



Ispa

Instituto Universitário
de Ciências Psicológicas,
Sociais e da Vida

INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA,
QUALIDADE DE VIDA E FUNCIONAMENTO
SEXUAL

TERESA RODRIGUES MEDEIROS

Orientadora de Dissertação:
PROFESSORA DOUTORA FILIPA PIMENTA

Co-Orientadora de Dissertação:
MESTRE MARTA PORTO

Professor de Seminário de Dissertação:
PROFESSORA DOUTORA FILIPA PIMENTA

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:
MESTRE EM PSICOLOGIA DA SAÚDE
Especialidade em Psicologia da Saúde

2022

Dissertação de Mestrado realizada
sob a orientação da Professora
Doutora Filipa Pimenta,
apresentada no Ispa - Instituto
Universitário para obtenção de grau
de Mestre na especialidade de
Psicologia da Saúde.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer à Professora Filipa Pimenta que orientou esta dissertação.

Muito obrigada à Mestre Marta Porto que acolheu o pedido para colaborar no projeto Puri-Pro.

Gostaria de agradecer ao Professor Carlos Lopes pela orientação e formação constante que me deu ao longo desta jornada académica, desde as aulas de competências académicas, ao estágio de desenvolvimento de competências de investigação (DCI) e as formações sobre recursos de investigação.

Aos Professores Marta Castelo-Branco, Jorge Sinval e João Marôco, que reforçaram que desde o início do curso de Psicologia que os conhecimentos da análise de estatística serão usados não só nos trabalhos académicos, mas na vida profissional. O conhecimento que me transmitiram nas suas aulas, com exemplos práticos contribuíram para a escrita autónoma de duas secções desta dissertação e para o início do meu processo de aprendizagem da linguagem estatística R.

Muito obrigada à minha mãe e ao meu pai pelas oportunidades que me concederam de sair fora de conforto e por estarem presentes. Ao David, que acompanhou a minha evolução ao longo deste percurso.

Obrigada às minhas colegas de seminário de dissertação pelo trabalho de equipa.

Aos meus amigos pela força mútua que deram para continuar o trabalho e pelos momentos de convívio.

Gostaria de agradecer às minhas colegas das *Troppers Roller Derby*, que ensinaram-me a andar de patins, reconheceram a minha evolução no equilíbrio sobre rodas e pela entreatajuda, durante e após os treinos.

Resumo

Introdução: A Incontinência Urinária acarreta inúmeras consequências para o quotidiano da mulher em fase de menopausa, nomeadamente no funcionamento sexual e na qualidade de vida. O objetivo deste estudo é explorar o impacto da Incontinência Urinária (IU) no Funcionamento Sexual Feminino e na Qualidade de Vida, numa amostra clínica portuguesa de meia-idade, tendo em consideração a idade, o relacionamento afetivo-sexual e a fase de menopausa.

Método: Neste estudo transversal participaram 1466 mulheres com IU, com idades entre os 40-65 anos ($M_{idade}=50,00$; $DP_{idade}=6,58$). Foi desenvolvido o modelo de equações estruturais para explorar as relações entre as variáveis em estudo.

Resultados: O modelo estrutural revelou um bom ajustamento ($TLI=,937$; $CFI=,946$; $RMSEA=,053$; $SRMR=,052$). A qualidade de vida foi excluída por apresentar baixa qualidade psicométrica. O funcionamento sexual feminino é afetado negativamente pelos sintomas de IU ($\beta=-,110$; $p<,001$), sendo impactado pela idade ($\beta=-,088$; $p=,001$), fase de menopausa ($\beta=-,105$; $p<,001$), relacionamento afetivo sexual ($\beta=,554$; $p<,001$).

Conclusão: A Incontinência Urinária afeta o Funcionamento Sexual e estudos futuros poderão contemplar intervenções psicoeducativas, onde tenham em consideração os índices de funcionamento sexual e de forma a minimizar ou prevenir sintomatologia, promover uma gestão eficaz dos sintomas uroginecológicos e aumentar o acesso aos cuidados de saúde.

Palavras-chave: Incontinência urinária feminina, funcionamento sexual, meia-idade, menopausa, qualidade de vida

Abstract

Introduction: Urinary Incontinence has numerous consequences for the daily life of menopausal women, namely in terms of Sexual Functioning and Quality of Life. The aim of this study is to explore the impact of Urinary Incontinence on Female Sexual Functioning and Quality of Life in a Portuguese middle-aged clinical sample, considering age, affective-sexual relationship, and menopausal stage.

Method: In this cross-sectional study, 1466 women with UI between 40-65 years old ($M_{age}=50,00$; $SD_{age}=6,58$) participated. A structural equation model was developed to explore the relationships between the variables under study.

Results: The structural model showed a good fit ($TLI=.937$; $CFI=.946$; $RMSEA=.053$; $SRMR=.052$). Female sexual functioning is negatively affected by UI symptoms ($\beta = -.110$; $p < .001$), being impacted by age ($\beta = -.088$; $p = .001$), menopausal phase ($\beta = -.105$; $p < .001$), sexual affective relationship ($\beta = .554$; $p < .001$).

Conclusion: Urinary Incontinence affects Sexual Functioning and future studies should contemplate psychoeducational interventions, considering women's sexual functioning indices to minimize or prevent symptoms, promote effective management of urogynecological symptoms and increase access to health care.

Keywords: female urinary incontinence, sexual functioning, middle age, menopause, quality of life

Índice

Enquadramento Teórico	8
Incontinência Urinária Feminina	8
Menopausa e Incontinência Urinária Feminina	9
Incontinência Urinária Feminina e Qualidade de Vida	10
Incontinência Urinária Feminina e Funcionamento Sexual Feminino	11
Método	12
Delineamento da investigação	12
Participantes	12
Materiais	16
Procedimento	19
Análise de dados	19
Estudo das Propriedades Psicométricas do King's Health Questionnaire (KHQ)	20
Sensibilidade	20
Validade de Constructo	22
Validade Fatorial	22
Validade Convergente	23
Validade Discriminante	24
Estudo das qualidades psicométricas da Female Sex Function Index (FSFI-6)	27
Sensibilidade	27
Validade de Constructo	28
Validade Fatorial	28
Validade Convergente	29
Validade Discriminante	29
Estudo das Propriedades Psicométricas do WHOQOL-BREF	30
Validade de constructo	31
Validade Fatorial	31
Modelo estrutural para testar a relação entre os sintomas de IU e o Funcionamento de Sexual Feminino durante a meia-idade	34
Discussão	38
Referências bibliográficas:	43
Anexo A- Revisão Alargada de Literatura	51
Anexo B - Consentimento Informado	59
Anexo C – Exemplar do(s) materiais	60

Índice de Tabelas

Tabela 1 Caracterização sociodemográfica da amostra	13
Tabela 2 Caracterização da amostra em termos de variáveis de história ginecológica- obstétrica	14
Tabela 3 Caracterização da amostra em termos de variáveis de saúde percebida e estilo de vida	15
Tabela 4 Estatística descritiva para o King Health Questionnaire	24
Tabela 5. <i>Variância Extraída da Média (VEM), Fiabilidade Compósita (FC) dos fatores do KHQ</i>	24
Tabela 6 Validade discriminante dos fatores do KHQ (N=1466).	254
Tabela 7 Variância Extraída da Média (VEM), Fiabilidade Compósita (FC) do modelo de 2º ordem KHQ	27
Tabela 8 Estatística descritiva para a FSFI-6	26
Tabela 9 FSFI-6 Variância Extraída da Média (VEM), Fiabilidade Compósita (FC)	28
Tabela 10 Estatística descritiva para o WHOQOL-BREF	29
Tabela 11 Variância Extraída da Média (VEM), Fiabilidade Compósita (FC) dos fatores do WHOQOL-BREF	34

Índice de Figuras

Figura 1 Modelo de primeira ordem do King Health Questionnaire (KHQ)	23
Figura 2. Modelo de 2º ordem KHQ	26
Figura 3 Modelo Inicial para Análise Fatorial Confirmatória da FSFI-6	28
Figura 4 Modelo Final para Análise Fatorial Confirmatória da FSFI-6	29
Figura 5 Modelo inicial WHOQOL-BREF	32
Figura 6 Modelo final WHOQOL-BREF	33
Figura 7 Modelo preditivo do Funcionamento Sexual Feminino durante a meia-idade, sem as variáveis independentes adicionais	35
Figura 8 Modelo preditivo do Funcionamento Sexual Feminino durante a meia-idade, com as variáveis independentes adicionais: Atividade Física de Alto Impacto, Relacionamento Afetivo-Sexual	36
Figura 9 Modelo preditivo do Funcionamento Sexual Feminino durante a meia-idade, com apenas as variáveis independentes adicionais significativas.	37

Enquadramento Teórico

Incontinência Urinária Feminina

De acordo com o International Continence Society (ICS), a Incontinência Urinária (IU) consiste na ocorrência de perdas involuntárias de urina que, consoante o tipo (i.e., IU de Esforço, IU de urgência e IU Mista), gravidade e fatores de risco afetam a interação social, a qualidade de vida e o funcionamento sexual (Abrams et al., 2003; Abrams et al., 2014; Moura, 2005; Roos et al., 2014). No que se refere aos tipos de IU, a Incontinência Urinária de Esforço (IUE) decorre da atividade física, do esforço ao tossir, rir, espirrar e mudanças de posição. Por sua vez, na Incontinência Urinária de Urgência (IUU) existe uma vontade súbita e inadiável de ir à casa de banho (Abrams et al., 2003; Mendes et al., 2017; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021 a). Por último, a Incontinência Urinária Mista (IUM) é caracterizada pela presença de sintomas da IUE e IUU (Abrams et al., 2003; Correia et al., 2009; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021a).

A prevalência da IU na população feminina com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos varia entre os 10% e os 55%, e apresenta uma variação acima dos 20% e 45% durante a meia-idade (Amaral et al., 2015; Correia et al., 2009; Mendes et al., 2017; Moura, 2005). O relatório do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em 2018, estima que existam 500.000 a 600.000 portugueses com IU (Ministério da Saúde, 2018). De acordo com a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2021a; 2021b) é estimado que cerca de 50% da população adulta do sexo feminino apresente sintomas de IU.

Apesar dos números supracitados, apenas 25% a 61% das mulheres procuram tratamento médico-cirúrgico e fisioterapia pélvica, sendo que quanto mais tardia a procura de tratamento, mais difícil será reverter o impacto negativo dos sintomas no quotidiano (Correia et al., 2009; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021a). Neste sentido, os sintomas de IU são subtratados, subdiagnosticados e subvalorizados (Abrams et al., 2003; Correia et al., 2009; Sociedade Portuguesa de Ginecologia 2021 a). Ao referido, acresce uma ausência de iniciativa por parte da mulher para procurar ajuda médica precocemente, assim como a identificação dos sinais e sintomas de IU (Mendes et al., 2017; Moura, 2005)

Torna-se pertinente referir ainda que as mulheres com sintomas de IU poderão apresentar crenças disfuncionais sobre a sua condição uroginecológica (e.g., “A IU é uma consequência inevitável do envelhecimento”). Poderão igualmente existir

dificuldades no estabelecimento de uma comunicação positiva entre a paciente e o médico, o que poderá inviabilizar a procura de ajuda prestada por um profissional de saúde (Amaral et al., 2015; Nappi et al., 2014; Mendes et al., 2017; Monteleone et al., 2018; Simon et al., 2018).

A IU apresenta como principais comorbilidades: diabetes mellitus e doenças neurológicas- (a) esclerose múltipla; (b) acidente vascular cerebral, (c) doença de Parkinson; (d)acidentes vertebro-medulares (Amaral et al., 2015; Correia et al., 2009).

Na história ginecológica e obstétrica da mulher, os traumatismos ocorridos no pavimento pélvico durante a gravidez e o parto (e.g., lacerações no períneo e peso do bebé à nascença superior a 4 kg) constituem importantes fatores de risco para a IU, sendo que mulheres multíparas e com partos vaginais experienciam um maior risco de ter IUE, do que mulheres que não tenham filhos biológicos (Amaral et al., 2015; Correia et al., 2009; Mascarenhas,2011; Mendes et al.,2017). A obesidade e o excesso de peso apresentam igualmente uma associação positiva com a IU, assim como a presença de hábitos tabágicos (Amaral et al., 2015, Correia et al.,2009; Mendes et al.,2017).

Menopausa e Incontinência Urinária Feminina

O envelhecimento e a menopausa apresentam-se igualmente como fatores de risco para a IU. É no período da perimenopausa que ocorre uma possível agudização dos sintomas urinários. Entende-se por perimenopausa o período do ciclo da vida da mulher que representa a manifestação dos primeiros sintomas da menopausa, sendo definida pelas seguintes condições nos últimos 12 meses: (a) ciclos menstruais mais curtos ou longos 7 dias do que o habitual, (b) menstruações irregulares com períodos de amenorreia de 60 dias consecutivos ou superior. Por sua vez, a pós-menopausa consiste no período que se inicia após a última menstruação (Davis et al., 2012; Harlow et al., 2012; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021b).

Apenas 12% das mulheres com sintomas de IU que se encontram nessa fase de menopausa abordam as suas preocupações sobre a gestão dos sintomas de IU e o desconforto causado pelos mesmos com um profissional de saúde, com o objetivo de conhecer estratégias que possibilitam minimizar o impacto destas duas condições no seu dia-a-dia, na qualidade de vida e saúde sexual (Mendes et al., 2017; Nappi et al., 2014; Simon et al., 2018).

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2021b), o decréscimo dos níveis de estrogénios endógenos e androgénios durante a menopausa, pode-se manifestar nos seguintes sintomas: sintomas vasomotores (e.g., afrontamentos e suores noturnos) que atingem mais de 70% das mulheres; perturbações do sono através da recorrência da insónia inicial e despertar noturno durante a fase de pós-menopausa e com alterações cognitivas (e.g., declínio da memória e dificuldades na concentração), perturbações de humor (e.g, irritabilidade, ansiedade, depressão), perturbações no funcionamento sexual e sintomas uroginecológicos (e.g., Incontinência Urinária) (Abrams et al., 2003; Abrams, Smith & Cotterillo, 2014; Simon et al., 2018; Turhan et al., 2015).

Incontinência Urinária Feminina e Qualidade de Vida

Esta transição menopáusica provoca alterações na qualidade de vida e na sexualidade, em paralelo com a IU. Os sintomas apresentados na menopausa e nos diferentes tipos de IU podem provocar efeitos negativos na qualidade de vida que, segundo a OMS (1996), se define como a perceção do indivíduo sobre a sua posição na sua vida, dentro do contexto do seu sistema de valores, nos quais se encontra inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. A perceção que o indivíduo apresenta em relação à sua qualidade de vida é enquadrada num contexto cultural, social e ambiental, sendo que a OMS (1996) reforça a necessidade de existirem indicadores para compreender o impacto da doença que poderá conduzir à alteração de atividades do dia-a-dia pela própria bem como à presença de humanismo no sistema de cuidados de saúde.

Os sintomas apresentados na menopausa e nos diferentes tipos de IU podem provocar efeitos negativos na qualidade de vida, sendo possível observar um decréscimo nas saídas para atividades diárias de lazer, o que pode levar ao isolamento social (Abrams, Smith & Cotterill, 2014; Avery et al., 2013).

Paralelamente ao impacto na vida quotidiana poderão surgir sentimentos de culpa, vergonha e a necessidade de cuidados de saúde para a gestão de sintomas urinários que podem causar uma dirupção mais intensa no dia-a-dia (Mendes et al., 2017; Monteleone et al., 2018; Nappi et al., 2014; Simon et al., 2018).

