

Susana Filipa Pinto Fernandes

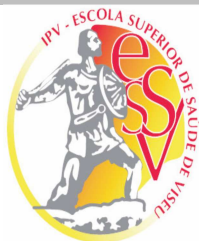
Determinantes da Qualidade de Vida em Mulheres com
Incontinência Urinária

Tese de Mestrado

Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professor Doutor João Duarte e Professora Emília Coutinho



Abril de 2012

AGRADECIMENTOS

A elaboração desta tese de mestrado contou com o apoio de várias pessoas e instituições. Com efeito, é na simplicidade de algumas palavras expressas que tenciono notoriamente plasmar ao longo deste agradecimento e profundo reconhecimento a todos aqueles que seguramente caminharam a meu lado neste percurso.

À Professora Emília Coutinho, minha orientadora, por ter abraçado com generosidade este trabalho, pela disponibilidade, pela competência científica, pela revisão crítica do texto, pela simpatia demonstrada e pelo interesse evidenciado no acompanhamento do trabalho.

Ao Professor Doutor João Duarte, pela disponibilidade, pelo valioso contributo prestado nesta tese com a sua larga experiência e lucidez do seu saber, transmitindo-me os melhores e mais úteis ensinamentos.

A todas as utentes de um Centro de Saúde e de um Hospital do centro do país que simpaticamente colaboraram no estudo, pois sem elas esta investigação não seria possível.

Aos meus amigos e colegas, pela amizade e incentivo.

Por fim, mas naturalmente não por último, aos meus pais e ao meu marido, expresso o meu reconhecimento pelo ânimo transmitido, pelo amor inquebrantável e compreensão inestimável e pelo constante encorajamento.

A todos que, direta ou indiretamente, de forma pessoal ou institucional, contribuíram para a concretização deste trabalho, reitero o meu apreço e a minha eterna gratidão.

RESUMO

Enquadramento: A incontinência urinária provoca alterações profundas nas várias dimensões da vida de uma mulher, quer pelas limitações fisiológicas impostas pela doença, quer pelo confronto psicológico face à inibição social e familiar, o que determina implicações na sua qualidade de vida (QDV).

Objetivos: Avaliar a qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária; analisar em que medida as variáveis sociodemográficas, obstétricas e ginecológicas interferem na QDV das mulheres com incontinência urinária; verificar se os estilos de vida têm efeito significativo na QDV destas mulheres; analisar a influência do tipo de incontinência urinária na sua QDV; determinar se o estado depressivo influencia a QDV das mulheres com incontinência urinária.

Métodos: Optou-se por um estudo não experimental, de natureza quantitativa, do tipo descritivo-correlacional e explicativo. Para avaliar as variáveis em estudo, o instrumento de colheita de dados é constituído por um questionário (caracterização sociodemográfica, obstétrica e ginecológica, estilos de vida) e escalas (Escala do Impacto da Incontinência (ICIQ-SF Short Form), Valorização da Incontinência Urinária, King's Health Questionnaire, Inventário de Depressão de Beck). O tipo de amostragem é não probabilístico por conveniência, constituído por mulheres, utentes de um Centro de Saúde e de um Hospital da região centro do país, tendo participado 305 mulheres, com idades compreendidas entre os 29 e os 75 anos.

Resultados: De um modo geral, as mulheres em estudo revelaram moderada QDV, afirmando que a incontinência urinária tem impacto na sua vida, sobressaindo as que têm incontinência urinária de esforço. Quanto aos resultados relativos às subescalas da QDV, na generalidade, estas são influenciadas pelas seguintes variáveis: idade, nacionalidade, situação profissional atual, área de residência, índice de massa corporal, número de filhos, lesões pélvicas no trabalho de parto, peso da criança à nascença, anos de perda de urina, exercício físico, incontinência urinária de esforço e incontinência urinária de urgência, ingestão de líquidos, hábitos tabágicos. O tipo de parto não interferiu em nenhuma subescala da QDV.

Conclusão: Este estudo indicou que as mulheres com incontinência urinária de esforço apresentaram um impacto moderado desta patologia na sua QDV.

Palavras-chave: Incontinência urinária; Mulher, Determinantes da Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Framework: Urinary incontinence causes profound changes in the various dimensions in the life of a woman, either by physiological limitations imposed by the disease, either by the confrontation in the face of psychological and family social inhibition, which determines their implications for quality of life

Objectives: Evaluate the quality of life of women with urinary incontinence, analyze the extent to which sociodemographic, obstetric and gynecological affect the quality of life of women with urinary incontinence; verify that lifestyles have significant effect on quality of life of these women; analyze the influence of urinary incontinence type on quality of life; determine if the depressed mood influences the quality of life of women with urinary incontinence.

Methods: We chose a non-experimental, quantitative, descriptive-correlational and explanatory study. To assess the study variables, the data collection instrument consists of a questionnaire (socio-demographic, obstetric and gynecological, lifestyles) and scales (Scale Impact of Incontinence (ICIQ-SF Short Form), Valuing Urinary Incontinence, King's Health Questionnaire, Beck Depression Inventory). The type of probability sampling is not for convenience, consisting of women, users of a health center and a hospital in the central region of the country, having participated in 305 women, aged between 29 and 75 years.

Results: Overall, women in the study revealed moderate quality of life, affirming that urinary incontinence has impact on your life, highlighting those with stress urinary incontinence. Regarding the results for the subscales of quality of life in general, these are influenced by the following variables: age, nationality, current employment status, area of residence, body mass index, number of children, pelvic injury during labor, weight the child at birth, years of urine loss, exercise, stress incontinence and urge urinary incontinence, fluid intake, smoking habits. The type of delivery did not interfere in any subscale of quality of life.

Conclusion: This study indicated that women with stress urinary incontinence had a moderate impact of this disease on their quality of life.

Key words: Urinary incontinence, Women, Determinants of Quality of Life.

ÍNDICE

Pág.

ÍNDICE DE TABELAS

ÍNDICE DE FÍGURAS

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ÍNDICE DE SIMBOLOS

1- INTRODUÇÃO 21

PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 – INCONTINÊNCIA URINÁRIA 27

CAPÍTULO 2 – DETERMINANTES DA QUALIDADE DE VIDA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA 29

PARTE II: INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO 1 – METODOLOGIA DO ESTUDO 37

1.1 – Métodos 37

1.2 – Participantes 40

1.2.1 – Caracterização socio-demográfica 40

1.3 – Instrumentos de recolha de dados 44

1.4 – Procedimentos 48

1.5 – Análise 49

CAPÍTULO 2- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS 53

2.1 – Análise descritiva 53

2.1.1 – Variáveis obstétricas 53

2.1.2 – Variáveis ginecológicas 61

2.1.3 – Relação entre as variáveis socio-demográficas, obstétricas e ginecológicas com os anos de perda de urina	66
2.1.4 – Estilos de vida	70
2.1.5 – Variáveis contextuais	76
2.1.5.1 – Impacto da incontinência urinária.....	76
2.1.5.2 – Valorização da incontinência urinária	78
2.1.5.3 – Estado depressivo	79
2.1.5.4 – Relação entre o estado depressivo e o impacto / valorização da incontinência urinária.....	82
2.1.6 – Qualidade de vida	83
2.1.7 – Relação entre a qualidade de vida e o impacto / valorização da incontinência urinária	90
2.1.8 – Relação entre o estado depressivo e a qualidade de vida.....	92
2.2 – Análise inferencial.....	92
CAPÍTULO 3 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	113
3.1 – Discussão Metodológica	113
3.2 – Discussão dos Resultados	113
CAPÍTULO 4 - CONCLUSÕES/ SUGESTÕES	121
BIBLIOGRAFIA.....	125
ANEXOS	131
ANEXO I- Instrumento de colheita de dados	133
ANEXO II- Pedidos e autorizações de colheita de dados.....	143

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1- Caracterização sociodemográfica da amostra em função da idade	43
Tabela 2- Estatísticas relativas ao peso, à altura e ao índice de massa corporal das mulheres com incontinência urinária	54
Tabela 3- Estatísticas relativas ao número de gestações e ao número de filhos das mulheres com incontinência urinária	56
Tabela 4- Estatísticas relativas às horas em trabalho de parto no primeiro, segundo e terceiro filho das mulheres com incontinência urinária.....	58
Tabela 5- Caracterização obstétrica da amostra em função da idade	60
Tabela 6- Estatísticas relativas aos anos de perda de urina e às infecções vaginais/dermatites das mulheres com incontinência urinária	63
Tabela 7- Caracterização ginecológica da amostra em função da idade	65
Tabela 8- Estatísticas relativas à relação entre a caracterização sociodemográfica, obstétrica e ginecológica da amostra em função dos anos de perda de urina	69
Tabela 9- Estatística relativa aos hábitos tabágicos das mulheres com incontinência urinária	73
Tabela 10- Estatísticas relativas às horas de sono das mulheres com incontinência urinária	74
Tabela 11- Estatísticas relativas aos estilos de vida em função da idade	75
Tabela 12- Estatísticas relativas ao impato da incontinência urinária	77
Tabela 13- Estatísticas relativas ao impato da incontinência urinária em função da idade ..	77
Tabela 14- Estatísticas relativas à valorização da incontinência urinária em função da idade ..	78
Tabela 15- Estatísticas relativas à valorização da incontinência urinária	79
Tabela 16- Estatísticas relativas ao estado depressivo	80
Tabela 17- Estatísticas relativas ao estado depressivo em função da idade.....	81

Tabela 18- Estatísticas relativas à classificação do estado depressivo em função dos anos de perda de urina	81
Tabela 19- Relação entre o estado depressivo e o impacto/valorização da incontinência urinária	83
Tabela 20- Estatísticas relativas às subescalas da qualidade de vida	84
Tabela 21- Qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária em função da idade	88
Tabela 22- Qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária em função dos anos de perda de urina.....	90
Tabela 23- Relação entre a qualidade de vida e o impacto/valorização da incontinência urinária	91
Tabela 24- Relação entre o estado depressivo e a qualidade de vida	92
Tabela 25- Teste U de Mann-Whitney entre a idade e a qualidade de vida	93
Tabela 26- Teste U de Mann-Whitney entre a nacionalidade e a qualidade de vida	94
Tabela 27- Teste U de Mann-Whitney entre o estado civil e a qualidade de vida	95
Tabela 28- Teste T entre a Situação profissional atual e a qualidade de vida.....	95
Tabela 29- Teste One-Way ANOVA e testes post hoc entre a área de residência e a qualidade de vida.....	96
Tabela 30- Teste One-Way ANOVA e testes post hoc entre o rendimento mensal e a qualidade de vida.....	97
Tabela 31- Teste U de Mann-Whitney entre o índice de massa corporal e a qualidade de vida.....	98
Tabela 32- Teste One-Way ANOVA e testes post hoc entre o número de filhos e a qualidade de vida	99
Tabela 33- Teste Kruskal-Wallis entre o tipo de parto e a qualidade de vida.....	100
Tabela 34- Teste U de Mann-Whitney entre as lesões pélvicas no trabalho de parto e a qualidade de vida	100
Tabela 35- Teste U de Mann-Whitney entre o peso da criança à nascença e a qualidade de vida.....	101
Tabela 36- Teste Kruskal-Wallis entre as horas sentada por dia e qualidade de vida	102

Tabela 37- Teste One-Way ANOVA e testes post hoc entre os anos de perda de urina e a qualidade de vida	103
Tabela 38- Teste One-Way ANOVA e testes post hoc entre o exercício físico e a qualidade de vida	104
Tabela 39- Teste U de Mann-Whitney entre a ingestão de líquidos e a qualidade de vida.	105
Tabela 40- Teste U de Mann-Whitney entre os hábitos tabágicos e a qualidade de vida ..	105
Tabela 41- Teste U de Mann-Whitney entre os hábitos alcoólicos e a qualidade de vida ..	106
Tabela 42- Teste U de Mann-Whitney entre a incontinência urinária de esforço e qualidade de vida	107
Tabela 43- Teste U de Mann-Whitney entre a incontinência urinária de urgência e qualidade de vida	107
Tabela 44- Correlação de Pearson entre a qualidade de vida e o estado depressivo.....	110
Tabela 45- Teste U de Mann-Whitney entre a qualidade de vida e o estado depressivo ...	110

ÍNDICE DE FIGURAS

Pág.

Figura 1- Esquema conceptual de base (desenho de investigação).....	39
--	----

INDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

cf. – confira

CV – coeficiente de variação

Dp – desvio padrão

et al. – e outros

EP- erro padrão

IMC – índice de massa corporal

IU – incontinência urinária

K- Kurtosis

KHQ – King's Health Questionnaire

KS- Kolmogorod- Smirnov

N – Frequência

OMS – Organização Mundial de Saúde

QDV – Qualidade de vida

SK – Skewness

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

VE – Variância explicada

vs - versus

ÍNDICE DE SIMBOLOS

% – Percentagem

= – Igual

\bar{x} – Média

χ^2 – Qui-quadrado

< – Menor

> – Maior

1-INTRODUÇÃO

A Incontinência Urinária (IU) é definida pela Sociedade Internacional de Continência como “perda involuntária de urina que é objetivamente demonstrável e constitui um problema social ou higiênico”, comportando custos elevados para a sociedade, de acordo com Borges et al. (2009, p. 308).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a incontinência urinária como um problema de saúde pública, estimando que afete cerca de duzentos milhões de pessoas em todo o mundo (Ortiz, 2004, cit. in Ferreira, Lavrador & Filipe, 2008, p. 16).

O principal objetivo dos cuidados de saúde é melhorar o estado de saúde das pessoas, estando intrinsecamente interligada com a qualidade de vida, não se podendo dizer que esta dependa somente da saúde de cada indivíduo. Os cuidados de saúde à mulher devem ser dirigidos para a melhoria contínua da qualidade de vida em todas as fases do ciclo vital.

A introdução do conceito de qualidade de vida como medida de desfecho em saúde surgiu na década de 70. Fleck (2008), citando Patrick (2008), refere que a “qualidade de vida é mais abrangente do que status de saúde e inclui aspetos do meio ambiente que podem ou não ser afetados pela saúde”.

O conceito de QDV é subjetivo, multidimensional e influenciado por vários fatores relacionados com a educação, economia e aspetos socioculturais, não havendo consenso quanto a uma definição. Apesar disso, a maioria dos autores concorda que ao avaliar a QDV, deve contemplar os domínios, físico, social, psicológico e espiritual, na tentativa de explorar a experiência pessoal de cada indivíduo (Conde, 2005, cit. in Borges et al., 2009).

Por não haver consenso quanto ao conceito de QDV, a definição proposta pela OMS é a mais abrangente e foi definida como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação às suas expectativas, seus padrões e suas preocupações” (Fleck, 2008, p. 25).

É amplamente conhecido o impacto negativo da incontinência urinária em diferentes domínios na vida da mulher, como o social, o psicológico, o físico e o económico, podendo afetar mulheres de todas as idades, afetando quer a sua saúde, quer a QDV.

Estudos realizados na população portuguesa apontam para a existência de 600 mil incontinentes nos diferentes segmentos etários; entre os 45 e os 65 anos a proporção de casos de incontinência urinária é de 3 mulheres para cada homem; 50% das pessoas institucionalizadas sofrem de incontinência urinária. Apenas 10% da população faz tratamento medicamentoso sendo a taxa de cura da incontinência de esforço de 90% (Associação Portuguesa de Urologia, 2010). Esta temática é muitas vezes descurada, ao nível da saúde da mulher, quer pelas próprias, quer por parte dos profissionais de saúde, por desconhecimento ou mesmo por falta de sensibilidade para o problema, sem se conhecer a sua verdadeira extensão.

Segundo a literatura a incontinência urinária de esforço é o tipo de incontinência urinária mais prevalente nas mulheres. Esta, tem um grande impacto pessoal e social, estando a perda involuntária de urina associada ao aumento da pressão intra-abdominal sobre a bexiga, causando limitação na realização de atividades diárias como, levantar pesos, fazer exercício físico, tossir, espirrar ou rir.

Afigura-se pertinente avaliar a QDV das mulheres com IU e perceber todo o seu contexto familiar e social. Geralmente são as mulheres com idade mais avançada que apresentam IU. Auge et al (2006) corroborando com Borges et al. (2009) e com Ribeiro e Raimundo (2005), afirmam que estas alterações fisiológicas parecem acarretar quadros de depressão e ansiedade, intensificados pela sensação de baixa autoestima e insatisfação a nível da sexualidade, que podem ocasionar autoexclusão a nível social. Apesar do impacto da IU sobre a qualidade de vida das mulheres os estudos acerca desta temática ainda são escassos na literatura científica.

De acordo com a pesquisa bibliográfica, é consensual que a IU afeta uma grande percentagem de mulheres e que muitas ainda não procuram os cuidados de saúde adequados, por influência de tabus e pré-conceitos já enraizados, em que as mulheres são influenciadas pela vergonha e falta de informação, evitando falar sobre o problema. A falta de acompanhamento por parte do setor da saúde pode afetar negativamente a QDV.

As mulheres com IU ficam frequentemente afetadas pela sua condição física e podem limitar as suas atividades em âmbito social. Contudo, a IU é um processo que de modo geral é tratável, mas o facto de grande parte das pessoas acreditar que faz parte do processo natural de envelhecimento a par da relutância em conversar sobre o assunto, não procuram ajuda para resolução do problema, não são tratadas e acabam por se isolar quer a nível familiar como social.

A IU pode ser transitória e reversível com medidas simples como, exercícios de reabilitação ou recurso a intervenções cirúrgicas minimamente invasivas como o suporte

sem tensão da uretra, no seu terço médio (Trans-Obturator Tape, Tension-free Vaginal Tape e Tension-free Vaginal Tape Obturator).

Neste sentido, “a incontinência deve ser tratada de maneira a que a pessoa se sinta física e emocionalmente confortável e socialmente aceitável” (Phipps, Sands & Marek, 2010, p. 1657). A IU tem tratamento, pelo que há que sensibilizar os médicos de família, ginecologistas, urologistas, enfermeiros e outros profissionais de saúde que lidam com a saúde da mulher para este problema, suas causas, diagnóstico e tratamento.

Afigura-se pertinente a abordagem da mesma, de forma a compreender a envolvente física, psicológica, emocional e social que lhe está inerente, pretendendo descrever e analisar as variáveis que influenciam a qualidade de vida.

Com base na revisão da literatura e das vivências no contexto profissional onde a investigadora está inserida, surgiu a questão principal que deu origem ao desenvolvimento deste trabalho:

- **Que determinantes influenciam a qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária?**

Com base nesta questão surgem ainda as seguintes questões:

- **Qual a influência das variáveis sociodemográficas, obstétricas e ginecológicas na qualidade de vida das mulheres com Incontinência urinária?**
- **De que modo os estilos de vida têm influência na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária?**
- **Qual a influência do tipo de incontinência urinária na qualidade de vida das mulheres?**
- **Em que medida o estado depressivo influencia a qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária?**

Para dar resposta às questões de investigação formuladas, foram delineados os seguintes objetivos:

- **Avaliar a qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária.**
- **Analisar em que medida as variáveis sociodemográficas, obstétricas e ginecológicas interferem na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária.**
- **Verificar se os estilos de vida têm efeito significativo na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária.**

- **Analisar a influência do tipo de incontinência urinária na qualidade de vida das mulheres.**
- **Determinar se o estado depressivo influencia a qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária.**

Para desenvolver este estudo foram questionadas mulheres com IU, utentes de um Centro de Saúde e de um Hospital da região centro do país. O estudo teve autorização do Agrupamento de Centros de Saúde e do Hospital, assim como autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Pelas características metodológicas, a presente investigação insere-se num **estudo não experimental, quantitativo, do tipo descritivo-correlacional e explicativo** de forma a atingir os objetivos pré-definidos, ou seja, descrever e analisar variáveis que influenciam a QDV das mulheres com IU.

O trabalho de investigação encontra-se organizado em duas partes. Começa por um enquadramento teórico constituído por dois capítulos. No primeiro desses capítulos discute-se a IU nas mulheres, procurando-se chegar a uma definição abrangente do conceito e abordando o seu impacto na vida das mulheres. No segundo capítulo são desenvolvidas as determinantes da qualidade de vida na incontinência urinária.

A segunda parte é dedicada à investigação empírica, incluindo quatro capítulos. No primeiro capítulo procede-se ao enquadramento metodológico do trabalho, no que concerne aos métodos do estudo, participantes, instrumento de recolha de dados e respetiva análise. O segundo constitui a apresentação dos resultados obtidos nesta investigação. O terceiro capítulo compreende a discussão dos resultados, comparando-os com estudos em domínios semelhantes, tendo em vista a convergência ou divergência com os mesmos e o suporte da formulação das principais conclusões do estudo. Por fim, no quarto capítulo, destacam-se os aspetos emergentes deste estudo e sugerindo algumas linhas orientadoras a desenvolver em investigações futuras.

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 - INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A incontinência urinária, ou perda involuntária de urina, consiste num distúrbio que afeta sobretudo as mulheres. Esta perda involuntária de urina actua de forma devastadora na qualidade de vida do doente e se detetadas as causas pode ser, desde logo, instituída uma terapêutica adequada, evitando que evolua para formas mais difíceis de tratar e para as inevitáveis consequências e custos acrescidos que as formas crónicas apresentam (Carnevali & Patrick, 2006).

Este problema tem, pois, um impacto negativo significativo na qualidade de vida da pessoa e pode predispô-la a estados emocionais negativos, que em nada favorecem o restabelecimento da sua homeostasia. De acordo com os autores supramencionados, os doentes apresentam frequentemente sentimentos de angústia e alteração do seu estilo de vida.

É uma das novas epidemias do século XXI agravada pelo contínuo aumento da esperança média de vida, sendo mais frequente nas mulheres, aumentando com a idade, podendo atingir 25% após a menopausa (Botelho, Silva & Cruz, 2007).

A incontinência urinária é um problema orgânico objetivo, altamente incapacitante, com consequências nefastas para o doente tanto em termos físicos (nomeadamente, em termos de higiene: mau odor, vestuário molhado), como psicológicos (produzindo uma baixa na autoestima e autoconceito, elevando os níveis de stresse e conduzindo a humor depressivo ou mesmo depressão), socioculturais (isolamento social e empobrecimento da vida relacional do sujeito; recurso a atestado, menor produtividade ou mesmo alterando radicalmente os ritmos de trabalho ou *hobbies* da pessoa) e económico/financeiras (despesa acrescida em fraldas descartáveis, medicação, etc.) (Rodrigues & Mendes, 2008).

Apesar das perdas involuntárias de urina interferirem de forma devastadora na qualidade de vida das doentes, a incontinência urinária feminina continua a ser sub-diagnosticada e sub-tratada. Estima-se que apenas uma em cada quatro mulheres sintomáticas procura ajuda médica, já que é considerada de forma errónea uma consequência natural da idade, sem tratamento eficaz, sendo por isso uma epidemia silenciosa (Botelho, Silva & Cruz, 2007).

As principais causas da incontinência urinária são: a perturbação cerebral, a infeção, as alterações das vias do sistema nervoso central, alterações do reflexo uretrovesical e as

lesões nos tecidos. Os fatores que estão afectados são a consciência da necessidade de urinar, a capacidade cortical para inibir a micção, o arco reflexo e a resposta da bexiga ao enchimento (Phipps, Sands & Marek, 2010).

A incontinência de esforço constitui-se como a causa mais comum de perda de urina nas mulheres em menopausa, desencadeada pelo relaxamento do pavimento pélvico, o qual pode ter sido originado por situações de partos múltiplos, ou mesmo pelo simples envelhecimento. É relativamente rara nos homens e, quando acontece, é geralmente iatrogénica, como consequência de lesões do esfíncter uretral decorrentes de manobras ou intervenções cirúrgicas urológicas (Pires, 2000, cit. *in* Silva & Santos, 2005).

A sintomatologia da incontinência de esforço é típica e consiste na perda involuntária de urina resultante do aumento da pressão intra-abdominal; este aumento de pressão, que é fisiológico e se desencadeia quando um indivíduo tosse, ri, espirra, se dobra ou se levanta, transmite-se à urina que está no interior da bexiga e, se for superior à pressão de encerramento da uretra, permite uma passagem involuntária de urina (Lopes & Higa, 2006).

A incontinência urinária por imperiosidade é uma das formas de apresentação da Síndrome da Bexiga Hiperativa. Esta caracteriza-se por imperiosidade ou de urgência, com ou sem incontinência urinária, geralmente associada a polaquiúria e a notúria. A imperiosidade é definida como uma vontade forte e inadiável de urinar. Quando a doente não dispõe de um local adequado para urinar ou tem dificuldades de locomoção, a imperiosidade pode despertar a perda involuntária de urina (Botelho, Silva & Cruz, 2007).

A incontinência mista resulta da combinação de sintomas da incontinência de esforço e de urgência. Cerca de um terço das mulheres incontinentes apresentam-na e provavelmente representa apenas um ponto intermédio do contínuo que são a incontinência de stresse e de urgência. Nestes casos, deve-se tentar determinar quais os sintomas predominantes e que mais incomodam a doente, pois são estes que determinam a estratégia terapêutica (Carnevali & Patrick, 2006; Botelho, Silva & Cruz, 2007).

Os autores citados referem que as investigações e o tratamento da incontinência urinária serão muito mais eficazes se decorrerem numa atmosfera em que esta seja tratada como um desafio a vencer e não como algo a suportar. Mantendo os doentes vigilantes e estimulando-os com vários interesses, poder-se-á alargar-lhes as perspetivas e a incidência da incontinência será reduzida. Em alguns casos, pode ser prevenida se os profissionais de saúde encararem a situação pela positiva e se forem tolerantes. A dignidade, o respeito próprio e a individualidade do doente devem ser mantidos. O enfermeiro deve ter em atenção a importância da privacidade para o doente.

CAPITULO 2 - DETERMINANTES DA QUALIDADE DE VIDA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

O conceito de Qualidade de Vida tem vindo a aumentar de importância na última década. A qualidade de vida é um constructo importante que pode ser aplicado aos vários níveis, da medicina à saúde pública, da sociologia à economia e da política à psicologia. Contudo, permanece uma falta de transparência na definição do conceito (Ribeiro 2005; Wallander & Schmitt, 2006).

Segundo Trivette e Dunst (2009), tradicionalmente, os cuidados com a saúde têm sido considerados medidas clínicas objetivas para a interpretação de resultados, tais como, a resposta biológica ao tratamento, a co-morbilidade e a mortalidade. Mais recentemente, face à evolução de programas preventivos e terapêuticos nesta área, os investigadores e os profissionais têm evidenciado que os indicadores subjetivos também devem ser tidos em consideração, sobretudo, os que avaliam, analisam e permitem a interpretação da QDV, pois estes indicadores são medidas padrão em estudos clínicos com controlo randomizado e permitem que se confirme a importância dos aspetos não-clínicos do tratamento.

Diniz e Schor (2006, p. 13) referem que a procura pela QDV remonta à antiguidade e o desenvolvimento histórico-cultural da humanidade traz referências quanto às tentativas de definição da QDV, como as que aparecem em *Nicomachean Ethics*, no qual Aristóteles (384-322 a.C.) menciona que

“pessoas distintas concebem “boa vida” ou “bem-estar” como sendo a mesma coisa que “felicidade”. Mas o que é a felicidade torna-se uma questão de contestação [...] alguns afirmam que é uma coisa e outros dizem que é outra e, de facto, muito frequentemente o mesmo homem diz diferentes coisas em tempos diferentes: quando ele adocece, ele concebe saúde como sendo felicidade, quando ele empobrece, como riqueza e prosperidade”.

Verifica-se, então, que desde essa época a QDV já era vista como resultante de percepções individuais, variando conforme com a experiência da pessoa num determinado momento. Contudo, tendo em conta o desenvolvimento das definições em relação ao termo QDV, atesta-se que, até ao século passado, este foi pouco abordado, altura em que se começou a notar que “felicidade ou bem-estar” das pessoas podem ser consequência da sua QDV, ou seja, felicidade não é objetivo de vida e vida não é um objetivo, mas sim um fim em si mesmo e a coragem consiste na disposição para sacrificar, o que se considera

felicidade por uma intensa qualidade de vida, como afirmou George Bernard Shaw, em 1990 (Diniz & Schor, 2006).

Certo é que a saúde abrange, para além dos indicadores somáticos, indicadores psicológicos e sociais, tais como: a forma como a pessoa se sente, psicológica e fisicamente e como gere a sua relação com as outras pessoas e as funções do seu quotidiano. Esta forma de perceber a saúde é denominada Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS/*Health-Related Quality of Life* - HRQOL). É descrita como um constructo que engloba componentes do bem-estar e funções físicas, emocionais, mentais, sociais e comportamentais, como são percebidas pelos próprios e pelos outros (Gaspar et al., 2005).

