk of adult T-cell leukemia/linphoma in persons infected with human T- lymphotropic virurs type 1. *Int J Cancer* 1989;43:250-3.

Murphy EL. HTLV - Associated myelopathy in a cohort of HTLV-I and HTLVII-infected blood donors. The REDS investigators. *Neurology* 1997;48 (2):315-320.

Oliveira HA, Macieira JC, Fakhouri R. polimiosite associada a infecção por HTLVI: relato de caso. *Arq Neuro-Psiquiatra* 2000;58(3b):935-8.

Osame M, Usuku K, Isumo S, Ijich N, Amitani H, Igata A, Matsumoto M, Tara M. HTLV-I Associed mielopathy. A new clinical entily. *Lancet* 1986;1:1013-32.

Ostergard DR, Bent AE. *Urogynecology and Urodynamics: Theory and Practice*. 4th ed. Baltimore: Williams, Wilkins; 1996. p.643-60.

Porto MAF, Muniz A, Oliveira Junior J. Implicações clínicas e imunológicas da associação entre o HTLV-I e a estromgiloidíase. *Rev Soc Bras Med Trop* 2002;35(6):641-649.

Ribas JGR, Melo GCN. Mielopatia associada ao vírus linfotrópico humano de células T do tipo 1 (HTLV-I). *Rev Soc Bras Med Trop* 2002;35(4):377-84.

Román GC, Osame M. Identily of HTLV – I associated tropical paraparesis and HTLV-I associated myelopathy. *Lancet* 1988;1:651.

Rubinstein I, Rubinstein M. Incontinência urinária na mulher idosa. In: D'Ancona CAL, Netto JR NR. *Aplicações clínicas da urodinâmica*. Atheneu 2001;30:257-62.

Sand PK, Ostergard DR. *Urodynamics and evaluation of femele incontinence: A pratical guide*. Springer-Verlag London Limited 1995;4:1.

Sartori MGF, Girão MJBC, Baracat EC, Lima GR. Estudo urodinâmico. In: Girão MJBC,Lima GR,Baracat EC. *Uroginecologia*. 1a Ed. São Paulo: Artes Médicas; 1997. p.23-9.

Souza GF, Magalhães SMM, Costa CMC. Soroprevalência e perfil imunofenotípico de células linfóides T em indivíduos soropositivos para o vírus linfotrópico de células T humanas. *Rev Bras Hematol Hemoter* 2003;25(1):33-8.

Tamanini JTN, D'Ancona CAL, Botega NJ, et al. Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. *Rev Saúde Pública* 2003;37(2):203-11.

Taylor G.P. Pathogenesis and treatment of HTLV-I associated myelopathy. *Sex Transm Inf* 1998;74:316-22.

Taylor GP. The Seroepidemiology of human T-lymphotropic viruses: types I and II in Europe: A prospective study of pregnant women. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2005;38(1):104-9.

---

The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W editors. Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag 1994:41-60.

The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998; 46:1569-85.

Teive HAG, Zonta M, Kumagai Y. Treatment of spasticity: an update. *Arquivos de neuro-psiquiatria* 1998;56(4).

---



## Abstract

The infection for the human linfotrópico virus of cells T of type 1 (HTLV-I) is considered sistêmica illness and is associated some diseases. The neurological picture of tropical paraparesie espastic / Myelopathy (PET/MAH) is the form most common. The urinary riots are in general, gifts in important, gradual way, of difficult control and treatment. The urinary incontinence is a common problem that can affect women of all the ages, with social implications, discomfort and loss of security in itself exactly, and with impact in the quality of life. We carry through transversal study, type in case that it has controlled, with objective to compare the quality of life of 50 incontinences women, divided in two groups: 26 soropositives and 24 soronegatives for the HTLV-I. For in such a way we use a questionnaire of quality of life King' s Health Questionnaire (KHQ). In our casuistry, the loss of the quality of life was significantly bigger in soropositives incontinences women, in the following parameters: General perception of the health (0.003); Impact of the incontinence (0.0451); Limitation of the activities of daily life (0.0366); Social relations (0.0000); Sleep and disposal (0.0017). Also the following parameters had been significant in the group soropositives: Vesical pain to the wadding (0.0441); Dispareunia (0.0441), parestesis in the inferior's members (0.0285); perineal high sensitivity (0.0044); Pain to the vaginal palpação (0,0066); Vaginal high tones (0.0015); Alterations of the march (0.044); Patelar high reflex (0.0036); Positividade of the Babinski (0.0005); Inferior members high tones (0.0000); Urinary infections (0.0033). In the analysis statistics they had been applied the test of Mann-Whitney (Bio Stat) and has tested q2.



# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)