Incontinência Urinária Feminina e Funcionamento Sexual Feminino

Como referido anteriormente, o impacto da IU na Funcionamento Sexual encontra-se bem documentada (Mendes et al., 2017; Nappi et al., 2014; Roos et al., 2014). Esta é definida pelo desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor, ou seja, dimensões apresentadas no Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI), que pretende avaliar o funcionamento sexual feminino, sendo que as manifestações clínicas de uma disfunção sexual terão impacto na qualidade de vida da mulher (Isidori et al., 2010; Rosen et al., 2000; Turhan et al., 2015).

As possíveis consequências da IU no funcionamento sexual são: (a) baixo desejo sexual e excitação, (b) aparecimento da síndrome geniturinária da menopausa/ atrofia vulvovaginal que engloba queixas de secura e ardor vaginal, (c) sintomas de disfunção sexual, através das perturbações de desejo hipoaetivo, do orgasmo e dor g nito-pélvica com a dispareunia. (Isidori et al., 2010; Turhan et al., 2015).

A literatura refere ainda que as mulheres com sintomas de IU focalizam-se de forma excessiva na sua higiene ótima, na tentativa de evitar um possível afastamento do parceiro, apresentando níveis reduzidos de autoconfiança (Nappi et al., 2014; Roos et al., 2014).

Estes fatores podem conduzir ao evitamento da atividade sexual durante a menopausa, o que pode comprometer um posterior envelhecimento bem-sucedido (Mendes et al., 2017; Monteleone et al., 2018 ; Nappi et al., 2014; Turhan et al., 2015).

Neste sentido, níveis mais elevados de tensão nos músculos do pavimento pélvico podem provocar altera es ao longo do ciclo de funcionamento sexual (i.e., desde a excita o até ao orgasmo), podendo existir uma perda de espontaneidade relativa   tomada de iniciativa nas rela es sexuais devido às necessidades de esvaziamento da bexiga, de higieniza o da zona ótima e, por último, o evitamento de chegar ao clímax, na tentativa de prevenir a ocorrência um episódio de perda urinária (Avery et al., 2013; Mendes et al., 2017; Roos et al., 2014).

Concluindo, embora o grau de gravidade da IU e altera es na qualidade de vida e no funcionamento sexual não constitu em um risco de vida para as mulheres na meia-idade, poderão apresentar um impacto biopsicossocial significativo, tendo maior intensidade na saúde psicológica em detrimento da saúde física (Abrams et al., 2014; Avery et al., 2013; Mendes et al., 2017).

O presente estudo tem como objetivo observar o impacto dos sintomas de IU no funcionamento sexual e na qualidade de vida, em mulheres com idades compreendidas entre os 40 e os 65, com perdas involuntárias de urina.

Esta condição urinoginecológica pode afetar mulheres de qualquer faixa etária e apresenta uma agudização na meia-idade (Correia et al., 2009; Fernandes et al., 2015). Embora os fatores de risco para a IU serem conhecidos na literatura, o impacto da menopausa em simultâneo com os sintomas de IU tem sido pouco abordado e o presente estudo permitirá colmatar a escassez de estudo sobre o tema.

O presente estudo poderá ainda contribuir para melhor entender o impacto da IU na QdV e da FS e, conseqüentemente, a implementação de intervenções mais eficazes, nas quais a disfunção sexual deve ser acautelada, assim como as conseqüências nas mais diversas áreas do quotidiano da mulher (e.g., relações interpessoais).

Método

Delineamento da investigação

O presente estudo quantitativo segue um desenho descritivo -observacional, em que não envolveu qualquer intervenção e/ ou manipulação da variável independente: impacto dos sintomas de IU e das variáveis dependentes: funcionamento sexual feminino e qualidade de vida, sendo também um estudo transversal, pela recolha de dados ocorrer num único momento (Pais-Ribeiro, 2010; Shaughnessy et al., 2012).

Trata-se de um estudo correlacional que pretende analisar a correlação entre o impacto dos sintomas de IU com os níveis de funcionamento sexual, qualidade de vida na amostra na meia-idade (Pais-Ribeiro, 2010; Shaughnessy et al., 2012).

Participantes

A amostra comunitária deste estudo foi obtida por conveniência, com efeito bola de neve, sendo constituída por 1466 mulheres portuguesas que preencheram os critérios de inclusão ($M_{idade}=50$; $DP_{idade}=6,58$).

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: (i) pertencer ao sexo feminino, (ii) com idade compreendida entre os 40 e os 65 anos, (iii) terem nível de literacia mínima para responder aos instrumentos, (iv) acesso à internet e (v) relatarem perdas de urina não voluntárias.

Os critérios de exclusão foram (i) a gravidez atual e já terem decorrido 6 meses após o parto (ii) diagnóstico de doença neurológica (incluem acidentes vasculares cerebrais; esclerose múltipla; doença de Parkinson; acidentes vertebro-medulares) pois a IU apresenta comorbilidade as doenças neurológicas indicadas (Correia et al., 2009). amostra

A amostra foi caracterizada em termos sociodemográficos (Tabela 1), história ginecológica-obstétrica (Tabela 2), saúde percebida/ estilo de vida (Tabela 3).

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica da amostra

Características	Amostra	
	<i>n</i>	%
Nacionalidade		
Brasileira	41	2,8
Dupla Nacionalidade	3	0,2
Portuguesa	1410	96,2
Outra	12	0,8
Situação Profissional		
Ativa	1185	80,8
Inativa	281	19,2
Habilitações Literárias		
4ºano	5	0,3
6ºano	20	1,4
9ºano	96	6,5
12ºano	440	30
Licenciatura ou Bacharelato	563	38,4
Mestrado ou Pós-Graduação	308	21
Doutoramento	34	2,3

Tabela 2*Caracterização da amostra em termos de variáveis de história ginecológica-obstétrica*

Características	Amostra	
	<i>n</i>	%
Relação Afetivo-Sexual		
Não	308	21
Sim	1158	79
Número de filhos biológicos		
0	148	10,1
1	423	28,9
2	669	45,6
3	183	12,5
4	43	2,9
Número de partos vaginais		
0	411	28
1	411	28
2	487	33,2
3	126	8,6
≥4	31	2,1
Número de partos por cesariana		
0	1025	69,9
1	293	20
2	118	8
3	28	1,9
4	2	0,1
Laceração do períneo durante algum do(s) parto(s)		
Não	679	46,3
Sim	787	53,7
Estádio de menopausa		
Pré-menopausa	328	22,4
Peri-menopausa	525	35,8
Pós-menopausa	613	41,8

Procura de ajuda médica para gerir os sintomas de menopausa		
Não	826	56,3
Sim	640	43,7
Contacto com o seu médico sobre a incontinência urinária		
Não	846	57,7
Sim	620	42,2
Tratamentos para a Incontinência Urinária		
Não realizei qualquer tratamento	1246	85
Realizei	220	15

Tabela 3

Caracterização da amostra em termos de variáveis de saúde percebida e estilo de vida

Características	Amostra	
	<i>n</i>	%
Diagnóstico de doença física		
Não	964	65,8
Sim	502	34,2
Problemas psicológicos		
Não	1256	85,7
Sim	210	14,3
Fumadora		
Não	1140	77,8
Sim	326	22,2
Bebe café		
Não	243	16,6
Sim	1223	83,4
Bebe outras bebidas quentes ou frias durante o dia		
Não	226	15,4
Sim	1240	84,6

Prática de atividades físicas de alto impacto		
Não	1262	86,1
Sim	204	13,9
IMC		
Abaixo do peso	32	2,2
Peso Normal	604	41,2
Acima de Peso	534	36,4
Obesidade Grau I	222	15,1
Obesidade Grau II	57	3,9
Obesidade Grau III	17	1,2
Perdas de urina		
Não	19	1,3
Sim	1447	98,7
Tipo de incontinência urinária		
Esforço	516	35,2
Mista	233	15,9
Urgência	315	21,5

Materiais

Para o presente estudo foi utilizado a Fase I do protocolo de investigação do projeto PURI-PRO (Portuguese Urinary Incontinence Project), que inclui o autopreenchimento de um questionário para a recolha de dados sociodemográficos (e.g., idade, nacionalidade, literárias, situação profissional), clínicos (e.g., história ginecológica-obstétrica, estágio de menopausa,), saúde percebida e estilo de vida (e.g., consumo de outras bebidas quentes ou frias durante o dia, prática de atividade física de habilitações alto impacto, Índice Massa Corporal) e os respetivos instrumentos que avaliam o Funcionamento Sexual Feminino, tanto a Presença dos sintomas de IU como o seu impacto na Qualidade de Vida.

1) King's Health Questionnaire (KHQ) consiste num questionário de autopreenchimento que avalia tanto a presença de sintomas de IU, como o seu impacto na QdV (Kelleher et al., 1997; Porto et al., 2022).

O KHQ é constituído por 21 itens que representam oito componentes da QdV: percepção geral de saúde (e.g., “*Como descreveria o seu atual estado de saúde?*”),

impacto da incontinência (e.g., “*De que modo o seu problema de bexiga afeta a sua vida?*”), limitações de atividades diárias (e.g., “*De que modo o seu problema de bexiga afeta o seu trabalho ou suas atividades diárias fora de casa?*”), limitações físicas (e.g., “*O seu problema de bexiga afeta as suas atividades físicas, tais como andar, correr, praticar desporto(s), fazer ginástica, etc.?*”), limitações sociais (e.g., “*O seu problema de bexiga limita a sua vida social?*”), relacionamentos pessoais (e.g., “*O seu problema de bexiga afeta o relacionamento com o/a seu/sua parceiro/a?*”), emoções (e.g., “*O seu problema de bexiga faz com que se sinta ansiosa ou nervosa?*”), sono/ disposição (e.g., “*Sente-se esgotada ou cansada?*”) e por último incluí duas subescalas independentes que avaliam a gravidade da IU e a presença, respetiva intensidade de sintomatologia urinária (Kelleher et al., 1997; Shripad et al., 2015).

Os itens apresentam uma escala tipo *Likert*, que varia entre 1 - Nunca e 4 – Sempre, exceto nas dimensões percepção geral de saúde e relacionamentos pessoais, com cinco opções de resposta (Shripad et., 2015).

A pontuação do KHQ é obtida pela soma da pontuação de cada domínio e varia entre 21 e 84, sendo valores mais baixos representam melhor qualidade de vida. Neste sentido, quanto maior for a pontuação obtida significa que qualidade de vida foi gravemente afetada pelos sintomas de IU (Kelleher et al., 1997; Shripad, et., 2015).

Este instrumento apresenta boas propriedades psicométricas, tendo sido validado para uma amostra clínica portuguesa por Viana et al. (2015), posteriormente por Porto et al., (2022) numa amostra clínica para o presente estudo.

2) Female Sex Function Index (FSFI-6) consiste numa versão breve com 6 itens do Índice de Funcionamento Sexual composto por 19 itens (Isidori et al., 2010; Rosen et al., 2000).

Este instrumento de autopreenchimento é unidimensional, em que cada um dos itens remete para uma dimensão relativa ao funcionamento sexual: desejo (e.g., “*Nas últimas 4 semanas, como qualificaria o seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?*”), excitação (e.g., “*Nas últimas 4 semanas como qualificaria o seu nível (grau) de excitação sexual durante a relação sexual ou penetração vaginal?*”), lubrificação (e.g., “*Nas últimas 4 semanas, com que frequência se sentiu lubrificada (notar mais secreção vaginal) durante a atividade sexual ou penetração vaginal?*”), orgasmo (e.g., “*Nas últimas 4 semanas, com que frequência alcançou o orgasmo quando teve estimulação sexual ou penetração sexual?*”), satisfação (e.g., “*Nas últimas 4 semanas quão satisfeita*

se tem sentido com a sua atividade sexual?”) e dor (*e.g.*, *”Nas últimas 4 semanas, com que frequência sentiu incómodo ou dor vaginal com penetração?”*) (Isidori et al., 2010; Rosen et al., 2000).

Os itens relativos ao desejo e satisfação variam entre 1- Muito Baixo a 5-Muito Alto, enquanto, os restantes variam entre 0- Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas a 5-Sempre ou quase sempre. Apenas o item relativo à dor foi invertido, para que valores elevados na escala de medida possam indicar desconforto baixo a nulo durante o coito (Isidori et al., 2010; Rosen et al., 2000). Com Isidori et al., (2010) foi estabelecido um ponto de corte menor ou igual a 19 pontos, para identificar indivíduos com baixo funcionamento sexual.

A pontuação total foi obtida pela soma dos itens, podendo variar entre 2-36 pontos, com os valores mais altos a indicar melhor funcionamento sexual (Isidori et al., 2010; Rosen et al., 2000). O instrumento apresentou boas características psicométricas em estudos anteriores de validação para amostras internacionais e portuguesas (Pechorro et al., 2016; Pérez-López et al., 2012; Pimenta et al., 2019). Neste estudo, foi utilizada a validação da FSFI-6 por Pimenta et al. (2019).

3) **WHOQOL-Bref validada para a população portuguesa por** Canavarro et al., (2006) que consiste numa medida genérica, multidimensional e multicultural, para uma avaliação subjetiva da qualidade de vida. Pode ser utilizada num largo espectro de distúrbios psicológicos e físicos, bem como com indivíduos saudáveis (Canavarro et al., 2006).

A WHOQOL-BREF é composta por 26 itens, avaliados numa escala de Likert de 5 pontos, sendo que os itens integram os quatro domínios de qualidade de vida: físico (*e.g.*, *”Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?”*), psicológico (*e.g.*, *”É capaz de aceitar a sua aparência física?”*), relações sociais (*e.g.*, *”Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?”*) e ambiente (*e.g.*, *”Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?”*). A escala apresenta boas propriedades psicométricas (Canavarro et al., 2006).

Procedimento

O projeto PURI-PRO (Portuguese Urinary Incontinence Project), cuja responsabilidade é da Doutoranda Marta Gonçalves Porto, sob a orientação da Professora Doutora Filipa Pimenta e coorientado pelo Professor Doutor João Marôco, ambos pertencentes ao William James Center for Research do ISPA- Instituto Universitário. Este projeto foi aprovado pela Comissão de Ética do ISPA-Instituto Universitário e tem financiamento pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (2020.05710.BD).

Devido à evolução epidemiológica da Covid-19, foi ativado o plano de contingência para a recolha da amostra, tendo a mesma ocorrido online através da divulgação do estudo em grupos das redes sociais relacionados com menopausa e a meia-idade.

O presente estudo enquadra-se na Fase I do projeto PURI-PRO que teve como objetivo analisar o impacto da IU na QdV e no funcionamento sexual feminino durante a meia-idade, controlando as seguintes variáveis: história obstétrica- ginecológica e saúde física auto-percebida.

As participantes foram informadas sobre objetivo geral do estudo e que a participação era voluntária e podia desistir a qualquer momento sem consequências. Apenas a equipa de investigação teria acesso aos seus dados, para salvaguardar a sua confidencialidade.

Análise de dados

A análise de dados foi realizada com recurso ao SPSS e AMOS. IBM, versão 28. Inicialmente foi realizada uma análise descritiva dos dados obtidos, para a caracterização sociodemográfica da amostra (Marôco, 2021).

Para verificar se os sintomas de IU estavam associados ao funcionamento sexual e à qualidade de vida foram calculados os coeficiente de correlação de Pearson, por serem variáveis quantitativas (Marôco, 2021).

Foram analisadas as características psicométricas dos instrumentos utilizados como a sensibilidade, através das medidas de assimetria e curtose, a validade fatorial, convergente, discriminante e a fiabilidade compósita, para confirmar as propriedades psicométricas dos instrumentos originais, na presente amostra.

A qualidade do ajustamento do modelo da análise fatorial confirmatória foi avaliada através do *Comparative Fit Index* (CFI), *Goodness of Fit Index* (GFI), *Root*

Mean Square Error Of Approximation (RMSEA), *Tucker-Lewis Index* (TLI) e *Standardised Root Mean Square Residual* (SMRM), mas o Qui-Quadrado (χ^2/df) não foi possível pois a qualidade do ajustamento é condicionada pela dimensão da amostra (Steiger et al., 1985).