O conceito de QDV da OMS inclui uma perspetiva *cross-cultural*, sendo esta descrita como uma perceção individual sobre a própria posição na vida num determinado contexto cultural e sistema de valores nos quais o indivíduo vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, metas e preocupações/interesses. Este conceito positivo de saúde enfatiza os recursos pessoais e sociais, assim como as capacidades físicas do indivíduo. A saúde surge como o domínio mais importante da QDV em geral (Ribeiro, 2005).

Tendo em conta o apresentado, e partindo-se do referenciado por Silva (2008), é importante considerar a gravidade da IU quer em relação à sua sintomatologia, quer ao impacto psicológico e social que está relacionado com a forma como afeta as atividades de vida diária, as atividades sociais, as relações e as emoções e de uma forma geral, com a qualidade de vida.

As mulheres com IU, por norma, desenvolvem estratégias adaptativas face às situações que podem significar desconforto, restringindo a sua presença em determinadas atividades, tais como passeios ou viagens prolongadas, bem como atividades mais exigentes do ponto de vista físico ou que impliquem um contacto social mais próximo, o que, de uma forma geral, contribui para uma diminuição da sua QDV.

Em relação ao tipo de incontinência urinária, Grimby et al. (1993, cit. por Silva, 2008) realizaram um estudo onde se evidenciaram níveis significativamente mais elevados de dificuldades emocionais e de isolamento social em mulheres com IU de urgência e mista do que as que sofrem de IU de esforço. De igual modo, as mulheres com IU de urgência apresentam mais distúrbios do sono, comparativamente às do grupo de controlo, o que contribui para uma diminuição da QDV.

Em conformidade com estes dados está o estudo realizado por Kelleher et al. (1997), referenciado pelo mesmo autor, que demonstrou que as mulheres com IU de urgência apresentam uma maior diminuição da QDV, atribuível à sua sintomatologia urinária, do que as que apresentam IU de esforço, ou do que as que apresentam sintomas urinários, mas

cujos resultados urodinâmicos são normais.

Em 15% a 30% de mulheres de todas as idades a IU afeta a vida social, ocupacional, doméstica, física e sexual. O efeito psicossocial pode ser mais devastador do que as consequências sobre a saúde, com variados e abrangentes efeitos que influenciam as atividades diárias, a interação social e a autopercepção do estado de saúde, resultando em sentimentos, como: a vergonha, o medo, o nervosismo e a depressão. A intensidade com que ocorre a IU poderá influenciar a QDV da mulher incontinente, dado que quanto maior o volume urinário perdido, maiores serão as implicações negativas (aspectos no campo físico, psicológico e social) (Lopes & Higa, 2006).

No seu estudo, Knorst, Resende e Goldim (2010) observaram que os sintomas que mais afetaram a QDV das mulheres foram a urgência miccional, a IU de esforço, a frequência urinária e a urge-incontinência. As doentes apresentaram modificações comportamentais para se adaptar à IU e reduzir o impacto dos sintomas. Entre estas modificações, os autores citados observaram: o aumento da frequência urinária, a diminuição da ingestão de líquidos, a limitação da atividade física e, muitas vezes, a limitação de atividades sociais, podendo resultar em isolamento.

Além das modificações no comportamento, a IU tem consequências sobre a modulação do humor. Assim sendo, também foi abordada no referido estudo a presença da depressão entre as participantes, pelo seu impacto negativo na QDV. As doentes apresentavam-se mais deprimidas, psicologicamente stressadas, com distúrbios emocionais e socialmente isoladas, quando comparadas com mulheres continentas (Knorst, Resende & Goldim, 2010).

É importante considerar a gravidade da IU não só no que respeita à gravidade da sintomatologia, mas também ao impacto psicológico e social que está relacionado com a forma como esta afeta as atividades de vida diárias, as atividades sociais, as relações e as emoções e de maneira geral com a QDV (Knorst, Resende & Goldim, 2010). Esta noção vai ao encontro das ideias de Thom (2000, cit. in Silva, 2008), segundo o qual, os efeitos da IU abrangem muito mais do que os aspectos físicos, influenciando o bem-estar psicológico, as funções sociais e as interações afetivas, bem como os relacionamentos familiares.

Thom (2000, cit. in Silva, 2008) refere que existem aspectos concretos em relação à QDV que são afetados pela IU:

- Ocupacionais: faltas ao emprego e/ou problemas no cumprimento dos horários devido à necessidade frequente de idas à casa de banho;
- Atividade física: limitação e/ou cessação da atividade física/exercício por receio de perdas frequentes e em abundante quantidade;

- Psicológicos: diminuição da autoestima e autoconceito, sentimento de perda de controlo e de nojo pelo próprio corpo. Surge também o receio e ansiedade de que os outros sintam o cheiro a urina;

- Sexuais: rejeição de contacto mais íntimo, o que inclui relações sexuais, com o companheiro.

- Sociais: limitação e/ou cessação de atividades de tempos livres, limitação de viagens e passeios e diminuição de interações sociais e familiares.

Como tal, os efeitos da IU na QDV apresentam um impacto maior quando comparado com outras patologias, sobretudo no que diz respeito aos aspetos físicos, emocionais e sociais. (Knorst, Resende & Goldim, 2010).

Oliveira et al. (2010), através do seu estudo, que teve como objetivo avaliar e comparar os efeitos do índice de massa corporal (IMC) sobre a severidade da incontinência urinária feminina, através do questionário de qualidade de vida King's Health Questionnaire, apuraram que em qualquer um de seus domínios houve uma deterioração da QDV das mulheres com IU na medida em que ocorreu uma elevação do IMC.

Um estudo de Minassian, Stewart e Wood (2008) demonstrou haver uma estreita relação entre o aumento do IMC e a presença de IU, assim como o aparecimento de sintomas urinários como urgência miccional, aumento da frequência e noctúria. No entanto, os trabalhos que procuram relacionar a severidade da IU com o IMC demonstram que esta é uma questão ainda passível de discussão. Nesse contexto, um outro estudo de autoria de Mishra et al. (2007), que incluiu 2.875 mulheres, revelou que a obesidade é um fator associado à severidade da incontinência urinária de esforço. Corroborando com os resultados deste estudo, outros autores também tiveram êxito em demonstrar essa associação (Nygaard & Heit, 2004; Richter et al., 2005). Por outro lado, alguns estudos não encontraram relação entre a severidade dos sintomas urinários e a obesidade (Ku et al., 2004; Fonseca et al., 2005).

Vários autores, tais como Minassian, Stewart e Wood (2008) e Oliveira et al. (2010), são consensuais quanto ao facto do excesso de peso aumentar a pressão abdominal durante as atividades de vida diária, o que promove a elevação na pressão vesical e uma maior mobilidade da uretra e do colo vesical. Portanto, é bastante plausível a hipótese de que, em doentes com sobrepeso e obesidade, a severidade da incontinência seja maior. Assim sendo, poder-se-á dizer que há uma relação direta entre o grau de obesidade e a severidade da IU.

Dellú, Zácara e Schmitt (2008), com base no seu estudo, que objetivou investigar a

prevalência de sintomas urinários característicos de IU associado aos fatores obstétricos, concluíram que a prevalência de sintomas urinários foi verificada em mais de metade da sua amostra, sendo maior para incontinência urinária por esforço, seguida por noctúria, incontinência de urgência, polaciúria e enurese noturna. As mulheres que engravidaram pelo menos uma vez tiveram 1,75 vezes mais hipótese de desenvolver os sintomas comparadas com as nulíparas, sendo significativo para as duas gestações ou mais. Dois partos ou mais aumentaram o risco em 1,57 vezes, independente da via. A prevalência de sintomas urinários foi alta e estes estão associados a fatores obstétricos, mostrando-se proporcionalmente maior de acordo com o número de gestações e partos.

Dedicação et al. (2008) compararam o impacto do tipo de IU sobre a QDV em mulheres que realizaram o tratamento fisioterapêutico. De acordo com os dados a maioria das mulheres apresentou incontinência urinária mista, com impacto negativo significativamente maior sobre a QDV, sobretudo, no domínio da percepção geral da saúde em que a incontinência afeta de modo negativo a própria vida em comparação com as doentes com incontinência urinária de esforço.

Têm sido observadas interferências da IU na atividade profissional, nas relações sociais, familiares e na diminuição da atividade sexual das mulheres incontinentes, bem como têm sido descritos traumas psicológicos relacionados com a IU, resultando em sentimentos de humilhação, de ansiedade, de solidão e de culpa. Estas mulheres cultivam o medo de serem ridicularizadas, consideradas velhas e inúteis. Além disso, há um aumento significativo na incidência de depressão (Fonseca et al., 2005).

Segundo Vaz Serra (1996), a depressão caracteriza-se por uma alteração duradoura acompanhada de uma modificação das perspectivas pessoais e de importantes funções biológicas do indivíduo. De acordo com o mesmo autor, a alteração do estado de humor é a característica mais importante que ocorre num quadro depressivo.

Já para Lafer et al. (2000), a depressão é um transtorno crónico muitas vezes com um curso episódico, heterogêneo no qual múltiplos fatores genéticos interagem com variáveis ambientais, produzindo diversas expressões clínicas.

Ao longo dos anos foram realizados vários estudos com o objetivo de determinar as causas etiológicas e fisiopatológicas da depressão, sendo a causa precisa ainda desconhecida (Ebert, Loosen & Nurcombe, 2002).

Kendler et al. (1993, cit. in Teixeira, 1998) concluíram que os principais preditores para a vulnerabilidade feminina para a depressão são, em ordem descendente, acontecimentos vitais traumáticos, fatores genéticos, história anterior de depressão *major* e neuroticismo. Os autores sugerem que são necessários pelo menos quatro grandes fatores

de risco para se compreender a vulnerabilidade depressiva nas mulheres: as experiências traumáticas, os fatores genéticos, o temperamento e as relações interpessoais.

Contudo, há concordância quanto à existência de múltiplos fatores etiológicos (genéticos, bioquímicos, psicodinâmicos e socioambientais), que, interagindo entre si, poderão explicar a ocorrência deste transtorno (Ebert, Loosen & Nurcombe, 2002).

Neste sentido, a IU pode causar mais danos emocionais e sociais do que físicos. Trata-se de um problema oculto, muitas vezes subestimado pelo doente e pelos profissionais de saúde, que acarreta mudanças significativas nas atividades de vida diária, podendo causar elevados níveis de ansiedade, depressão, isolamento social, vergonha, angústia, sentimento de culpa, diminuição da autoestima e dificuldades sexuais (Van der Vaart et al., 2002).

As mulheres com IU desenvolvem modificações comportamentais para se adaptar a esta inconveniência e reduzir o impacto dos sintomas. Além das modificações no comportamento, a IU tem consequências sobre a modulação do humor. Como tal, são mulheres mais deprimidas, psicologicamente stressadas, apresentam distúrbios emocionais e são socialmente isoladas quando comparadas com mulheres continentais. Os autores, através do seu estudo, verificaram que há uma associação significativa entre o número de mulheres incontinentes com sintomas depressivos antes e após o tratamento fisioterapêutico. Isto demonstra que a cura e/ou melhora importante dos sintomas de perda urinária podem modular positivamente o humor em grande parte das mulheres com IU (Knorst, Resende & Goldim, 2010).

De acordo com os autores citados, o efeito psicossocial da IU pode ser mais devastador do que as consequências sobre a saúde, com múltiplos e abrangentes efeitos que influenciam as atividades de vida diárias, a interação social e a autopercepção do estado de saúde, resultando numa multiplicidade de sentimentos, tais como: a vergonha, o medo, o nervosismo e a depressão (Knorst, Resende & Goldim, 2010).

Na mesma linha de pensamento, Silva (2008) refere que a IU é uma condição que afeta de forma negativa a vida das mulheres no seu contexto biopsicossocial, podendo resultar em estados depressivos, o que se acentua devido às limitações impostas pela patologia. Assim, a falta de bem-estar emocional e a presença de sentimentos emocionalmente negativos podem resultar em depressão.

PARTE II
INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO 1 – METODOLOGIA DO ESTUDO

Nesta parte, descreve-se a metodologia utilizada ao longo desta investigação, iniciando-se pelos métodos, os participantes, seguindo-se a descrição do instrumento de recolha de dados, bem como os procedimentos que lhe estão subjacentes e as considerações de natureza ética. Por fim, são apresentados os resultados decorrentes do estudo.

1.1- Métodos

A incontinência urinária é um problema comum entre as mulheres de todas as idades, com referências de prevalência estimada, em diversos países, que variam entre 10% e 30% para as mulheres entre os 15 e 64 anos (Krause et al., 2008); os 14% e 71,5% entre os 40 e 60 anos (Van der Vaart et al. 2002); 26% a 31% para todas as idades; 8% a 51%, ou os 5% a 35% em mulheres idosas (Hagglund et al., 2007). Apesar da variabilidade destes dados reconhece-se que é um problema relativamente comum e desagradável.

A incontinência urinária provoca alterações profundas nas várias dimensões do funcionamento de uma mulher, quer pelas limitações fisiológicas impostas pela doença, quer pelo confronto psicológico face à inibição social e familiar, o que determina que o número de pessoas que apresenta este problema possa ser superior às estatísticas atuais. A vergonha e o medo da humilhação e do ridículo levam as mulheres a esconder a sua situação e a adiar a procura de aconselhamento profissional (Silva, 2008). Para Hunskaar et al, (2005) pode afetar indivíduos de ambos os sexos e idades, embora a incidência seja duas vezes superior nas mulheres.

Tendo em conta o exposto entende-se que esta temática assume particular relevância, pois a incontinência urinária pode afetar pessoas de todas as idades, ambos os sexos e em todos os níveis sociais e económicos, podendo resultar, em muitos casos, em estados depressivos.

Assim, emerge a seguinte questão de investigação:

- **Que determinantes influenciam a qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária?**

Face a esta questão principal questionamos ainda:

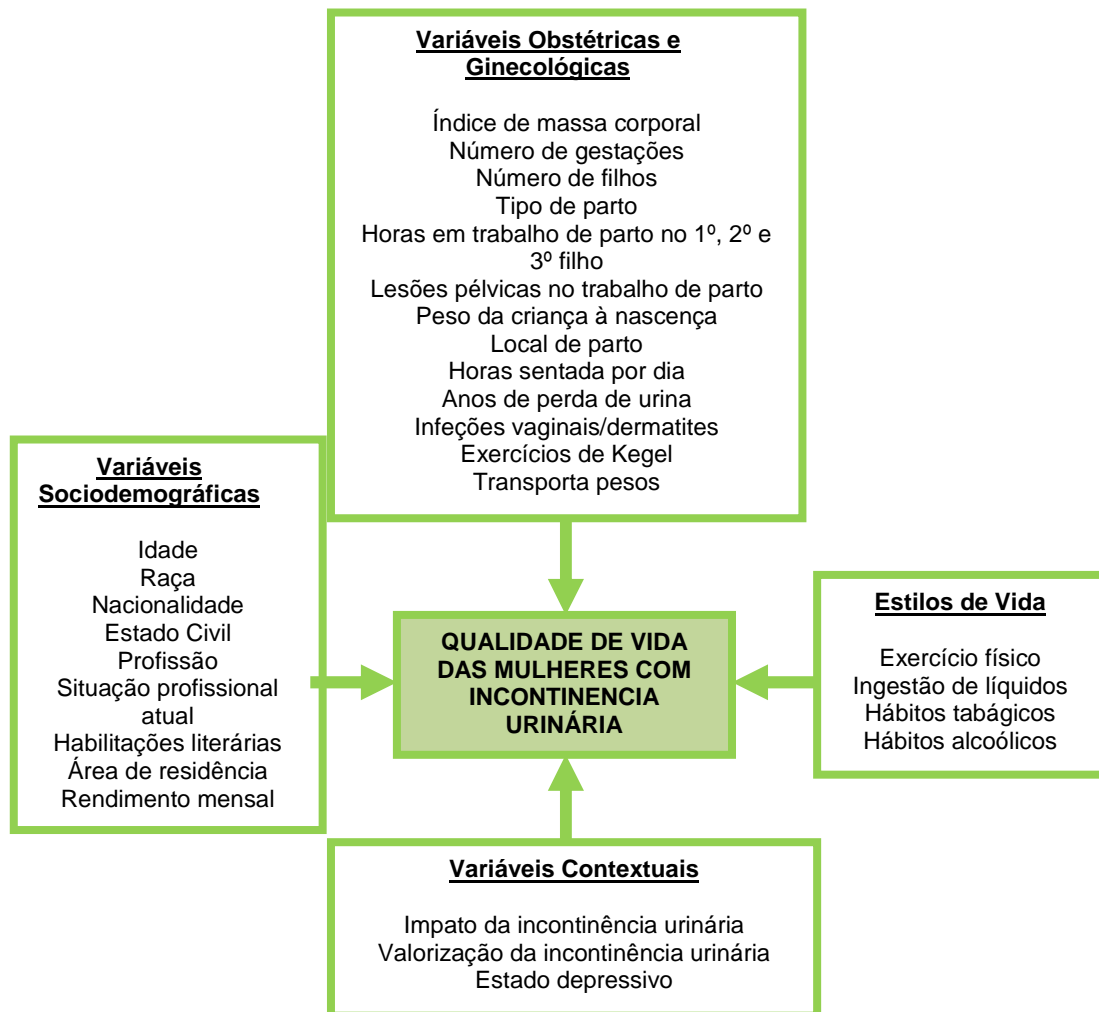
- **Qual a influência das variáveis sociodemográficas, obstétricas e ginecológicas na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária?**
- **De que modo os estilos de vida têm influência na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária?**
- **Qual a influência do tipo de incontinência urinária na qualidade de vida das mulheres?**
- **Em que medida o estado depressivo influencia a qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária?**

Para dar resposta às questões formuladas, são delineados os seguintes objetivos:

- **Avaliar a qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária.**
- **Analisar em que medida as variáveis sociodemográficas, obstétricas e ginecológicas interferem a qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária.**
- **Verificar se os estilos de vida têm efeito significativo na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária.**
- **Analisar a influência do tipo de incontinência urinária na qualidade de vida das mulheres.**
- **Determinar se o estado depressivo influencia a qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária.**

Após a elaboração das questões de investigação e objetivos, segue-se a apresentação do esquema conceptual de base, constituído pelas variáveis que se consideraram as mais relevantes para a presente investigação. A Figura 1 é ilustrativa da articulação das variáveis estudadas.

Figura 1 – Esquema conceptual de base (desenho de investigação)



Com o esquema apresentado procura-se dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis independentes e a variável dependente. No presente estudo considera-se como **variável dependente** a qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária, operacionalizada através do questionário de King's Health Questionnaire. **As variáveis independentes** incluem as variáveis sociodemográficas, variáveis obstétricas e ginecológicas, estilos de vida e variáveis contextuais. É com base nestes propósitos que se pretende prosseguir o desenvolvimento da investigação.

Nesta perspetiva e tendo em conta o enquadramento teórico realizado, as questões de investigação, e os objetivos delineados, optou-se por um **estudo não experimental, de natureza quantitativa, do tipo descritivo-correlacional e explicativo**.

Relativamente ao método de investigação, **classifica-se como sendo quantitativo**, pois pretende-se recolher e tratar os dados de forma sistemática e estatística e “conforme o

próprio termo indica, significa quantificar opiniões, dados, nas formas de coleta de informações, assim como também com o emprego de recursos e técnicas estatísticas desde as mais simples (...) até às de uso mais complexo” (Oliveira, 2000, p.115). **No estudo descritivo-correlacional**, segundo Fortin (2009, p.244), “exploram-se as relações entre variáveis com vista a descrevê-las”. **É um estudo explicativo**, já que o seu propósito é o de responder às causas dos eventos, sucessos e fenômenos físicos e sociais, ou seja, o seu interesse centra-se em explicar como as variáveis sociodemográficas, obstétricas, ginecológicas, estilos de vida e variáveis contextuais se relacionam com a qualidade de vida. (Fortin, 2009, p.252).

1.2- Participantes

Para este estudo recorreu-se a uma amostragem não probabilística por conveniência, constituída por mulheres com incontinência urinária com idades compreendidas entre os 25 e os 75 anos, utentes de um Centro de Saúde e de um Hospital da região centro do país, tendo participado 305 mulheres, entre os meses de Outubro de 2011 e Janeiro de 2012.

Com o intuito de garantir que a amostra fosse o mais homogénea possível, consideraram-se os seguintes critérios de inclusão: presença de sintomatologia de incontinência urinária, sem outra patologia associada; habilidade para falar, ler e escrever; autorização para a participação no estudo depois de devidamente informada e esclarecida e ter pelo menos 25 anos de idade.

1.2.1 – Caracterização sociodemográfica

Apresenta-se a caracterização sociodemográfica da amostra, atendendo a idade, a raça, a nacionalidade, o estado civil, a profissão, a situação profissional atual, as habilitações literárias, a área de residência e o rendimento mensal.

Idade

As estatísticas relativas à idade revelam que as mulheres inquiridas apresentam uma idade mínima de 29 anos e uma máxima de 75 anos, ao que corresponde uma idade média de 50,01 anos, com um desvio padrão de 10,37 anos. O teste da normalidade, Kolmogorod-Smirnov (Ks), não apresenta uma distribuição normal, revelando valores de assimetria e curtose, curvas platicurticas e enviesadas à direita. Já o coeficiente de variação indicia uma dispersão moderada.

Raça

Relativamente à raça a maioria das mulheres é de raça branca (98,0%), apresentando idades iguais ou superiores a 46 anos (98,9%) e apenas 2,0% das mulheres são de raça negra que se situam no escalão etário inferior ou igual a 45 anos. As diferenças entre a idade e a raça não se revelam significativas ($X^2 = 2,074$; $p = 0,155$) (cf. tabela 1).

Nacionalidade

Quanto à nacionalidade constata-se que a maioria das mulheres inquiridas é de nacionalidade portuguesas (95,4%), apresentando uma menor representatividade (2,6%) as africanas (2,6%) e as brasileiras (2,0%). Tendo em conta a idade na nacionalidade portuguesa a maioria das mulheres possuem uma idade igual ou superior a 46 anos (97,9%) e quanto às mulheres de nacionalidade africana e brasileira verifica-se maior percentagem nas mulheres com idade igual ou inferior a 45 anos (5,1%; 3,4%). Esta disposição entre a idade e a nacionalidade revela significância estatística ($X^2 = 6,887$; $p = 0,032$) (cf. tabela 1).

Estado civil

Verifica-se que a maioria das mulheres com incontinência urinária são casadas/união de facto (90,1%) e apenas 9,9% são solteiras/divorciadas. Relacionando com a idade, observa-se um valor percentual mais significativo para as mulheres casadas/união de facto com idades superiores ou iguais a 46 anos (93,6%). O grupo das mulheres solteiras/divorciadas está representado na faixa etária mais jovem, inferior ou igual a 45 anos (15,7%). As diferenças encontradas entre a idade e o estado civil são estatisticamente significativas ($X^2 = 6,872$; $p = 0,008$) (cf. tabela 1).

Profissão

Analisando a profissão das mulheres inquiridas e com base na análise dos resultados apurados, verifica-se as maiores percentagens nas mulheres domésticas (30,9%) e nas mulheres que exercem uma profissão ao nível do setor secundário (30,3%) sendo que destas a maioria possuem idade igual ou inferior a 45 anos (37,1%; 33,6). Alude-se ainda o facto de existirem diferenças estatisticamente significativas entre a idade e a profissão ($X^2 = 41,067$; $p = 0,000$) (cf. tabela 1).

Situação profissional atual

Referente à situação profissional atual e analisando a tabela 1, verifica-se que mais de metade das mulheres encontra-se desempregada (54,9%), sendo que destas a maioria tem idade igual ou superior a 46 anos (60,3%), e 45,1% da amostra encontra-se empregada, tendo neste caso predominado as mulheres com idade igual ou inferior a 45 anos (53,5%). As diferenças encontradas entre a idade e a situação profissional são estatisticamente significativas ($X^2 = 5,392$; $p = 0,014$).

Habilitações literárias

Quanto às habilitações literárias maioritariamente as mulheres têm habilitações situadas ao nível do 3º Ciclo (70,2%). Detentoras do ensino Secundário/Curso profissional encontramos 19,7% das mulheres e apenas 10,2% possuem o Ensino Superior. Verifica-se ainda que as mulheres que possuem o 3º Ciclo têm idade igual ou superior a 46 anos (79,8%) e a maioria das mulheres que possuem o ensino Secundário/Curso Profissional e o Ensino Superior têm uma idade igual ou inferior a 45 anos (29,9%; 15,4%). Os valores percentuais encontrados registam significância estatística ($X^2 = 21,681$; $p = 0,000$) (cf. tabela 1).

Área de residência

Relativamente à área de residência, observa-se que a maioria das mulheres vive numa vila (44,7%), seguindo-se as residentes na cidade (28,9%) e por último as que habitam em aldeias (26,3%). As mulheres que residem numa vila ou cidade apresentam idade igual ou inferior a 45 anos (49,6%; 34,2%), enquanto que as mulheres com idade igual ou superior a 46 anos residem numa aldeia (32,6%). As diferenças encontradas entre a idade e a área de residência das mulheres são estatisticamente significativas, com qui quadrados de $X^2 = 10,138$ ($p = 0,006$) (cf. tabela 1).

Rendimento mensal

Com base na análise dos resultados apurados a maioria das mulheres inquiridas classificam o seu rendimento mensal entre 500 a 1000 euros (47,7%). Com valores percentuais de 31,0% encontramos as mulheres que consideram o seu rendimento até 500 euros e apenas 21,3% consideram um rendimento mensal igual ou superior a 1000 euros.

Analisando a idade com o rendimento mensal até 500 euros surgem as mulheres com idade igual ou superior a 46 anos numa percentagem de 35,7%, no rendimento mensal entre 500 e 1000 euros e rendimento igual ou superior a 1000 euros a maioria das mulheres inquiridas possuem uma idade igual ou inferior a 45 anos (50,4%; 26,1%). As diferenças percentuais entre a idade e o rendimento mensal não revelam significância estatística ($X^2 = 5,679$; $p = 0,058$) (cf. tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra em função da idade

	<= 45 anos		>= 46 anos		Total		X^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Raça								
Branca	113	96,6	186	98,9	299	98,0	2,074	0,155
Negra	4	3,4	2	1,1	6	2,0		
Nacionalidade								
Portuguesa	107	91,5	184	97,9	291	95,4	6,887	0,032
Africana	6	5,1	2	1,1	8	2,6		
Brasileira	4	3,4	2	1,1	6	2,0		
Estado Civil								
Solteira/Divorciada	18	15,7	12	6,4	30	9,9	6,872	0,008
Casada/União facto	97	84,3	176	93,6	273	90,1		
Profissão								
Setor Primário	14	12,1	17	9,0	31	10,2	41,067	0,000
Setor Secundário	39	33,6	53	28,2	92	30,3		
Setor Terciário	20	17,2	15	8,0	35	11,5		
Doméstica	43	37,1	51	27,1	94	30,9		
Reformada	-	0,0	52	27,7	52	17,1		
Situação Profissional Atual								
Empregado	61	53,5	71	39,7	132	45,1	5,392	0,014
Desempregado	53	46,5	108	60,3	161	54,9		
Habilitações Literárias								
Até 3º ciclo	64	54,7	150	79,8	214	70,2	21,681	0,000
Secundário/profissional	35	29,9	25	13,3	60	19,7		
Superior	18	15,4	13	6,9	31	10,2		
Área de Residência								
Aldeia	19	16,2	61	32,6	80	26,3	10,138	0,006
Vila	58	49,6	78	41,7	136	44,7		
Cidade	40	34,2	48	25,7	88	28,9		
Rendimento Mensal								
Até 500 euros	27	23,5	66	35,7	93	31,0	5,679	0,058
De 500 - 1000 euros	58	50,4	85	45,9	143	47,7		
>= 1000 euros	30	26,1	34	18,4	64	21,3		

Em síntese:

- A amostra em estudo é constituída por 305 mulheres com incontinência urinária que apresentam idades compreendidas entre os 29 e os 75 anos, sendo a idade média de 50,01 anos com um desvio padrão de 10,37 anos.
- A maioria das mulheres são de raça branca (98,0%), de nacionalidade portuguesa (95,4%), casadas/união de facto (90,1%), domésticas (30,9%), encontram-se atualmente desempregadas (54,9%), possuem habilitações literárias situadas ao nível do 3º ciclo de escolaridade (70,2%), residem numa vila (44,7%) e a maioria classifica o seu rendimento mensal entre os 500 a 1000 euros (47,7%).

1.3- Instrumentos de recolha de dados

A seleção do método de recolha de dados é determinado pela natureza da metodologia científica, pelas questões de investigação, objetivos do estudo, pela amostra a estudar e pelas estratégias de análise estatística a realizar. A seleção deste método permite a aquisição de respostas por um maior número de indivíduos, o que dificilmente seria conseguido com outro método de recolha de dados. O questionário foi constituído por uma série de questões ordenadas para serem respondidas por escrito. Este tipo de instrumento oferece a possibilidade de anonimato total.