De seguida, foi conduzida uma análise inferencial multivariada no AMOS que incluí duas variáveis dependentes quantitativas: funcionamento sexual feminino e qualidade de vida, com o objetivo de obter relações com o impacto dos sintomas de IU, para a elaboração de um modelo de equações estruturais (Marôco, 2021; Steiger et al., 1985).

Inicialmente, o modelo de equações estruturais foi construído sem variáveis independentes adicionais para avaliar a significância estatística e a significância prática da trajetória do impacto dos sintomas de IU para o funcionamento sexual.

Foram definidas inicialmente como variáveis independentes adicionais o relacionamento afetivo sexual, a prática de atividade física de alto impacto e de seguida foi construído um modelo estrutural que inclui as variáveis independentes adicionais presentes no modelo anterior: a idade, o número de partos vaginais, episiotomia, a fase de menopausa (i.e., fatores de risco para a IU referenciados na literatura) (Alperin et., 2018; Amaral et al., 2015; Correia et al., 2009; Kenne & Bradley, 2022; Mascarenhas, 2011; Turhan et al., 2015)

Estudo das Propriedades Psicométricas do King's Health Questionnaire (KHQ)

Sensibilidade

Na tabela 4, todos os itens do KHQ apresentaram respostas que se distribuíam pelos valores do mínimo ao máximo da escala, sendo que os valores absolutos do achatamento e da assimetria se encontram abaixo de três e de sete (Kline, 2015; Marôco, 2021).

Tabela 4*Estatística descritiva para o King Health Questionnaire*

Itens	Estatística descritiva			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>
2. De que modo o seu problema de bexiga afeta a sua vida?	1,76	,87	,94	,08
4. De que modo o seu problema de bexiga afeta o seu trabalho ou suas atividades diárias fora de casa?	1,70	,84	1,04	,28
5. O seu problema de bexiga afeta as suas atividades físicas, tais como andar, correr, praticar desporto(s), fazer ginástica, etc.?	1,85	,96	,91	-,20
6. O seu problema de bexiga afeta as suas viagens?	1,57	,85	1,42	1,17
7. O seu problema de bexiga limita a sua vida social?	1,37	,80	1,78	2,73
8. O seu problema de bexiga limita os contactos estabelecidos com os seus amigos?	1,27	,70	2,24	4,97
9. O seu problema de bexiga afeta o relacionamento com o/a seu/sua parceiro/a?	,89	,90	1,28	2,09
10. O seu problema de bexiga afeta a sua vida sexual?	,97	,94	1,21	1,74
11. O seu problema de bexiga afeta a sua vida familiar?	,94	,79	1,23	2,75
12. O seu problema de bexiga faz com que se sinta deprimida?	1,44	,72	1,70	2,50
13. O seu problema de bexiga faz com que se sinta ansiosa ou nervosa?	1,54	,76	1,44	1,70
14. O seu problema de bexiga faz com que se sinta mal consigo mesma?	1,64	,84	1,30	1,10
15. O seu problema de bexiga afeta o seu sono?	1,53	,74	1,33	1,32
16. Sente-se esgotada ou cansada?	2,12	,81	,39	-,27
17. Usa forros ou pensos para se manter seca?	2,16	1,8	,54	-,96

18. Tem cuidado com a quantidade de líquidos que ingere?	1,72	,89	1,03	,09
19. Troca a sua roupa interior porque está molhada?	2,03	,86	,78	,19
20. Preocupa-se com a possibilidade de cheirar a urina?	2,23	1,06	,45	-1,00

Nota: (inv) representa item com cotação invertida

Validade de Constructo

Validade Fatorial

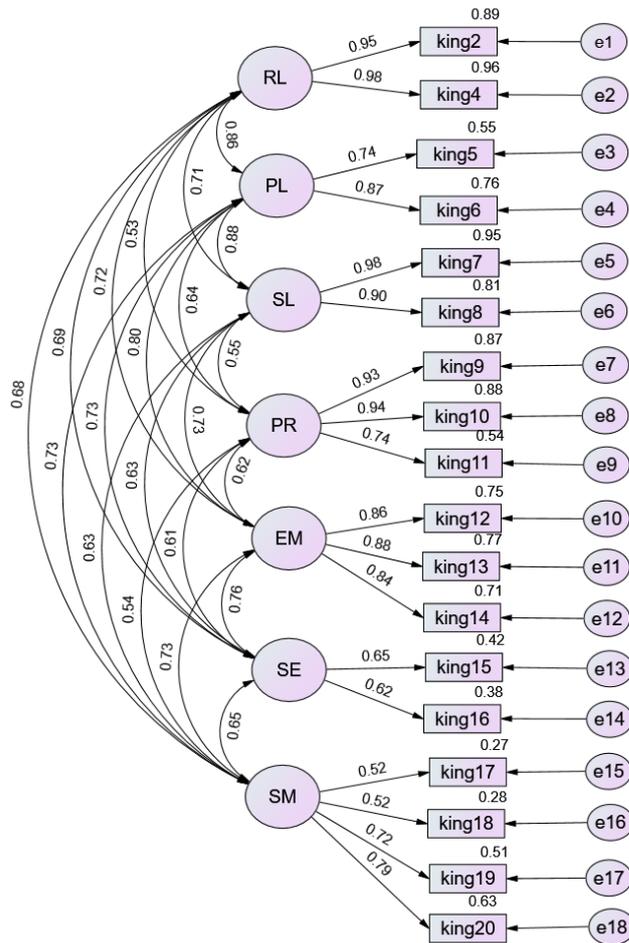
Na figura 1, encontra-se a análise fatorial confirmatória do King Health Questionnaire (KHQ) com uma estrutura de 1ª ordem de sete fatores: limitações das atividades diárias, limitações físicas, limitações pessoais, limitações sociais, relacionamentos pessoais, sono/disposição e medidas de gravidade dos sintomas de IU. O item 1 foi eliminado devido ao seu baixo peso fatorial ($\lambda = ,21$) e o item 2 foi alocado à dimensão Limitações de Desempenho.

O modelo de 1º ordem do KHQ indica um ajustamento muito bom à amostra em estudo (CFI=,971; TLI=,961; RMSEA =,058; SRMR=,044), sem necessidade às correções sugeridas pelos índices de modificação.

Figura 1

Modelo de primeira ordem do King Health Questionnaire (KHQ)

AFC KHQ para amostra de mulheres com IU
TLI=.961, CFI= .971
RMSEA= .058



Validade Convergente

Todos as dimensões do KHQ (modelo de 1º ordem) apresentaram validade convergente exceto os fatores das limitações das atividades diárias e para as medidas de gravidade dos sintomas de IU.

Em relação à fiabilidade verificou-se que todos os itens do KHQ apresentavam valores de fiabilidade compósita igual ou superior a ,7, o que significa que o KHQ possui uma boa consistência interna (Tabela 5).

Tabela 5

Variância Extraída da Média (VEM), Fiabilidade Compósita (FC) dos fatores do KHQ

Factor	Amostra total	
	VEM	FC
RL	,92	,96
PL	,66	,79
SL	,88	,94
PR	,87	,91
EM	,75	,90
SE	,40	,57
SM	,39	,74

Validade Discriminante

Assim sendo, na validade discriminante verificou-se que as VEM dos restantes fatores deste modelo de 1º ordem foram superiores ou iguais ao quadrado da correlação entre os fatores, exceto para as limitações físicas ($r^2=,779$) e para as medidas de gravidade dos sintomas de IU ($r^2=,422$).

Tabela 6*Validade discriminante dos fatores do KHQ (N=1466).*

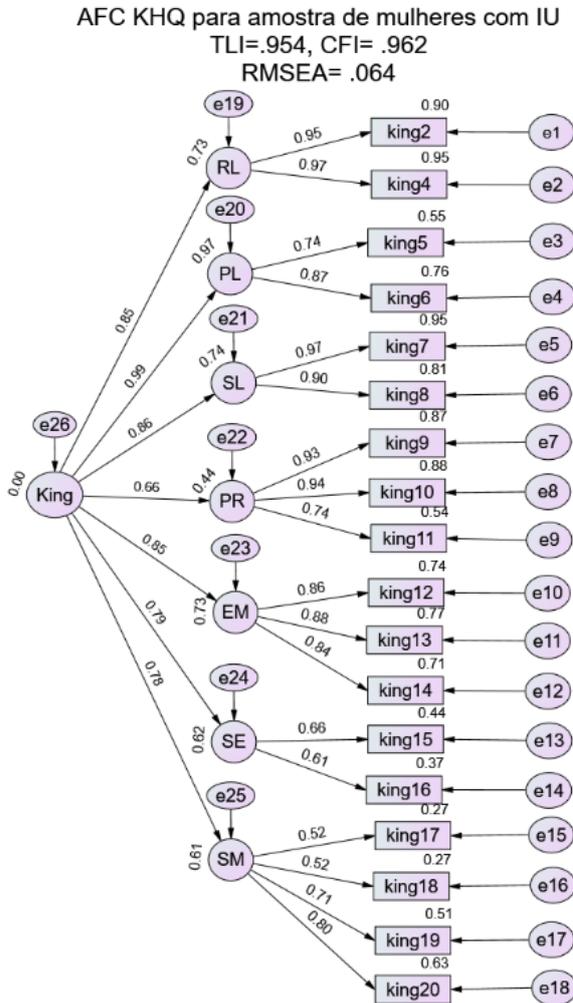
Associação entre os diferentes fatores	Quadrado das correlações	Validade Discriminante
RL↔PL	,75	Sim
RL↔SL	,51	Sim
RL↔PR	,28	Não
RL↔EM	,52	Sim
RL↔SE	,47	Não
RL↔SM	,46	Não
PL↔SL	,78	Sim
PL↔PR	,42	Não
PL↔EM	,64	Não
PL↔SE	,53	Não
PL↔SM	,54	Não
SL↔PR	,30	Não
SL↔EM	,52	Não
SL↔SE	,40	Não
SL↔SM	,40	Não
PR↔EM	,39	Não
PR↔SE	,37	Não
PR↔SM	,29	Não
EM↔SE	,58	Sim
EM↔SM	,53	Sim
SE↔SM	,42	Sim

Devido à existência de valores de correlação elevados entre as dimensões do modelo anterior justificou-se a criação de uma estrutura de 2º ordem, impacto geral da IU na QdV que engloba os todos fatores supramencionados (Figura 2).

O modelo de 2ª ordem do KHQ apresenta um ajustamento muito bom para amostra de mulheres portuguesas na meia-idade com sintomas de IU (CFI=,966; TLI=,960; RMSEA =,063; SRMR =,051).

Figura 2.

Modelo de 2º ordem KHQ



Validade de Constructo para o modelo de 2º ordem

A escala apresentada possui fiabilidade compósita elevada (Tabela 7).

Validade Fatorial para o modelo 2º ordem

Verificaram-se pesos fatoriais estandardizados aceitáveis (Tabela 7).

Validade Convergente para o modelo 2º ordem

A escala apresenta igualmente validade convergente (Tabela 7). Não é possível verificar validade discriminante em modelos fatoriais de 2º ordem.

Tabela 7

Variância Extraída da Média (VEM), Fiabilidade Compósita (FC) do modelo de 2ª ordem KHQ

Factor	Amostra total	
	VEM	FC
King	,70	,93

Estudo das qualidades psicométricas da Female Sex Function Index (FSFI-6)

Sensibilidade

Nenhum item da FSFI-6 apresentou valores absolutos de assimetria e curtose acima de três e de sete, ou seja, não houve violações severas à distribuição normal (Kline, 2015; Marôco, 2021).

Tabela 8

Estatística descritiva para a FSFI-6

Itens	Estatística descritiva			
	M	SD	Sk	Ku
1. Como qualificaria o seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?	2,76	1,06	,03	-,51
2. Como qualificaria o seu nível (grau) de excitação sexual durante a relação sexual ou penetração vaginal?	2,58	1,80	-,34	-1,32
3. Com que frequência se sentiu lubrificada (notar mais secreção genital) durante a atividade sexual ou penetração vaginal?	2,74	1,97	-,31	-1,48
4. Com que frequência alcançou o orgasmo quando teve estimulação sexual ou penetração vaginal?	2,93	2,01	-,46	-1,42
5. Quão satisfeita se tem sentido com a sua atividade sexual?	3,37	1,32	-,50	-,88
6. Com que frequência sente incómodo ou dor vaginal com a penetração? (inv)	2,94	2,03	-,47	-1,44

Nota. (inv) representa item com cotação invertida

Validade de Constructo

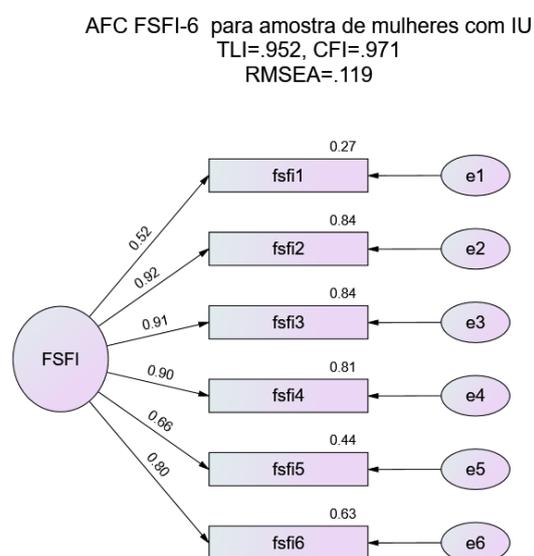
Validade Fatorial

A Figura 3 apresenta o modelo inicial da FSFI-6 (CFI=.971; TLI=.952; RMSEA =.119; SRMR=.038) com um ajustamento bom à presente amostra.

Todos os itens da FSFI-6 apresentam pesos factoriais estandardizados adequados ($\lambda \geq .50$), sendo que não houve necessidade de exclusão de algum item.

Figura 3

Modelo Inicial para Análise Fatorial Confirmatória da FSFI-6

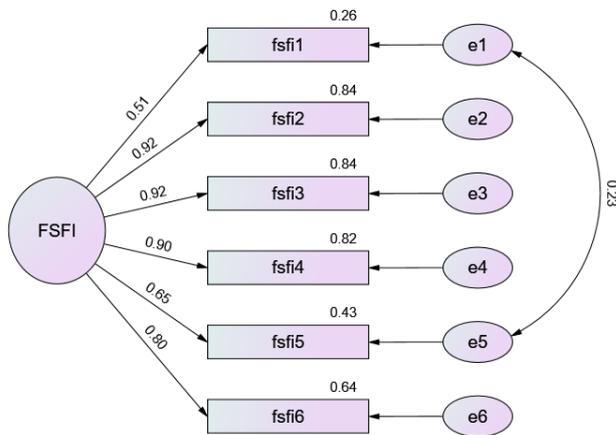


O modelo final apresenta um ajustamento muito bom à amostra em estudo (CFI=.982; TLI=.967; RMSEA =.099; SRMR=.023), com recurso ao índices de modificação que indicavam uma correlação dos erros que correspondem aos itens 1 e 5, para melhorar a qualidade do ajustamento global (Figura 4).

Figura 4

Modelo Final para Análise Fatorial Confirmatória da FSFI-6

AFC FSFI-6 para amostra de mulheres com IU
TLI=.967, CFI=.982
RMSEA=.099



Validade Convergente

Na tabela 9, observa-se que FSFI-6 apresenta valores adequados de variância da média extraída ($\lambda \geq,5$) e elevada fiabilidade compósita ($FC \geq,70$), sendo que este fator converge nos itens que são manifestações do funcionamento sexual feminino (Fornell & Larcker, 1981; Marôco 2021).