Assim, para avaliar as variáveis em estudo, o instrumento de colheita de dados é constituído por um questionário e escalas (cf. Anexo I).

Questionário

Os questionários compõem-se em três partes:

Parte I – Caracterização sociodemográfica - Permite recolher dados relevantes sobre o perfil sociodemográfico da mulher, através de nove questões sobre: idade, raça, nacionalidade, estado civil, profissão, situação profissional atual, habilitações literárias, área de residência e rendimento mensal.

Parte II – Caracterização obstétrica e ginecológica: Permite conhecer os antecedentes obstétricos da mulher, através de nove questões sobre: índice de massa corporal, número de gestações, número de filhos, tipo de parto, horas em trabalho de parto nº 1º, 2º e 3º filho, lesões pélvicas no trabalho de parto, peso da criança à nascença, local do parto e as horas sentada por dia. Permite ainda conhecer os antecedentes ginecológicos da mulher, através de sete questões sobre: anos de perda de urina, infecções vaginais/dermatites, cirurgias para a correção da incontinência urinária, uso de pensos absorventes, início de perda de urina, exercícios de Kegel e transporte de pesos.

Parte III – Estilos de vida: Permite conhecer os estilos de vida da mulher, através de seis questões sobre: exercício físico, ingestão de líquidos, frequência das refeições, hábitos tabágicos, hábitos alcoólicos e horas de sono.

Escalas

Neste estudo utilizamos quatro escalas, a escala do impacto da incontinência (*ICIQ-SF Short Form*), a escala da valorização da incontinência urinária, o inventário da depressão de Beck e o questionário de qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária.

Impacto da incontinência – ICIQ-SF Short Form - Trata-se de um questionário específico e genérico, para um instrumento de avaliação da qualidade de vida, pois tem sido intensificado na pesquisa científica dos últimos anos, pelo grande interesse dos pesquisadores em saúde, por métodos subjetivos de avaliação clínica (Tamanini et al., 2003). Este questionário avalia o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida e a qualificação da perda urinária das mulheres. O mesmo é composto por 4 questões que avaliam a frequência, a gravidade e o impacto da incontinência urinária. O *ICIQ-SF Short Form* apresenta o seguinte score: 3+4+5.

Valorização da incontinência urinária - É um questionário heteroadministrado, constituído por nove questões, mensuradas em respostas dicotômicas Sim/Não, com o objetivo de identificar o tipo de incontinência urinária, de esforço ou de urgência. Desta forma a resposta afirmativa a pelo menos quatro das perguntas (a,b,c,d,e) têm um valor preditivo na mulher para a incontinência urinária de esforço de 77,2%, enquanto que a

resposta afirmativa a pelo menos três das perguntas (f,g,h,i) têm um valor preditivo positivo na mulher para a incontinência urinária de urgência em 57,6%.

Inventário de depressão de Beck - Este é formado por uma escala de auto-avaliação da depressão, constituída por 21 grupos de sintomas, destinado a medir a severidade de sintomas depressivos. Cada grupo sintomatológico envolve uma série de perguntas, dispostas de forma a caminhar da menos grave para a mais grave, permitindo localizar cada sintoma dentro de quatro categorias: (0) inexistente; (1) leve; (2) moderado; (3) grave. No final a pontuação atingida por determinado indivíduo, obtida pela soma aritmética dos resultados de cada grupo sintomatológico, permite ainda reconhecer se existe ou não um quadro depressivo, e caso afirmativo, se este é leve, moderado, ou grave.

Cada grupo de sintomas é formado por um número de perguntas, que vão de quatro a seis, dispostas por ordem progressiva de gravidade. O valor mínimo da escala é zero, representado a ausência total de sintomatologia depressiva e o máximo é de 63, ou seja, quanto maior o valor do resultado, mais grave é a depressão identificada no questionário.

O sujeito deve assinalar a resposta que melhor corresponde ao seu estado atual. Este inventário foi construído de forma que, à medida que aumentava a gravidade do quadro clínico, maior é o número de sintomas que aparecem. Os sintomas são diferentes, pelo que é possível detetar os diferentes aspetos presentes num quadro depressivo.

Este inventário pretende avaliar a forma como o doente se sente, e não o que manifesta, em relação a determinados sintomas característicos do quadro depressivo, permitindo assim diferenciar todos os elementos de uma população deprimida, em confronto com elementos de outras populações não deprimidas.

Apesar de pretender medir a sintomatologia de uma forma compreensiva, o conteúdo cognitivo é mais saliente. Na medida em que permite avaliar diferentes sintomas do quadro depressivo, é um inventário capaz de detetar os diferentes aspetos que um quadro depressivo pode apresentar.

Como é uma escala sensível à evolução do quadro clínico, pode ainda ser utilizado como instrumento de análise da evolução do quadro depressivo.

Em relação à população portuguesa, Vaz Serra e Pio Abreu sugerem que o valor 12 representa o ponto de corte acima da qual se estabelece a diferença entre a população normal e deprimida.

Deste modo, no nosso estudo consideramos que os indivíduos com valores até 12, como não tendo sintomatologia depressiva, os totais entre 12 e 18 foram considerados com

ânimo depressivo leve, de 18 a 24 consideramos como sendo indivíduos com ânimo depressivo médio e por fim os totais superiores a 24 foram por nós considerados como indivíduos cujo ânimo depressivo era grave.

Questionário de Qualidade de Vida em Mulheres com Incontinência Urinária - King's Health Questionnaire - A maioria dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida foi desenvolvido nos Estados Unidos, com notória proliferação na última década. Estes instrumentos possuem total interesse em serem adaptados e aplicados por outras culturas, apesar de certos autores criticarem a sua aplicação devido ao facto de defenderem que o conceito de QDV poderá variar de cultura para cultura.

Neste sentido, o King's Health Questionnaire já testado e validado para a população portuguesa, mais especificamente na região centro por Ferreira, Lavrador e Filipe em 2008, encontra-se categorizada em 9 domínios: percepção geral da saúde, impacto da incontinência urinária, limitação de atividades diárias, limitação física, limitação social, relações pessoais, emoções, sono/energia e medidas de gravidade, sendo que na primeira parte do *KHQ* aborda a percepção geral de saúde e do impacto da incontinência e na segunda parte são explorados seis domínios: papel, limitações físicas e sociais, pessoais, relacionamentos, as emoções e o sono. O *KHQ* é pontuado por cada um dos seus domínios; as pontuações variam de 0 a 100 e quanto maior a pontuação obtida, pior é a qualidade de vida relacionada aquele domínio. Para a obtenção dos domínios têm-se em consideração as seguintes fórmulas:

Percepção geral da saúde - Scores = $((\text{Score to Q1-1})/4) \times 100$

Impacto da Incontinência urinária - Scores = $((\text{Score to Q2-1})/3) \times 100$

Limitação de atividades diárias - Scores = $((\text{Score to Q3A} + \text{Q3B}) - 2)/6 \times 100$

Limitações físicas - Scores = $((\text{Score to Q4A} + \text{Q4B}) - 2)/6 \times 100$

Limitações sociais

(If 5C \geq 1) Score = $((\text{Score to Q 4C} + \text{4D} + \text{5C}) - 3)/9 \times 100$

(If 5C = 1) Score = $((\text{Score to Q 4C} + \text{4D}) - 2)/6 \times 100$

Relações pessoais

(If 5A + 5b \geq 2) Score = $((\text{Score to Q 5A} + \text{5B}) - 2)/6 \times 100$

(If 5A + 5B = 1) Score = $((\text{Score to Q 5A} + \text{5B}) - 1)/3 \times 100$

(If 5A + 5B = 0) Treat as missing value

Emoções - Score= $\frac{((\text{Score to Q 6A} + 6B + 6C) - 3)}{9} \times 100$

Sono/Energia- Score= $\frac{((\text{Score to Q 7A} + 7B) - 2)}{6} \times 100$

Medidas de gravidade- Score= $\frac{((\text{Score to Q 8A} + 8B + 8C + 8D) - 4)}{12} \times 100$

Com o objetivo de ilustrar a qualidade de vida que caracteriza esta amostra, estabeleceu-se os seguintes pontos de corte: ≤ 50 – qualidade de vida fraca; 51 - 66 – qualidade de vida moderada e ≥ 66 - qualidade de vida elevada.

1.4- Procedimentos

Este estudo contempla todas as implicações éticas do direito à auto-determinação, à intimidade, à confidencialidade, à proteção do anonimato e confidencialidade dos dados, à proteção contra o desconforto e o prejuízo e ao tratamento justo e equitativo.

No respeito por estes princípios éticos, foi necessário efetuar um conjunto de procedimentos para a oficialização e cumprimento dos requisitos que lhe estão subjacentes e que compreendeu várias fases distintas. Numa primeira fase, foi solicitada autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados a um Agrupamento de Centros de Saúde (cf. Anexo II) e a um Hospital da região centro do país (cf. Anexo II). No referido pedido de autorização expôs-se o tema e a finalidade do estudo, ao mesmo tempo que se garantia a disponibilidade dos resultados obtidos para o desenvolvimento de investigações futuras. De salientar que neste estudo foi notificada a Comissão Nacional de Proteção de Dados, onde se obteve a respetiva autorização (cf. Anexo II).

A recolha de dados foi efetuada pela própria investigadora no período compreendido entre Outubro de 2011 e Janeiro de 2012. Durante a aplicação do instrumento de recolha de dados, foi garantido às mulheres o anonimato e incluiu-se uma nota introdutória no questionário com o propósito de apresentar as investigadoras, dar instruções de preenchimento e transmitir o objetivo do estudo. Como tal, pressupõe-se o consentimento informado do respondente para a participação no estudo, através do preenchimento livre e esclarecido do questionário.

Assim, obteve-se uma amostra final de 305 mulheres que colaboraram de forma livre e espontaneamente nesta investigação.

O instrumento de colheita de dados contém as mencionadas escalas, já validadas e aferidas para a população portuguesa. Foi realizado um pedido de autorização formal aos seus autores para a sua aplicação (cf. Anexo II), apesar de estas se encontrarem publicadas.

1.5- Análise

O tratamento estatístico é, atualmente o método mais adequado para interpretar os dados obtidos em estudos deste tipo. Recorreu-se a métodos da estatística descritiva e inferencial. Os dados foram analisados com recurso ao programa SPSS 20.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0 (2012) para *Windows*.

Relativamente à estatística descritiva, como medidas estatísticas foram utilizadas frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central (média), medidas de dispersão (desvio padrão), bem como medidas de simetria Skewness (SK) e achatamento curtose (K), de acordo com as variáveis em estudo.

De acordo com Pestana e Gageiro (2005) a medida de assimetria Skewness (SK) obtém-se através do quociente entre (SK) com o erro padrão (EP). Considerando $p=0,05$, se SK/EP variar entre $-1,96$ e $+1,96$, a distribuição é simétrica. Quando SK/EP é inferior a $-1,962$, a distribuição é assimétrica negativa ou enviesada à direita, aproximando-se as medidas de tendência central do valor máximo da distribuição. Quando SK/EP é superior a $+1,96$, a distribuição é assimétrica positiva ou enviesada à esquerda. As medidas de achatamento ou curtose (K) também se alcançam através do quociente com o erro padrão (EP). Assim, considerando $p=0,05$, se K/EP oscilar entre $-1,96$ e $+1,96$ a distribuição é mesocúrtica. Quando K/EP é inferior a $-1,96$, a distribuição é platicúrtica e quando K/EP é superior a $+1,96$, a distribuição é leptocúrtica. Conforme o recomendado, os testes de normalidade de Kolmogorov-Sminorv, Skewness e Kurtosis foram aplicados a todas as variáveis de natureza quantitativa.

Nas análises estatísticas com valores dos coeficientes de variação, os quais permitem comparar a variabilidade de duas variáveis, utilizaram-se os seguintes graus de dispersão definidos por Pestana e Gageiro (2005):

- $CV \leq 15\%$ - Dispersão Fraca;
- $15\% < CV \leq 30\%$ - Dispersão Média;
- $CV > 30\%$ - Dispersão Elevada.

Relativamente à estatística inferencial, e tendo como objetivo o estabelecimento de relações entre variáveis, foram aplicados testes estatísticos paramétricos e para estudo de proporções de estatística, os não paramétricos:

Testes t de Student ou teste de U-Mann Whitney - para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais (Pestana; Gageiro, 2005).

Teste ANOVA (*Analysis of Variance*) One-way - é uma extensão do Teste T de Student que permite comparar mais de dois grupos em estudo. Todavia, quando se testa a igualdade de mais de duas médias e, dependendo da natureza nominal ou ordinal do fator, recorre-se habitualmente ao teste Post Hoc, para saber quais as médias que se diferenciam entre si (Pestana; Gageiro, 2005). O **Teste *Kruskal-Wallis***, sendo um teste não paramétrico aplicado a variáveis de nível pelo menos ordinal, é também uma alternativa ao One-Way Anova utilizado quando não se encontram reunidos os pressupostos deste último, que são a normalidade e igualdade de variâncias. Este teste usa-se para testar a hipótese de igualdade no que se refere a um parâmetro de localização (Pestana; Gageiro, 2005).

Correlações e Regressão linear é um modelo estatístico que foi usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente ou endógena - Y) a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza intervalar ou rácio (variáveis independentes ou exógenas - X_s) informando sobre as margens de erro dessas previsões, isto é permite-nos determinar quais as variáveis independentes que são preditoras da variável dependente. Quando comparamos uma variável dependente e mais que uma variável independente efetuamos as **regressões múltiplas**. Na regressão, a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever a variável dependente (Y). Quanto maior for a correlação entre X e Y melhor a previsão. Quanto menor for essa correlação maior a percentagem de erro na previsão.

Em relação às correlações de Pearson que este tipo de teste gera, utilizamos os valores de r que, por convenção, Pestana e Gageiro (2005,) sugerem que:

- $r < 0,2$ - associação muito baixa
- $0,2 \leq r \leq 0,39$ - associação baixa
- $0,4 \leq r \leq 0,69$ - associação moderada
- $0,7 \leq r \leq 0,89$ - associação alta
- $0,9 \leq r \leq 1$ - associação muito alta

Teste de *Qui-Quadrado* (χ^2) - para o estudo de relações entre variáveis nominais, aplicando-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias, comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo para se

inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Se as diferenças entre os valores observados e esperados não se considerarem significativamente diferentes, o valor do teste pertence à região de aceitação e as variáveis são independentes, caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência, ou seja, os valores do teste pertencem à região crítica (Pestana; Gageiro, 2005). Efetuaram-se também testes de Qui-quadrado com análise de residuais ajustados para identificação dos valores significativos, pois como referem Pestana e Gageiro (2005), os resíduos ajustados na forma estandardizada informam sobre células que mais se afastam da independência entre as variáveis ou os valores elevados dos resíduos indicam uma relação de dependência entre as variáveis. Os mesmos autores consideram para uma probabilidade igual a 0,05, os seguintes valores de referência:

- ≥ 1.96 diferença estatística significativa
- < 1.96 diferença estatística não significativa

Segundo D' Hainaut (1992) podem ser selecionados os seguintes níveis de significância:

- $p < 0.05$ estatística significativa
- $p < 0.01$ estatística bastante significativa
- $p < 0.001$ estatística altamente significativo
- $p \geq 0.05$ não significativo

A apresentação dos resultados efetuou-se com o recurso de tabelas e gráficos, onde se apresentam os dados mais relevantes. Omitiu-se nas mesmas o local, a data e a fonte, uma vez que todos os dados foram colhidos através do instrumento de colheita de dados aplicado a mulheres com incontinência urinária. A descrição e análise dos dados procurou obedecer à ordem por que foi elaborado o instrumento de colheita de dados (Duarte, 2008).

Após estas considerações metodológicas, irá ser abordada, no capítulo seguinte a apresentação dos resultados.

CAPÍTULO 2- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo pretende-se apresentar os resultados obtidos, em função de toda a informação recolhida. Para a apresentação adequada dos dados, recorreu-se ao uso de tabelas com os dados estatísticos, os quais serão antecidos da respetiva análise.

Este capítulo encontra-se organizado em duas partes fundamentais. A primeira consiste na análise descritiva dos dados e a segunda na análise inferencial dos resultados.

2.1- ANÁLISE DESCRITIVA

Neste subcapítulo é efetuada a análise descritiva da caracterização da amostra estudada, tendo presente as variáveis obstétricas, ginecológicas, estilos de vida, variáveis contextuais e qualidade de vida.

2.1.1 - Variáveis obstétricas

Para o presente estudo considera-se pertinente o conhecimento das variáveis relativas à história obstétrica, no sentido de complementar o estudo e posteriormente verificar a sua relação com a qualidade de vida. Por conseguinte, são descritas essas variáveis, atendendo o índice de massa corporal, o número de gestações, o número de filhos, o tipo de parto, as horas em trabalho de parto no primeiro, segundo e terceiro filho, as lesões pélvicas no trabalho de parto, o peso da criança à nascença, o local do parto e as horas sentada por dia.

Índice de massa corporal

As estatísticas relativas ao peso revelam que as mulheres inquiridas apresentam um peso mínimo de 47 kg e um máximo de 95 kg, ao que corresponde um peso médio de 70,47 kg, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 10,06 Kg ($t=0,115$; $p=0,908$) (cf. tabela 2).

Quanto à altura das mulheres inquiridas, esta varia entre um valor mínimo de 146 cm e um máximo de 190 cm, sendo que a média se situa nos 162,27 cm, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 6,13 cm ($t=1,784$; $p=0,075$) (cf. tabela 2).

Com o peso e a altura obtivemos um índice de massa corporal (IMC) que revela um valor mínimo de 18,59 kg/m² e um valor máximo foi de 37,04 kg/m², sendo que a média se situa nos 26,76 kg/m², com um desvio padrão de 3,54 kg/m² (cf. tabela 2).

Na análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição do peso é assimétrica negativa enviesada à direita e platicúrtica, a altura apresenta-se como simétrica e leptocúrtica, quanto à distribuição do índice de massa corporal, este revela curvas gaussianas simétricas e mesocúrticas. O teste Kolmogorod-Smirnov, apresenta apenas uma distribuição normal no IMC. Já os coeficientes de variação indiciam uma dispersão fraca.

O teste t de Student foi realizado com o intuito de compreender se o grupo de idades (≤ 45 anos; ≥ 46 anos) interferia estatisticamente com o peso, a altura e o IMC. Afere-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade, o peso, a altura e o IMC ($t=0,845$; $p=0,399$) (cf. tabela 2).

Analisando a idade com o índice de massa corporal observa-se que mais de metade das mulheres inquiridas possui excesso de peso (67,5%), sendo que destas a maioria têm uma idade igual ou superior a 46 anos (70,2%) e 32,5% das mulheres possui peso normal, sendo que neste caso a maioria tem uma idade igual ou inferior a 45 anos (36,8%). Afere-se ainda que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o IMC ($X^2=1,596$; $p=0,207$) (cf. tabela 5).

Tabela 2 – Estatísticas relativas ao peso, à altura e ao índice de massa corporal das mulheres com incontinência urinária

	N	Mínimo	Máximo	\bar{X}	Dp	CV (%)	SK/EP	K/EP	KS
Peso	305	47	95	70,47	10,06	14,28	-0,486	-2,493	0,000
Altura	305	146	190	162,27	6,13	3,78	1,057	2,849	0,000
IMC	305	18,59	37,04	26,76	3,54	13,23	1,236	-1,137	0,200

Número de gestações

O número de gestações varia entre um mínimo de 1 e o número máximo de 4 vezes, ao que corresponde uma média de 1,92, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 0,78. No que se refere ao teste Kolmogorod-Smirnov não apresenta uma distribuição normal revelando valores de assimetria e curtose, curvas mesocúrticas e enviesadas à esquerda. Já o coeficiente de variação indicia uma dispersão elevada. (cf. tabela 3).

É ainda de referir que mais de metade das mulheres da amostra esteve grávida duas vezes (51,1%). Observa-se também que as mulheres com idade igual ou inferior a 45 anos (41,9%) estiveram grávidas apenas uma vez e as mulheres com idade igual ou superior a 46 anos estiveram grávidas duas, três e quatro vezes (51,6%; 19,1%;5,9%). Note-se ainda que existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o número de gestações ($X^2 = 19,863$; $p = 0,000$) (cf. tabela 5).

Número de filhos

As estatísticas relativas ao número de filhos revelam que as mulheres inquiridas tiveram um mínimo de 1 filho e um máximo de 4 filhos, sendo que a média se situa nos 1,85 filhos, com um desvio padrão de 0,69 filhos. Atendendo à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição da presente variável é assimétrica positiva e leptocúrtica. Quanto ao coeficiente de variação, o número de filhos apresenta uma dispersão elevada. Por último, no que se refere ao teste de aderência, Kolmogorod-Smirnov, verifica-se que não estamos perante uma distribuição normal. (cf. tabela 3).

Podemos também referir que 54,1%, ou seja, mais de metade das mulheres com incontinência urinária teve 2 filhos, seguindo-se as mulheres que tiveram um filho (31,1%) e apenas 14,8% das mulheres tiveram 3 ou mais filhos (cf. tabela 5).

Analisando a idade em relação ao número de filhos observa-se que das mulheres que tiveram apenas um filho, têm maioritariamente idade igual ou inferior a 45 anos (43,6%), as mulheres que tiveram mais de 2 filhos têm na sua maioria uma idade igual ou superior a 46 anos (56,4%; 20,2%). As diferenças encontradas entre a idade e o número de filhos são estatisticamente significativas ($X^2 = 19,805$; $p = 0,000$) (cf. tabela 5).

Tabela 3– Estatísticas relativas ao número de gestações e ao número de filhos das mulheres com incontinência urinária

	N	Mínimo	Máximo	\bar{X}	Dp	CV (%)	SK/EP	K/EP	KS
Número de gestações	305	1	4	1,92	0,78	40,63	4,843	0,947	0,000
Número de filhos	305	1	4	1,85	0,69	37,30	3,207	7,194	0,000

Tipo de parto

Relativamente ao tipo de parto e através da análise da tabela 5, verifica-se que maioritariamente as mulheres inquiridas tiveram um parto normal (82,3%), seguindo-se as mulheres que tiveram um parto vaginal instrumentado (13,1%) e apenas 4,6% da amostra teve filhos por cesariana. Cita-se ainda que das mulheres que tiveram parto normal a maioria tem uma idade igual ou superior a 46 anos (89,4%) e das mulheres que tiveram o filho por parto vaginal instrumentado ou por cesariana a percentagem foi mais elevada nas mulheres que possuem uma idade igual ou inferior a 45 anos (21,4%; 7,7%). Refere-se ainda que existe significância estatística entra a idade e o tipo de parto ($X^2 = 16,811$; $p = 0,000$).

Horas em trabalho de parto

O número de horas que as mulheres estiveram em trabalho de parto no **primeiro filho** varia entre um mínimo de 1 hora e o máximo de 24 horas, ao que corresponde uma média de 8,39 horas, com um desvio padrão de 2,52 horas. O teste de normalidade, Kolmogorod-Smirnov, não apresenta uma distribuição normal revelando valores de assimetria e curtose, curvas leptocúrticas e enviesadas à esquerda. Já o coeficiente de variação indicia uma dispersão elevada (cf. tabela 4).

Verifica-se também que a maioria das mulheres esteve em trabalho de parto 7 ou menos horas (39,7%). Em relação à idade pode-se referir que a maioria das mulheres inquiridas com um trabalho de parto de 7 ou menos horas e com duração entre 8 e 9 horas tem uma idade igual ou superior a 46 anos (41,5%; 26,1%) enquanto que as mulheres com uma duração de trabalho de parto igual ou superior a 10 horas tem na maioria uma idade igual ou inferior a 45 anos (41,0%). No entanto as diferenças entre a idade e o número de horas que esteve em trabalho de parto no primeiro filho não se revelam estatisticamente significativas ($X^2 = 2,326$; $p = 0,313$) (cf. tabela 5).

Relativamente às horas que as mulheres inquiridas estiveram em trabalho de parto no **segundo filho** varia entre um mínimo de 1 hora e o máximo de 14 horas, sendo que a média se situa nas 5,78 horas, com um desvio padrão de 2,30 horas. O teste Kolmogorod-Smirnov, não apresenta uma distribuição normal revelando valores de assimetria e curtose, curvas leptocúrticas e enviesadas à esquerda. Já o coeficiente de variação indicia uma dispersão elevada (cf. tabela 4).

Verifica-se também que a maioria das mulheres esteve em trabalho de parto 7 ou mais horas (37,2%). Analisando a idade pode-se referir que as mulheres com um trabalho de parto de 4 ou menos horas tem uma idade igual ou inferior a 45 anos (39,1%) e as mulheres com uma duração de trabalho de parto de 5 a 6 horas ou igual ou superior a 7 horas tem na maioria uma idade igual ou superior a 46 anos (39,2%; 40,6%). Esta disposição entre a idade e o número de horas que esteve em trabalho de parto no segundo filho, revela significância estatística ($X^2=8,138$; $p=0,017$) (cf. tabela 5).

Quanto ao número de horas que as mulheres inquiridas estiveram em trabalho de parto no **terceiro filho** varia entre um mínimo de 2 hora e o máximo de 10 horas, sendo que a média se situa nas 5,26 horas, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 2,01 horas. O teste de normalidade, Kolmogorod-Smirnov, não apresenta uma distribuição normal. Considerando à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição do número de horas que esteve em trabalho de parto do terceiro filho é simétrica e mesocúrtica. Já o coeficiente de variação apresenta-se como sendo elevado (cf. tabela 4).

Verifica-se também que a maioria das mulheres esteve em trabalho de parto 4 ou menos horas (41,9%). Em relação à idade pode-se referir que a maioria das mulheres com um trabalho de parto de 4 ou menos horas e com duração entre 5 e 6 horas tem uma idade igual ou superior a 46 anos (47,4%; 31,6%) e as mulheres com uma duração de trabalho de parto igual ou superior a 7 horas tem na maioria uma idade igual ou inferior a 45 anos (80,0%). Alude-se ainda ao fato de existirem diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o número de horas que esteve em trabalho de parto do terceiro filho ($X^2=8,086$; $p=0,018$) (cf. tabela 5).

Tabela 4 – Estatísticas relativas às horas em trabalho de parto no primeiro, segundo e terceiro filho das mulheres com incontinência urinária

	N	Mínimo	Máximo	\bar{X}	Dp	CV (%)	SK/EP	K/EP	KS
Horas em trabalho de parto no 1º filho	305	1	24	8,39	2,52	30,04	5,857	16,252	0,000
Horas em trabalho de parto no 2º filho	207	1	14	5,78	2,30	39,79	1,740	2,021	0,000
Horas em trabalho de parto no 3º filho	43	2	10	5,26	2,01	38,21	0,067	0,963	0,014

Lesões pélvicas no trabalho de parto

Tendo em conta a existência de lesões pélvicas como lacerações, rasgadas ou cortes no parto verifica-se na nossa amostra que 80,0% das mulheres respondeu negativamente, sendo que a maioria das mulheres possui idade igual ou superior a 46 anos (83,5%), no entanto 20,0% das mulheres respondeu afirmativamente tendo a maioria uma idade igual ou inferior a 45 anos (25,6%). Denote-se ainda que não existem diferenças estatisticamente significativas ($X^2=3,775$; $p=0,052$) (cf. tabela 5).

Peso da criança à nascença

A maioria das mulheres inquiridas (72,5%) teve filhos com peso superior a 4Kg e possuem uma idade igual ou superior a 46 anos (76,1%) e apenas 27,5% das mulheres não teve filhos com peso superior a 4 Kg. Realça-se ainda a inexistência de diferenças estatisticamente significativas ($X^2=3,191$; $p=0,074$) (cf. tabela 5).

No que se refere à quantidade de filhos com peso superior a 4Kg a maioria da amostra apenas teve um filho com peso superior a 4Kg (61,9%), sendo que a maioria das mulheres tem uma idade igual ou inferior a 45 anos (65,7%). As mulheres que tiveram 2 filhos com mais de 4Kg têm na maioria idade igual ou superior a 46 anos (40,8%) e as mulheres que tiveram 3 filhos com mais de 4Kg têm na maioria uma idade igual ou inferior a 45 anos (5,7%). Entre as variáveis não existem diferenças estatisticamente significativas ($X^2=3,798$; $p=0,150$) (cf. tabela 5).

Local de parto

Concernente ao local de parto observa-se que a maioria dos partos foram realizados em meio hospitalar (94,1%), sendo que estes apresentam uma percentagem mais elevada nas mulheres com idade igual ou inferior a 45 anos. Entre a idade e o local de parto encontram-se diferenças estatisticamente significativas ($X^2=11,905$; $p=0,003$) (cf. Tabela 5).