Tabela 9

FSFI-6 Variância Extraída da Média (VEM), Fiabilidade Compósita (FC)

Factor	Amostra total	
	VEM	FC
FSFI-6	,73	,91

Validade Discriminante

Como a FSFI-6 apresenta uma estrutura unifatorial não se justifica calcular o quadrado das correlações (Fornell & Larcker, 1981).

Estudo das Propriedades Psicométricas do *WHOQOL-BREF*

Sensibilidade

De acordo com a tabela 10, os itens do *WHOQOL-BREF* não apresentavam desvios substanciais da distribuição normal para valores absolutos de Ku inferiores a sete e Sk inferiores a três (Kline, 2015; Marôco, 2021).

Tabela 10

Estatística descritiva para o WHOQOL-BREF

Itens	Descriptive Statistics			
	M	SD	Sk	Ku
3. Em que medida as suas dores (físicas) a impedem de fazer o que precisa de fazer? (inv)	3,60	1,31	-,86	,12
4. Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária? (inv)	4,08	1,31	-1,55	1,79
5. Até que ponto gosta da vida?	4,09	1,11	-1,78	3,67
6. Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	4,01	1,15	-1,59	2,71
7. Até que ponto se consegue concentrar?	3,57	1,14	-1,13	1,43
8. Em que medida se sente em segurança no seu dia a dia?	3,76	1,09	-1,28	2,04
9. Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	3,90	,82	-,70	,62
10. Tem energia suficiente para a sua vida diária?	3,54	,94	-,15	-,53
11. É capaz de aceitar a sua aparência física?	3,41	1,08	-,29	-,54
12. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	3,21	1,10	,01	-,22
13. Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	4,00	,86	-,57	-,11
14. Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	3,38	1,01	-,16	-,52
15. Como avaliaria a sua mobilidade (capacidade para se movimentar e deslocar por si própria)?	4,32	,84	-1,25	1,31
16. Até que ponto está satisfeita com o seu sono?	3,06	1,19	-,11	-1,05

17. Até que ponto está satisfeita com a sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	3,76	,98	-,71	-,01
18. Até que ponto está satisfeita com a sua capacidade de trabalho?	3,82	,97	-,78	,20
19. Até que ponto está satisfeita consigo própria?	3,72	,95	-,72	,26
20. Até que ponto está satisfeita com as suas relações pessoais?	3,79	,96	-,82	,41
21. Até que ponto está satisfeita com a sua vida sexual?	3,27	1,25	-,44	-,82
22. Até que ponto está satisfeita com o apoio que recebe dos seus amigos?	3,70	1,00	-,71	,20
23. Até que ponto está satisfeita com as condições do lugar em que vive?	4,03	,92	-1,01	1,03
24. Até que ponto está satisfeita com o acesso que tem aos serviços de saúde?	3,70	1,04	-,77	,14
25. Até que ponto está satisfeito com os transportes que utiliza?	3,98	,97	-1,01	,87
26. Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão? (inv)	3,33	,90	-,22	-,25

Nota. (inv) representa item com cotação invertida

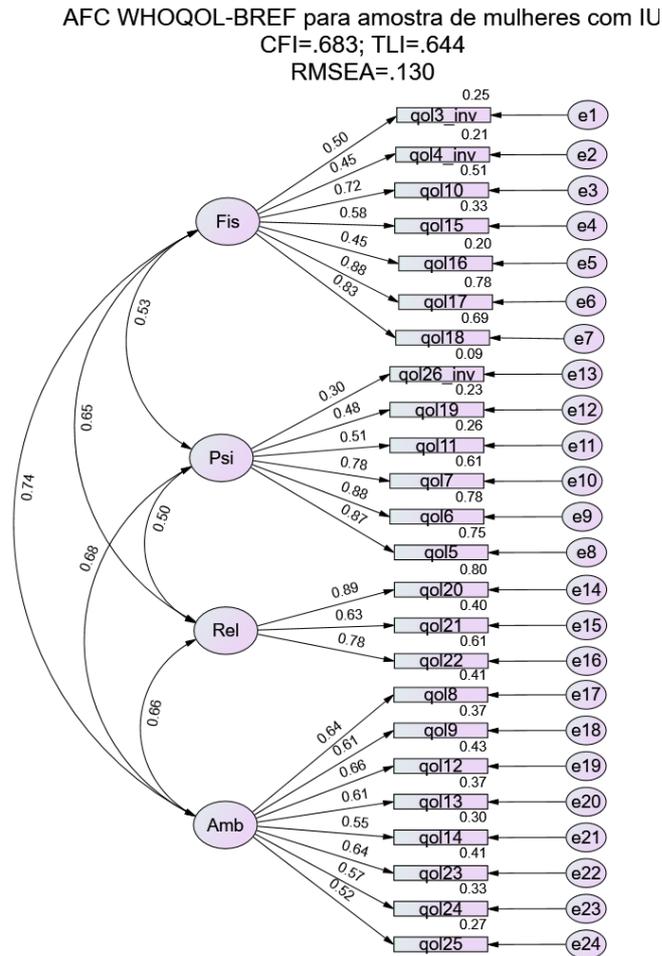
Validade de constructo

Validade Fatorial

O modelo da WHOQOL-BREF apresenta um ajustamento inaceitável à amostra em estudo (CFI=,683; TLI=,644; RMSEA =,130; SRMR=,130). Todos os itens com tinham pesos fatoriais aceitável, exceto o item 26 que teve de ser excluído ($\lambda =,304$) (Figura 5).

Figura 5

Modelo inicial WHOQOL-BREF



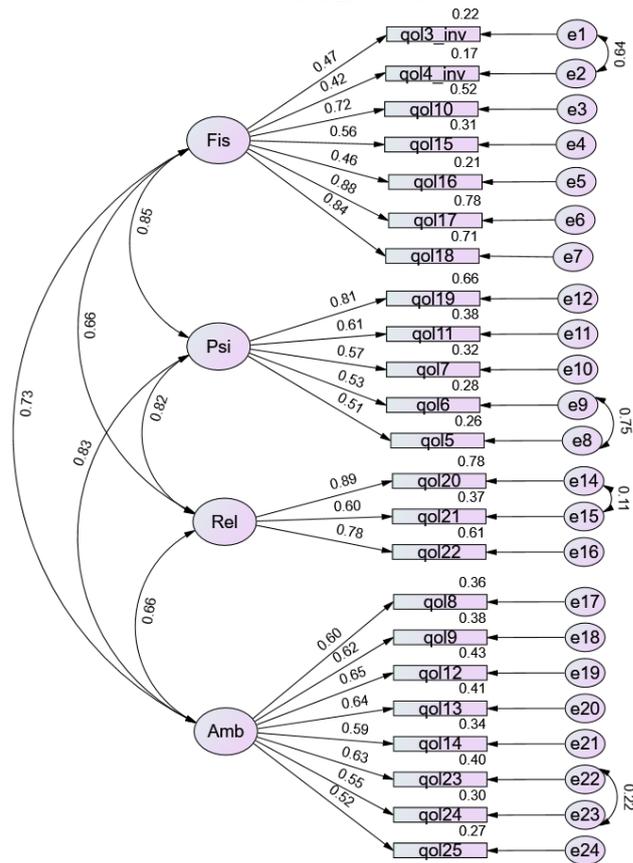
O ajustamento com a eliminação do item 26 continuava inaceitável (CFI=.698; TLI=.659; RMSEA =,131; SRMR=,127). Houve o recurso aos índices de modificação nos itens 3, 4, 5,6, 23 e 24 que apresentavam erros com elevadas correlações e também eram apoiados pelos pressupostos teóricos deste instrumento (Figura 6).

Após a tentativa de refinamento do modelo verificou-se, que não iria ser possível incluir a variável Qualidade de Vida, pois o modelo final continuava com um ajustamento sofrível (CFI=.771; TLI=.737; RMSEA=,115; SRMR =,099).

Figura 6

Modelo final WHOQOL-BREF

AFC WHOQOL-BREF para amostra de mulheres com IU
 CFI=.771; TLI=.737
 RMSEA=.115



Todos os fatores do WHOQOL-BREF apresentavam elevada fiabilidade compósita e valores aceitáveis de variância extraída da média, exceto os fatores psicológico, com 43 e ambiente, com ,37 (Tabela 11).

Tabela 11

Variância Extraída da Média (VEM), Fiabilidade Compósita (FC) dos fatores do WHOQOL-BREF

Factor	Amostra total	
	VEM	FC
Físico	,69	,83
Psicológico	,43	,82
Relacional	,60	,82
Ambiente	,37	,82

Com o ajustamento inaceitável no WHOQOL-BREF, não se procedeu à análise da validade discriminante.

Existe uma associação negativa e estatisticamente significativa entre o impacto dos sintomas de IU e a Qualidade de Vida ($r(1464) = -,449$; $p < ,001$).

Existe uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre o impacto dos sintomas de IU e o Funcionamento Sexual Feminino ($r(1464) = -,144$; $p < ,001$).

Modelo estrutural para testar a relação entre os sintomas de IU e o Funcionamento de Sexual Feminino durante a meia-idade

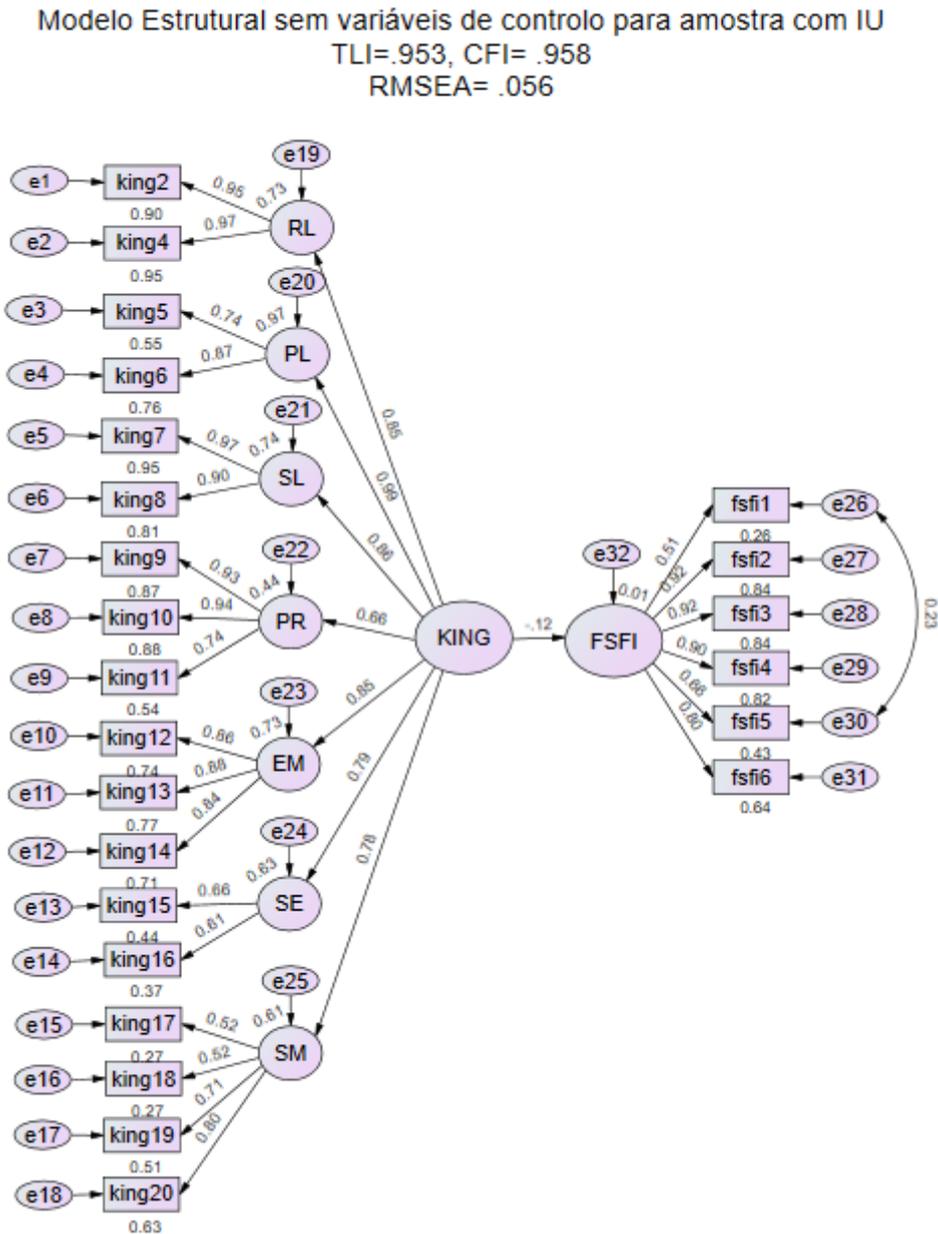
O modelo preditivo do funcionamento sexual em função do impacto dos sintomas de IU apresentava um ajustamento muito bom à amostra em estudo (TLI=,953; CFI=,958; RMSEA=,056; SRMR =,056) (Figura 7).

Verificou-se a significância da trajetória entre o impacto dos sintomas de IU e o Funcionamento Sexual ($\beta=-,115$; $p < ,001$), sendo que quanto maior o nível de severidade dos sintomas de IU, maior é o impacto no funcionamento sexual.

O modelo preditivo do funcionamento sexual em função do impacto dos sintomas de IU apresentou um ajustamento muito bom à amostra em estudo (TLI=,953; CFI=,958; RMSEA=,056; SRMR =,056) (Figura 7).

Figura 7

Modelo preditivo do Funcionamento Sexual Feminino durante a meia-idade, sem as variáveis independentes adicionais



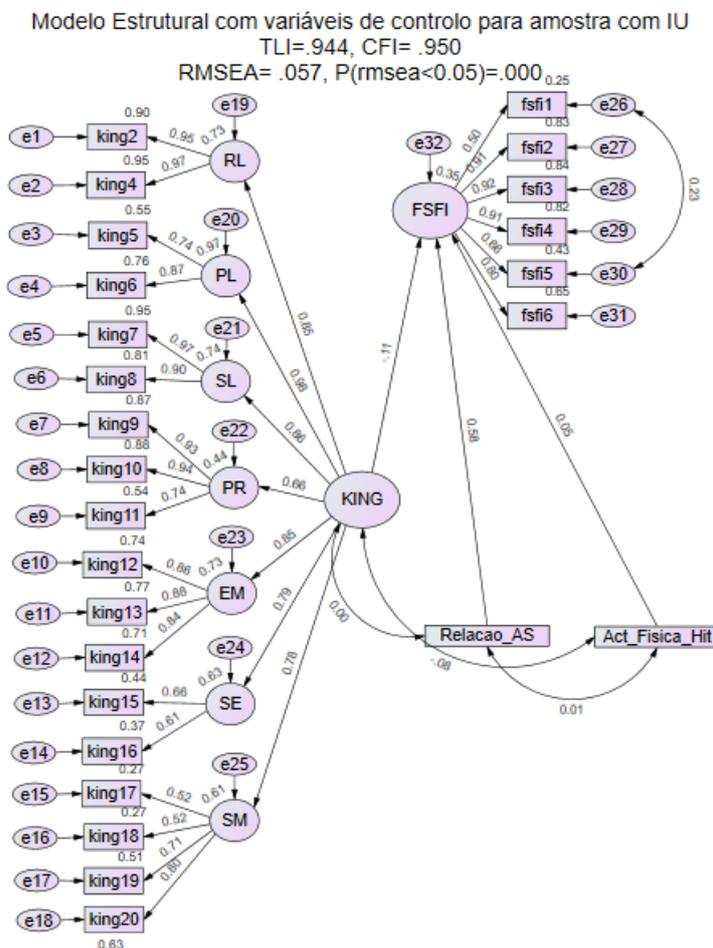
Nesta amostra, o funcionamento sexual feminino foi melhor explicado através das variáveis independentes adicionais: prática de atividade física de alto impacto, por ser um dos principais fatores de risco para a IU e o relacionamento afetivo-sexual.

O modelo do Funcionamento Sexual Feminino com as variáveis independentes adicionais apresentou um ajustamento muito bom à amostra de mulheres com micções involuntárias (CFI=,950; TLI=,944; RMSEA=,057; SRMR =,057) (Figura 8).

A atividade física ($\beta=,052$; $p=,018$) e relacionamento afetivo sexual ($\beta=,579$; $p <,001$) demonstraram ser preditores significativos para o funcionamento sexual feminino ($\beta= -, 110$; $p <,001$) durante a meia-idade com IU.

Figura 8

Modelo preditivo do Funcionamento Sexual Feminino durante a meia-idade, com as variáveis independentes adicionais: Atividade Física de Alto Impacto, Relacionamento Afetivo-Sexual



De acordo com modelo apresentado na figura 8, o funcionamento sexual feminino pode ser afetado pelo relacionamento afetivo sexual, por ser considerado o preditor mais forte no modelo de equações estruturais.

Construiu-se um modelo estrutural com apenas as variáveis independentes adicionais que se mostraram significativamente associadas ao Funcionamento Sexual Feminino durante a meia-idade que se encontra representado na Figura 9.

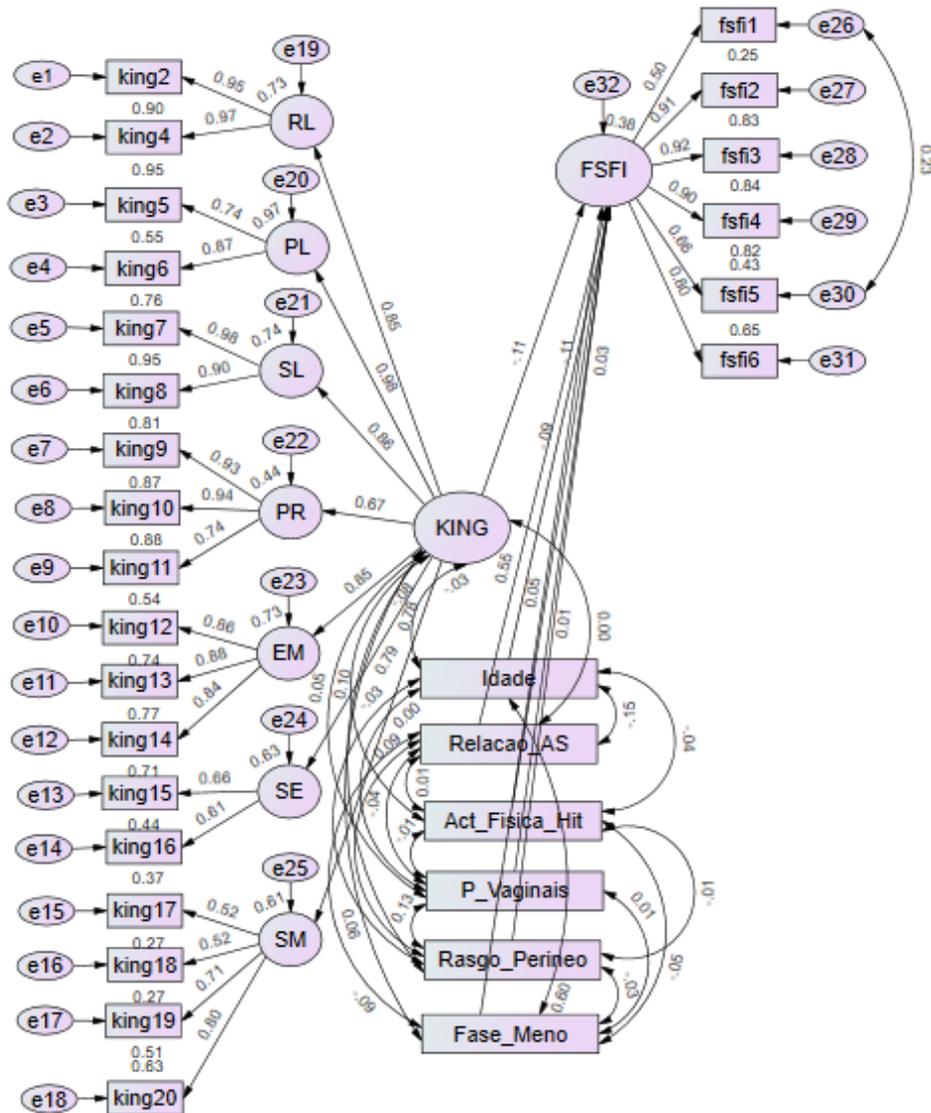
Figura 9

Modelo preditivo do Funcionamento Sexual Feminino durante a meia-idade, com apenas as variáveis independentes adicionais significativas.

Modelo Estrutural Refinado com variáveis de controlo para amostra com IU

TLI=.937, CFI= .946

RMSEA= .053



Este modelo continua com um ajustamento muito bom (TLI= ,937; CFI= ,946; RMSEA= ,053; SRMR = ,052) (Figura 9).

O funcionamento sexual feminino é afetado negativamente pelos sintomas de IU ($\beta = -.110$; $p < .001$) e nesta amostra, o funcionamento sexual feminino durante a meia-idade é melhor explicado através das seguintes variáveis independentes adicionais presentes na Figura 9: idade ($\beta = -.088$; $p = .001$), fase de menopausa ($\beta = -.105$; $p < .001$), relacionamento afetivo sexual ($\beta = .554$; $p < .001$) e prática de atividade física de alto impacto ($\beta = .045$; $p = .037$). Contudo, os partos vaginais ($\beta = .010$; $p = .655$), e a episiotomia ($\beta = .028$; $p = .197$) não foram estatisticamente significativos para prever o funcionamento sexual, nesta amostra.

Discussão

O presente estudo pretende explorar o impacto dos sintomas característicos da Incontinência Urinária, tanto no Funcionamento Sexual Feminino (Desejo, Excitação, Lubrificação, Orgasmo, Satisfação e Dor) como na Qualidade de Vida (Físico, Ambiental, Relações Sociais, Psicológico) durante a meia-idade (40 a 65 anos).

A exploração do impacto na QdV foi excluída considerando que as propriedades psicométricas do WHOQOL-BREF revelaram-se inaceitáveis (i.e., os valores de referência de CFI foram inferiores a ,9 e os valores de RMSEA abaixo de ,10 (Marôco, 2021; Steiger et al., 1985). Neste sentido, em inúmeros estudos foi possível observar problemas na avaliação das propriedades psicométricas (e.g., validade de construto e fiabilidade teste-reteste) em diferentes subescalas (e.g., domínio social) do WHOQOL-BREF em amostras de grávidas, pós-parto, HIV e outras patologias do trato urinário (Brekke et al., 2022; Haltbakk, et al., 2005; Vachlova et al., 2014).

Apesar de os fatores de risco para a IU serem conhecidos na literatura, o impacto da menopausa em mulheres com esta condição urinoginecológica não é abordado como um problema, o que poderá contribuir para a subvalorização dos sintomas e para a não procura de ajuda médica (o que poderá impactar no agravamento dos sintomas) (Mendes et al., 2017; Monteleone et al., 2018; Simon et al., 2018).

No que diz respeito aos resultados do presente estudo, verificou-se que os sintomas de IU foram um preditor significativo para o Funcionamento Sexual (i.e., mulheres portuguesas de meia-idade com uma maior intensidade e gravidade de sintomas de IU apresentam prior Funcionamento Sexual).

Estes dados encontram-se em congruência com a literatura, na qual foram documentadas as consequências biopsicossociais, como a diminuição do desejo, da

lubrificação, da satisfação sexual, emergência dos fatores de risco para disfunção sexual (e.g. dispareunia) e evitamento das relações sexuais por receio que ocorram perdas involuntárias de urina durante a penetração e o orgasmo (Filippe et al., 2017; Nappi et al., 2014; Roos et al., 2014; Turhan et al., 2015). Estes resultados alertam para a importância de avaliar as alterações do funcionamento sexual em mulheres com IU, pois a literatura documenta o aparecimento e o agravamento de problemas na relação afetivo-sexual (e.g., afastamento da mulher com medo da perda de urina durante a relação sexual; e de apresentar um odor desagradável) (Avery et al., 2013; Javanmardifard et al., 2022; Molinuevo & Baptista-Miranda, 2012; Nappi et al., 2014; Sinclair & Ramsay, 2011). Sinclair e Ramsay (2011) referem que a relação do casal pode ser afetada significativamente e negativamente pela IU, sendo que 25% dos casais reportam redução da intimidade e da aproximação afetiva e física.

A nível das relações com amigos e familiares, assiste-se frequentemente a uma alteração dos padrões de socialização, onde as mulheres limitam as suas saídas sociais, com medo das perdas urinárias. comportamentos (Avery et al., 2013; Javanmardifard et al., 2022; Molinuevo & Baptista-Miranda, 2012; Nappi et al., 2014; Sinclair & Ramsay, 2011).

Sabendo que as consequências da IU no funcionamento sexual podem ser impactantes, torna-se essencial contemplar os níveis de satisfação com a sexualidade em intervenções que visam minimizar os sintomas de IU no funcionamento sexual e melhorar a qualidade de vida (Avery et al., 2013; Javanmardifard et al., 2022; Mendes et al., 2017; Roos et al., 2014; Sinclair & Ramsay, 2011; Turhan et al., 2015).

Os estudos reforçam que as mulheres só procuram ajuda quando os sintomas são graves, ao ponto de existirem graves alterações no quotidiano, com elevados custos directos e indirectos que foram destacados nos estudos de Minassian e colaboradores (2012), Sinclair & Ramsay (2011), Javanmardifard e colaboradores (2022). Desta forma, os programas psicoeducativos de intervenção são cruciais para minimizar ou prevenir sintomatologia de incontinência urinária grave; promover a compreensão e a desestigmatizar a patologia urinária; promover uma gestão eficaz dos sintomas uroginecológicos e aumentar o acesso aos cuidados de saúde (Javanmardifard et al., 2022; Molinuevo & Baptista-Miranda, 2012).

No modelo estrutural realizado pudemos verificar que as variáveis independentes adicionais, isto são, a prática de atividade física de alto impacto e o

relacionamento afetivo-sexual, prediziam positivamente o funcionamento sexual feminino na presente amostra (ou seja, mulheres com parceiro e que praticam atividade de elevado impacto apresentaram um melhor funcionamento sexual), sendo que a presença de um parceiro foi mencionado como um fator protetor para um bom funcionamento sexual durante a meia-idade em dois estudos anteriores realizados por Filipe e colaboradores (2017) e Ross e colaboradores (2014).

Não obstante, a literatura documenta maioritariamente que os sintomas de IU poderão contribuir para um pobre funcionamento sexual do casal, o que por sua vez afeta as mulheres ao nível relacional (Nappi et al., 2014; Sinclair & Ramsay, 2011).

Neste sentido, Sinclair e Ramsay (2011) referem que a relação do casal pode ser afetada significativamente e negativamente pela IU, sendo que 25% dos casais reportam redução da intimidade e da aproximação afetiva e física.

Os sintomas de IU podem limitar a prática de exercício físico, a intimidade nos relacionamentos, o desempenho profissional e a escolha de planos durante as férias (Javanmardifard et al., 2022; Sinclair & Ramsay, 2011).

No que concerne aos pontos fortes deste estudo poderemos assinalar que os materiais utilizados, com a exceção do WHOQOL-BREF, apresentaram um ajustamento muito bom à presente amostra. A idade apresenta-se como um preditor significativo, sendo que à medida que a idade avança, as mulheres tendem a inibir e diminuir a atividade sexual, podendo-se observar consequentemente um score global mais baixo na escala da FSFI-6.

A dimensão da presente amostra (N=1466) foi um dos pontos fortes. Outra força refere-se à utilização de instrumentos já validados para amostras portuguesas, ou seja, o King's Health Questionnaire e a FSFI-6 (Pimenta et al., 2019; Porto et al., 2022; Tamanin et al., 2003; Viana et al., 2015). Os resultados obtidos nas análises fatoriais confirmatórias à FSFI-6 e ao KHQ foram congruentes com os artigos de validação internacionais (Kelleher et al., 1997; Pechorro et al., 2016; Pérez-López et al., 2012; Shripad et al., 2015).

Outro ponto forte do presente estudo foi a utilização da Análise de Equações Estruturais (AEE), em alternativa aos métodos tradicionais de análise estatística por três motivos: (i) inexistência de efeitos directos e indirectos, (ii) mais proficientes para variáveis latentes, (iii) impede a probabilidade de erros estatísticos de tipo II, isto é,

concluir erradamente que não existe uma relação significativa, através da análise de significância (Marôco, 2021; Steiger et al., 1985).

No que se refere às limitações do presente estudo, é possível que a WHOQOL-BREF, ao ser uma escala de QdV geral, possa não ter sido a opção mais adequada tendo em conta as características da presente amostra (i.e., amostra com mulheres em fase de menopausa e com uma patologia clínica (IU), podendo ter comprometido o bom ajustamento.

Uma outra causa possível para os baixos níveis de ajustamento refere-se ao facto de 41,8% da presente amostra encontrar-se na fase de pós-menopausa, em que existe uma maior prevalência de sintomas vasomotores, que podem interferir na qualidade do sono, o que consequentemente afetará as pontuações da dimensão Física avaliada pelo instrumento (Filippe et al., 2017; Sinclair & Ramsay, 2011).

Outra limitação do presente estudo foi a não contabilização da média de horas de sono no último mês, visto que as perdas involuntárias de urina durante a noite e a manifestação dos sintomas vasomotores durante a perimenopausa e pós-menopausa afetam a qualidade do sono das mulheres (Abrams et al., 2014; Avery et al., 2013; Bartoli et al., 2010; Monteleone et al., 2018; Nappi et al., 2014; Sinclair & Ramsay, 2011).

Outra limitação refere-se ao facto de a amostra ter sido recolhida online, através da divulgação em redes social, o que conduz a um enviesamento sociocultural (tornando-se mais provável preencherem o questionário mulheres com acesso à internet e literacia digital). Verificámos também que na amostra recolhida predominavam níveis de habilitações literárias superiores ao 12º ano (amostra com elevadas habilitações), existindo pouca presença no segmento da amostra com níveis de escolaridade inferiores ao 12ºano. Por outro lado, uma amostra com elevados níveis de literacia poderá estar mais disponível e ter mais recursos para procurar ajuda de um profissional de saúde, com o objetivo de aceder aos tratamentos para atenuar o impacto dos sintomas de Incontinência Urinária.

Estudos futuros poderão proceder à validação e respetiva adaptação dos instrumentos gold-standart, tais como o The International Consultation on Incontinence Questionnaire Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-IU SF) e The Questionnaire for Urinary Incontinence Diagnosis (QUID).

Deste modo, uma direção futura sobre o impacto dos sintomas de IU, seria colmatar a escassez de estudos sobre a prevalência das disfunções sexuais na mulher com IU e avaliando também o casal, do ponto de vista do funcionamento sexual e das crenças desadaptativas sobre IU. Poder-se-á ainda clarificar qual o tipo de IU que é mais provável de influenciar o funcionamento sexual feminino (Aslan et al., 2004; Rogers et al., 2001; Salonia et al., 2004; Sen et al., 2006).

No que se refere à prevalência das disfunções sexuais em mulheres com IU, futuramente poder-se-á contemplar igualmente a existência de disfunção sexual prévia, para que seja possível verificar se esta variável pode ser agravada pelos sintomas de IU durante a menopausa.