Horas sentada por dia

A estatística relativa às horas que as mulheres estão sentadas por dia varia entre 1 hora e 12 horas, ao que corresponde um número de horas médio de 4,21 horas, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 1,84 horas. O teste de normalidade, Kolmogorod-Smirnov, não apresenta uma distribuição normal revelando valores de assimetria e curtose, curvas leptocúrticas e enviesadas à esquerda. Já o coeficiente de variação indicia uma dispersão elevada.

Efetuuou-se o t-teste, com o intuito de compreender se o grupo de idades (≤ 45 anos; ≥ 46 anos) interferia estatisticamente com as horas sentada por dia. Afere-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($t=-1,644$; $p=0,082$).

É ainda de referir que a maioria das mulheres está sentada por dia 5 ou mais horas (39,1%), 33,9% está sentada por dia 3 ou menos horas e 27,0% das mulheres está sentada por dia 4 horas. Referente à idade verifica-se que as mulheres que estão sentadas 3 ou menos horas ou 4 horas por dia têm na maioria uma idade igual ou inferior a 45 anos e as mulheres que estão sentadas por dia 5 ou mais horas têm na maioria uma idade igual ou superior a 46 anos. Alude-se ainda ao fato de não existirem diferenças estatisticamente significativas entre a idade e as horas sentada por dia ($X^2=1,387$; $p=0,500$) (cf. tabela 5).

Tabela 5 – Caracterização obstétrica da amostra em função da idade

	<= 45 anos		>= 46 anos		Total		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Índice de Massa Corporal								
Peso Normal	43	36,8	56	29,8	99	32,5	1,596	0,207
Excesso de Peso	74	63,2	132	70,2	206	67,5		
Número de gestações								
1	49	41,9	44	23,4	93	30,5	19,863	0,000
2	59	50,4	97	51,6	156	51,1		
3	7	6,0	36	19,1	43	14,1		
4	2	1,7	11	5,9	13	4,3		
Número de filhos								
1 Filho	51	43,6	44	23,4	95	31,1	19,805	0,000
2 Filhos	59	50,4	106	56,4	165	54,1		
>= 3 Filhos	7	6,0	38	20,2	45	14,8		
Tipo de partos								
Normal	83	70,9	168	89,4	251	82,3	16,811	0,000
Vaginal instrumentado	25	21,4	15	8,0	40	13,1		
Cesariana	9	7,7	5	2,7	14	4,6		
Horas em trabalho de parto no 1º filho								
<= 7 Horas	43	36,8	78	41,5	121	39,7	2,326	0,313
Entre 8 e 9 horas	26	22,2	49	26,1	75	24,6		
>= 10 Horas	48	41,0	61	32,4	109	35,7		
Horas em trabalho de parto no 2º filho								
<= 4 Horas	25	39,1	29	20,3	54	26,1	8,138	0,017
Entre 5 e 6 horas	20	31,2	56	39,2	76	36,7		
>= 7 Horas	19	29,7	58	40,6	77	37,2		
Horas em trabalho de parto no 3º filho								
<= 4 Horas	0	0,0	18	47,4	18	41,9	8,086	0,018
Entre 5 e 6 horas	1	20,0	12	31,6	13	31,2		
>= 7 Horas	4	80,0	8	21,1	12	27,9		
Lesões pélvicas no trabalho de parto								
Sim	30	25,6	31	16,5	61	20,0	3,775	0,052
Não	87	74,4	157	83,5	244	80,0		
Peso da criança à nascença								
Sim	78	66,7	143	76,1	221	72,5	3,191	0,074
Não	39	33,3	45	23,9	84	27,5		
Se, sim quantos filhos com peso superior a 4 KG								
1	23	65,7	29	59,2	52	61,9	3,798	0,150
2	10	28,6	20	40,8	30	35,7		
3	2	5,7	0	0,0	2	2,4		
Local do parto								
No hospital	117	100,0	170	90,4	287	94,1	11,905	0,003
Em casa	0	0,0	7	3,7	7	2,3		
Em casa e no hospital	0	0,0	11	5,9	11	3,6		
Horas sentada por dia								
<= 3 Horas	43	36,8	60	32,1	103	33,9	1,387	0,500
4 Horas	33	28,2	49	26,2	82	27,0		
>= 5 Horas	31	35,0	78	41,7	119	39,1		

Em síntese:

- Considera-se que as mulheres estudadas possuem um peso compreendido entre 47 Kg e os 95 Kg, centrando-se a média nos 70,47 Kg; a altura varia entre os 146 cm e

os 190 cm, com uma média de 162,27 cm e o índice de massa corporal apresenta um valor mínimo de 18,59 kg/m² e um máximo de 37,04 kg/m², centrando-se a média nos 26,76 kg/m². Desta forma mais de metade das mulheres possui excesso de peso (67,5%).

- O número de vezes que as mulheres estiveram grávidas varia entre 1 e 4 vezes, o que corresponde a uma média de 1,92 vezes, mais de metade das mulheres esteve grávida 2 vezes (51,1%).
- Relativamente ao número de filhos, as mulheres apresentam um mínimo de 1 filho e um máximo de 4 filhos, sendo que a média se situa nos 1,85 filhos, desta forma mais de metade das mulheres teve 2 filhos (54,1%). A maioria da amostra teve um parto normal (54,1%).
- O número de horas em trabalho de parto no primeiro filho varia entre 1 hora e 24 horas, o que corresponde uma média de 8,3 horas, a maioria das mulheres esteve em trabalho de parto no primeiro filho 7 ou menos horas (39,7%).
- O número de horas em trabalho de parto no segundo filho varia entre 1 hora e 14 horas, o que corresponde uma média de 5,78 horas, a maioria das mulheres esteve em trabalho de parto no segundo filho 7 ou mais horas (37,2%).
- O número de horas em trabalho de parto no terceiro filho varia entre 2 horas e 10 horas, o que corresponde uma média de 2,01 horas, a maioria das mulheres esteve em trabalho de parto no terceiro filho 4 ou menos horas (41,9%).
- 80,0% das mulheres referiu não ter lesões pélvicas, como lacerações, rasgaduras ou cortes durante os partos.
- A maioria das mulheres teve filhos com peso superior a 4 Kg (72,5%), no entanto apenas tiveram 1 filho com peso superior a 4 Kg (61,9%).
- 94,1% dos partos foram realizados em meio hospital.
- O mínimo de horas que as mulheres passam sentadas por dia é de 1 hora e 12 horas no máximo, o que corresponde uma média de 4,21 horas, contudo a maioria das mulheres está 6 ou mais horas sentada por dia (39,1%).

2.1.2 - Variáveis ginecológicas

Apresenta-se a caracterização das variáveis ginecológicas, atendendo aos anos de perda de urina, às infeções vaginais/dermatites, às cirurgias para correção da incontinência

urinária, o uso de pensos absorventes, o início de perda de urina, os exercícios de kegel e o transporte de pesos.

Anos de perda de urina

As estatísticas relativas ao número de anos de perda de urina revelam que as mulheres inquiridas apresentam um mínimo de 1 ano e um máximo de 30 anos de perda de urina, ao que corresponde uma média de 8,69 anos, com um desvio padrão de 6,14 anos. O teste Kolmogorod-Smirnov, não apresenta uma distribuição normal revelando valores de assimetria e curtose, curvas leptocúrticas e enviesadas à esquerda. Já o coeficiente de variação indicia uma dispersão elevada (cf. tabela 6).

Verifica-se também que 35,1% das mulheres inquiridas perde urina à 5 ou menos anos e à 10 ou mais anos, enquanto 29,8% perde urina entre 6 e 9 anos. Tendo em conta a idade observa-se que as mulheres que perdem urina à 5 ou menos anos e as mulheres que perdem urina entre 6 e 9 anos possuem idade igual ou inferior a 45 anos (56,4%; 38,5%). As mulheres que perdem urina à 10 ou mais anos possuem na sua maioria uma idade igual ou superior a 46 anos (53,7%). Entre a idade e o número de anos de perda de urina encontram-se diferenças estatisticamente significativas ($X^2=77,891$; $p=0,000$) (cf. tabela 7).

Infeções vaginais/dermatites

O número de infeções vaginais/dermatites que as mulheres inquiridas apresentaram durante o último ano varia entre um mínimo de 1 episódio e um máximo de 6 episódios, sendo que a média de infeções/dermatites se situa nos 2,18 episódios, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 1,01 episódios. O teste Kolmogorod-Smirnov, não apresenta uma distribuição normal revelando valores de assimetria e curtose, curvas leptocúrticas e enviesadas à esquerda. Já o coeficiente de variação indicia uma dispersão elevada (cf. tabela 6).

Relativamente à idade, a maioria das mulheres com duas infeções/dermatites no último ano (41,5%) possuem uma idade igual ou superior a 46 anos. Refere-se ainda que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade e as infeções vaginais/dermatites ($X^2=0,067$; $p=0,967$) (cf. tabela 7).

Tabela 6 – Estatísticas relativas aos anos de perda de urina e às infecções vaginais/dermatites das mulheres com incontinência urinária

	N	Mínimo	Máximo	\bar{X}	Dp	CV (%)	SK/EP	K/EP	KS
Anos de perda de urina	305	1	30	8,69	6,14	70,66	8,693	4,259	0,000
Infeções vaginais/dermatites	106	1	6	2,18	1,01	46,33	4,162	3,092	0,000

Cirurgia para correção da incontinência urinária

Quanto à cirurgia para correção de incontinência urinária observa-se que a maioria das mulheres não foram submetidas a cirurgia (98,0%), apresentando idades iguais ou inferiores a 45 anos (100,0%) e apenas 2,0% das mulheres foi submetida a cirurgia para a correção da incontinência urinária, tendo estas na maioria uma idade igual ou superior a 46 anos (3,2%). Denote-se ainda a não existência de diferenças estatisticamente significativas ($X^2=3,809$; $p=0,051$) (cf. tabela 7).

Uso de pensos absorventes

Questionadas as mulheres sobre o uso de pensos absorventes, verifica-se que a maioria das mulheres inquiridas usa pensos absorventes (84,6%) sendo apenas 15,4% as mulheres que não usam. Quanto à idade em ambos os casos as percentagens foram iguais. Pode ainda referir-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o uso de pensos absorventes ($X^2=0,000$; $p=0,992$) (cf. tabela 7).

Início de perda de urina

Através da análise da tabela 7 pode-se referir que 89,9% das mulheres não associa o início da perda de urina a nenhum momento da sua vida, sendo mulheres com idade igual ou superior a 46 anos (96,2%), ao contrário, apenas 10,1% das mulheres associa a perda de urina a algum momento da sua vida, sendo mulheres com idade igual ou inferior a 45 anos (20,4%). Registaram-se diferenças estatisticamente significativas ($X^2=20,956$; $p=0,000$).

Exercícios de kegel

Analisando os resultados em função do conhecimento sobre os exercícios de Kegel para fortalecer os músculos da vagina, 84,3% das mulheres referiu não os conhecer, ao contrário de 15,7% das mulheres que referiu conhecê-los. Quanto à idade, são as mulheres com idade igual ou superior a 46 anos (90,4%) que referem não conhecer os exercícios de Kegel e das mulheres que referem conhecê-los possuem idade igual ou inferior a 45 anos (25,6%). Denote-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($X^2=14,038$; $p=0,000$) (cf. tabela 7).

Questionadas as mulheres sobre a frequência da prática de exercícios de Kegel observa-se que 62,5% das mulheres inquiridas nunca os praticam, sendo que destas a maioria tem idade igual ou superior a 46 anos (66,7%) e apenas 37,5% das mulheres praticam às vezes, das quais a maioria tem idade igual ou inferior a 45 anos (40,0%). Esta disposição entre a idade e a frequência da prática de exercícios de Kegel não revela significância estatística ($X^2=0,213$; $p=0,644$) (cf. tabela 7).

Transporte de pesos

Analisando a tabela 7, verifica-se que 94,7% das mulheres, ou seja, a maioria da amostra transporta pesos superiores a 3Kg, sendo que possuem idade igual ou inferior a 45 anos (97,4%). Alude-se o fato de não existirem diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o transporte de pesos ($X^2=2,645$; $p=0,104$).

Tabela 7 – Caracterização ginecológica da amostra em função da idade

	<= 45 anos		>= 46 anos		Total		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Anos de perda de urina								
<= 5 Anos	66	56,4	41	21,8	107	35,1	77,891	0,000
Entre 6 e 9 anos	45	38,5	46	24,5	91	29,8		
>= 10 Anos	6	5,1	101	53,7	107	35,1		
Infeções vaginais/dermatites								
Uma infecção	10	25,0	18	27,3	28	26,4	0,067	0,967
Duas infecções	17	42,5	27	40,9	44	41,5		
Superior a duas infecções	13	32,5	21	31,8	34	32,1		
Cirurgia para correção da incontinência urinária								
Não	117	100,0	182	96,8	299	98,0	3,809	0,051
Sim	0	0,0	6	3,2	6	2,0		
Uso de pensos absorventes								
Não	18	15,4	29	15,4	47	15,4	0,000	0,992
Sim	99	84,6	159	84,6	258	84,6		
Início de perda de urina								
Não	90	79,6	176	96,2	266	89,9	20,956	0,000
Sim	23	20,4	7	3,8	30	10,1		
Exercícios de kegel								
Não	87	74,4	170	90,4	257	84,3	14,038	0,000
Sim	30	25,6	18	9,6	48	15,7		
Frequência da prática de exercícios de Kegel								
Nunca	18	60,0	12	66,7	30	62,5	0,213	0,644
Às vezes	12	40,0	6	33,3	18	37,5		
Transporte de pesos								
Não transporta	3	2,6	13	6,9	16	5,3	2,645	0,104
Transporta	112	97,4	175	93,1	287	94,7		

Em síntese:

- Relativamente ao número de anos de perda de urina a amostra estudada apresenta um mínimo de 1 ano e um máximo de 30 anos de perda de urina, centrando-se a média nos 8,69 anos.
- A maioria das mulheres perde urina à 5 ou menos anos e à 10 ou mais anos numa percentagem de 35,1%.
- Relativamente ao número de infeções vaginais/dermatites que apresentam durante o último ano é de 1 a 6 episódios, centrando-se a média nos 2,18 episódios.
- A maioria da amostra nunca foi submetida a cirurgias para correção da incontinência urinária (98,0%); 84,6% das mulheres inquiridas usa pensos absorventes e 98,9% das mulheres não associa o início da perda de urina a algum momento da sua vida.
- São mulheres que não têm conhecimento dos exercícios de Kegel (84,3%).
- A maioria das mulheres transporta pesos superiores a 3Kg (94,7%).

2.1.3 – Relação entre as variáveis sociodemográficas, obstétricas e ginecológicas com os anos de perda de urina

No sentido de complementar o presente estudo, pretende-se conhecer o tipo de relação existente entre as variáveis sociodemográficas, obstétricas e ginecológicas com os anos de perda de urina.

Em relação ao **número de filhos**, verifica-se que mais de metade das mulheres teve 2 filhos (54,1%). Observa-se, ainda que as mulheres que perdem urina à 5 ou menos anos tiveram apenas 1 filho (45,8%), e as mulheres que perdem urina entre os 6 e os 9 anos e há mais de 10 anos tiveram 2 filhos (63,6%; 24,3%). Refira-se que o número de filhos que as participantes tiveram interfere estatisticamente com os anos de perda de urina ($X^2=34,177$; $p=0,000$) (cf. tabela 8).

Quanto ao **índice de massa corporal**, verifica-se que 67,5% das mulheres inquiridas possuem excesso de peso, sendo mulheres que perdem urina há 10 ou mais anos (85,0%). As mulheres que perdem urina à 5 ou menos anos possuem percentagem mais elevadas no considerado peso normal (50,5%). O teste X^2 apresenta diferenças estatisticamente significativas entre o número de anos de perda de urina e o IMC ($X^2=30,779$; $p=0,000$) (cf. tabela 8).

Questionadas as mulheres sobre o **tipo de parto**, de um modo geral 82,3% tiveram um parto normal, sendo mulheres que têm perda de urina à 10 ou mais anos (92,5%); as mulheres que tiveram um parto vaginal instrumentado têm, maioritariamente, perda de urina entre 6 a 9 anos (22,0%) e as mulheres que tiveram cesariana, possuem perda de urina à 5 ou menos anos (6,5%). Entre os anos de perda de urina e o tipo de parto encontram-se diferenças estatísticas ($X^2=15,289$; $p=0,004$) (cf. tabela 8).

Em relação à **nacionalidade**, 95,4% das mulheres são de nacionalidade portuguesa, destas 98,1% têm perda de urina à 10 ou mais anos. As mulheres emigrantes possuem percentagens mais elevadas no grupo de 5 ou menos de anos de perda de urina. Afere-se que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os anos de perda de urina e a nacionalidade ($X^2=3,852$; $p=0,146$) (cf. tabela 8).

Analisando as respostas relativas às **horas sentada por dia**, 39,1% das mulheres inquiridas costuma estar 5 ou mais horas sentadas, destas 49,1% perdem urina à 10 ou mais anos. Contudo, 39,6% das mulheres que costumam estar sentadas 3 ou menos horas por dia têm perda de urina à 6-9 anos e 33,0% das mulheres que estão sentadas 4 horas

por dia têm perda de urina, igualmente, à 6-9 anos. Averigua-se que não existem diferenças significativas ($X^2=13,330$; $p=0,010$) (cf. tabela 8).

No que se refere às **horas em trabalho de parto no 1º filho**, constata-se que 39,7% das mulheres inquiridas esteve 7 ou menos horas em trabalho de parto, sendo que destas 45,8% têm perda de urina à 5 ou menos anos. As mulheres que estiveram em trabalho de parto entre 8 a 9 horas ou 10 ou mais horas, possuem perda de urina entre 6 a 9 anos (29,7%;42,9%). As diferenças não são estatisticamente significativas ($X^2=8,470$; $p=0,076$) (cf. tabela 8).

Relativamente às **horas em trabalho de parto no 2º filho**, averigua-se que 37,2% das mulheres inquiridas esteve 7 ou mais horas em trabalho de parto, sendo que destas 44,7% têm perda de urina à 10 ou mais anos. As mulheres que estiveram em trabalho de parto entre 4 ou menos horas, possuem perda de urina à 5 ou menos anos (43,9%) e as mulheres que estiveram entre 5 a 6 horas em trabalho de parto têm perda de urina entre 6 a 9 anos (46,4%). Denote-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os anos de perda de urina e as horas em trabalho de parto no 2º filho ($X^2=15,104$; $p=0,004$) (cf. tabela 8).

Quanto às **horas em trabalho de parto no 3º filho**, 41,9% das mulheres inquiridas estiveram 4 ou menos horas em trabalho de parto, sendo que destas 70,0% têm perda de urina à 5 ou menos anos. As mulheres que estiveram em trabalho de parto entre 5 e 6 horas, possuem perda de urina à 10 ou mais anos (38,5%) e as mulheres que estiveram 7 ou mais horas em trabalho de parto têm perda de urina entre 6 a 9 anos (42,9%). Entre os anos de perda de urina e as horas em trabalho de parto no 3º filho não se encontram diferenças estatisticamente significativas ($X^2=5,249$; $p=0,263$) (cf. tabela 8).

Questionadas as mulheres sobre as **infecções vaginais/dermatites** no último ano pode-se referir que 65,2% das mulheres não têm infecções vaginais/ dermatites frequentes, destas 72,9% possuem perda de urina à 10 ou mais anos. Mencione-se ainda que as mulheres que têm frequentemente infecções vaginais/dermatites (34,8%) possuem perda de urina à 5 ou menos anos (40,2%). Denote-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os anos de perda de urina e as infecções vaginais/dermatites ($X^2=4,428$; $p=0,109$) (cf. tabela 8). Ainda relativo ao número de episódios de infecções vaginais/dermatites das mulheres inquiridas, 44,8% das mulheres que referem ter tido apenas uma infecção/dermatite no último ano têm perda de urina à 10 ou mais anos, 41,5% refere ter tido duas infecções no último ano, sendo que destas 48,8% tem perda de urina à 5 ou menos anos e 34,9% das mulheres que mencionaram ter tido mais de duas infecções/dermatites no

ultimo ano possuem perda de urina à 5 ou menos anos. Entre as variáveis supracitadas não existem diferenças estatisticamente significativas ($X^2=9,437$; $p=0,051$) (cf. tabela 8).

Analisando os resultados relativamente à frequência da prática de **exercícios de Kegel**, constata-se que 62,5% das mulheres inquiridas nunca praticou os exercícios de Kegel, sendo que destas 80,0% tem perda de urina à 10 ou mais anos. Das mulheres que referem praticar várias vezes os exercícios de Kegel 40,0% possui perda de urina à 5 ou menos anos. Refira-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a frequência da prática de exercícios de Kegel e os anos de perda de urina ($X^2=0,738$; $p=0,691$) (cf. tabela 8).

Relativamente ao **transporte de pesos** superiores a 3 kg, verifica-se que 94,7% das mulheres inquiridas refere transportar pesos superiores a 3 kg, desta percentagem 96,2% das mulheres tem perda de urina à 5 ou menos anos. Das mulheres que referem não transportar pesos superiores a 3kg 7,5% tem perda de urina à 10 ou mais anos. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis mencionadas ($X^2=1,628$; $p=0,443$) (cf. tabela 8).

Tabela 8 – Estatísticas relativas à relação entre a caracterização sociodemográficas, obstétrica e ginecológica da amostra em função dos anos de perda de urina

	<= 5 Anos		6 – 9 Anos		>= 10 Anos		Total		X ²	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Número de filhos										
1 Filho	49	45,8	33	36,3	13	12,1	95	31,1	34,177	0,000
2 Filhos	48	44,9	49	53,8	68	63,6	165	54,1		
>= 3 Filhos	10	9,3	9	9,9	26	24,3	45	14,8		
Índice de Massa Corporal										
Peso Normal	54	50,5	29	31,9	16	15,0	99	32,5	30,779	0,000
Excesso de Peso	53	49,5	62	68,1	91	85,0	206	67,5		
Tipo de parto										
Normal	86	80,4	66	72,5	99	92,5	251	82,3	15,289	0,004
Vaginal instrumentado	14	13,1	20	22,0	6	5,6	40	13,1		
Cesariana	7	6,5	5	5,5	2	1,9	14	4,6		
Nacionalidade										
Portuguesa	99	92,5	87	95,6	105	98,1	291	95,4	3,852	0,146
Imigrante	8	7,5	4	4,4	2	1,9	14	4,6		
Horas sentada por dia										
<= 3 Horas	42	39,3	36	39,6	25	23,6	103	33,9	13,330	0,010
4 Horas	23	21,5	30	33,0	29	27,4	82	27,0		
>= 5 Horas	42	30,9	25	27,5	52	49,1	119	39,1		
Horas em trabalho de parto no 1º filho										
<= 7 Horas	49	45,8	25	27,5	47	43,9	121	39,7	8,470	0,076
Entre 8 e 9 horas	22	20,0	27	29,7	26	24,3	75	24,6		
>= 10 Horas	36	33,6	39	42,9	34	31,8	109	35,7		
Horas em trabalho de parto no 2º filho										
<= 4 Horas	25	43,9	10	17,9	19	20,2	54	26,1	15,104	0,004
Entre 5 e 6 horas	17	29,8	26	46,4	33	35,1	76	36,7		
>= 7 Horas	15	26,3	20	35,7	42	44,7	77	37,2		
Horas em trabalho de parto no 3º filho										
<= 4 Horas	7	70,0	2	28,6	9	34,6	18	41,9	5,249	0,263
Entre 5 e 6 horas	1	10,0	2	28,6	10	38,5	13	30,2		
>= 7 Horas	2	20,0	3	42,9	7	26,9	12	27,9		
Infeções vaginais/dermatites										
Não	64	59,8	57	62,6	78	72,9	199	65,2	4,428	0,109
Sim	43	40,2	34	37,4	29	27,1	106	34,8		
Quantos episódios										
Uma infecção	7	16,3	8	23,5	13	44,8	28	26,4	9,437	0,051
Duas infecções	21	48,8	12	35,3	11	37,9	44	41,5		
Superior a duas infecções	15	34,9	14	41,2	5	17,2	34	32,1		
Exercícios de Kegel										
Nunca	18	60,0	8	61,5	4	80,0	30	62,5	0,738	0,691
Várias vezes	12	40,0	5	38,5	1	20,0	18	37,5		
Transporte de pesos										
Não transporta	4	3,8	4	4,4	8	7,5	16	5,3	1,628	0,443
Transporta	101	96,2	87	95,6	99	92,5	287	94,7		

Em síntese:

- A maioria da amostra com perda de urina à 5 ou menos anos são mulheres de nacionalidade portuguesa (92,5%), que tiveram 1 filho (45,8%), que possuem peso normal (50,5%), que tiveram partos normais (80,4%), que costumam estar sentada 3 ou menos horas por dia (39,3%), que estiveram em trabalho de parto do primeiro filho 7 ou menos horas (45,8%), que estiveram 4 ou menos horas em trabalho de parto do segundo filho e do terceiro filho (43,9%; 70,0%). São mulheres que não referem infecções vaginais/dermatites (59,8%), que nunca praticaram os exercícios de Kegel (60,0%) e que transportam pesos superiores a 3 kg (96,2%).
- A amostra inquirida com perda de urina entre 6 a 9 anos são mulheres de nacionalidade portuguesa (95,6%), que tiveram 2 filhos (53,8%), que possuem excesso de peso (68,1%), que tiveram partos normais (72,5%), que costumam estar sentada 3 ou menos horas por dia (39,6%), que estiveram em trabalho de parto do primeiro filho 10 ou mais horas (42,9%), que estiveram entre 5 a 6 horas em trabalho de parto do segundo filho (46,4%) e 7 ou mais horas em trabalho de parto no terceiro filho (42,9%). São mulheres que não referem infecções vaginais/dermatites (62,6%), que nunca praticaram os exercícios de Kegel (61,5%) e que transportam pesos superiores a 3 kg (95,6%).
- As mulheres com perda de urina à 10 ou mais anos são mulheres de nacionalidade portuguesa (95,4%), que tiveram 2 filhos (63,6%), que possuem excesso de peso (85,0%), que tiveram partos normais (92,5%), que costumam estar sentada 5 ou mais horas por dia (41,9%), que estiveram em trabalho de parto do primeiro filho 7 ou menos horas (43,9%), que estiveram 7 ou mais horas em trabalho de parto do segundo filho (44,7%) e entre 5 a 6 horas em trabalho de parto no terceiro filho (38,5%). São mulheres que não referem infecções vaginais/dermatites (72,9%), que nunca praticaram os exercícios de Kegel (80,0%) e que transportam pesos superiores a 3 kg (92,5%).

2.1.4 - Estilos de vida

Apresentam-se os estilos de vida atendendo ao exercício físico, à ingestão de líquidos, à frequência das dejeções, aos hábitos tabágicos e alcoólicos e às horas de sono.

Exercício físico

Relativamente aos estilos de vida das mulheres com incontinência urinária e analisando a tabela 11, observa-se que mais de metade da amostra não pratica exercício físico (50,2%), sendo que destes a maioria das mulheres inquiridas possuem uma idade igual ou superior a 46 anos (55,3%), 27,9% das mulheres pratica exercício entre 2 a 3 vezes por semana, sendo que neste caso a maioria tem uma idade igual ou inferior a 45 anos (30,8%) e por fim, 22,0% praticam exercício físico esporadicamente, e possuem igualmente uma idade igual ou inferior a 45 anos (27,4%). Entre a idade e o exercício físico não se encontram diferenças estatisticamente significativas ($X^2=5,673$; $p=0,059$).

Ingestão de líquidos

Alusivo à quantidade de água/líquidos ingeridos por dia observa-se que mais de metade das mulheres ingere até 1L (59,7%) e 40,3% ingerem uma quantidade superior a 1L. Observa-se ainda que das mulheres que ingerem até um 1L, a percentagem foi maior nas que possuem idade igual ou superior a 46 anos (68,1%) e nas mulheres que ingerem uma quantidade superior a 1L a maior percentagem verifica-se nas mulheres com idade igual ou inferior a 45 anos (53,8%). Note-se ainda que existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade e a ingestão de líquidos ($X^2=14,414$; $p=0,000$) (cf. tabela 11).

Frequência das dejeções

Referente à frequência das dejeções das mulheres inquiridas verifica-se que 70,0% das mulheres com incontinência urinária apresentam dejeções diariamente e apenas 30,0% apresenta dejeções de 2 em 2 dias ou mais. Quanto à idade observa-se que as mulheres que apresentam uma dejeção por dia possuem maioritariamente uma idade igual ou superior a 46 anos (71,1%) e as mulheres que apresentam dejeções de 2 em 2 dias ou mais possuem maioritariamente uma idade igual ou inferior a 45 anos. As diferenças encontradas entre a idade e a frequência das dejeções não são estatisticamente significativas ($X^2=0,291$; $p=0,589$) (cf. tabela 11).

Hábitos tabágicos

Relativamente aos hábitos tabágicos das mulheres inquiridas e analisando a tabela 11, afere-se que a maioria das mulheres não são fumadoras (79,3%), sendo que destas a maioria possui uma idade igual ou superior a 46 anos (88,3%) e apenas 20,7% admitem ser fumadoras, apresentando as mulheres com idade igual ou inferior a 45 anos uma maior

percentagem (35,0%). Realça-se ainda diferenças estatisticamente significativas entre a idade e os hábitos tabágicos ($X^2=23,972$; $p=0,000$).

No que concerne ao número de cigarros por dia verifica-se que 52,4% ou seja, mais de metade da amostra fuma 8 ou mais cigarros por dia e 47,6% fuma 7 cigarros ou menos por dia. Verifica-se ainda que das mulheres que fumam 8 cigarros ou mais por dia são mulheres que possuem uma idade igual ou inferior a 45 anos (56,1%) e das que fumam 7 ou menos cigarros por dia a maioria possui uma idade igual ou superior a 46 anos (54,5%). O teste X^2 não apresenta diferenças significativas ($X^2=0,650$; $p=0,420$) (cf. tabela 11).

Através da análise da tabela 9, o número de cigarros fumados por dia varia entre um mínimo é 1 cigarro e o máximo é 20 cigarros, sendo que a média se situa nos 8,03 cigarros, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 0,35 cigarros. Atendendo à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição dos cigarros por dia é assimétrica positiva e leptocúrtica. Já o coeficiente de variação indicia uma dispersão fraca.

Tendo em conta a idade e relativamente ao número de cigarros que fumam por dia ainda podemos observar que as mulheres inquiridas com idade igual ou inferior a 45 anos, fumam um mínimo de 5 cigarros e o máximo de 20 cigarros, sendo que a média de cigarros se situa nos 8,20 cigarros, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 0,45 cigarros. Quanto ao coeficiente de variação, o número de cigarros que fumam por dia em mulheres com idade igual ou inferior a 45 anos apresenta uma dispersão fraca. Relativamente à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição da presente variável é assimétrica positiva e leptocúrtica (cf. tabela 9).

Quanto ao número de cigarros por dia em mulheres com idade igual ou superior a 46 anos, o mínimo é de 1 cigarro e o máximo é de 12 cigarros, a média centra-se nos 7,73 cigarros, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 0,53 cigarros. Quanto ao coeficiente de variação, o número de cigarros que fumam por dia em mulheres com idade igual ou superior a 46 anos apresenta uma dispersão fraca. No que se refere à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição da presente variável é simétrica e mesocúrtica (cf. tabela 9).

Tabela 9 - Estatísticas relativas aos hábitos tabágicos das mulheres com incontinência urinária

		N	Mínimo	Máximo	\bar{X}	Dp	CV (%)	SK/EP	K/EP
Hábitos Tabágicos		63	1	20	8,03	0,35	4,36	3,815	8,134
Hábitos Tabágicos	<= 45 Anos	41	5	20	8,20	0,45	5,49	4,518	7,855
	>= 46 Anos	22	1	12	7,73	0,53	6,86	-0,916	1,424

Hábitos alcoólicos

Relativamente à ingestão de bebidas alcoólicas e analisando a tabela 11, podemos referir que 73,4% das mulheres inquiridas não ingere bebidas alcoólicas sendo que a maioria possui uma idade igual ou superior a 46 anos (76,1%) e 26,6% ingere bebidas alcoólicas, tendo estas na maioria uma idade igual ou inferior a 45 anos (30,8%). Verifica-se ainda que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade e a ingestão de bebidas alcoólicas ($X^2=1,726$; $p=0,189$).

Quanto à frequência de ingestão de bebidas alcoólicas observa-se que 87,3%, ou seja, mais de metade da amostra ingere bebidas alcoólicas algumas vezes e 12,7% ingere bebidas alcoólicas frequentemente. Das mulheres que ingerem bebidas alcoólicas algumas vezes a maioria tem idade igual ou superior a 46 anos (90,7%) e das mulheres que ingerem bebidas alcoólicas frequentemente a maioria tem uma idade igual ou inferior a 45 anos (16,7%). Pode ainda referir-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($X^2=0,961$; $p=0,327$) (cf. tabela 11).

Horas de sono

Relativamente às horas de sono, observa-se que 60,1% das mulheres dorme 7 ou menos horas por dia e 39,9% dorme 8 ou mais horas por dia. Observa-se ainda que das mulheres que dormem 7 ou menos horas por dia a maioria possui uma idade igual ou inferior a 45 anos (60,7%) e das que dormem 8 ou mais horas por dia a maioria possui uma idade igual ou superior a 46 anos (40,3%). Denote-se ainda que não existem diferenças estatisticamente significativas ($X^2=0,030$; $p=0,862$) (cf. tabela 11).

Analisando a tabela 10, o número de horas que cada mulher dorme por dia varia entre um mínimo de 6 horas e um máximo de 10 horas, sendo que a média se situa nas 7,35 horas diárias, com um desvio padrão de 0,04 horas. Respeitante ao coeficiente de variação, o número de horas que dorme por dia apresenta uma dispersão fraca.

Considerando a análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos mencionar que a distribuição do número de horas que dorme por dia é simétrica e leptocúrtica.

Relativamente às horas de sono tendo em conta a idade, verifica-se que as mulheres com idade igual ou inferior a 45 anos, o número mínimo de horas que dormem por dia é de 5 horas e o número máximo é de 8 horas, sendo que a média se situa nos 7,33 horas, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 0,06 horas. Quanto ao coeficiente de variação, o número de horas de sono em mulheres com idade igual ou inferior a 45 anos apresenta uma dispersão fraca. Analisando o enviesamento (Sk/EP) e o achatamento (K/EP), podemos dizer que a distribuição da presente variável é assimétrica positiva e mesocúrtica (cf. tabela 10).

Quanto ao número de horas que as mulheres com idade igual ou superior a 46 anos dormem por dia, o mínimo é de 6 horas e o máximo é de 10 horas a média centra-se nos 7,35 horas, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 0,05 horas. Quanto ao coeficiente de variação, o número de horas de sono em mulheres com idade igual ou superior a 46 anos apresenta uma dispersão fraca. Na análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos aludir que a distribuição da presente variável é assimétrica positiva e mesocúrtica (cf. tabela 10).

Com o intuito de perceber se existe uma relação estatisticamente significativa entre a idade e as horas de sono, aplicou-se o T-Teste, observando-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre ambos ($t=-0,314$; $p=0,753$) (cf. tabela 10).

Tabela 10- Estatísticas relativas às horas de sono das mulheres com incontinência urinária

		N	Mínimo	Máximo	\bar{X}	Dp	CV (%)	SK/EP	K/EP
Horas de sono		301	5	10	7,35	0,04	0,54	0,479	2,021
Horas de sono	<= 45 Anos	115	5	8	7,33	0,06	0,82	2,385	1,712
	>= 46 Anos	186	6	10	7,35	0,05	0,68	1,478	1,048

Tabela 11- Estatísticas relativas aos estilos de vida em função da idade

	<= 45 Anos		>= 46 Anos		Total		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Exercício físico								
Nunca	49	41,9	104	55,3	153	50,2	5,673	0,059
Até 2 a 3 Vezes por semana	36	30,8	49	26,1	85	27,9		
Esporadicamente	32	27,4	35	18,6	67	22,0		
Ingestão de líquidos								
Até 1L	54	46,2	128	68,1	182	59,7	14,414	0,000
Superior a 1L	63	53,8	60	31,9	123	40,3		
Frequência das dejeções								
Diariamente	77	68,1	128	71,1	205	70,0	0,291	0,589
De 2 em 2 dias ou mais	36	31,9	52	28,9	88	30,0		
Hábitos tabágicos								
Não	76	65,0	166	88,3	242	79,3	23,972	0,000
Sim	41	35,0	22	11,7	63	20,7		
Se sim, quantos cigarros por dia								
<= 7 Cigarros	18	43,9	12	54,5	30	47,6	0,650	0,420
>= 8 Cigarros	23	56,1	10	45,5	33	52,4		
Hábitos alcoólicos								
Não	81	69,2	143	76,1	224	73,4	1,726	0,189
Sim	36	30,8	45	23,9	81	26,6		
Se sim, com que frequência								
Algumas vezes	30	83,3	39	90,7	69	87,3	0,961	0,327
Frequentemente	6	16,7	4	9,3	10	12,7		
Horas de sono								
<= 7 Horas	71	60,7	111	59,7	182	60,1	0,030	0,862
>= 8 Horas	46	39,3	75	40,3	121	39,9		

Em síntese:

- A amostra estudada não pratica exercício físico (50,2%).
- Relativamente à ingestão de líquidos por dia, 59,7% das mulheres ingere até 1litro.
- Referente à frequência das dejeções, 70,0% das mulheres inquiridas apresenta dejeções diariamente.
- A maioria da amostra são não fumadoras (79,3%), das mulheres fumadoras, 52,4% fumam 8 ou mais cigarros por dia. O mínimo de cigarros fumados por dia é de 1 cigarro e o máximo de 20 cigarros, sendo a média 8,03 cigarros por dia. As mulheres com idade igual ou inferior a 45 anos fumam um mínimo de 5 cigarros e um máximo de 20 cigarros, sendo a média de 8,20 cigarros. As mulheres com idade igual ou superior a 46 anos fumam um mínimo de 1 cigarro e um máximo de 12 cigarros, sendo a média de 7,73 cigarros.
- 73,4% das mulheres não ingere bebidas alcoólicas, das que ingerem 87,3% fazem-no algumas vezes.

- O número de horas que as mulheres inquiridas dormem por dia varia entre 6 horas e 10 horas, sendo a média de 7,35 horas, contudo 60,1% dorme por dia 7 ou menos horas. As mulheres com idade igual ou inferior a 45 anos dormem por dia um mínimo de 5 horas e um máximo de 8 horas sendo a média de 7,33 horas. As mulheres com idade igual ou superior a 45 anos dormem por dia um mínimo de 6 horas e um máximo de 10 horas sendo a média de 7,35 horas.

2.1.5 – Variáveis contextuais

Visto o impacto, a valorização da incontinência urinária e o estado depressivo ser relevante na qualidade de vida das mulheres, torna-se pertinente para este estudo analisar estas variáveis.

2.1.5.1 - Impacto da incontinência urinária

Na análise dos resultados estatísticos referentes ao impacto da incontinência urinária, verifica-se que os valores do impacto variam entre 0 e 21, centrando-se a média de nos 13,11, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 0,20. Considerando a análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos mencionar que a distribuição do impacto da incontinência urinária é assimétrica negativa e leptocúrtica. Já o coeficiente de variação indicia uma dispersão fraca (cf. tabela 12).

Tendo em conta a idade e analisando a tabela 12, observa-se que as mulheres com idade igual ou inferior a 45 anos, o mínimo é de 0 e o máximo é de 20 no impacto da incontinência, sendo que a média se situa nos 12,68, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 0,30. Quanto ao coeficiente de variação, o impacto da incontinência em mulheres com idade igual ou inferior a 45 anos apresenta uma dispersão fraca. Examinando o enviesamento (Sk/EP) e o achatamento (K/EP), podemos dizer que a distribuição da presente variável é assimétrica negativa e leptocúrtica.

Alusivo ao impacto da incontinência urinária nas mulheres com idade igual ou superior a 46 anos, o mínimo é de 0 e o máximo é de 21, sendo que a média se situa nos 13,39, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 0,27. Quanto ao coeficiente de variação, o

impato da incontinência urinária em mulheres com idade igual ou superior a 46 anos apresenta uma dispersão fraca. Na análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos aludir que a distribuição da presente variável é assimétrica negativa e leptocúrtica (cf. tabela 12).

Para compreender se existe, ou não, uma relação estatisticamente significativa entre a idade e o impato da incontinência urinária, efetuou-se o T-Teste, observando-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($t=-1,726$; $p=0,085$) (cf. tabela 12).

Tabela 12- Estatísticas relativas ao impato da incontinência urinária

		N	Mínimo	Máximo	\bar{X}	Dp	CV (%)	SK/EP	K/EP
Impato da incontinência		305	0,00	21,00	13,11	0,20	1,53	-6,021	6,094
Impato da Incontinência	<= 45 Anos	117	0,00	20,00	12,68	0,30	2,37	-5,362	6,822
	>= 46 Anos	188	0,00	21,00	13,39	0,27	2,02	-4,226	3,337

Questionadas as mulheres sobre o impato da incontinência urinária e analisando a tabela 13 mostra-nos que 98,7%, ou seja, para a maioria das mulheres a incontinência urinária tem impato na sua vida, enquanto, que para apenas 1,3% da amostra a incontinência urinária não tem qualquer impato. No caso das mulheres para quem a incontinência urinária tem impato na sua vida verifica-se que a maioria possui uma idade igual ou superior a 46 anos (98,9%) e no caso das mulheres para quem a incontinência urinária não tem qualquer tipo de impato, a maioria possui uma idade igual ou inferior a 45 anos (1,7%). As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ($X^2=0,232$; $p=0,630$).

Tabela 13- Estatísticas relativas ao impato da incontinência urinária em função da idade

	<= 45 Anos		>= 46 Anos		Total		X^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Impato da incontinência								
Sem impato	2	1,7	2	1,1	4	1,3	0,232	0,630
Com impato	115	98,3	186	98,9	301	98,7		

2.1.5.2 - Valorização da incontinência urinária

Incontinência urinária de esforço

No que se refere ao tipo de incontinência urinária que as mulheres inquiridas apresentam verifica-se que a maioria das mulheres (71,9%), apresentam incontinência urinária de esforço, sendo que destas a maioria tem uma idade igual ou inferior a 46 anos (71,9%). Por fim, pode ainda referir-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($X^2=0,000$; $p=0,985$) (cf. tabela 14).

Incontinência urinária de urgência

Relativamente à incontinência urinária de urgência verifica-se que 76,6% das mulheres não apresentam incontinência urinária de urgência, sendo mulheres com idade igual ou inferior a 45 anos (78,6%). O teste X^2 não apresenta diferenças estatisticamente significativas ($X^2=0,453$; $p=0,501$) (cf. tabela 14).

Tabela 14- Estatísticas relativas à valorização da incontinência urinária em função da idade

	<= 45 Anos		>= 46 Anos		Total		X^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Incontinência de esforço								
Sem incontinência de esforço	33	28,2	52	28,1	85	28,1	0,000	0,985
Com incontinência de esforço	84	71,8	133	71,9	217	71,9		
Incontinência de urgência								
Sem incontinência de urgência	92	78,6	140	75,3	232	76,6	0,453	0,501
Com incontinência de urgência	25	21,4	46	24,7	71	23,4		

Através da análise da tabela 15, que se segue pode-se verificar que a maioria das mulheres que tem incontinência urinária de esforço não apresenta incontinência urinária de urgência (74,9%) e as mulheres que não têm incontinência urinária de esforço apresentam incontinência urinária de urgência numa percentagem de 38,0%. Pode ainda referir-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($X^2=4,482$; $p=0,034$).

Tabela 15- Estatísticas relativas à valorização da incontinência urinária

	Sem incontinência de urgência		Com incontinência de urgência		Total		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Incontinência de esforço*								
Sem incontinência de esforço	58	25,1	27	38,0	85	28,1	4,482	0,034
Com incontinência de esforço	173	74,9	44	62,0	217	71,9		

Síntese:

- O impacto da incontinência urinária nas mulheres inquiridas varia entre 0 e 21, centrando-se a média nos 13,11. Nas mulheres com idade igual ou inferior a 45 anos o valor do impacto situa-se entre um mínimo de 0 e um máximo de 20, sendo a média de 12,68. Nas mulheres com idade igual ou superior a 46 anos o valor do impacto varia entre 0 e 21, centrando-se a medianos 13,39.
- 98,7% das mulheres refere que a incontinência urinária tem impacto na sua vida.
- Na amostra em estudo, 71,9% das mulheres inquiridas apresenta incontinência urinária de esforço.
- A maioria das mulheres que apresenta incontinência urinária de esforço, não apresenta incontinência urinária de urgência (74,9%).

2.1.5.3 - Estado depressivo

Na análise dos resultados estatísticos referentes ao estado depressivo, verifica-se que os valores de depressão variam entre 0 e 35, ao que corresponde uma média de 2,88, com um desvio padrão de 0,28. O teste Kolmogorod-Smirnov, não apresenta uma distribuição normal, revelando valores de assimetria e curtose, curvas leptocúrticas e enviesadas à esquerda. Já o coeficiente de variação indicia uma dispersão fraca (cf. tabela 16).

Estado depressivo e idade

Relativamente ao estado depressivo em função da idade e analisando a tabela 16, observa-se que as mulheres que possuem uma idade igual ou inferior a 45 anos apresenta um mínimo de 0,00 e um máximo de 23,00, sendo que a média se situa nos 1,68, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 0,35. Atendendo à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição da presente variável é assimétrica positiva e leptocúrtica. Quanto ao coeficiente de variação apresenta uma dispersão moderada. Por último, o teste da normalidade Kolmogorod-Smirnov, não apresenta uma distribuição normal.

Refira-se que as mulheres que possuem uma idade igual ou superior 46 anos apresentam um mínimo de 0,00 e um máximo de 35,00 no estado depressivo, a média centra-se nos 3,62, com um desvio padrão de 0,39. O teste Kolmogorod-Smirnov, não apresenta uma distribuição normal, revelando valores de assimetria e curtose, curvas leptocúrticas e enviesadas à esquerda. Já o coeficiente de variação indicia uma dispersão fraca (cf. tabela 16).

Tabela 16- Estatísticas relativas ao estado depressivo

		Mínimo	Máximo	\bar{X}	Dp	CV (%)	SK/EP	K/EP	KS
Estado depressivo		0,00	35,00	2,88	0,28	9,72	20,536	12,787	0,000
Estado depressivo	≤ 45 Anos	0,00	23,00	1,68	0,35	20,83	17,826	41,149	0,000
	≥ 46 Anos	0,00	35,00	3,62	0,39	10,77	14,232	22,280	0,000

Alusivo ainda ao estado depressivo, observa-se que a maioria das mulheres inquiridas (93,8%) não apresentam depressão, sendo que destas a maioria possuem uma idade igual ou inferior a 45 anos (96,6%), 2,3% das mulheres apresentam uma depressão leve, 3,6% apresentam uma depressão média e 0,3% das mulheres apresentam uma depressão grave. Verifica-se que as mulheres com idade igual ou superior a 46 anos apresentam uma depressão leve, média e grave (2,7%; 4,8%; 0,5%). Afere-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($X^2=2,960$; $p=0,398$) (cf. tabela 17).

Tabela 17- Estatísticas relativas à classificação do estado depressivo em função da idade

	<= 45 Anos		>= 46 Anos		Total		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Estado depressivo								
Ausência	113	96,6	173	92,0	286	93,8	2,960	0,398
Leve	2	1,7	5	2,7	7	2,3		
Média	2	1,7	9	4,8	11	3,6		
Grave	-	0,0	1	0,5	1	0,3		

Estado depressivo e anos que perde urina

Referente ao estado depressivo em função dos anos de perda de urina, pode-se observar que a maioria das mulheres que não apresentam depressão, perdem urina entre 6 e 9 anos (98,9%), enquanto que, as mulheres que apresentam uma depressão leve (4,7%), média (6,5%) e grave (0,9%), perdem urina à 5 ou menos anos. Alude-se ainda ao facto de não existirem diferenças estatísticas ($X^2=12,443$; $p=0,053$) (cf. tabela 18).

Tabela 18- Estatísticas relativas à classificação do estado depressivo em função dos anos de perda de urina

	<= 5 Anos		6 – 9 Anos		>= 10 Anos		Total		X ²	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Estado depressivo										
Ausência	94	87,9	90	98,9	102	95,3	286	93,8	12,443	0,053
Leve	5	4,7	1	1,1	1	0,9	7	2,3		
Média	7	6,5	-	0,0	4	3,7	11	3,6		
Grave	1	0,9	-	0,0	-	0,0	1	0,3		

Síntese:

- As estatísticas relativas ao estado depressivo revelam que as mulheres inquiridas apresentam um valor mínimo de 0,00 e um valor máximo de 35,00, ao que corresponde uma média de 2,88, com um desvio padrão de 0,28. As mulheres que possuem uma idade igual ou inferior a 45 anos apresentam um mínimo de 0,00 e um máximo de 23,00, sendo que a média se situa nos 1,68, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 0,35 enquanto que as mulheres que possuem uma idade igual ou superior 46 anos apresentam um mínimo de 0,00 e um máximo de

35,00 no estado depressivo, a média centra-se nos 3,62, com um desvio padrão de 0,39.

- Observou-se que a maioria das mulheres inquiridas (93,8%) não apresentam depressão, sendo que destas a maioria possuem uma idade igual ou inferior a 45 anos (96,6%).
- As mulheres que não apresentam depressão, perdem urina entre 6 e 9 anos (98,9%), enquanto que as mulheres que apresentam uma depressão leve (4,7%), média (6,5%) e grave (0,9%), perdem urina à 5 ou menos anos.

2.1.5.4 - Relação entre o estado depressivo e o impato/valorização da incontinência urinária

Tendo em conta o impato da incontinência urinária na vida das mulheres inquiridas, verifica-se que a maioria das mulheres onde a incontinência urinária revela ter impato apresentam depressão (100,0%). Alude-se ainda o facto de não existir diferenças estatisticamente significativas entre o estado depressivo e o impato da incontinência ($X^2=0,269$; $p=0,604$) (cf. tabela 19).

No que se refere ao tipo de incontinência observa-se que as mulheres com incontinência urinária de esforço apresentam depressão (89,5%). Há ainda a mencionar que não existem diferenças estatisticamente significativas ($X^2=3,112$; $p=0,112$) (cf. tabela 19).

No que diz respeito à incontinência urinária de urgência e analisando a tabela 19, verifica-se que as mulheres sem incontinência urinária de urgência não apresentam depressão (78,2%), enquanto que, as mulheres com incontinência urinária de urgência apresentam depressão (47,4%). Constata-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o estado depressivo e a incontinência urinária de urgência ($X^2=6,473$; $p=0,021$).

Tabela 19 – Relação entre o estado depressivo e o impacto/valorização da incontinência urinária

	Ausência de depressão		Com depressão		Total		X ²	P
	n	%	n	%	n	%		
Impacto da incontinência								
Sem impacto	4	1,4	-	0,0	4	1,3	0,269	0,604
Com impacto	282	98,6	19	100,0	301	98,7		
Incontinência urinária de esforço								
Sem incontinência de esforço	83	29,3	2	10,5	85	28,1	3,112	0,112
Com incontinência de esforço	200	70,7	17	89,5	217	71,9		
Incontinência urinária de urgência								
Sem incontinência de urgência	222	78,2	10	52,6	232	76,6	6,473	0,021
Com incontinência de urgência	62	21,8	9	47,4	71	23,4		

Síntese:

- As mulheres com depressão referem que a incontinência urinária tem impacto significativo na sua vida (100%) e são mulheres que possuem incontinência urinária de esforço (89.5%).

2.1.6 – Qualidade de vida

As estatísticas relativas a todas as subescalas da qualidade de vida variam entre 0 e 100, ao que corresponde uma média no intervalo de valores de 36,99 e 73,63, com um desvio padrão a oscilar em torno da média num intervalo de 16,74 e 29,12. O coeficiente de dispersão apresenta-se como elevado. No que concerne o enviesamento (Sk/EP), podemos referir que a distribuição das subescalas “Perceção geral da saúde”, “Impacto da IU”, “Emoções” e “Sono/energia” é simétrica, a distribuição da “Limitações nas atividades diárias”, “Limitações sociais” e “medidas de gravidade” é assimétrica negativa e, por fim, a subescala “Relações Pessoais” é assimétrica positiva. Relativamente ao achatamento (K/EP), a distribuição foi platicúrtica para as subescalas “Limitações físicas”, “Limitações sociais”, “Relações Pessoais”, “Emoções” e “Sono/energia”, e para as restantes subescalas a distribuição foi mesocúrtica. No que diz respeito ao teste da normalidade Kolmogorod-Smirnov, verifica-se que não estamos perante uma distribuição normal (cf. tabela 20).

As estatísticas relativas ao total da qualidade de vida revelam que as mulheres inquiridas com incontinência urinária apresentam um mínimo de 6,48 e um máximo de 95,37, sendo que a média se situa nos 54,10, com um desvio padrão de 1,15. O teste da normalidade, Kolmogorod-Smirnov, não apresenta uma distribuição normal, revelando valores de assimetria e curtose, curvas platicurticas e enviesadas à direita. Já o coeficiente de variação indicia uma dispersão fraca (cf. tabela 20).

Tabela 20- Estatísticas relativas às subescalas da qualidade de vida

Subescalas da QDV	Mínimo	Máximo	\bar{X}	dp	CV (%)	SK/EP	K/EP	KS
Perceção geral da Saúde	0,00	100,00	49,67	16,47	33,16	0,100	-0,910	0,000
Impato da IU	0,00	100,00	54,86	24,64	44,91	-1,343	-0,662	0,000
Limitações nas atividades diárias	0,00	100,00	57,98	28,07	48,41	-2,779	-1,838	0,000
Limitações físicas	0,00	100,00	66,94	28,47	42,53	-3,507	-3,025	0,000
Limitações sociais	0,00	100,00	53,84	28,91	53,70	-3,343	-3,460	0,000
Relações Pessoais	0,00	100,00	36,99	29,12	78,72	2,650	-2,119	0,000
Emoções	0,00	100,00	51,44	25,58	49,73	-0,986	-2,842	0,000
Sono/energia	0,00	100,00	41,53	28,71	69,13	1,529	-2,536	0,000
Medidas de Gravidade	0,00	100,00	73,63	22,44	30,48	-6,793	1,126	0,000
Total da QDV	6,48	95,37	54,10	1,15	2,13	-4,257	-2,004	0,000

Qualidade de vida e idade

Ida à casa de banho

Relativamente ao questionário sobre a qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária e no que concerne o número de vezes que as mulheres inquiridas vão à casa de banho verifica-se que 54,4% vão à cada de banho bastantes vezes, 40,7% das mulheres vão à casa de banho às vezes e apenas 4,9% das mulheres não vão muitas vezes à casa de banho. Analisando a idade observa-se que as mulheres que vão bastantes vezes à casa de banho e as que vão algumas vezes à casa de banho a maioria possuem uma idade igual ou inferior 45 anos (54,7%; 41,0%) e a maioria das mulheres que não vão muitas vezes à casa de banho possuem uma idade igual ou superior a 46 anos (5,3%). Pode ainda referir-se que entre a idade e o número de vezes que as mulheres vão à casa de banho não se encontram diferenças estatisticamente significativas ($X^2=0,169$; $p=0,919$) (cf. tabela 21).

Levanta-se de noite para urinar

Questionadas as mulheres sobre a necessidade de se levantar de noite para urinar, 49,8% revelam levantar-se algumas vezes, 44,9% das mulheres nunca se levantar e apenas 5,2% revelam levantar-se muitas vezes. No que toca à idade verifica-se que as mulheres que nunca se levantam e as que se levantam muitas vezes possuem na maioria uma idade igual ou superior a 46 anos (46,8%; 6,4%) e as mulheres que se levantam algumas vezes de noite para urinar possuem uma idade igual ou inferior a 45 anos numa percentagem de 54,7%. Alude-se ainda ao facto de não existir diferenças estatisticamente significativas ($X^2=2,499$; $p=0,287$) (cf. tabela 21).

Muita vontade de urinar e dificuldade em controlar

No que se refere ao facto de ter muita vontade de urinar e ter dificuldade em controlar a perda de urina e analisando a tabela 21, analisa-se que 59,3% das mulheres sentem algumas vezes dificuldade em controlar a perda de urina quando têm muita vontade de urinar, 24,9% das mulheres sentem muitas vezes dificuldade em controlar e 15,7% das mulheres nunca sentem dificuldade. As mulheres que sentem algumas vezes dificuldades em controlar a perda de urina quando têm muita vontade de urinar e as que nunca sentem são na maioria mulheres com idade igual ou superior a 46 anos (60,6%;19,1%) e as mulheres que sentem muitas vezes muita vontade de urinar e dificuldade em controlar a perda de urina possuem na sua maioria uma idade igual ou inferior a 45 anos (32,5%). Refere-se ainda que existem diferenças estatisticamente significativas ($X^2=8,116$; $p=0,017$).