Sendo que existe uma escassez de estudos na área do isolamento social (IS) em mulheres com IU, tornar-se importante avaliar ainda os níveis de IS das mulheres com sintomatologia urinária, de forma a desenvolver intervenções e programas psicossociais mais eficazes.

Assim, este estudo contribuiu para enfatizar que os sintomas de IU impactam a vida das mulheres em menopausa, nomeadamente, no seu funcionamento sexual.

Referências bibliográficas:

Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., Van Kerrebroeck, P., Victor, A., Wein, A., & Standardisation Sub-Committee of the International Continence Society (2003). The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*, *61*(1), 37–49. [https://doi.org/10.1016/s0090-4295\(02\)02243-4](https://doi.org/10.1016/s0090-4295(02)02243-4)

Abrams, P., Smith, A.P., & Cotterill, N. (2014). The impact of urinary incontinence on health-related quality of life (HRQoL) in a real-world population of women aged 45–60 years: results from a survey in France, Germany, the UK and the USA. *BJU international*, *115*(1), 143–152. <https://doi.org/10.1111/bju.12852>

Albertazzi, P., & Sharma, S. (2005). Urogenital effects of selective estrogen receptor modulators: a systematic review. *Climacteric*, *8*(3), 214–220. <https://doi.org/10.1080/13697130500117946>

Alperin, M., Burnett, L., Lukacz, E., & Brubaker, L. (2018). The mysteries of menopause and urogynecologic health. *Menopause*, *1*(26). <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001209>

Amaral, M. O. P., Coutinho, E. C., Nelas, P. A. A. B., Chaves, C. M. B., & Duarte, J. C. (2015). Risk factors associated with urinary incontinence in Portugal and the quality of life of affected women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *131*(1), 82–86. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.03.041>

Aoki, Y., Brown, H. W., Brubaker, L., Cornu, J. N., Daly, J. O., & Cartwright, R. (2017). Urinary incontinence in women. *Nature Reviews Disease Primers*, *3*. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.97>

Avery, J.C., Braunack-Mayer, A.J., Stocks, N. P., Taylor, A.W. & Duggan, P. (2013). Psychological perspectives in urinary incontinence: a metasynthesis. *OA Women's Health*, *1* (1), 1-10. <https://www.oapublishinglondon.com/article/662>

Avery, K., Donovan, J., Peters, T. J., Shaw, C., Gotoh, M., & Abrams, P. (2004). ICIQ: A brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, *23*(4), 322–330. <https://doi.org/10.1002/nau.20041>

Brekke, M. , Berg, R. C., Amro, A., Glavin K. ,& Haugland T. (2022). Quality of Life instruments and their psychometric properties for use in parents during

pregnancy and the postpartum period: a systematic scoping review. *Health Qual Life Outcomes* 20, 107 <https://doi.org/10.1186/s12955-022-02011-y>

Blümel, J. E., Chedraui, P., Baron, G., Belzares, E., Bencosme, A., ... Calle, A. (2012). Menopausal symptoms appear before the menopause and persist 5 years beyond: a detailed analysis of a multinational study. *Climacteric*, 15(6), 542–551. <https://doi.org/10.3109/13697137.2012.658462>

Bø, K. (2004). Urinary Incontinence, Pelvic Floor Dysfunction, Exercise and Sport. *Sports Medicine*, 34(7), 451–464. <https://doi.org/10.2165/00007256-200434070-00004>

Botelho, F., Silva, C., & Cruz, F. (2007). Incontinência urinária feminina. *Acta Urológica*, 2, 79-82. <https://apurologia.pt/vol-24-n-o-1-2007/>

Chaikin D., Rosenthal, J., & Blaivas, J. (1998). Pubovaginal fascial sling for all types of stress urinary incontinence. *The Journal of Urology*, 160(4), 1312–1316. [https://doi.org/10.1016/s0022-5347\(01\)62524-2](https://doi.org/10.1016/s0022-5347(01)62524-2)

Conceição, P., Sousa, I., Azinhais, P., Pereira, B., Borges, Leão R., ... Sobral, F. (2009) Factores prognósticos do resultado da cirurgia de incontinência urinária de esforço – Experiência de um serviço de urologia. *Acta Urológica*, 26; (4), 15-18. <https://apurologia.pt/vol-26-n-o-4-2009/>

Coyne, K. S., Wein, A., Nicholson, S., Kvasz, M., Chen, C.-I., & Milsom, I. (2014). Economic burden of urgency urinary incontinence in the United States: A systematic review. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 20(2), 130–140. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2014.20.2.130>

Cody, J. D., Jacobs, M. L., Richardson, K., Moehrer, B., & Hextall, A. (2012). Oestrogen therapy for urinary incontinence in post-menopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001405.pub3>

Correia, S., Dinis, P., Rolo, F., & Lunet, N. (2009). Prevalence, treatment and known risk factors of urinary incontinence and overactive bladder in the non-institutionalized Portuguese population. *International Urogynecology Journal*, 20(12), 1481–1489. <https://doi.org/10.1007/s00192-009-0975-x>

Davis, S. R., Castelo-Branco, C., Chedraui, P., Lumsden, M. A., Nappi, R. E., ... Shah, D. (2012). Understanding weight gain at menopause. *Climacteric*, 15(5), 419–429. <https://doi.org/10.3109/13697137.2012.707385>

Davison, S. L., Bell, R., Donath, S., Montalto, J. G., & Davis, S. R. (2005). Androgen Levels in Adult Females: Changes with Age, Menopause, and Oophorectomy. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 90(7), 3847–3853. <https://doi.org/10.1210/jc.2005-0212>

Diokno, A. C., Burgio, K., Fultz, N. H., Kinchen, K. S., Obenchain, R., & Bump, R. C. (2004). Medical and self-care practices reported by women with urinary incontinence. *American Journal of Managed Care*, 10(2; PART 1), 69-80.

Epstein, B. J., Gums, J. G., & Molina, E. (2006). Newer agents for the management of overactive bladder. *American family physician*, 74(12).

Fernandes, S., Coutinho, E., Duarte, J., Nelas, P., Chaves, ... , & Amaral, O. (2015). Qualidade de vida em mulheres com Incontinência Urinária. *Revista de Enfermagem Referência, serIV*(5), 93-99. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14042>

Graça, B (2011). Incontinência urinária de esforço no século XX – Teoria e cirurgias revisitadas. *Acta Urológica*, 29; (1), 28-36. <https://apurologia.pt/wp-content/uploads/2018/10/incont-urin-esforco-sec-xx.pdf>

Guilbert, E., Boroditsky, R., Black, A., Kives, S., Leboeuf, M., & Mirosh, M. (2007). Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Canadian Consensus Guideline on Continuous and Extended Hormonal Contraception, 2007. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC*, 29(7 Suppl 2), S1. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)32573-7](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)32573-7)

Haltbakk, J., Hanestad, B. R. & Hunskaar, S. (2005). How important are mens lower urinary tract symptoms (LUTS) and their impact on the quality of life (QOL)?. *Qual Life Res*, 14, 1733–1741. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-3232-x>

Harlow , S. D., Gass, M., Hall, J. E., Lobo, R., Maki, P., Rebar, R.W., Sherman, S., Sluss, P.M ., & de Villiers, T.J. (2012). Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: Addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Menopause*, 19, 1-9. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e31824d8f40>

Isidori, A. M., Pozza, C., Esposito, K., Giugliano, D., Morano, S., Vignozzi, L., ... Jannini, E. A. (2010). Development and validation of a 6-item version of the Female Sexual Function Index (FSFI) as a diagnostic tool for female sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 7(3), 1139–1146. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01635.x>

Javanmardifard, S. , Gheibizadeh, M. , Fatemeh, S. , Kourosch, Z. and Fariba & Ghodsbin, F. (2022). Psychosocial Experiences of Older Women in the Management of Urinary Incontinence: A Qualitative Study. *Front. Psychol.* 13.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.785446>

Keene, K. & Bradley, C. S. (2022). Behavioral Therapy and Lifestyle Modifications for the Management of Urinary Incontinence in Women. In A. P. Cameron (Ed.), *Female Urinary Incontinence* (Chap.. 6, pp. 107-125). Springer.

Kline, R. B. (2015). Principles and practice of structural equation modeling (4th ed.). Guilford Press.

Legendre, G., Ringa, V., Fauconnier, A., & Fritel, X. (2013). Menopause, hormone treatment and urinary incontinence at midlife. *Maturitas*, 74(1), 26–30.

<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.10.005>

Lifford, K. L., Townsend, M. K., Curhan, G. C., Resnick, N. M., & Grodstein, F. (2008). The epidemiology of urinary incontinence in older women: incidence, progression, and remission. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(7), 1191–1198. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01747.x>

Llaneza, P., García-Portilla, M. P., Llaneza-Suárez, D., Armott, B., & Pérez-López, F. R. (2012). Depressive disorders and the menopause transition. *Maturitas*, 71(2), 120–130. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.11.017>

Mascarenhas, T. (2011). Disfunções do pavimento pélvico: Incontinência urinária e prolapso dos órgãos pélvicos. In C. Freire de Oliveira (Coord.), *Manual de Ginecologia* (Cap. 30, pp. 97-142). Permanyer Portugal.

Marôco, J. (2021). Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software e aplicações. Report Number.

Mendes, A., Hoga, L., Gonçalves, B., Silva, P., & Pereira, P. (2017). Adult women's experiences of urinary incontinence: a systematic review of qualitative evidence. *JBIR database of systematic reviews and implementation reports*, 15(5), 1350–1408. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003389>

Menezes, M., Pereira, M., & Hextall, A. (2010) Predictors of female urinary incontinence at midlife and beyond. *Maturitas*, 65(2), 167–171.

<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2009.10.004>

Milsom, I., Coyne, K. S., Nicholson, S., Kvasz, M., Chen, C.-I., & Wein, A. J. (2014). Global prevalence and economic burden of urgency urinary incontinence: A

systematic review. *European Urology*, 65(1), 79–95.

<https://doi.org/10.1016/j.eururo.2013.08.031>

Ministério da Saúde, Serviço Nacional de Saúde (2018). Retrato da Saúde, Portugal. Recuperado de <https://www.sns.gov.pt/retrato-da-saude-2018/>

Minassian, V. A., Stewart, W. F., & Wood, G. C. (2008). Urinary Incontinence in women. *Obstetrics & Gynecology*, 111, 324–331.

<https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000267220.48987.17>

Molinuevo, B., & Batista-Miranda, J. E. (2012). Under the tip of the iceberg: Psychological factors in incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, 31 (5), 667–671. <https://doi.org/10.1002/nau.21216>

Møller, I. A., Lose, G., & Jørgensen, T. (2000). The prevalence and bothersomeness of lower urinary tract symptoms in women 40–60 years of age. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 79(4), 298–305.

<https://doi.org/10.1080/j.1600-0412.2000.079004298.x>

Mishra, G. D., Chung, H.-F., Cano, A., Chedraui, P., Goulis, D. G., Lopes, P., ... Lambrinoudaki, I. (2019). EMAS position statement: predictors of premature and early natural menopause. *Maturitas*. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.03.008>

Monteleone, P., Mascagni, G., Giannini, A., Genazzani, A. R., & Simoncini, T. (2018). Symptoms of menopause- Global prevalence, physiology and implications. *Nature Reviews- Endocrinology*, 14 (4), 199–215.

<https://doi.org/10.1038/nrendo.2017.180>

Moura, B. G. (2005). Incontinência urinária feminina. *Revista Portuguesa de medicina geral e familiar*, 21(1), 11–20. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v21i1.10106>

Nager, C. W., Brubaker, L., Litman, H. J., Zyczynski, H. M., Varner, R. E., Amundsen, C., ... Gormley, E. A. (2012). A randomized trial of urodynamic testing before stressincontinence surgery. *New England Journal of Medicine*, 366(21), 1987–1997. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1113595>

Nambiar, A. K., Bosch, R., Cruz, F., Lemack, G. E., Thiruchelvam, N., Tubaro, A., ... Burkhard, F. C. (2018). EAU guidelines on assessment and nonsurgical management of urinary incontinence. *European Urology*, 73(4), 596–609.

<https://doi.org/10.1016/j.eururo.2017.12.031>

Nappi, R., Martini, E., Martella, S., Capuano, F., Bosoni, D., & Giacomini, S. et al. (2014). Maintaining sexuality in menopause. *Post Reproductive Health*, 20(1), 22-29. <https://doi.org/10.1177/175404531351512>

Parazzini, F., Colli, E., Origgi, G., Surace, M., Bianchi, M., Benzi, ... & Artibani, W. (2000). Risk factors for urinary incontinence in women. *European Urology*, 37(6), 637–643. <https://doi.org/10.1159/000020231>

Pechorro, P. S., Pascoal, P. M., Monteiro Pereira, N., Poiares, C., Neves Jesus, S., & Vieira, R. X. (2016). Validação da versão portuguesa do Índice de Funcionamento Sexual Feminino – 6. *Revista Internacional de Andrologia*, 15(1), 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2016.06.001>

Pérez-López, F., Fernández-Alonso, A., Trabalón-Pastor, M., Vara, C., & Chedraui, P. (2012). Assessment of sexual function and related factors in mid-aged sexually active Spanish women with the six-item Female Sex Function Index. *Menopause*, 19(11), 1224-1230. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e3182546242>

Pimenta, F., Leal, A. B., Albergaria, R., Marôco, J., Leal, I., Chedraui, P., & Pérez-López, F. R. (2019). The 6-item Female Sexual Function Index: Paper-and-pencil and online format assessment of sexual-related symptoms. *Maturitas*, 128, 96. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.07.014>

Porto, M. G., Marôco, J., Mascarenhas, T., Medeiros, T., Almeida, M., & Pimenta, F. (2022 8 setembro – 10 setembro). Qualidades Psicométricas do King's Health Questionnaire numa Amostra Portuguesa [Apresentação em poster]. XIV Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Universidade da Madeira, Funchal.