Perda de urina quando tem muita vontade de urinar

Quando questionadas as mulheres com incontinência urinária sobre a perda de urina quando têm muita vontade de urinar, 45,6% referem ter acontecido algumas vezes, 40,3% das mulheres referem ter acontecido muitas vezes e 14,1% das mulheres referem nunca ter acontecido. Relativamente à idade verifica-se que a maioria das mulheres que nunca perdem urina quando tem muita vontade de urinar e as mulheres que perdem urina algumas vezes têm na maioria uma idade igual ou superior a 46 anos (15,4%; 52,1%) e as mulheres que perdem muitas vezes urina quando têm muita vontade de urinar tinham na maioria uma idade igual ou inferior a 45 anos (53,0%). Conclui-se ainda que existem diferenças estatisticamente significativas ($X^2=12,779$; $p=0,002$) (cf. tabela 21).

Perda de urina com atividades físicas

Tendo em conta a realização de atividades físicas observa-se que a maioria das mulheres tem bastantes vezes perda de urina com a realização de atividades físicas (62,0%), sendo que a maioria possuem uma idade igual ou superior a 46 anos (66,0%). Nas restantes mulheres 33,8% perde urina algumas vezes e 4,3% nunca perde urina com a atividade física sendo que estas possuem uma idade igual ou inferior a 45 anos (39,3%;5,1%). As diferenças encontradas entre a idade e a perda de urina com a realização de atividades físicas, como tossir, espirrar ou comer não são estatisticamente significativas ($X^2=3,322$; $p=0,190$) (cf. tabela 21).

Molha a cama à noite

Analisando a tabela 21, mostra-nos que 90,8% das mulheres nunca molham a cama à noite, 8,2% molham a cama algumas vezes e apenas 1,0% das mulheres molham a cama bastantes vezes. Refira-se ainda que as mulheres que nunca molham a cama e as que molham a cama bastantes vezes possuem uma idade igual ou inferior a 45 anos (91,5%; 1,7%) e as mulheres que molham a cama algumas vezes possuem na sua maioria uma idade igual ou superior a 46 anos (9,0%). Alude-se ainda o fato de não existirem diferenças estatisticamente significativas ($X^2=1,453$; $p=0,484$).

Perda de urina durante a relação sexual

Aludindo ao facto de as mulheres perderem urina durante a relação sexual, verifica-se que 53,8% das mulheres não perde urina durante a relação sexual, sendo que destas a grande maioria possui uma idade igual ou inferior a 45 anos (60,7%). Em 39,0% das mulheres a perda de urina durante a relação sexual acontece algumas vezes e em 7,2% das mulheres acontece bastantes vezes, podendo neste caso se verificar que a maioria das mulheres possui uma idade igual ou superior a 46 anos numa percentagem respetivamente de 41,0% e 9,0%. Afere-se ainda que não existem diferenças estatisticamente significativas ($X^2=5,949$; $p=0,051$) (cf. tabela 21).

Infeções urinárias

Através da análise da tabela 21, observa-se que 61,0% das mulheres nunca teve infeções urinárias, sendo que a maioria possui uma idade igual ou superior a 46 anos (60,2%). Verifica-se ainda que 32,5% das mulheres teve algumas infeções urinárias e 6,6% teve bastantes infeções urinárias, tendo estas na sua maioria uma idade igual ou inferior a

45 anos (34,2%; 6,8%). Alude-se ainda ao facto de não existirem diferenças estatisticamente significativas ($X^2=0,323$; $p=0,851$).

Dor na bexiga

Quanto ao facto de as mulheres inquiridas terem ou não dores na bexiga, pode-se analisar através da tabela 21, que 50,5% das mulheres nunca têm dores, 45,6% das mulheres têm dores na bexiga algumas vezes e 34,9% das mulheres têm bastantes vezes dores na bexiga. Fazendo a análise através da idade verifica-se que as mulheres com idade igual ou inferior a 45 anos (61,5%) nunca têm dores na bexiga e as mulheres que têm algumas vezes dores na bexiga e as que têm bastantes vezes dores na bexiga possuem uma idade igual ou superior a 46 anos (50,0%; 6,4%). Entre a idade e a dor de bexiga encontram-se diferenças significativas ($X^2=14,162$; $p=0,001$).

Problemas relacionados com a perda de urina

Quando questionadas as mulheres com incontinência urinária sobre a existência ou não de problemas relacionados com a perda de urina, 96,1% das mulheres, ou seja, a grande maioria refere nunca ter problemas relacionados com a perda de urina, sendo que destas a maioria possui uma idade igual ou inferior a 45 anos (94,7%), enquanto que 2,0% das mulheres refere ter algumas vezes e bastantes vezes problemas relacionados com perda de urina, sendo que a maioria possui uma idade igual ou superior a 46 anos (3,2%; 2,1%). Contudo, não existem diferenças estatisticamente significativas ($X^2=3,896$; $p=0,143$) (cf. tabela 21).

Total da qualidade de vida

No que concerne à qualidade de vida em função da idade das mulheres inquiridas, verifica-se que 39,5% apresenta uma qualidade de vida elevada, 38,4% das mulheres apresenta uma qualidade de vida fraca e 22,1% uma qualidade de vida moderada. Observa-se ainda que a maioria das mulheres que possui uma qualidade de vida fraca e moderada tem uma idade igual ou inferior a 45 anos (40,7%; 27,4%) e a maioria das mulheres que possui uma qualidade de vida elevada tem uma idade igual ou superior a 46 anos (44,2%). Entre a idade e o total da qualidade de vida não existem diferenças significativas ($X^2=5,286$; $p=0,071$) (cf. tabela 21).

Tabela 21- Qualidade de vida das mulheres com Incontinência urinária em função da idade

	<= 45 Anos		>= 46 Anos		Total		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Ida à casa de banho								
Nada	5	4,3	10	5,3	15	4,9	0,169	0,919
Moderado	48	41,0	76	40,4	124	40,7		
Bastante	64	54,7	102	54,3	166	54,4		
Levanta-se de noite para urinar								
Nada	49	41,9	88	46,8	137	44,9	2,499	0,287
Moderado	64	54,7	88	46,8	152	49,8		
Bastante	4	3,4	12	6,4	16	5,2		
Muita vontade de urinar e dificuldade em controlar								
Nada	12	10,3	38	19,1	48	15,7	8,116	0,017
Moderado	67	57,3	114	60,6	181	59,3		
Bastante	38	32,5	38	20,2	76	24,9		
Perda de urina quando tem muita vontade de urina								
Nada	14	12,0	29	15,4	43	14,1	12,779	0,002
Moderado	41	35,0	98	52,1	139	45,6		
Bastante	62	53,0	61	32,4	123	40,3		
Perda de urina com atividades físicas								
Nada	6	5,1	7	3,7	13	4,3	3,322	0,190
Moderado	46	39,3	57	30,3	103	33,8		
Bastante	65	55,6	124	66,0	189	62,0		
Molha a cama à noite								
Nada	107	91,5	170	90,4	277	90,8	1,453	0,484
Moderado	8	6,8	17	9,0	25	8,2		
Bastante	2	1,7	1	0,5	3	1,0		
Perda de urina durante a relação sexual								
Nada	71	60,7	93	49,5	164	53,8	5,949	0,051
Moderado	42	35,9	77	41,0	119	39,0		
Bastante	4	3,4	18	9,6	22	7,2		
Infeções urinárias								
Nada	69	59,0	117	62,2	186	61,0	0,323	0,851
Moderado	40	34,2	59	31,4	99	32,5		
Bastante	8	6,8	12	6,4	20	6,6		
Dor na bexiga								
Nada	72	61,5	82	43,6	154	50,5	14,162	0,001
Moderado	45	38,5	94	50,0	139	45,6		
Bastante	-	0,0	12	6,4	12	34,9		
Problemas relacionados com perda de urina								
Nada	115	98,3	178	94,7	293	96,1	3,896	0,143
Moderado	-	0,0	6	3,2	6	2,0		
Bastante	2	1,7	4	2,1	6	2,0		
Total da qualidade de vida								
Fraca	46	40,7	67	37,0	113	38,4	5,286	0,071
Moderada	41	27,4	34	18,8	65	22,1		
Elevada	36	31,9	80	44,2	116	39,5		

Síntese:

- Analisando a qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária, 54,4% referem ir à casa de banho bastantes vezes, 49,8% revelam levantar-se algumas

vezes de noite para urinar, sendo mulheres que possuem idade igual ou inferior 45 anos (54,7%;54,7%).

- 59,3% das mulheres inquiridas sentem algumas vezes dificuldade em controlar a perda de urina quando têm muita vontade de urinar, e referem mesmo perder urina algumas vezes quando têm muita vontade de urinar (45,6%), são na maioria mulheres com idade igual ou superior a 46 (60,6%;52,1%).
- As mulheres com idade igual ou superior a 46 anos têm bastantes vezes perda de urina com a realização de atividades físicas (62,0%) e são mulheres que não têm infecções urinárias (61,0%).
- 90,8% das mulheres nunca molham a cama à noite e não perdem urina durante a relação sexual (53,8%), possuem uma idade igual ou inferior a 45 anos (91,5%; 60,7%).
- A maioria das mulheres (96,1%) refere nunca ter problemas relacionados com a perda de urina e não têm dores na bexiga (50,5%), possuem uma idade igual ou inferior a 45 anos (94,7%;61,5%).
- Verifica-se que 39,5% apresenta uma qualidade de vida elevada e possuem uma idade igual ou superior a 46 anos (44,2%).

Qualidade de vida e anos que perde urina

Relativamente à qualidade de vida em função dos anos de perda de urina, verifica-se que a maioria das mulheres que apresenta uma qualidade de vida fraca, perde urina à 5 ou menos anos (47,6%), enquanto que as mulheres que apresentam uma qualidade de vida moderada e elevada, perdem urina à 10 ou mais anos, tendo estas obtido, respetivamente, as seguintes percentagens: 28,3% e 43,4%. Refira-se ainda a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre a qualidade de vida e os anos de perda de urina ($X^2=9,176$; $p=0,057$) (cf. tabela 22).

Tabela 22- Qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária em função dos anos de perda de urina

	<= 5 Anos		6 – 9 Anos		>= 10 Anos		Total		X ²	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Qualidade de vida										
Fraca	50	47,6	33	39,8	30	28,3	113	38,4	9,176	0,057
Moderada	18	17,1	17	20,5	30	28,3	65	22,1		
Elevada	37	35,2	33	39,8	46	43,4	116	39,5		

Síntese:

- A qualidade de vida revela que as mulheres inquiridas com incontinência urinária apresentam um mínimo de 6,48 e um máximo de 95,37, sendo que a média se situa nos 54,10. Em função da idade das mulheres inquiridas, verifica-se que 39,5% apresenta uma qualidade de vida elevada, mas em função dos anos de perda de urina, verifica-se que a maioria das mulheres que apresenta uma qualidade de vida fraca perde urina à 5 ou menos anos (47,6%).

2.1.7 – Relação entre a qualidade de vida e o impato/valorização da incontinência urinária

No sentido de complementar o presente estudo, pretende-se conhecer o tipo de relação existente entre o impato e a valorização da incontinência com a qualidade de vida.

Impato da incontinência

Quanto ao impato da incontinência urinária e analisando a tabela 23, verifica-se que as mulheres que referem que a incontinência urinária tem impato na sua vida possuem uma qualidade de vida moderada e elevada (100.0%). Alude-se ainda o facto de existir diferenças estatisticamente significativas ($X^2=6,495$; $p=0,039$) (cf. tabela 23).

Incontinência urinária de esforço

No que se refere ao tipo de incontinência urinária observou-se que as mulheres com incontinência urinária de esforço possuem uma qualidade de vida moderada (95,4%). Há

ainda a mencionar que existem diferenças estatisticamente significativas entre a qualidade de vida e a incontinência urinária de esforço ($X^2=128,716$; $p=0,000$) (cf. tabela 23).

Incontinência urinária de urgência

No que diz respeito à incontinência urinária de urgência e analisando a tabela 23, verifica-se que as mulheres sem incontinência urinária de urgência possuem uma qualidade de vida moderada (84,6%), enquanto que as mulheres com incontinência urinária de urgência possuem uma qualidade de vida fraca (31,0%). Constata-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a qualidade de vida e a incontinência urinária de urgência ($X^2=5,930$; $p=0,052$)

Tabela 23 - Relação entre a qualidade de vida e o impacto/valorização da incontinência urinária

	Frac		Moderada		Elevada		Total		X^2	P
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Impacto da incontinência										
Sem impacto	4	3,5	-	0,0	-	0,0	4	1,4	6,495	0,039
Com impacto	109	96,5	65	100,0	116	100,0	290	98,6		
Incontinência de esforço										
Sem incontinência de esforço	75	67,0	3	4,6	6	5,3	84	28,9	128,716	0,000
Com incontinência de esforço	37	33,0	62	95,4	108	94,7	207	71,1		
Incontinência de urgência										
Sem incontinência de urgência	78	69,0	55	84,6	89	78,1	222	76,0	5,930	0,052
Com incontinência de urgência	35	31,0	10	15,4	25	21,9	70	24,0		

Síntese:

- A amostra em estudo que apresenta uma qualidade de vida fraca, são mulheres que referem que a incontinência urinária não tem impacto na sua vida (3,5%), não têm incontinência urinária de esforço (67,0%) mas apresentam incontinência urinária de urgência (31,0%).
- As mulheres com qualidade de vida moderada referem que a incontinência urinária tem impacto na sua vida (100,0%), têm incontinência urinária de esforço (95,4%) e não apresentam incontinência urinária de urgência (84,6%).
- No entanto as mulheres com qualidade de vida elevada referem que a incontinência urinária tem impacto na sua vida (100,0%).

2.1.8 – Relação entre o estado depressivo e a qualidade de vida

Analisando o estado depressivo segundo a qualidade de vida, verifica-se que as mulheres com elevada qualidade de vida apresentam depressão (78,9%), seguindo-se as mulheres com ausência de depressão que referem fraca e moderada qualidade de vida (39,6%; 23,6%). As diferenças encontradas entre a depressão e a qualidade de vida são estatisticamente significativas ($X^2=14,117$; $p=0,001$) (cf. tabela 24).

Tabela 24 – Relação entre o estado depressivo e a qualidade de vida

Qualidade de vida	Ausência de depressão		Com depressão		Total		X^2	P
	n	%	n	%	n	%		
Fraca	109	39,6	4	21,1	113	38,4	14,117	0,001
Moderada	65	23,6	-	0,0	65	22,1		
Elevada	101	36,7	15	78,9	116	39,5		

Síntese:

- Mulheres da nossa amostra com elevada qualidade de vida (39,5%) apresentam depressão (78,9%).

Concluída a apresentação da análise descritiva dos dados, será abordada de seguida a análise inferencial. Assim, irá proceder-se à verificação das associações das variáveis independentes em estudo com a variável dependente.

2.2- ANÁLISE INFERENCIAL

O tratamento estatístico inferencial é particularmente útil para testar significância de fatores que são capazes de influenciar a resposta da variável medida. Assim, procura traduzir o enunciado do problema para uma previsão precisa e clara dos resultados esperados, respondendo às questões de investigação formuladas.

Como já referido anteriormente, no sentido de complementar o presente estudo, pretende-se conhecer o tipo de relação existente entre as variáveis sociodemográficas, obstétricas, ginecológicas e estilos de vida com a qualidade de vida. Para responder a estas inquietações colocam-se as seguintes questões:

Qual é a influência das variáveis sociodemográficas na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária?

Relação entre a idade e a qualidade de vida

No sentido de verificar a influência da idade na qualidade de vida, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. A sua utilização permitiu, através da análise da tabela 25, observar que as mulheres com idade igual ou inferior a 45 anos apresentam médias superiores relativas às subescalas “relações pessoais” e “medidas de gravidade”. As restantes subescalas apresentam-se mais elevadas nas mulheres com idade igual ou superior a 46 anos.

No cruzamento entre a idade e as subescalas da qualidade de vida constata-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas, “perceção geral da saúde” ($p=0,000$), “limitações nas atividades diárias” ($p=0,001$), “limitações físicas” ($p=0,001$) e “emoções” ($p= 0,048$), aceitando-se a hipótese formulada.

Tabela 25 - Teste U de Mann-Whitney entre a idade e a qualidade de vida

Subescalas da QDV	Idade	≤ 45 Anos	≥ 46 Anos	U	p
		OM	OM		
Perceção geral da saúde		129,68	167,51	8269,50	0,000
Impato da IU		148,18	156,00	10434,00	0,409
Limitações nas atividades diárias		132,81	165,95	8636,00	0,001
Limitações físicas		132,19	165,95	8636,00	0,001
Limitações sociais		151,52	153,92	10824,50	0,815
Relações pessoais		153,12	152,83	10984,00	0,985
Emoções		140,57	160,74	9543,50	0,048
Sono/energia		152,35	153,40	10922,00	0,917
Medidas de gravidade		161,50	147,71	10003,00	0,180
Total de qualidade de vida		143,28	159,05	9861,00	0,129

Relação entre a nacionalidade e a qualidade de vida

No que se refere à influência da nacionalidade na qualidade de vida, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney (cf. tabela 26), para comparar as médias entre os dois grupos. Como forma de detetar diferenças entre eles, observa-se que as mulheres com nacionalidade portuguesa apresentam médias superiores em todas as subescalas, à exceção das subescalas “sono/energia” e “medidas de gravidade” que apresentam valores mais elevados nas mulheres imigrantes.

Verifica-se apenas significância estatística nas subescalas, “perceção geral da saúde” ($p=0,014$), “limitações físicas” ($p=0,036$) e “relações pessoais” ($p=0,003$), ou seja, a nacionalidade interfere com a perceção geral da saúde, com as limitações nas atividades diárias limitações físicas e com as relações pessoais levando à aceitação da hipótese formulada para estas subescalas.

Tabela 26 - Teste U de Mann-Whitney entre a nacionalidade e a qualidade de vida

Subescalas da QDV	Nacionalidade		U	p
	Portuguesa	Imigrante		
	OM	OM		
Perceção geral da saúde	155,41	102,93	1336,00	0,014
Impato da IU	154,36	124,79	1642,00	0,179
Limitações nas atividades diárias	154,87	114,04	1491,50	0,083
Limitações físicas	155,28	105,64	1374,00	0,036
Limitações sociais	153,29	146,93	1952,00	0,790
Relações pessoais	156,24	85,57	1093,00	0,003
Emoções	154,21	127,86	1685,00	0,266
Sono/energia	152,46	164,21	1880,00	0,616
Medidas de gravidade	151,86	176,64	1706,00	0,299
Total de qualidade de vida	154,99	111,57	1457,00	0,072

Relação entre o estado civil e a qualidade de vida

Para compreender a influência do estado civil na qualidade de vida, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Através da análise dos resultados obtidos na tabela 27, observa-se que médias foram mais elevadas em todas as subescalas nas mulheres casadas/união de facto.

No cruzamento entre o estado civil e a qualidade de vida constata-se que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas, à exceção das subescalas “perceção geral da saúde”, “sono/energia” e “medidas de gravidade” rejeitando-se assim, a hipótese inicialmente formulada para estas.

Tabela 27 - Teste U de Mann-Whitney entre o estado civil e a qualidade de vida

Estado civil	Solteira/ Divorciada	Casada/União de facto	U	p
	OM	OM		
Subescalas da QDV				
Perceção geral da saúde	140,47	153,27	3749,00	0,391
Impato da IU	106,35	157,02	2725,50	0,001
Limitações nas atividades diárias	121,43	155,36	3178,00	0,039
Limitações físicas	103,27	157,36	2633,00	0,001
Limitações sociais	115,95	155,96	3013,50	0,017
Relações pessoais	106,35	157,02	2725,00	0,002
Emoções	119,13	155,61	3109,00	0,027
Sono/energia	135,93	153,77	3613,00	0,276
Medidas de gravidade	138,15	153,52	3679,00	0,357
Total de qualidade de vida	107,25	156,92	2752,50	0,003

Relação entre a situação profissional atual e a qualidade de vida

Para indagar acerca da influência da situação profissional na qualidade de vida, aplicou-se o T-Teste. Observa-se que as mulheres desempregadas apresentam médias superiores em todas as subescalas.

Pelos resultados obtidos na tabela 28, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas para as subescalas “impato da IU” e “perceção geral da saúde”, contudo nas restantes subescalas verifica-se significância estatística ($p < 0,005$), aceitando-se a hipótese formulada para estas subescalas.

Tabela 28 - Teste T entre a situação profissional atual e a qualidade de vida

Situação profissional atual	Empregada		Desempregada		T	p
	OM	Dp	OM	Dp		
Subescalas da QDV						
Perceção geral da saúde	46,40	16,09	52,02	16,29	-2,953	0,003
Impato da IU	53,03	27,61	57,76	21,00	-1,622	0,106
Limitações nas atividades diárias	50,88	30,57	64,29	23,78	-4,118	0,000
Limitações físicas	60,61	30,98	73,19	24,59	-3,789	0,000
Limitações sociais	48,06	32,18	59,56	24,99	-3,357	0,001
Relações pessoais	34,60	31,81	40,68	26,01	-1,802	0,073
Emoções	46,30	27,70	56,04	23,09	-3,225	0,001
Sono/energia	34,97	29,19	47,10	27,61	-3,645	0,000
Medidas de gravidade	69,07	25,53	77,07	19,32	-2,972	0,003
Total de qualidade de vida	49,32	22,89	58,63	16,29	-3,928	0,000

Relação entre a área de residência e a qualidade de vida

Para testar a influência da área de residência na qualidade de vida, aplicou-se o teste One-Way ANOVA. Da análise da tabela 29 observa-se que as mulheres que residiam na aldeia apresentam médias mais elevadas nas subescalas “perceção geral da saúde”, “impato da IU”, “limitações nas atividades diárias” e “limitações físicas”, enquanto que as médias das restantes subescalas foram mais elevadas nas mulheres que residiam numa vila, factos estes que foram corroborados pelo teste post hoc. Pelos resultados, constata-se no presente estudo que existem diferenças significativas nas subescalas “perceção geral da saúde”; “impato da IU”; “limitações nas atividades diárias”, “emoções” e “medidas de gravidade” ($p < 0,005$), aceitando-se assim a hipótese formulada para as mesmas

Tabela 29 - Teste One-Way ANOVA e testes post hoc entre a área de residência e a qualidade de vida

Subescalas da QDV	Aldeia (1)		Vila (2)		Cidade (3)		F	p	% VE	Post Hoc		
	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp				1 vs 2	2 vs 3	3 vs 3
Perceção geral da saúde	180,55	76,32	140,44	73,54	145,98	79,87	7,455	0,001	16,8	0,001	0,007	0,902
Impato da IU	167,87	87,20	155,23	76,96	134,48	75,50	3,849	0,022	16,5	0,328	0,012	0,175
Limitações nas atividades diárias	163,70	91,93	160,02	78,17	130,91	88,39	4,069	0,018	15,0	0,970	0,027	0,021
Limitações físicas	161,24	94,37	156,42	78,35	138,94	89,50	1,646	0,195	0,94	-	-	-
Limitações sociais	148,64	85,85	159,76	84,65	145,07	92,22	0,869	0,421	0,37	-	-	-
Relações pessoais	153,66	88,09	158,30	80,84	142,59	89,23	0,917	0,401	0,73	-	-	-
Emoções	147,63	80,94	165,74	89,12	136,51	84,14	3,291	0,039	0,44	0,264	0,763	0,045
Sono/energia	142,88	74,02	163,30	87,87	145,30	91,07	1,906	0,150	0,18	-	-	-
Medidas de gravidade	134,23	78,31	167,67	87,55	148,09	91,75	3,983	0,020	0,07	-	-	-
Total de qualidade de vida	155,69	88,90	160,00	84,06	138,04	92,01	1747	0,176	0,96	-	-	-

Relação entre o rendimento mensal e a qualidade de vida

Com a finalidade de avaliar a influência do rendimento mensal na qualidade de vida, efetuou-se o teste One-Way ANOVA, pela análise da tabela 30, observa-se que nas subescalas “perceção geral da saúde”, “limitações nas atividades diárias”, “relações pessoais” e “medidas de gravidade” as médias foram mais elevadas nas mulheres que possuíam um rendimento mensal entre os 500 e os 1000 euros, enquanto nas restantes

subescalas as médias foram mais elevadas nas mulheres que possuíam um rendimento mensal até 500 euros, factos estes que foram corroborados pelo teste post hoc.

No entanto pode ainda referir-se que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas, à exceção da subescala “perceção geral da saúde” rejeitando-se assim a hipótese inicialmente formulada para a mesma.

Tabela 30- Teste One-Way ANOVA e testes post hoc entre o rendimento mensal e a qualidade de vida

Subescalas da QDV	Até 500€ (1)		De 500 a 100€ (2)		≥1000€ (3)		F	p	% VE	Post Hoc		
	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp				1 vs 2	2 vs 3	3 vs 3
Perceção geral da saúde	152,00	77,42	156,44	82,47	141,02	65,95	0,872	0,419	4,7	-	-	-
Impato da IU	161,23	75,27	159,46	81,46	125,65	79,98	4,784	0,009	16,1	0,864	0,008	0,016
Limitações nas atividades diárias	161,85	76,03	167,65	84,09	103,98	84,73	14,312	0,000	24,2	0,952	0,000	0,000
Limitações físicas	171,59	80,71	156,72	84,32	116,66	88,24	8,392	0,000	23,9	0,371	0,000	0,001
Limitações sociais	164,72	71,66	163,11	88,31	113,80	96,78	8,606	0,000	24,1	0,743	0,000	0,000
Relações pessoais	159,03	81,17	164,53	83,29	122,55	91,12	5,726	0,004	12,0	0,866	0,048	0,008
Emoções	172,25	79,09	161,73	85,13	106,13	86,44	13,307	0,000	25,0	0,753	0,000	0,000
Sono/energia	180,99	75,43	153,20	82,11	114,39	95,77	12,131	0,000	27,0	0,052	0,000	0,004
Medidas de gravidade	161,67	74,32	164,23	86,51	114,47	98,15	8,184	0,000	23,7	0,948	0,000	0,000
Total de qualidade de vida	165,95	74,61	164,23	87,67	108,96	96,21	10,711	0,000	26,1	0,736	0,000	0,000

Qual é a influência das variáveis obstétricas na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária?

Relação entre o índice de massa corporal e a qualidade de vida

Com o intuito de perceber a influência do índice de massa corporal na qualidade de vida, aplicou-se o Teste U de Mann-Whitney (cf. tabela 31). Afere-se que as médias foram mais elevadas em todas as subescalas nas mulheres com excesso de peso.

Constata-se ainda que existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas “perceção geral da saúde”, “limitações nas atividades diárias”, “limitações

físicas”, “limitações sociais”, “emoções”, “sono/energia”, “medidas de gravidade” e “total da qualidade de vida” aceitando-se assim, a hipótese formulada para as mesmas. No entanto pode ainda referir-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas “impato da IU” e “relações pessoais” ($p > 0,005$), rejeitando-se assim, para estas a hipótese inicialmente formulada.

Tabela 31 - Teste U de Mann-Whitney entre o índice de massa corporal e a qualidade de vida

Subescalas da QDV	IMC	Peso normal	Excesso de peso	U	p
		OM	OM		
Perceção geral da saúde		137,52	160,44	8864,00	0,016
Impato da IU		146,82	155,97	9585,00	0,352
Limitações nas atividades diárias		129,27	164,40	7848,00	0,001
Limitações físicas		137,20	160,59	8632,50	0,027
Limitações sociais		127,28	165,36	7651,00	0,000
Relações pessoais		146,37	156,19	8540,50	0,348
Emoções		133,73	162,26	9289,00	0,007
Sono/energia		130,33	163,89	7953,00	0,001
Medidas de gravidade		114,96	171,28	6431,00	0,000
Total de qualidade de vida		132,36	162,92	8154,00	0,005

Relação entre o número de filhos e a qualidade de vida

No sentido de estudar a influência do número de filhos na qualidade de vida, utilizou-se o teste One-Way ANOVA. A sua utilização permite observar, pelos resultados na tabela 32, que as mulheres que tiveram 2 filhos apresentam médias mais elevadas nas subescalas “limitações sociais”, “relações pessoais”, “sono/energia” e “medidas de gravidade”, enquanto nas restantes subescalas as médias mais elevadas observaram-se nas mulheres que tiveram 3 ou mais filhos, com o intuito de comprovar estes resultado utilizou-se o teste Tukey.

Obteve-se diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas, excetuando as subescalas “sono/energia” e “medidas de gravidade”, rejeitando-se assim, e apenas a hipótese inicialmente formulada para estas duas últimas subescalas referidas.