Rekers, H., Drogendijk, A. C., Valkenburg, H., & Riphagen, F. (1992). Urinary incontinence in women from 35 to 79 years of age: prevalence and consequences. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 43(3), 229–234. [https://doi.org/10.1016/0028-2243\(92\)90178-2](https://doi.org/10.1016/0028-2243(92)90178-2)

Robinson, D., & Cardozo, L. (2011). Estrogens and the lower urinary tract. *Neurourology and Urodynamics*, 30(5), 754–757. <https://doi.org/10.1002/nau.21106>

Roos, A. M., Thakar, R., Sultan, A. H., Burger, W. C., & Paulus, T.G., A. (2014). Pelvic Floor Dysfunction: Women's Sexual Concerns Unraveled. *The Journal Of Sexual Medicine*, 11(3), 743-752. <https://doi.org/10.1111/jsm.12070>

Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsig, R., ... D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional

Self- Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191–208 <https://doi.org/10.1080/009262300278597>

Sampselle, C. (2002). Urinary incontinence predictors and life impact in ethnically diverse perimenopausal women. *Obstetrics & Gynecology*, 100(6), 1230–1238. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(02\)02241-x](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(02)02241-x)

Samuelsson, E., Victor, A., & Tibblin, G. (1997). A population study of urinary incontinence and nocturia among women aged 20-59 years. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 76(1), 74–80. <https://doi.org/10.3109/00016349709047789>

Senra, C., & Pereira, M. (2015). Quality of life in women with urinary incontinence. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 61(2), 178-183. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.61.02.178>

Simon, J., Davis, S., Althof, S., Chedraui, P., Clayton, A., & Kingsberg, S. et al. (2018). Sexual well-being after menopause: An International Menopause Society White Paper. *Climacteric*, 21(5), 415-427. <https://doi.org/10.1080/13697137.2018.1482647>

Sinclair, A. J. & Ramsay, I. N. (2011). The psychosocial impact of urinary incontinence in women. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 13(3), 143-148. <https://doi.org/10.1576/toag.13.3.143.27665>

Sherburn, M., Guthrie, J. R., Dudley, E. C., O’Connell, H. E., & Dennerstein, L. (2001). Is incontinence associated with menopause? *Obstetrics & Gynecology*, 98(4), 628-633. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(01\)01508-3](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(01)01508-3)

Shuster, L. T., Rhodes, D. J., Gostout, B. S., Grossardt, B. R., & Rocca, W. A. (2010). Premature menopause or early menopause: Long-term health consequences. *Maturitas*, 65(2), 161–166. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2009.08.003>

Steiger, J., Shapiro A., & Browne, M. (1985). On the multivariate asymptotic distribution of sequential Chi-square statistics, *Psychometrika* 50(3), 253–263. <https://doi.org/10.1007/BF02294104>

Subak, Leslee L.; Richter, Holly E.; Hunnskaar, Steinar (2009). Obesity and Urinary Incontinence: Epidemiology and Clinical Research Update. *The Journal of Urology*, 182(6), S2–S7. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2009.08.071>

Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2021 a). Minibook dos Consensos de Uroginecologia. Recuperado de: <https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/04/2021-08-Minibook-Digital-dos-Consensos-de-UroGinecologia-Setembro-21.pdf>

Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2021 b). Consenso Nacional sobre Menopausa 2021. Recuperado de: <https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2017/05/Consenso-Nacional-Menopausa-2021.pdf>

Trutnovsky, G., Rojas, R. G., Mann, K. P., & Dietz, H. P. (2013). Urinary incontinence. *Menopause*, 1. doi:10.1097/gme.0b013e31829fc68c

Turhan, A., Akhan, E.S., Bastu, E., Ugurlucan, G. F., Yasa, C., Oskay, U. ,& Yalcin, O. (2015).The effect of urinary incontinence on sexual functioning in turkish women of reproductive and menopausal ages. *International Journal Of Sexual Health*, 27(4), 396-405. <https://doi.org/10.1080/19317611.2015.1023962>

Vachkova, E., Jezek, S., Mares, J. , & Moravcova, M. (2013). The evaluation of the psychometric properties of a specific quality of life questionnaire for physiological pregnancy. *Health Qual Life Outcomes*, 11, 214 <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-214>

Anexos

Anexo A- Revisão Alargada de Literatura

Incontinência Urinária Feminina

A Incontinência Urinária (IU) é definida como a queixa de qualquer perda involuntária de urina, afetando mais de 340 milhões de pessoas a nível mundial (Abrams et al., 2003; Chaikin, Rosenthal, & Blaivas, 1998; Kenne & Bradley, 2022). Existem três subtipos principais de Incontinência Urinária: Incontinência Urinária de Esforço (IUE), Incontinência Urinária de Urgência (IUU) e Incontinência Urinária Mista (IUM) (Abrams et al., 2003; Correia et al., 2009; Moura, 2005; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021a).

A nível fisiológico, a IUE deve-se à combinação de uma debilitação muscular do esfíncter intrínseco uretral e de uma defetividade anatômica ou fraqueza no suporte uretral, que conduz a uma pressão insuficiente para o encerramento uretral durante o esforço físico (Aoki et al., 2018; Mascarenhas, 2011). A perda involuntária de urina na IUE ocorre durante o aumento da pressão abdominal e na ausência de contração do detrusor (Aoki et al., 2018; Mascarenhas, 2011).

Por sua vez, a IUU consiste na presença de contrações involuntárias do detrusor, que podem ser voluntárias ou provocadas, durante a fase de enchimento da bexiga (Mascarenhas, 2011). A urgência caracteriza-se por um forte, súbito e incontrolável desejo de urinar, sendo uma consequência de uma contração indesejada do músculo detrusor hiperativo durante a fase de enchimento da bexiga (Aoki et al., 2018; Mascarenhas, 2011).

No que diz respeito à IUM, esta caracteriza-se pelo aumento da pressão intra-abdominal que ocorre durante a atividade de esforço físico (e.g. espirar, tossir), o que pode causar tanto a descida da junção uretrovesical, como pode estimular a contração inapropriada do músculo detrusor hiperativo, como se observa na IUU (Aoki et al., 2018; Mascarenhas, 2011).

Neste sentido, a nível fisiológico, o mecanismo de continência urinária é definido pelo pressuposto de que a pressão intra-uretral seja superior à pressão intra vesical, através de quatro fatores principais para o seu funcionamento adequado: (i) deve existir uma acomodação vesical ao enchimento normal, (ii) um esfíncter uretral eficiente, (iii) bem como um suporte uretral, pelo pavimento pélvico, também eficiente, (iv) uma boa

coaptação e selagem da mucosa uretral (Abrams et al., 2003; Aoki et al., 2018; Mascarenhas, 2011).

Inversamente, a IU pode ser causada por qualquer fator que conduza a pressão intravesical e que exceda a pressão uretral máxima (Abrams et al., 2003; Aoki et al., 2018; Mascarenhas, 2011).

A prevalência da IU aumenta progressivamente com a idade, alterando-se a nível da gravidade sintomatológica e da respetiva modalidade de diagnóstico (que pode ser baseada somente em sintomas ou, pelo contrário, em estudos urodinâmicos) (Aoki et al., 2018; Mascarenhas, 2011). As mulheres com uma idade mais avançada apresentam uma probabilidade superior de sofrerem de IUU e IUM, e mulheres mais novas, uma maior probabilidade de apresentar IUE (Abrams et al., 2003; Aoki et al., 2018; Mascarenhas, 2011).

A incontinência urinária mais prevalente é a IUE (49%), seguida da IUM (29%) e, por último, da IUU (22%) (Aoki et al., 2018; Mascarenhas, 2011).

Para além dos fatores de risco supracitados na história ginecológica e obstétrica da mulher, incluem-se igualmente os efeitos colaterais de tratamentos médico-cirúrgicos, como a cirúrgica de correção de prolapso e a radioterapia (Kenne & Bradley, 2022; Mascarenhas, 2011).

A prevalência da IUE aumenta significativamente após múltiplos partos vaginais, sendo que os sintomas de IU não podem ser explicados apenas pelos traumatismos no pavimento pélvico após o parto, mas também pelas alterações fisiológicas durante a gravidez (Mascarenhas, 2011; Menezes et al., 2010).

A execução de uma cesariana, invés de um parto vaginal pode ser um fator protetor tanto para a IU, como para as disfunções do pavimento pélvico (Menezes et al., 2010; Mascarenhas, 2011). Contudo, a correlação da gravidez e dos partos vaginais como fatores de risco para a IU diminui com o avançar da idade (Aoki et al., 2018; Mascarenhas, 2011).

Nas disfunções do pavimento pélvico, destaca-se ainda o Prolapso dos Órgãos Pélvicos (POP), em que a vagina e os órgãos adjacentes, uretra, bexiga, reto e intestino, saem da sua habitual posição por enfraquecimento ou flacidez dos tecidos de suporte da região pélvica (Abrams et al., 2003; Roos et al., 2014). A consequência é a protusão destes órgãos empurrando a parede vaginal. A cirurgia pélvica, a gravidez, o parto, a paridade, a idade avançada e a fase de menopausa estão associadas ao risco de POP

(Abrams et al., 2003; Roos et al., 2014). Na cistocele (prolapso da bexiga), uretrocele e prolapso uterino, podem existir sintomas/queixas de IU ou dificuldade no início da micção, dependendo do grau de prolapso. São também frequentes sintomas de urgência e aumento da frequência urinária (Abrams et al., 2003; Aoki et al., 2018).

O Síndrome de Bexiga Hiperativa enquadra-se nas perturbações miccionais de armazenamento e é definida pela ICS (International Continence Society) como a presença de urgência, com ou sem incontinência de urgência, habitualmente acompanhada de um aumento da frequência urinária diurna e noturna (noctúria), não havendo infecção ou outra causa evidente para estes sintomas. Apesar da classificação de bexiga hiperativa poder ser extensível à IUE e IUM, existe uma elevada proporção de urgência e frequência urinárias sem que ocorram episódios de incontinência (Abrams et al., 2003).

A IU é uma condição clínica com elevado impacto a nível económico-financeiro. Neste sentido, em 2005, um estudo multinacional que incluiu o Canadá, Alemanha, Itália, Espanha e Suécia, estimou que foram despendidos 7 mil milhões de euros apenas na IU de urgência (Coyne et al., 2014; Milsom et al., 2014). Estudos mais recentes realizados nos EUA estimam que irão ser gastos \$82,6 mil milhões de dólares em 2020 com a IU em adultos com mais de 25 anos (Liss et al., 2010). O custo anual da IU na Suíça em 1990 representou 2% da totalidade nos custos dirigidos à saúde (Milson et al., 2014).

Por sua vez, o custo direto anual, isto é, valores despendidos em diagnóstico, tratamento e rotinas diárias, associado à IU é aproximadamente 16 mil milhões de dólares nos Estados Unidos da América – 11 mil milhões de dólares referentes à comunidade e 5 mil milhões de dólares relativos a residências de seniores, sendo a maioria (50-75%) dos custos referentes à rotina de higiene diária, como a utilização de pensos absorventes, protetores íntimos e lavandaria (Wilson, 2001). De acordo com a USA National Institutes of Health (1997), o custo direto anual relativo à IU nas mulheres (\$17,5 mil milhões de dólares – ano 1995) foi comparado com o custo de outras patologias: neoplasias ginecológicas e carcinoma da mama (\$11.1 mil milhões de dólares); osteoporose (\$13,8 mil milhões de dólares); pneumonia (\$15.8 mil milhões de dólares) e artrite (\$17.6 mil milhões de dólares) (Wilson, 2001).

Os custos com a IU podem ser bastante mais elevados, uma vez que a IU é geralmente pouco relatada, subdiagnosticada e subtratada, sendo que estes custos irão

umentar com o envelhecimento da população (Coyne et al. 2014; Nambiar, et al., 2014).

No que concerne ao tratamento da IU, as opções conservadoras de tratamento consistem em modificações comportamentais, como a perda de peso em casos de excesso de peso e obesidade, a cessação tabágica, a redução da prática de atividade física de alto impacto (e.g., *step*, trampolins), a prática de atividade física de baixo impacto e adequada para a perda de peso (e.g., natação), se necessário, e diminuição da ingestão de líquidos que podem irritar a bexiga (e.g. cafeína, bebidas alcoólicas). Estas opções poderão contribuir para atenuar os custos diretos e indiretos da IU, além de apresentarem uma taxa de sucesso elevada (80%) (Aoki et al., 2018; Kenne & Bradley, 2022; Mascarenhas, 2011). Kenne e Bradley (2022) sublinham que as *guidelines* da ICS referem que a abordagem conservadora deve ser considerada em primeiro lugar na maioria dos casos, constituindo formas de minimizar e atenuar os sintomas não invasivos e que podem trazer inúmeros benefícios para o quotidiano das mulheres com a IU. Convém ainda referir que poderão existir desafios na adesão das pacientes às mudanças comportamentais (Abrams et al., 2003; Kenne & Bradley, 2022).

A fisioterapia e exercícios musculares do pavimento pélvico também se encontram incluídas no tratamento conservador para a IU feminina, sendo que podem contribuir a reabilitação da musculatura do pavimento pélvico (Kenne & Bradley, 2022; Mascarenhas, 2011).

No que diz respeito ao aumento da força muscular e redução das perdas urinárias, a contração voluntária da musculatura do pavimento pélvico, ao comparar com outros métodos não cirúrgicos, foi duas vezes mais eficaz do que uma contração eletricamente estimulada com o intuito de aumento da pressão uretral, sendo também superior aos cones vaginais (cones que obrigam a produção de contrações isométricas prolongadas dos músculos do pavimento pélvico) (Bø et al., 1999). Adicionalmente, a estimulação elétrica e os cones vaginais foram relatados de difícil uso e também relatados efeitos adversos em ambos os métodos (Bø et al., 1999).

Por sua vez, a terapêutica farmacológica é utilizada quando as medidas conservadoras inicialmente implementadas são ineficazes, apresentando diversos efeitos secundários adversos (e.g., visão turva, aumento da frequência cardíaca, confusão ou perturbação da memória) (Botelho et al., 2007; Nambiar et al., 2018).

O tratamento da IUU é essencialmente farmacológico, conseguindo melhorias sintomáticas na maioria dos doentes. A intervenção cirúrgica é também uma opção de tratamento. A IUE, em particular, é eficazmente modificada com este tipo de intervenção pois apresenta um suporte fisiopatológico suscetível de ser modificado por cirurgia (procedimento minimamente invasivo; e.g., *slings* suburetrais), oferecendo uma elevada taxa de eficácia (90%). No caso da IUM, o tratamento consiste na combinação de tratamentos anteriormente referidos com foco nos sintomas dominantes (Conceição et al., 2009; Epstein, et al., 2016; Graça, 2011; Nager et al., 2012). A cirurgia é indicada quando o grau de incontinência é suficientemente incómodo; a incontinência é observada pelo examinador; as suas causas são devidamente avaliadas; e os tratamentos conservadores foram todos previamente considerados. A fisioterapia pré e pós-operatória é adjuvante, melhorando o resultado cirúrgico (Mascarenhas, 2011; Kenne & Bradley, 2022).

Obesidade e Incontinência Urinária

A obesidade predispõe à IU através do aumento do peso sob os tecidos pélvicos, que pode causar tensão crónica, estiramento e enfraquecimento dos músculos, nervos, e outras estruturas do pavimento pélvico (Amaral et al., 2015, Correia et al.,2009; Kenne & Bradley, 2022; Menezes et al.,2010; Roos et al., 2014).

A literatura documenta que o aumento do Nível de Índice de Massa Corporal pode contribuir para um aumento do risco de IU, que varia entre os 20% e os 70% (Chaikin et al., 1998; Kenne & Bradley, 2022; Subak et al., 2009).

A perda de peso, através de alterações de estilo de vida e de cirurgia bariátrica podem trazer melhorias dos sintomas dos subtipos de IU em mulheres que tiveram excesso de peso ou obesidade (Chaikin et al., 1998; Kenne & Bradley, 2022; Mascarenhas, 2011; Menezes et. al.,2010).

Menopausa e Incontinência Urinária Feminina

A menopausa natural é definida pela Organização Mundial de Saúde (2007) como o período de 12 meses consecutivos de amenorreia, sem outra causa patológica ou psicológica (diagnóstico clínico retrospectivo). A transição para a menopausa ocorre por volta dos 51 anos e é determinada geneticamente, sendo que também pode estar associada a intervenção médica (e.g., quimioterapia; histerectomia) (OMS, 2007). Por sua vez, a perimenopausa refere-se ao período em que se manifestam os primeiros sintomas ou indicadores da proximidade da menopausa e que termina 12 meses após a

última menstruação. No que diz respeito à pré menopausa, esta inclui toda a fase reprodutiva anterior à menopausa, sendo a pós-menopausa o período que se inicia após a última menstruação (Davis et al., 2012; Guilbert et al., 2007; Shuster et al., 2010). A menopausa antes dos 40 anos é referida como menopausa prematura, contudo a insuficiência ovariana precoce (IOP) é atualmente considerada o termo mais adequado para caracterizar a perda da função ovariana, uma vez que não especifica uma cessação definitiva (Harlow et al., 2012; Monteleone et al., 2018)

A menopausa que ocorre entre os 40 e 45 anos é denominada menopausa precoce. A Associação intitulada The International collaboration on the Life course Approach to reproductive health and Chronic disease Events (InterLACE; Mishra et al., 2019) indica que na população feminina proveniente de países com um elevado rendimento, a prevalência de menopausa prematura é de 2% (intervalo de 1–3%) e da menopausa precoce é de 7,6% (intervalo de 5–10%), enfatizando que uma em cada 10 mulheres apresenta menopausa prematura ou precoce. De acordo com a literatura recente, a menopausa prematura ou precoce está associada a um risco acrescido de mortalidade, doença cardiovascular, diabetes tipo 2, depressão, osteoporose e fraturas. A menopausa prematura está igualmente associada a uma maior probabilidade de declínio cognitivo médio na vida posterior, contudo não é evidente uma associação entre menopausa e o risco de demência (Harlow et al., 2012; Monteleone et al., 2018; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021b).