Tabela 32 - Teste One-Way ANOVA e testes post hoc entre o número de filhos e a qualidade de vida

Subescalas da QDV	1Filho (1)		2 Filhos (2)		≥3 Filhos (3)		F	p	%VE	Post Hoc		
	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp				1 vs 2	2 vs 3	3 vs 3
Percepção geral da saúde	134,01	70,31	148,75	77,42	208,70	71,05	15,996	0,000	28,3	0,241	0,000	0,000
Impacto da IU	132,57	77,92	161,96	79,02	163,26	84,12	4,565	0,011	17,2	0,007	0,029	0,909
Limitações nas atividades diárias	108,51	79,17	171,02	78,00	180,89	93,57	21,174	0,000	32,6	0,000	0,000	0,633
Limitações físicas	118,82	83,28	166,25	82,57	176,59	86,79	11,857	0,000	25,4	0,000	0,000	0,813
Limitações sociais	123,32	76,43	166,82	87,91	165,00	93,03	8,360	0,000	18,1	0,001	0,030	0,998
Relações pessoais	128,97	83,62	164,82	79,97	160,39	99,48	5,667	0,004	17,7	0,002	0,030	0,989
Emoções	129,15	86,61	161,78	83,40	171,56	89,00	5,615	0,004	19,0	0,014	0,007	0,513
Sono/energia	136,97	89,76	163,15	83,77	149,64	80,04	2,889	0,057	5,4	-	-	-
Medidas de gravidade	151,03	95,48	155,68	84,45	147,40	80,53	0,193	0,825	5,7	-	-	-
Total de qualidade de vida	120,53	84,06	165,06	83,60	177,33	95,66	10,291	0,000	24,0	0,000	0,001	0,736

Relação entre o tipo de parto e a qualidade de vida

Face aos resultados com a utilização do teste Kruskal-Wallis, relativos à influência do tipo de parto na qualidade de vida, pode-se inferir que as mulheres que tiveram partos instrumentados apresentam médias superiores em todas as subescalas à exceção das subescalas “percepção geral da saúde” e “emoções” que apresentam médias superiores no parto normal. Contudo não se observam significâncias estatísticas, ou seja, o tipo de parto não interfere nas distintas subescalas da qualidade de vida, levando à rejeição da hipótese enunciada (cf. tabela 33).

Tabela 33 - Teste Kruskal-Wallis entre o tipo de parto e a qualidade de vida

Tipo de parto Subescalas da QDV	Normal	Instrumentado	Cesariana	KW	p
	OM	OM	OM		
Percepção geral da saúde	154,22	141,74	163,39	1,15	0,564
Impato da IU	152,72	162,75	130,25	1,71	0,425
Limitações nas atividades diárias	150,90	175,19	127,21	4,07	0,131
Limitações físicas	154,24	157,50	118,50	2,39	0,302
Limitações sociais	151,38	158,60	166,00	0,56	0,756
Relações pessoais	149,84	164,31	177,39	2,18	0,326
Emoções	152,50	146,43	180,82	1,69	0,430
Sono/energia	152,00	152,54	172,32	0,75	0,688
Medidas de gravidade	149,84	164,75	176,00	2,03	0,363
Total de qualidade de vida	151,76	156,98	163,86	0,34	0,842

Relação entre Lesões pélvicas no trabalho de parto e a qualidade de vida

No que se refere à influência das lesões pélvicas no trabalho de parto na qualidade de vida, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Saliencia-se que nas subescalas “percepção geral da saúde”, “impato da IU” e “limitações nas atividades diárias” as médias foram superiores nas mulheres que não apresentaram laceração, rasgadura, corte durante o(s) parto(s), enquanto que nas restantes subescalas as médias foram superiores nas mulheres que apresentaram este tipo de lesões durante o parto.

Contudo os resultados confirmam a existência de diferenças significâncias nas subescalas “percepção geral da saúde”, “impato da IU”, “sono/energia” e “medidas de gravidade”, logo aceita-se a hipótese formulada para a mesma. (cf. tabela 34).

Tabela 34 - Teste U de Mann-Whitney entre lesões pélvicas no trabalho de parto e a qualidade de vida.

Lesões Pélvicas Subescalas da QDV	Sim	Não	U	p
	OM	OM		
Percepção geral da saúde	130,90	158,52	6094,00	0,013
Impato da IU	131,99	158,25	6160,50	0,022
Limitações nas atividades diárias	148,93	154,02	7193,50	0,679
Limitações físicas	155,24	152,44	7305,50	0,821
Limitações sociais	155,41	152,40	7295,00	0,810
Relações pessoais	164,52	150,12	6739,50	0,239
Emoções	170,90	148,52	6350,00	0,071
Sono/energia	175,57	147,36	6065,00	0,021
Medidas de gravidade	179,50	146,38	5825,50	0,008
Total de qualidade de vida	158,51	151,62	7106,00	0,585

Relação entre o peso da criança à nascença e a qualidade de vida

No sentido de conhecer a influência do peso da criança à nascença na qualidade de vida, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Saliencia-se que as mulheres que não tiveram filhos com peso superior a 4Kg apresentam médias mais elevadas em todas as subescalas da qualidade de vida, à exceção da subescala “impato da IU” em que a média foi mais elevada nas mulheres que tiveram filhos com peso superior a 4Kg. Isto significa que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas excetuando as subescalas “impato da IU”, “limitações físicas” e “relações pessoais” rejeitando-se assim apenas a hipótese formulada nas subescalas acima mencionadas (cf. tabela 35).

Tabela 35 - Teste U de Mann-Whitney entre peso da criança à nascença e a qualidade de vida

Peso da criança à nascença	Sim	Não	U	p
	OM	OM		
Subescalas da QDV				
Perceção geral da saúde	145,72	172,15	7673,50	0,008
Impato da IU	157,88	140,17	8204,50	0,086
Limitações nas atividades diárias	145,36	173,10	7594,00	0,012
Limitações físicas	150,76	158,89	8787,00	0,462
Limitações sociais	142,21	181,38	6898,50	0,000
Relações pessoais	148,42	165,05	8269,50	0,129
Emoções	143,88	176,99	7266,50	0,003
Sono/energia	141,44	183,42	6727,00	0,000
Medidas de gravidade	133,59	204,07	4992,50	0,000
Total de qualidade de vida	143,54	177,89	7191,00	0,002

Relação entre as horas sentada por dia e qualidade de vida

Com o intuito de compreender se existe ou não influência do número de horas sentada por dia na qualidade de vida, aplicou-se o teste Kruskal-Wallis (cf. tabela 36). De referir que as mulheres que passam 5 ou mais horas sentadas por dia apresentam médias superiores nas subescalas “perceção geral da saúde”, “limitações sociais”, “relações pessoais” e “emoções” nas restantes subescalas as médias foram maiores nas mulheres que passam 4 horas sentadas por dia. Constata-se que apenas existem diferenças estatisticamente significativas na subescala “sono/energia” ($p=0,042$), ou seja, o número de horas sentada por dia interfere no sono/energia, levando a aceitação da hipótese formulada.

Tabela 36 - Teste Kruskal-Wallis entre as horas sentada por dia e qualidade de vida

Horas sentada por dia	≤3 Horas	4 Horas	≥ 5 Horas	KW	p
	OM	OM	OM		
Subescalas da QDV					
Perceção geral da saúde	145,10	152,91	158,62	1,68	0,432
Impato da IU	151,64	159,34	148,53	0,90	0,637
Limitações nas atividades diárias	146,07	160,26	152,72	1,25	0,535
Limitações físicas	139,31	160,80	158,20	3,71	0,157
Limitações sociais	145,85	155,00	156,53	0,92	0,630
Relações pessoais	155,51	138,64	159,45	3,09	0,213
Emoções	145,71	154,04	157,31	1,03	0,596
Sono/energia	135,37	163,52	159,73	6,36	0,042
Medidas de gravidade	146,49	163,80	149,92	1,98	0,371
Total de qualidade de vida	147,35	154,85	155,34	0,54	0,765

Qual é a influência das variáveis ginecológicas na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária?

Relação entre os anos de perda de urina e a qualidade de vida

De forma a perceber a influência dos anos de perda de urina na qualidade de vida efetuou-se o teste One-Way ANOVA. Da análise da tabela 37, salienta-se que as mulheres que perdem urina à 10 ou mais anos apresentam as médias mais elevadas em todas as subescalas, à exceção da subescala “relações pessoais” em que a média foi mais elevada nas mulheres que perdem urina à 5 ou menos anos. As médias foram comprovadas pelo teste Tukey.

Verifica-se ainda que existe significância estatística nas seguintes subescalas, “perceção geral da saúde”, “limitações nas atividades diárias”, “limitações físicas” e “relações pessoais”, aceitando-se assim, a hipótese formulada nestes casos.

Tabela 37 - Teste One-Way ANOVA e testes post hoc entre os anos de perda de urina e a qualidade de vida

Subescalas da QDV	≤ 5 anos (1)		6-9 anos (2)		≥10 anos (3)		F	p	%VE	Post Hoc		
	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp				1 vs 2	2 vs 3	3 vs 3
Percepção geral da saúde	137,44	71,76	146,99	76,49	173,67	81,22	6,384	0,002	19,6	0,562	0,000	0,055
Impacto da IU	147,82	91,96	151,34	70,44	159,59	76,03	0,599	0,550	6,4	-	-	-
Limitações nas atividades diárias	134,90	91,17	151,71	74,16	172,19	86,75	5,182	0,006	19,1	0,284	0,002	0,198
Limitações físicas	137,50	94,48	148,68	82,46	172,18	77,80	4,584	0,011	18,8	0,470	0,003	0,109
Limitações sociais	138,66	88,93	158,00	89,62	163,08	82,57	2,324	0,100	12,4	-	-	-
Relações pessoais	169,94	92,48	134,88	80,70	151,47	79,41	4,251	0,015	10,5	0,003	0,150	0,279
Emoções	143,57	86,46	153,09	89,14	162,36	84,10	1,264	0,284	10,0	-	-	-
Sono/energia	139,69	84,88	159,38	89,06	160,88	82,71	2,009	0,126	8,2	-	-	-
Medidas de gravidade	142,96	91,44	155,23	87,19	161,14	82,77	1,205	0,136	11,2	-	-	-
Total de qualidade de vida	145,57	98,40	147,80	85,10	164,85	79,05	1,508	0,223	13,0	-	-	-

De que modo os estilos de vida têm influência na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária?

Relação entre o exercício físico e a qualidade de vida

Com o intuito de analisar a influência do exercício físico na qualidade de vida efetuou-se o teste One-Way ANOVA. Através da análise da tabela 38, observa-se que as mulheres que praticam exercício físico 2 a 3 vezes por semana apresentam médias mais elevadas em todas as subescalas, valores corroborados através da aplicação do teste Tukey. Podemos referir que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas, ou seja, a prática de exercício físico influencia a qualidade de vida, aceitando-se assim a hipótese inicialmente formulada.

Tabela 38 - Teste One-Way ANOVA e testes post hoc entre o exercício físico e a qualidade de vida

Subescalas da QDV	Nunca (1)		Até 2 a 3 vezes por semana (2)		Esporadicamente (3)		F	p	%VE	Post Hoc		
	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp				1 vs 2	2 vs 3	3 vs 3
Percepção geral da saúde	160,93	72,81	165,92	77,06	118,49	81,49	8,975	0,000	18,1	0,880	0,001	0,001
Impato da IU	159,92	78,02	172,99	73,24	111,82	80,99	12,934	0,000	20,9	0,517	0,000	0,000
Limitações nas atividades diárias	154,72	85,77	170,25	79,99	127,18	88,94	4,882	0,008	9,2	0,303	0,075	0,005
Limitações físicas	149,21	79,45	178,48	87,93	129,34	92,34	6,600	0,002	6,1	0,076	0,181	0,002
Limitações sociais	155,83	88,76	175,86	80,73	117,52	82,02	8,967	0,000	13,4	0,194	0,006	0,000
Relações pessoais	164,93	84,41	167,97	80,03	106,76	79,47	13,640	0,000	23,0	0,990	0,000	0,000
Emoções	153,42	87,53	188,29	80,55	107,26	69,68	18,304	0,000	13,5	0,004	0,001	0,000
Sono/energia	151,99	84,26	179,18	85,42	122,09	79,55	8,764	0,000	9,7	0,031	0,027	0,000
Medidas de gravidade	144,74	81,53	181,10	85,34	136,22	95,04	6,564	0,002	1,8	0,045	0,591	0,045
Total de qualidade de vida	153,72	84,37	187,68	86,41	107,37	79,09	17,204	0,000	16,4	0,063	0,000	0,000

Relação entre a ingestão de líquidos e a qualidade de vida

Para testar a influência da ingestão de líquidos na qualidade de vida, aplicou-se o Teste U de Mann-Whitney (cf. tabela 39), com o qual se observa que nas mulheres que ingerem até um litro de água/líquidos por dia apresentam médias superiores nas subescalas "percepção geral da saúde", "impato da IU", "limitações nas atividades diárias", "limitações físicas" e "relações pessoais" nas restantes subescalas as médias foram superiores nas mulheres que ingerem uma quantidade superior a 1 litro. Verifica-se ainda que apenas existe significância estatística nas subescalas "Impato da IU" ($p=0,043$), "sono/energia" ($p=0,000$) e "medidas de gravidade" ($p=0,000$), ou seja, aceita-se portanto a hipótese formulada para estas subescalas.

Tabela 39 - Teste U de Mann-Whitney entre a ingestão de líquidos e a qualidade de vida

Subescalas da QDV	Ingestão de líquidos		U	p
	Até 1 litro OM	Superior a 1 litro OM		
Percepção geral da saúde	159,87	142,84	9943,00	0,061
Impato da IU	160,64	141,70	9802,50	0,043
Limitações nas atividades diárias	157,05	147,01	10456,00	0,317
Limitações físicas	153,51	152,25	11101,00	0,901
Limitações sociais	145,91	163,48	9903,50	0,085
Relações pessoais	154,03	151,47	11005,00	0,797
Emoções	145,82	163,62	9887,00	0,078
Sono/energia	137,92	175,31	8448,50	0,000
Medidas de gravidade	137,36	176,15	8346,00	0,000
Total de qualidade de vida	150,04	157,38	10654,00	0,476

Relação entre os hábitos tabágicos e a qualidade de vida

Com a finalidade de avaliar se existe ou não influência dos hábitos tabágicos na qualidade de vida, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney (cf. tabela 40). Observa-se que as mulheres fumadoras apresentam médias mais elevadas em todas as subescalas, à exceção das subescalas “impato da IU” e “relações pessoais” em que as médias foram mais elevadas nas mulheres não fumadoras. Reconhecem-se diferenças estatisticamente significativas nas subescalas “limitações nas atividades diárias” ($p=0,002$), “limitações físicas” ($p=0,013$) e “medidas de gravidade” ($p=0,020$) aceitando-se a hipótese inicialmente formulada nestes casos.

Tabela 40 - Teste U de Mann-Whitney entre os hábitos tabágicos e a qualidade de vida

Subescalas da QDV	Hábitos Tabágicos		U	p
	Sim OM	Não OM		
Percepção geral da saúde	155,16	144,71	7101,00	0,343
Impato da IU	150,34	163,21	6979,50	0,257
Limitações nas atividades diárias	160,77	123,17	5743,50	0,002
Limitações físicas	159,23	129,06	6114,50	0,013
Limitações sociais	157,96	133,86	6417,00	0,051
Relações pessoais	151,95	157,03	7369,00	0,674
Emoções	157,13	137,13	6623,00	0,102
Sono/energia	157,73	134,82	6477,50	0,059
Medidas de gravidade	158,91	130,29	6192,00	0,020
Total de qualidade de vida	156,97	137,75	6662,50	0,123

Relação entre os hábitos alcoólicos e a qualidade de vida

No sentido de estudar a influência dos hábitos alcoólicos na qualidade de vida, aplicou-se o Teste U de Mann-Whitney. Ao analisar a tabela 41, constata-se que as mulheres que ingerem bebidas alcoólicas apresentam médias superiores em todas as subescalas. No cruzamento entre a ingestão de bebidas alcoólicas e a qualidade de vida verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas distintas subescalas, à exceção das subescalas “perceção geral da saúde” e “medidas de gravidade” em que se rejeita a hipótese inicialmente formulada.

Tabela 41 - Teste U de Mann-Whitney entre os hábitos alcoólicos e a qualidade de vida

Subescalas da QDV	Hábitos Alcoólicos		U	p
	Sim OM	Não OM		
Perceção geral da saúde	156,88	142,28	8203,50	0,149
Impato da IU	164,70	120,65	6452,00	0,000
Limitações nas atividades diárias	165,78	117,67	6210,00	0,000
Limitações físicas	165,18	119,32	6344,00	0,000
Limitações sociais	163,50	123,98	6721,00	0,000
Relações pessoais	163,71	123,38	6672,50	0,000
Emoções	159,58	134,81	7598,50	0,027
Sono/energia	160,51	132,23	7389,50	0,011
Medidas de gravidade	157,72	139,94	8014,00	0,116
Total de qualidade de vida	164,50	121,20	6496,50	0,000

Qual a influência do tipo de incontinência urinária na qualidade de vida das mulheres?

Relação entre a incontinência urinária de esforço e a qualidade de vida

Para se compreender a influência da incontinência urinária de esforço na qualidade de vida, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Da análise da tabela 42, salienta-se que as mulheres com incontinência urinária de esforço apresentam médias mais elevadas em todas as subescalas. Contudo os resultados confirmam a existência de diferenças significativas em todas as subescalas, pelo que se pode dizer que a incontinência urinária de esforço influencia a qualidade de vida, ou seja, aceita-se assim a hipótese inicialmente formulada.

Tabela 42 - Teste U de Mann-Whitney entre a incontinência urinária de esforço e qualidade de vida

Incontinência de esforço	Sem esforço	Com esforço	U	p
	OM	OM		
Subescalas da QDV				
Percepção geral da saúde	134,58	158,13	7784,00	0,017
Impato da IU	104,75	189,81	5249,00	0,000
Limitações nas atividades diárias	78,24	180,20	2995,50	0,000
Limitações físicas	72,61	182,40	2516,50	0,000
Limitações sociais	69,04	183,80	2213,00	0,000
Relações pessoais	85,29	177,44	3594,50	0,000
Emoções	78,64	180,04	3029,00	0,000
Sono/energia	76,73	180,79	2867,00	0,000
Medidas de gravidade	81,15	179,06	3243,00	0,000
Total de qualidade de vida	66,22	184,91	1973,50	0,000

Relação entre a incontinência urinária de urgência e qualidade de vida

Quanto à relação entre a incontinência urinária de urgência e a qualidade de vida, aplicou-se o Teste U de Mann-Whitney. Da aplicação deste teste, verifica-se que as mulheres com incontinência urinária de urgência apresentam médias mais elevadas nas subescalas “percepção geral da saúde”, “limitações sociais”, “emoções”, “sono/energia” e “medidas de gravidade”. Apenas as subescalas “percepção geral da saúde” ($p=0,006$), “limitações físicas” ($p=0,041$) e “medidas de gravidade” ($p=0,029$), apresentam significância estatística. Assim, é possível aceitar a hipótese formulada para as subescalas citadas (cf. tabela 43).

Tabela 43 - Teste U de Mann-Whitney entre a incontinência urinária de urgência e qualidade de vida

Incontinência de urgência	Sem urgência	Com urgência	U	p
	M	M		
Subescalas da QDV				
Percepção geral da saúde	145,23	174,12	6665,50	0,006
Impato da IU	153,09	148,44	7983,50	0,668
Limitações nas atividades diárias	153,39	147,45	7913,00	0,608
Limitações físicas	157,56	133,82	6945,00	0,041
Limitações sociais	148,56	163,25	7437,00	0,212
Relações pessoais	157,22	134,93	7024,00	0,053
Emoções	150,51	156,88	7889,50	0,584
Sono/energia	149,07	161,58	7556,00	0,278
Medidas de gravidade	145,98	171,66	6840,00	0,029
Total de qualidade de vida	152,38	150,76	8148,00	0,892

Síntese:

As subescalas da qualidade de vida são influenciadas pelas seguintes variáveis:

- **Percepção geral da saúde** é influenciada por: idade, nacionalidade, situação profissional atual, área de residência, índice de massa corporal, número de filhos, lesões pélvicas no trabalho de parto, peso da criança à nascença, anos de perda de urina, exercício físico, incontinência urinária de esforço e incontinência urinária de urgência.
- **Impato da IU** é influenciada por: estado civil, área de residência, rendimento mensal, número de filhos, lesões pélvicas no trabalho de parto, exercício físico, ingestão de líquidos, hábitos tabágicos, incontinência urinária de esforço.
- **Limitações nas atividades diárias** é influenciada por: idade, estado civil, situação profissional atual, área de residência, rendimento mensal, índice de massa corporal, número de filhos, peso da criança à nascença, anos de perda de urina, exercício físico, hábitos tabágicos, hábitos alcoólicos, incontinência urinária de esforço.
- **Limitações físicas** é influenciada por: idade, nacionalidade, estado civil, situação profissional atual, rendimento mensal, índice de massa corporal, número de filhos, anos de perda de urina, exercício físico, hábitos tabágicos, hábitos alcoólicos, incontinência urinária de esforço e incontinência urinária de urgência.
- **Limitações sociais** é influenciada por: estado civil, situação profissional atual, rendimento mensal, índice de massa corporal, número de filhos, peso da criança à nascença, exercício físico, hábitos alcoólicos e incontinência urinária de esforço.
- **Relações pessoais** é influenciada por: nacionalidade, estado civil, rendimento mensal, número de filhos, anos de perda de urina, exercício físico, hábitos alcoólicos e incontinência urinária de esforço.
- **Emoções** é influenciada por: idade, estado civil, situação profissional atual, área de residência, rendimento mensal, índice de massa corporal, número de filhos, peso da criança à nascença, exercício físico, hábitos alcoólicos e incontinência urinária de esforço.
- **Sono/energia** é influenciada por: situação profissional atual, rendimento mensal, índice de massa corporal, lesões pélvicas no trabalho de parto, peso da criança à nascença, horas sentada por dia, exercício físico, ingestão de líquidos, hábitos alcoólicos e incontinência urinária de esforço.
- **Medidas de gravidade** é influenciada por: situação profissional atual, área de residência, rendimento mensal, índice de massa corporal, lesões pélvicas no trabalho de parto, peso da criança à nascença, exercício físico, ingestão de líquidos,

hábitos tabágicos, incontinência urinária de esforço e incontinência urinária de urgência.

- **Total da qualidade de vida** é influenciada por: estado civil, situação profissional atual, rendimento mensal, índice de massa corporal, número de filhos, peso da criança à nascença, exercício físico, hábitos alcoólicos e incontinência urinária de esforço.
- O tipo de parto não interfere em nenhuma subescala da qualidade de vida.

Em que medida o estado depressivo influencia a qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária?

Com o intuito de compreender a influência do estado depressivo na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária, efetuou-se regressões múltiplas para testar o valor preditivo das variáveis independentes em relação ao estado depressivo. O método de estimação utilizado foi o stepwise (passo a passo) que produz os modelos necessários até determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente.

No que concerne ao estado depressivo e analisando a tabela 44, observa-se a existência de correlações significativas com sinal positivo em quase todas as correlações, oscilando entre ($r=0,013$) no sono/energia e ($r=0,366$) nas relações pessoais. A maioria destas associações são de magnitude baixa (percepção geral da saúde; impacto da IU; limitações nas atividades diárias; limitações físicas; limitações sociais; relações pessoais; emoções; total da qualidade de vida) e duas são de muito baixa magnitude (sono/energia e medidas de gravidade). Podemos afirmar, que à medida que aumentam os índices das subescalas o estado depressivo também aumenta.

Tabela 44 – Correlação de Pearson entre a qualidade de vida e o estado depressivo

Subescalas da QDV	r	p
Percepção geral da saúde	0,264	0,000
Impato da IU	0,329	0,000
Limitações nas atividades diárias	0,297	0,000
Limitações físicas	0,216	0,000
Limitações sociais	0,202	0,000
Relações pessoais	0,366	0,000
Emoções	0,182	0,001
Sono/energia	0,013	0,412
Medidas de gravidade	-0,025	0,335
Total de QDV	0,265	0,000

Pode-se ainda observar através do teste U de Mann-Whitney e analisando os resultados obtidos da tabela 45, que as médias foram mais elevadas em todas as subescalas nas mulheres que têm depressão, com exceção da subescala “medidas de gravidade”, onde a média foi mais elevada nas mulheres com ausência de depressão.

No cruzamento entre a depressão e a qualidade de vida constata-se que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas, à exceção da subescala “sono/energia” rejeitando-se assim, a hipótese inicialmente formulada para esta.

Tabela 45 - Teste U de Mann-Whitney entre a qualidade de vida e o estado depressivo

Subescalas da QDV	Depressão	Ausência de Depressão	Com Depressão	U	p
		OM	OM		
Percepção geral da saúde		148,60	219,29	1457,500	0,000
Impato da IU		146,48	251,18	851,500	0,000
Limitações nas atividades diárias		147,98	228,61	1280,500	0,000
Limitações físicas		149,44	206,66	1697,500	0,005
Limitações sociais		148,81	216,11	1518,000	0,001
Relações pessoais		147,24	239,66	1070,500	0,000
Emoções		149,56	204,82	1732,500	0,007
Sono/energia		151,91	169,42	2405,000	0,388
Medidas de gravidade		155,71	112,21	1942,000	0,035
Total de qualidade de vida		147,37	237,68	1108,000	0,000

Síntese:

- À medida que aumentam os índices das subescalas da qualidade de vida o estado depressivo também aumenta.
- O estado depressivo influencia a qualidade de vida em todas as suas subescalas à exceção da subescala “sono/energia”.

CAPÍTULO 3- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos resultados torna-se essencial a sua análise e interpretação, pelo que este capítulo permite aos investigadores refletir sobre o estudo efetuado, realçando os dados mais significativos e confrontá-los com o estado da arte. Neste sentido os resultados serão explicados em relação ao referencial teórico, às questões de investigação, e ao significado para a enfermagem.

3.1. Discussão Metodológica

Os procedimentos metodológicos utilizados na investigação foram ao encontro dos objetivos traçados e das características da amostra selecionada. Foi eleito como instrumento de recolha de dados o questionário. Apesar do questionário ser autoaplicado, foi necessária a presença da investigadora no preenchimento dos mesmos, de forma a esclarecer alguns itens, sem, contudo, alterar o sentido das respostas. É evidente que esta metodologia possui algumas desvantagens, nomeadamente, menos liberdade nas respostas em função da presença da investigadora, risco de distorções, pela influência do aplicador, menos prazo para responder às perguntas e insegurança das respostas por comprometimento do anonimato.

Face a isto, a investigação foi condicionada às opções metodológicas, o que nos impede de generalizar os resultados, necessitando também de confirmação de outros estudos do mesmo âmbito, mas com amostras mais alargadas.

Contudo e apesar das limitações da investigação, considera-se que os resultados obtidos permitem adquirir um conhecimento mais efetivo das determinantes da QDV em mulheres com incontinência urinária.

3.2. Discussão dos Resultados

A amostra em estudo é constituída por 305 mulheres com incontinência urinária com idades compreendidas entre os 29 e os 75 anos, sendo a idade média de 50,01 anos com

um desvio padrão de 10,37 anos. A grande maioria das mulheres são de raça branca (98,0%), de nacionalidade portuguesa (95,4%), casadas/união de facto (90,1%), domésticas (30,9%), encontram-se atualmente desempregadas (54,9%), possuem habilitações literárias situadas ao nível do 3º ciclo de escolaridade (70,2%), residem numa vila (44,7%) e a maioria classifica o seu rendimento mensal entre os 500 a 1000 euros (47,7%).

Os resultados obtidos demonstram que a incontinência urinária é um problema comum entre as mulheres de todas as idades, com referências de prevalência estimada que variam entre os 15 e 75 anos (Krause et al., 2003, cit. in Ribeiro e Raimundo, 2005). Apesar da variabilidade destes dados reconhece-se que é um problema relativamente comum e desagradável. De acordo com Silva (2008), nas mulheres portuguesas a incontinência urinária, bem como a frequência e gravidade dos episódios, está diretamente relacionada com o aumento da idade.

Alguns estudos realizados sobre as prevalências da incontinência urinária feminina revelaram valores que variam entre 10% e 30% para as mulheres entre os 15 e 64 anos (Krause et al., 2003, cit. in Silva, 2008).

Os resultados encontrados no presente estudo corroboram igualmente os apurados por Fonseca et al. (2005), segundo os quais a perda da continência urinária pode afetar até 50% das mulheres nalguma fase das suas vidas, trazendo grandes implicações para a sua qualidade de vida. A literatura indica que a evolução da sintomatologia da incontinência urinária pode originar um isolamento social, perda da função sexual e outros problemas psicossociais, permitindo que as mulheres tenham uma perceção negativa sobre o seu estado geral da saúde (Tamanini et al., 2003; Fleck et al., 2000, cit. in Mourão et al., 2008), sendo esta uma opinião também partilhada por Dellú, Zácara e Schmitt (2008), os quais confirmam que a incontinência urinária é uma doença com alta prevalência na população feminina e possui destacadas repercussões físicas, mentais e sociais, em várias faixas etárias.