Os fatores de risco para a menopausa prematura /IOP são: história familiar de menopausa prematura, menarca precoce, nuliparidade ou paridade reduzida, consumo tabágico, IMC elevado e variáveis genéticas individuais (Mishra et al., 2019, Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021b).

Torna-se importante referir ainda a definição de climatério, o qual é referido como um processo contínuo e não uma fase pontual da vida da mulher, englobando a perimenopausa, a menopausa e a pós-menopausa, sendo que é nesta fase que se iniciam os diversos sintomas físicos, psíquicos e biológicos que marcam o fim da etapa reprodutiva (Davidson et al., 2005, Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021b).

Durante a perimenopausa e a pós-menopausa, a mulher experimenta alterações físicas e psicológicas decorrentes do hipoestrogenismo e envelhecimento natural, apresentando repercussões nos sistemas biológicos (Harlow et al., 2012; Monteleone et al., 2018). Segundo a International Menopause Society (IMS) (2016), os sintomas

observados nas fases de peri e pós-menopausa são: sintomas vasomotores, modificações corporais - aumento da porcentagem de massa gorda, gordura visceral e circunferência abdominal (associação positiva com risco de doença cardiovascular); dislipidemia; alterações da função sexual (diminuição da libido); osteoporose; secura vaginal; alterações de humor; perturbações do sono; alterações cognitivas (declínio da memória e concentração); letargia/fadiga; irritabilidade; ansiedade; depressão; palpitações; dor nas articulações; e IU (Blüme et al., 2012; Llana et al., 2018; Monteleone et al., 2018).

Menopausa e Incontinência Urinária

Como consequência do decréscimo do nível de estrogênios, observa-se uma diminuição da espessura da mucosa e submucosa, do conteúdo de colagénio e elastina da uretra (reduzindo a pressão de encerramento média) e um decréscimo de sensibilidade do músculo detrusor. Estas circunstâncias estão associadas a um incremento da probabilidade de patologia do trato urinário, sendo a menopausa um fator de risco para a IU (Alperin et al., 2018; Waetjen et al., 2009).

Neste sentido, a prevalência de IU em mulheres na fase de perimenopausa e pós-menopausa é mais elevada do que nas fases de pré-menopausa, sendo mais agudizada na fase de perimenopausa do que na pós-menopausa (Alperin et al., 2018; Cody et al., 2012; Legendre et al., 2013; Milsom et al., 1993; Møller et al., 2000; Parazzini et al., 2000; Rekers et al., 1992; Sampsel, 2002; Samuelsson et al., 2010). De acordo com Sampsel (2002), o estado de menopausa (perimenopausa versus pré-menopausa) constitui um preditor significativo de IU e da sua severidade, assim como o IMC elevado e a diabetes, na medida em que o aumento do perímetro abdominal pode colocar maior pressão no pavimento pélvico, o que, por sua vez, pressiona a bexiga (Legendre et al., 2013; Minassian et al., 2008; Sampsel, 2002)

Contudo, esta relação entre IU e a fase de transição para a menopausa e pós-menopausa nem sempre se verifica, apontando para a existência de uma relação entre IMC elevado, obesidade, idade e diabetes, e a agudização dos sintomas de IU durante a perimenopausa (Sherburn et al., 2001; Trutnovsky et al., 2013).

Adicionalmente, a Terapêutica Hormonal (TH) na menopausa com estrogênios sistêmicos encontra-se associada a um aumento da incidência de IU e agravamento (em caso pré-existente) após 4 anos, sendo mais acentuada na IUE (Albertazzi & Sharma, 2005; Lifford et al., 2008; Robinson & Cardoso, 2011; Sherburn et al., 2001).

Incontinência Urinária Feminina e Qualidade de Vida

A avaliação do conceito de QdV é multidimensional, uma vez que engloba os sintomas relacionados com a doença, as componentes físicas, sociais, cognitivas e emocionais (Abrams et al., 2014; Bartoli et al., 2010; Sinclair & Ramsay, 2011). Javanmardifard e colaboradores (2022) referem que mulheres com IU manifestaram menor percepção de saúde do que aquelas que não apresentam IU.

O ICS (1997) recomenda que todas as avaliações de IU incluam a exploração da QdV como um suplemento aos tradicionais parâmetros clínicos, de forma a compreender o impacto da IU nas diferentes áreas da vida quotidiana - desde as alterações de padrões de socialização com amigos, familiares até às despesas acrescidas em roupa interior, produtos relacionados com a IU (e.g., pensos, fraldas) e cuidados de saúde (Bartoli et al., 2010; Coyne et al., 2014; Milsom et al., 2014; Minassian et al., 2012).

As mulheres com IU podem desenvolver comportamentos e estratégias desadaptativos (e.g., limitar saídas sociais) na tentativa de controlo dos seus sintomas urinários que se repercutem nas diferentes facetas da Qualidade de Vida (Avery et al., 2013; Minassian et al., 2012; Molinuevo & Baptista-Miranda, 2012).

A literatura documenta ainda o elevado impacto psicossocial na qualidade de vida nas mulheres com IU, sendo que a depressão, stress, baixa autoestima, e ansiedade podem contribuir para a agudização dos sintomas de IU (Bartoli et al., 2010; Coyne et al., 2014; Minassian et al., 2012).

Incontinência Urinária Feminina e Funcionamento Sexual

Entre as consequências da IU, destacam-se igualmente os efeitos negativos no funcionamento sexual da mulher (incluindo presença de disfunções sexuais) e do casal (Nappi et al., 2014; Sinclair & Ramsay, 2011). Neste sentido, as queixas sexuais englobam a dispareunia, diminuição do desejo sexual, anorgasmia, perdas de urina durante as relações sexuais, secura vaginal, vaginite, e dor durante o ato sexual, provocando um decréscimo na frequência do coito e satisfação sexual (Coyne et al., 2014; Turhan et al., 2015).

De acordo com Sinclair e Ramsay (2011), as mulheres com IUU apresentaram maiores dificuldade na Incontinência Sexual do que as mulheres com IUE.

No que diz respeito às alterações na relação de casal, Sinclair & Ramsay (2011) referem uma redução da intimidade, proximidade física e, por vezes, o término do relacionamento afetivo.



ESTUDO SOBRE IMPACTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA QUALIDADE DE VIDA

PURI-PRO: Portuguese URinary Incontinence Project

Consentimento Informado (Fase I PURI-PRO)

A presente investigação tem o objetivo de estudar a Qualidade de Vida e a Função Sexual em mulheres entre os 40 e 65 anos de idade, com Incontinência Urinária. Este projeto é da responsabilidade da Doutoranda Marta Gonçalves Porto, sob a orientação da Professora Doutora Filipa Pimenta e coorientação do Professor Doutor João Marôco, ambos pertencentes ao William James Center for Research do ISPA- Instituto Universitário.

Convidamo-la a participar nesta investigação através do preenchimento de um questionário que encontrará nas páginas seguintes. Este questionário tem uma duração aproximada de 15-20 minutos. A sua participação é de elevada importância para que possamos conhecer de uma forma objetiva e abrangente como é que a Incontinência Urinária afeta a vida das mulheres durante a meia-idade. Sublinha-se que a participação é voluntária e que todos os dados são totalmente confidenciais e anónimos.

Posteriormente, poderá ter acesso aos resultados do estudo entrando em contato com a investigadora responsável por e-mail.

Agradecemos a sua participação.

A equipa de investigação:

William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário

Rua Jardim do Tabaco, 34 1149-041 Lisboa

Tel.: 218 811 700

E-mail:

Aceita participar nesta investigação? Sim ___ Não ___

Se aceita participar, por favor rubrique e coloque a data.

Data: ___/___/___

(Rubrica da participante)

Anexo C – Exemplar do(s) materiais

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

1. Idade: _____
2. Nacionalidade: _____
3. Último grau de ensino completo: _____
4. Situação profissional atual: Ativa _____ Inativa _____
5. Relação Afetivo-sexual Atual: Sim _____ Não _____
6. Número de filhos biológicos: _____
7. Gravidez Atual: Sim _____ Não _____
8. Número Partos Vaginais: _____
9. Laceração do Períneo durante o parto: Sim _____ Não _____
10. Doença(s) diagnosticada:
Sim _____ Não _____ Qual(ais)? _____
11. Problema psicológico diagnosticado:
Sim _____ Não _____ Qual(ais)? _____
12. Cirurgias/tratamentos realizados: Remoção do útero _____ Remoção do útero e dos 2
ovários _____ Radioterapia _____ Não realizei qualquer cirurgia _____
13. Nos últimos 12 meses teve ciclos menstruais mais curtos ou mais longos, isto é, com
menos, ou mais, 7 dias que o habitual (por exemplo, ter o período de 24 em 24 dias
em vez de 31 em 31 dias, como habitualmente)? Sim _____ Não _____
14. Nos últimos 12 meses teve menstruações irregulares, isto é, permaneceu sem ter o
período durante 60 dias consecutivos ou mais? Sim _____ Não _____
15. Já estive 12 meses (ou mais tempo) sem ter menstruação? Sim _____ Não _____
16. Teve uma menopausa natural, isto é, sem ser consequência de intervenção médico-
cirúrgica? Sim _____ Não _____ Ainda não estive 12 meses sem
menstruação _____
17. Que idade tinha quando teve a última (ou mais recente) menstruação? _____
18. Fuma atualmente? Sim _____ Não _____
19. Bebe café? Sim _____ Não _____ Quantos por dia? _____
20. Pratica atividade física de alto impacto (e.x., step, corrida)? Sim _____ Não

21. Altura _____ cm Peso _____ kg

Índice de funcionamento sexual feminino (FSFI-6)

Considerando as últimas 4 semanas:

1. Como qualificaria o seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?				
Muito alto	Alto	Moderado	Baixo	Muito baixo ou nenhum
5	4	3	2	1

2. Como qualificaria o seu nível (grau) de excitação sexual durante a relação sexual ou penetração vaginal?					
Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas	Muito alto	Alto	Moderado	Baixo	Muito baixo ou nenhum
0	5	4	3	2	1

3. Com que frequência se sentiu lubrificada (notar mais secreção genital) durante a atividade sexual ou penetração vaginal?					
Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas	Sempre ou quase sempre	A maioria das vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca ou nunca
0	5	4	3	2	1

4. Com que frequência alcançou o orgasmo quando teve estimulação sexual ou penetração vaginal?					
Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas	Sempre ou quase sempre	A maioria das vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca ou nunca
0	5	4	3	2	1

5. Quão satisfeita se tem sentido com a sua atividade sexual?				
Muito Satisfeita	Moderadamente satisfeita	Nem satisfeita, nem insatisfeita	Moderadamente insatisfeita	Muito insatisfeita
5	4	3	2	1

6. Com que frequência sente incómodo ou dor vaginal com a penetração?					
Não experimentei penetração vaginal nas últimas 4 semanas	Quase nunca ou nunca	Poucas vezes	Às vezes	A maioria das vezes	Quase sempre ou sempre
0	5	4	3	2	1

King's Health Questionnaire (KHQ)

Marque com um círculo por favor como tem passado, em média, nas últimas 4 semanas.

Como descreveria o seu atual estado de saúde?

Muito bom	Bom	Neutro	Mau	Muito mau
1	2	3	4	5

De que modo o seu problema de bexiga afeta a sua vida?

Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
1	2	3	4

Responda, por favor, a cada questão escolhendo a resposta que melhor se aplica a si.

	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
3a. De que maneira o seu problema de bexiga afeta as suas tarefas domésticas, como limpar a casa, fazer compras, etc.?	1	2	3	4
3b. De que modo o seu problema de bexiga afeta o seu trabalho ou suas atividades diárias fora de casa?	1	2	3	4
4a. O seu problema de bexiga afeta as suas atividades físicas, tais como andar, correr, praticar desporto(s), fazer ginástica, etc.?	1	2	3	4
4b. O seu problema de bexiga afeta as suas viagens?	1	2	3	4
4c. O seu problema de bexiga limita a sua vida social?	1	2	3	4
4d. O seu problema de bexiga limita os contactos estabelecidos com os seus amigos?	1	2	3	4

	Não se aplica	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
5a. O seu problema de bexiga afeta o relacionamento com o/a seu/sua parceiro/a?	1	2	3	4	5
5b. O seu problema de bexiga afeta a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
5c. O seu problema de bexiga afeta a sua vida familiar?	1	2	3	4	5

	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
6a. O seu problema de bexiga faz com que se sinta deprimida?	1	2	3	4
6b. O seu problema de bexiga faz com que se sinta nervosa?	1	2	3	4
6c. O seu problema de bexiga faz com que se sinta mal consigo mesma?	1	2	3	4

	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
7a. O seu problema de bexiga afeta o seu sono?	1	2	3	4
7b. Sente-se esgotada ou cansada?	1	2	3	4

Alguma destes comportamentos corresponde ao que faz? Se sim, com que regularidade?

	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
8a. Usa forros ou pensos para se manter seca?	1	2	3	4
8b. Tem cuidado com a quantidade de líquidos que ingere?	1	2	3	4
8c. Troca a sua roupa interior porque está molhada?	1	2	3	4

8d. Preocupa-se com a possibilidade de cheirar a urina?	1	2	3	4
8e. Fica envergonhada por causa do seu problema de bexiga?	1	2	3	4

Escolha apenas aqueles problemas que tem atualmente. Quanto é que os seguintes problemas a afetam?

	Não se Aplica	Um Pouco	Moderadamente	Muito
Ir muitas vezes à casa de banho	1	2	3	4
Levantar-se à noite para urinar	1	2	3	4
Uma forte dificuldade em controlar a vontade de urinar	1	2	3	4
Perda de urina associada a uma vontade muito grande de urinar.	1	2	3	4
Perda de urina associada a atividade física (ex., tossir, correr).	1	2	3	4
Molhar a cama à noite.	1	2	3	4
Perda urinária durante relações sexuais.	1	2	3	4
Infeções urinárias	1	2	3	4
Dor na bexiga	1	2	3	4

Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-BREF)

Escolha a opção que melhor se adequa ao seu caso, considerando as **últimas duas semanas**.

	Muito Má	Má	Nem Boa nem Má	Boa	Muito Boa
1. Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

	Muito Insatisfeita	Insatisfeita	Nem Satisfeita nem Insatisfeita	Satisfeita	Muito Satisfeita
2. Até que ponto está satisfeita com a sua saúde?	1	2	3	4	5

	Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3. Em que medida as suas dores físicas a impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4. Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5. Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6. Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7. Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8. Em que medida se sente segura no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9. Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10. Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5

11. É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13. Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14. E que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	1	2	3	4	5

	Muito Má	Má	Nem boa nem Má	Boa	Muito Boa
15. Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si própria]?	1	2	3	4	5

	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita nem insatisfeita	Satisfeita	Muito Satisfeita
16. Até que ponto está satisfeita com o seu sono?	1	2	3	4	5
17. Até que ponto está satisfeita com a sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	1	2	3	4	5
18. Até que ponto está satisfeita com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19. Até que ponto está satisfeita consigo própria?	1	2	3	4	5
20. Até que ponto está satisfeita com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21. Até que ponto está satisfeita com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22. Até que ponto está satisfeita com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5

23. Até que ponto está satisfeita com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24. Até que ponto está satisfeita com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25. Até que ponto está satisfeito com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26. Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5