A amostra estudada possui um peso compreendido entre 47 Kg e os 95 Kg, centrando-se a média nos 70,47 Kg, a altura varia entre os 146 cm e os 190 cm, com uma média de 162,27 cm e o índice de massa corporal apresenta um valor mínimo de 18,59 kg/m² e um máximo de 37,04 kg/m², centrando-se a média nos 26,76 kg/m². Desta forma mais de metade das mulheres possui excesso de peso (67,5%). De acordo com Albuquerque et al. (2008), com base no seu estudo, onde contou com um grupo de mulheres com idade entre os 20 e os 30 anos e com ciclos menstruais ovulatórios confirmados pela concentração plasmática de progesterona igual ou superior a 5 ng/mL no

21º dia do ciclo, há uma forte correlação das perdas de urina com índices de massa corporal mais elevados.

De acordo com Hunskaar et al. (1999, cit. in Silva, 2008), a obesidade é também considerada como um fator de risco para o aparecimento da incontinência urinária, visto que o excesso de peso pode conduzir a tensão crónica nos tecidos, estiramento e enfraquecimento dos músculos, nervos e estruturas do pavimento pélvico. Os níveis elevados de índice de massa corporal estão associados a incontinência urinária de esforço devido a razões mecânicas, tal como evidenciado pelo estudo de Silva (2008).

Com o aumento da idade, outra alteração que acontece é a mudança nas dimensões corporais, principalmente na estatura, no peso e na composição corporal (Kura et al., 2004). Lins e Schieri (2001, cit. in Virtuoso, 2011) afirmam que esse aumento do peso corporal é ainda maior na peri-menopausa, atingindo, aproximadamente, 60% das mulheres, provavelmente devido às alterações metabólicas inerentes a esse período, associadas ao sedentarismo, maus hábitos alimentares e, também, à predisposição genética de cada mulher. Nesse contexto, ressalta-se que a obesidade na mulher pode agravar ou contribuir para o desenvolvimento da infeção urinária. Presume-se que a associação da infeção urinária com a obesidade seja uma consequência da alta pressão intra-abdominal provocada, principalmente, pelo aumento de peso na região da cintura-quadril e, conseqüentemente, pelo aumento da pressão intravesical, alterando o mecanismo do trato urinário (Higa, Lopes & Reis, 2008).

Na amostra em estudo, a maioria das mulheres teve um parto normal (54,1%). No estudo de Albuquerque et al. (2008), a média de idade da população estudada foi de $39,9 \pm 11,1$ anos. Em relação aos aspetos obstétricos, 65,5% das mulheres analisadas engravidaram pelo menos uma vez. O número mais frequente foi de duas gestações e uma gestação, das quais a maioria foi sujeita a cesariana, o que não corrobora os dados obtidos na presente investigação, na medida em que se verificou que houve uma prevalência de mulheres que teve parto normal.

A este respeito, faz-se referência a Hu et al. (2004) e a Tubaro (2004), segundo os quais uma das principais etiologias da incontinência urinária reside num ou mais partos vaginais, com aumento do risco com a multiparidade. No entanto, os mesmos autores salientam que a presença de outros fatores intraparto, como o uso de fórceps e a extração a vácuo, não estarão associados ao problema. Uma possível explicação para o facto é que as distensões ou roturas impercetíveis dos músculos, ligamentos e nervos, responsáveis pelo controlo do esvaziamento da bexiga, acontecem durante o parto vaginal. Todavia, os casos de incontinência urinária têm propensão maior para a persistência dos sintomas no parto

com fórceps do que nos partos espontâneo e a vácuo. Isto sugere que o mecanismo de lesão ainda não está claro, mas está relacionado com a compressão do nervo podendo, gerando mudanças do seu terminal nervoso com a evolução para a neuropatia desse nervo e, subseqüentemente, denervação do esfíncter urinário (Dellú, Zácara e Schmitt, 2008).

Peeker e Peeker (2003) afirmam que a gravidez por si mesma está relacionada com o risco de gerar incontinência urinária, que aumenta quando associada ao parto vaginal e à multiparidade. Os autores identificaram também que, após o parto vaginal, a prevalência de incontinência urinária aumenta de 30 para 50%. Já em partos com cesariana eletiva, ou mesmo nas realizadas durante o parto, a suscetibilidade de desenvolvimento de incontinência urinária é reduzida significativamente. No entanto, este dado é válido apenas para mulheres com uma ou duas cesarianas, uma vez que o aumento do número de filhos é considerado um fator de risco para incontinência urinária, especialmente após quatro filhos.

Segundo os resultados obtidos por Dellú, Zácara e Schmitt (2008), as mulheres que engravidaram pelo menos uma vez tiveram 1,75 vezes mais probabilidade de desenvolver incontinência urinária comparadas com as nulíparas, sendo significativo para as duas gestações ou mais. Dois partos ou mais aumentaram o risco em 1,57 vezes, independente da via. Os mesmos autores referem que a prevalência de sintomas de incontinência urinária foi alta e estes estão associados a fatores obstétricos, mostrando-se proporcionalmente maior de acordo com o número de gestações e partos.

Verificou-se que 80,0% das mulheres referiu não ter lesões pélvicas, como lacerações, rasgaduras ou cortes durante os partos. A maioria das mulheres teve filhos com peso superior a 4 Kg (72,5%), no entanto, apenas tiveram 1 filho com peso superior a 4 Kg (61,9%). Apurou-se que 94,1% dos partos foram realizados em meio hospitalar.

Como demonstram os resultados, vários são os fatores de risco associados à incontinência urinária, estando os mesmos descritos na literatura, embora existam ainda muitas dúvidas a este respeito, sugerindo que esta é parte de um problema complexo, decorrente da sua natureza multifatorial, em virtude das transformações vasculares e do sistema nervoso central, que afetam os mecanismos de controlo da bexiga, particularmente com o avanço da idade (Albuquerque et al., 2008). Assim, os mesmos autores salientam que os fatores de risco comumente descritos e associados ao desenvolvimento de incontinência urinária são: parto vaginal quando, na passagem do feto, podem ocorrer danos na musculatura e na inervação locais; partos traumáticos com o uso de fórceps e/ou episiotomias; multiparidade e gravidez em idade avançada; obesidade; etnia; diabetes; infecções urinárias e menopausa. Dessa forma, a literatura mostra que a incontinência afeta

vários segmentos da vida da mulher, apresentando-se com alta prevalência e custo e pode ser considerada como problema de saúde pública.

O mínimo de horas que as mulheres passam sentadas por dia é de 1 hora e 12 horas no máximo, o que corresponde uma média de 4,21 horas, contudo uma grande parte das mulheres está sentada 6 ou mais horas por dia (39,1%). De acordo com a literatura, o sedentarismo, associado a um longo período de permanência na posição sentada causa diminuição na força da musculatura do períneo, constituindo-se, como tal, num fator de risco da incontinência urinária (Virtuoso, 2011).

Contudo, as evidências também sugerem que as atividades de alto impacto podem afetar o mecanismo de continência devido à alteração da quantidade de força transmitida para o assoalho pélvico e pelo aumento excessivo da pressão intra-abdominal (Caetano, Tavares & Lopes, 2007). Essas alterações comprometem os mecanismos de sustentação, suspensão e contenção do assoalho pélvico, que sofre uma sobrecarga intensa e repetida, promovendo o seu enfraquecimento (Chiarapa, Cacho & Alves, 2007). Neste sentido, alguns estudos sugerem que a prática de exercícios físicos excessivos é um fator de risco importante para o desenvolvimento da incontinência urinária na mulher (Thyssen et al., 2002, cit. in Virtuoso, 2011). No entanto, esses estudos foram realizados com mulheres jovens e nulíparas, afastando os fatores de risco também importantes na gênese da incontinência urinária, como a idade e o número de filhos.

Contrapondo-se aos autores mencionados no parágrafo anterior, num estudo realizado por Kikuchi et al. (2007), encontrou-se uma prevalência menor de incontinência urinária entre mulheres com alto índice de atividade física quando comparadas a mulheres com baixo nível de atividade física. Assim, embora os resultados deste estudo seccional não possam demonstrar a relação temporal entre a prática de atividade física regular e a presença de incontinência urinária, os achados indicaram que o exercício físico pode ter um potencial efeito benéfico na prevenção da incontinência urinária. Neste âmbito há a salientar que 50,2% da amostra estudada não pratica exercício físico.

Constatou-se que grande parte das mulheres não tem conhecimento dos exercícios de Kegel (84,3%). Este tipo de exercícios pela sua simplicidade e reduzido custo devem ser sempre recomendados como tratamento inicial das incontinências ligeiras e como medida preventiva após o parto vaginal ou cirurgias sobre a região pélvica, podendo estar associados a cones vaginais ou ao *biofeedback*, mecanismo que ajuda as doentes a identificarem os músculos do diafragma pélvico para saberem quando estão a contrair os músculos corretos e monitorizarem as suas contrações (Botelho, Silva & Cruz, 2007).

Em suma, nos diversos estudos, fatores como diferenças na definição de caso, na seleção da amostra, na sua composição etária, no número de partos, no índice de massa corporal das mulheres, bem como as variações da carga genética ou ambiental poderão estar implicados e ser a causa para a variabilidade da prevalência encontrada de incontinência urinária.

Relativamente ao número de anos de perda de urina, a amostra estudada apresenta um mínimo de 1 ano e um máximo de 30 anos de perda de urina, centrando-se a média nos 8,69 anos. A maioria das mulheres perde urina à 5 ou menos anos e à 10 ou mais anos numa percentagem de 35,1%. Relativamente ao número de infeções vaginais/dermatites que apresentam durante o último ano é de 1 a 6 episódios, centrando-se a média nos 2,18 episódios. Estes resultados corroboram o que é referido na literatura, pois, conforme Botelho, Silva e Cruz (2007), as morbilidades associadas à incontinência urinária incluem infeções vaginais/dermatites.

Constatou-se que a maioria da amostra nunca foi submetida a cirurgias para correção da incontinência urinária (98,0%); 84,6% das mulheres inquiridas usa pensos absorventes; 98,9% da amostra não associa o início da perda de urina a algum momento da sua vida. Estes dados sugerem a necessidade de fazer um rastreio dos sintomas urinários e dos fatores a eles associados, para que possam, o mais precoce possível, ser detetados pelos profissionais da saúde, que devem estar atentos à condição altamente frequente entre as mulheres, possibilitando, assim, uma adequada abordagem preventiva (Dellú, Zácara & Schmitt, 2008).

Os dados obtidos também demonstraram que a maioria das mulheres transporta pesos superiores a 3Kg, o que pode estar relacionado com a incontinência urinária de esforço, inclusive, verificou-se que, na amostra em estudo, 71,9% das mulheres inquiridas apresenta incontinência urinária de esforço, que diz respeito à perda de urina em situações de esforço, na ausência de contrações vesicais, onde há um aumento da pressão abdominal que se transmite à bexiga de forma incorreta. A pressão vesical ultrapassa a pressão uretral e esfíncteriana, ocorrendo perda de urina. Em qualquer circunstância deverá ocorrer um aumento da resistência uretral que evite a perda de urina em situações de esforço (Peyrat et al., 2002, cit. in Silva, 2008). A continência nas situações de esforço é mantida através de importantes mecanismos anatómicos e funcionais de encerramento (mucosa uretral, músculos esfíncterianos uretrais e periuretrais, correto posicionamento anatómico do mecanismo de continência) verificando-se que, na incontinência urinária de esforço, ocorre a falência dos mecanismos de encerramento, isto é da uretra, durante o aumento súbito da pressão abdominal (Haslam, 2004).

É ainda de referir que, relativamente aos hábitos tabágicos e alcoólicos, a maioria das mulheres são não fumadoras (79,3%) e não ingerem bebidas alcoólicas (73,4%). Existem diversos estudos (Hunnskaar et al, 1999, cit. in Silva, 2008) que apontam para fatores mais inespecíficos como sendo causais da incontinência urinária, onde está incluído o tabagismo, que provoca danos nas sustentações uretrais e vaginais pela tosse crónica, alterações na síntese e na qualidade de colagénio, contrações do detrusor induzidas pela nicotina do cigarro, e o consumo de bebidas alcoólicas

Outro resultado a que se chegou foi que quase todas as mulheres (98,7%) referiram que a incontinência urinária teve impacto na sua vida. Estes resultados estão em conformidade com o referido pelos vários autores expostos na revisão bibliográfica deste trabalho. Neste sentido, Dellú, Zácaro e Schmitt (2008) referem que as atividades sociais, familiares e profissionais podem ficar restritas em mulheres com incontinência urinária e diminuir a sua qualidade de vida, ao gerar isolamento social e stresse emocional, associado ou não à sensação de inferioridade e depressão, adicionando-se a tais consequências físicas e sociais à responsabilidade financeira, que é substancial e crescente.

As estatísticas relativas ao estado depressivo revelam que a maioria das mulheres inquiridas (93,8%) não tem depressão, sendo que destas se enquadram 96,6% das que possuem uma idade igual ou inferior a 45 anos. As participantes que não apresentam depressão perdem urina entre 6 e 9 anos (98,9%), enquanto as mulheres que apresentam uma depressão leve (4,7%), média (6,5%) e grave (0,9%), perdem urina há 5 ou menos anos. Verificou-se que todas as mulheres com depressão referiram (89,5% com incontinência urinária de esforço) que a patologia tem impacto significativo na sua vida. Estes resultados corroboram o referido por Fonseca et al. (2005) e por Knorst, Resende e Goldim (2010), segundo os quais há um aumento significativo na incidência de depressão em mulheres com IU, as quais se apresentam psicologicamente stressadas, distúrbios emocionais e revelam-se socialmente isoladas quando comparadas com mulheres continentas. Os autores verificaram que há uma associação significativa entre o número de mulheres incontinentes com sintomas depressivos antes e após o tratamento fisioterapêutico. Dedicação et al. (2008) também referem que a incontinência urinária exerce múltiplos efeitos sobre as atividades diárias, interações sociais e percepção própria de saúde. Os maiores problemas são relacionados ao bem-estar social e mental, incluindo problemas de isolamento social, baixa autoestima e depressão, afetando de modo significativo a QDV, com consequências psicológicas, físicas, profissionais, sexuais e sociais.

Quanto à percepção geral da saúde, constatou-se que, de um modo geral, as mulheres em estudo revelaram moderada QDV, afirmando que a incontinência urinária tem impacto na sua vida (100,0%), sobressaindo as que têm incontinência urinária de esforço. Os

dados obtidos no presente estudo estão em consonância com os alcançados por Dedicção et al. (2008), dado que, na sua amostra, a incontinência urinária causa um impacto negativo importante e substancial sobre a QDV das mulheres, ainda que as mesmas tenham percebido a sua QDV geral como moderada. No referido estudo também se evidenciaram as mulheres com incontinência urinária de esforço, corroborando também os dados obtidos por Oliveira et al. (2010). Salva-se o caráter subjetivo da avaliação da QDV, cuja subjetividade pode ocorrer em decorrência da diversidade de fatores sociais, culturais, religiosos e higiênicos que cada participante possui.

CAPÍTULO 4- CONCLUSÕES/SUGESTÕES

Este capítulo conclusivo destina-se a proporcionar um ponto de reflexão sobre o estudo das determinantes da QDV nas mulheres com incontinência urinária que participaram da pesquisa e retomar alguns aspetos da realidade revelada pelos dados considerados importantes nesta linha de investigação. Apresentam-se um conjunto de sugestões que resultam de uma perspetiva crítica à análise dos resultados e se pretende que constituam um contributo para a agenda de mudança que orienta as novas políticas de saúde em matéria da incontinência urinária.

Embora a IU não faça parte do envelhecimento fisiológico, observou-se através da literatura que há um aumento da sua prevalência entre as mulheres nas mais variadas faixas etárias. É um problema de saúde significativo na sociedade moderna, atingindo, no mundo, mais de 50 milhões de pessoas, principalmente na população feminina (Dedicação et al., 2008).

Concluiu-se que a QDV é um conceito multidimensional que incorpora aspetos sociais, físicos e mentais do indivíduo. Alguns trabalhos na literatura apontam para uma relação direta entre a IU e a QDV. Neste sentido, Thom (2005) refere que existem aspetos concretos em relação à QDV que são afetados pela incontinência urinária, nomeadamente os psicológicos, tais como: a diminuição da autoestima e do autoconceito, o sentimento de perda de controlo e de nojo pelo próprio corpo, surgindo igualmente o receio e a ansiedade de que os outros sintam o cheiro a urina. Ainda na opinião do mesmo autor e de acordo com os resultados obtidos, estes fatores resultam em estados de ânimo negativos, como é exemplo a depressão, com influência direta na QDV das mulheres.

Os resultados apurados no estudo empírico demonstraram que a amostra era constituída por 305 mulheres com incontinência urinária com idades compreendidas entre os 29 e os 75 anos. A grande maioria das mulheres são de raça branca, de nacionalidade portuguesa, casadas/união de facto, domésticas, encontram-se atualmente desempregadas, possuem habilitações literárias situadas ao nível do 3º ciclo de escolaridade, residem numa vila e a maioria classifica o seu rendimento mensal entre os 500 a 1000 euros.

Concluiu-se também que mais de metade das mulheres possui excesso de peso, revelando sedentarismo e sem hábitos de prática de exercício físico, predominando o grupo de múltiparas, que tiveram filhos com peso superior a 4 Kg, tratando-se de partos, na generalidade, realizados em meio hospital. Verificou-se que a maioria das mulheres perdem

urina há 5 ou menos anos e há 10 ou mais anos. Registaram-se casos de participantes com 1 a 6 episódios anuais de infeções vaginais/dermatites. Sobressaiu o grupo de mulheres que nunca foram submetidas a cirurgias para correção da incontinência urinária, onde se enquadram as participantes que usam pensos absorventes e não associam o início da perda de urina a algum momento da sua vida. Foi também confirmado que quase todas as mulheres não têm conhecimento dos exercícios de Kegel, bem como transportam pesos superiores a 3Kg.

Apurou-se que mais de metade das participantes ingere até 1litro de líquidos por dia; tem dejeções diariamente; não têm hábitos tabágicos e nem consomem bebidas alcoólicas e das que as ingerem a maioria fá-lo esporadicamente. Confirmou-se que o número de horas que as mulheres inquiridas, maioritariamente, dormem por dia varia entre 6 e 10horas.

Outros dados conclusivos têm a ver com o facto de a incontinência urinária ter impato na vida da maioria das mulheres inquiridas, bem como sobressaiu o grupo de participantes com incontinência urinária de esforço.

Verificou-se que as mulheres com depressão referem que a incontinência urinária tem impato significativo na sua vida, enquadrando-se aqui as que possuem incontinência urinária de esforço.

Averiguou-se que mais de metade da amostra vai à casa de banho bastantes vezes, levantando-se, inclusive, algumas vezes durante a noite para urinar, particularmente as mulheres que possuem idade igual ou inferior 45 anos. Outro dado conclusivo foi o que indica que a maioria das mulheres inquiridas sentem algumas vezes dificuldade em controlar a perda de urina quando têm muita vontade de urinar, referindo mesmo perder urina algumas vezes, nomeadamente as que se situam na faixa etária igual ou superior a 46 anos, sendo estas também que, na globalidade, têm bastantes vezes perda de urina com a realização de atividades físicas, com ausência de infeções urinárias.

Os dados empíricos demonstram igualmente que quase a totalidade das mulheres nunca molham a cama à noite e não perdem urina durante a relação sexual, especialmente as que possuem uma idade igual ou inferior a 45 anos, sendo este o grupo que referiu nunca ter problemas relacionados com a perda de urina e nunca ter tido dores na bexiga. Verificou-se que apenas algumas participantes, com idade igual ou superior a 46 anos, percecionaram a sua QDV como elevada. Por seu lado, as mulheres com QDV moderada demonstram que a incontinência urinária tem impato na sua vida, destacando-se as que têm incontinência urinária de esforço.

Quanto aos resultados relativos às subescalas da QDV, na generalidade, constatou-se que estas são influenciadas pelas seguintes variáveis: idade, nacionalidade, situação

profissional atual, área de residência, índice de massa corporal, número de filhos, lesões pélvicas no trabalho de parto, peso da criança à nascença, anos de perda de urina, exercício físico, incontinência urinária de esforço e incontinência urinária de urgência, ingestão de líquidos, hábitos tabágicos. O tipo de parto não interferiu em nenhuma subescala da qualidade de vida.

O desenvolvimento deste estudo proporcionou uma excelente oportunidade de aprendizagem e um entendimento mais profundo das determinantes da qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária trazendo sem dúvida um enriquecimento fundamental tanto para a vida pessoal como profissional da investigadora. Julga-se que este trabalho seja para a mestrandia uma abertura para novos horizontes de investigação, pois o conhecimento é uma fonte inesgotável e deve ser uma busca constante do ser humano.

Limitações do estudo

Quanto às limitações deste estudo, entende-se em primeiro lugar que o tamanho da amostra apesar de aceitável deveria ter sido maior, como proposta para estudos futuros, seria importante realizar estudos com maior amostra, sobretudo onde possam comparar a qualidade de vida das mulheres com e sem incontinência urinária.

Para além de aprofundar os nossos conhecimentos teóricos no âmbito da qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária, este estudo, possibilitou a aprendizagem e a realização de uma investigação obedecendo aos requisitos necessários para a sua validade e veracidade circunstanciais.

Embora reconhecendo algumas limitações, foram atingidos os objetivos inicialmente traçados, uma vez que se avaliou a QDV das mulheres com incontinência urinária; analisou-se em que medida as variáveis sociodemográficas, obstétricas e ginecológicas interferem a QDV das mulheres com incontinência urinária; verificou se os estilos de vida têm efeito significativo na QDV dessas mulheres; analisou-se a influência do tipo de incontinência urinária na sua QDV e ainda se determinou se o estado depressivo influencia a QDV das mulheres com incontinência urinária.

A abordagem teórica foi realizada de uma forma sistemática, sequencial e lógica, a metodologia utilizada foi a inicialmente prevista, tendo sido adequada aos objetivos propostos. De realçar que a opção pelo questionário fechado como instrumento de colheita de dados, mostrou-se um instrumento adequado para esta realidade vivenciada pelas

mulheres com incontinência urinária, utentes de um centro de saúde e de um hospital da região centro do país.

Em jeito de sugestão final, e porque a incontinência urinária provoca alterações profundas nas várias dimensões do funcionamento de uma mulher, quer pelas limitações fisiológicas impostas pela doença, quer pelo confronto psicológico face à inibição social e familiar, o que determina implicações na sua QDV, seria necessário perspetivar no futuro novas pesquisas. Objetivando, seria importante uma abordagem à problemática da mulher incontinente onde se faça referência à sua própria experiência/vivência deste fenómeno. Sendo de privilegiar a interpretação das suas experiências vividas, não só para melhor as conhecer, mas também para saber como intervir. Deste modo também seria necessário saber se os profissionais de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros, estarão a agir de forma a prevenir a incontinência, e se terão a preparação e os conhecimentos necessários para ajudar essas mulheres. A conjugação da metodologia qualitativa com a quantitativa também poderá contribuir com resultados mais esclarecedores.

Considera-se fundamental que o enfermeiro especialista de saúde materna e obstetrícia esteja atento a esta problemática e consiga reunir esforços para que as mulheres procurem auxílio médico o mais cedo possível, para que se possa efetivamente prevenir e intervir atempadamente. Refere-se ainda que o enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia deve ser um agente de mudança pois a condição constrangedora de perda involuntária de urina, tem consequências avassaladoras na QDV das mulheres como podemos verificar.

É com satisfação que se chega ao final deste trabalho, sentindo que valeu a pena todo o esforço, empenho e dedicação imprimido na sua elaboração, ainda que seja pequeno o contributo dado se considerarmos o muito que há para descobrir.

BIBLIOGRAFIA

Albuquerque, M.T., Micusl, B.C., Soares, E.M.M.S., Lemos, T.M.A.M., Brito, T.N.S., Silva, J.B. & Maranhão, T.M.O. (2008). Correlação entre as queixas de incontinência urinária de esforço e o pad test de uma hora em mulheres na pós-menopausa. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 33(2):70-74.

Associação Portuguesa de Urologia. (2010). – *Semana da incontinência Urinária*. Acedido a 16 de Dezembro de 2011 em <http://www.apurologia.pt/>

Auge, A.P. (2006). Comparações entre os índices de qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária submetidas ou não ao tratamento cirúrgico. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. São Paulo. Acedido a 10 de Dezembro de 2011 em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n6/31889.pdf>

Borges, J. et al. (2009). *Avaliação da qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária pelo uso do Kings Health questionnaire* Vol. 7. p. 308-313. Acedido a 10 de Dezembro de 2011 em: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1356-Einstein%20v7n3p308-13_port.pdf

Botelho, F., Silva, C. & Cruz, F. (2007). Incontinência Urinária Feminina. *Acta Urológica*, 2: 79-82.

Caetano, A.S., Tavares, M.C.G.C.F. & Lopes, M.H.B.M. (2007). *Proposta de atividade física para mulheres com incontinência urinária de esforço. Lecturas de Educação Física e Desportes*. Acedido a 1 de Dezembro de 2011 em: <http://www.fdesportes.com/efd76/mulheres htm>.

Carnevalli, D.L. & Patrick, M. (2006). *Tratado de Enfermaria Geriátrica*. Madrid: McGraw – Hill, Interamericana.

Chiarapa, T.R.; Cacho, D.P. & Alves, A.F.D. (2007). Avaliação Cinético Funcional. *Incontinência urinária feminina: assistência fisioterapêutica e multidisciplinar* (pp. 71-122). São Paulo: Livraria Médica Paulista.

Dedicação, A.C., Haddad, M., Saldanha, M.E.S., Driusso, P. (2008). Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, s.n.: 1-7.

Dellú, M.C., Zácaro, P.M.D. & Schmitt, A.C.B. (2008). Prevalência de sintomas urinários e fatores obstétricos associados em mulheres adultas. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, ISSN 1413-3555: 1-8.

Diniz, D.P. & Schor, N. (2006). *Qualidade de vida*. Brasil: Editora Manole Lda., 2006.

Duarte, J.C. (2008). Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psico-afectivo na adolescência. *Dissertação de doutoramento em saúde mental*. Universidade do Porto. Acedido a 21 de Janeiro de 2012 em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/19371>

Ebert, M.H., Loosen, P.T. & Nurcombe, B. (2002). *Psiquiatria: diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artmed.

Ferreira, A. P., Lavrador, M., Filipe, V. L. (2008). *Qualidade de Vida da Mulher com Incontinência Urinária*. Coimbra: Trabalho de Investigação elaborado para a obtenção do grau de Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica.

Fleck, M. (2008). *A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed. ISBN: 978-85-363-0947-7.

Fonseca, E.S.M., Camargo, A.L.M., Castro, R.A., Sartori, M.G.F., Fonseca, M.C.M., Lima, G.R. et al. (2005). Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27(5): 235-42.

Fortin, M.F. (2009). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Hagglund, D., Walker-Engstrom, M., Larson, G. & Leppert, J. (2007). Quality of life and seeking help in women with urinary incontinence: A population based study. *Acta Obstetrica and Gynecologica Scandinavica*, 80: 1051-1055.

Haslam J. (2004). Vaginal cones in stress incontinence treatment. *Nurs Times*, 104(5): 44-5.

Higa, R., Lopes, M.H.B.M. & Reis, M.J. (2008). Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enferm USP*, 42(1): 187-192.

Hu, T.W., Wagner, T.H., Bentkover, J.D., Leblanc, K., Zhou, S.Z. & Hunt, T.L. (2004). Costs of urinary incontinence and overactive bladder in the United States: a comparative study. *Urology*, 63(3): 461-465.

Hunskar, S., Burgio, K., Clark, A., Lapitan, C. & Nelson R. (2005). Epidemiology of urinary and fecal incontinence and pelvic organ prolapsed. Em Cardozo, L. & Abrams, P. *Incontinence*. Plymouth, UK: Plymbridge Distributors, Chapter 5.

Instituto Politécnico de Viseu. (2009). *Guia orientador de trabalhos escritos*. Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu

KELLEHER, C.J. et al. (1997). A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Vol.104, p.1374-1379
Acedido a 10 de Dezembro de 2011 em:
<http://www3.interscience.wiley.com/journal/119178914/abstract>

Kikuchi, A., Niu, K., Ikeda, Y., Hozawa, A., Nakagawa, H. & Guo, H. (2007). Association between physical activity and urinary incontinence in a community-based elderly population aged 70 years and over. *Eur Urol*, 52(3): 868-874.

Knorst, M.R., Resende, T.L. & Goldim, J.R. (2010). CLINICAL profile, quality of life and depressive symptoms of women with urinary incontinence attending a university hospital. *Rev. bras. fisioter.* vol.15, 2: 12-23.

Krause, C., Wells, T., Hughes, S., Brink, C. & Mayer, R. (2008). Incontinence in women: effect of expectancy to regain control and severity of symptoms on treatment outcomes. *Urologic Nursing*, 23 (1): 54-61.

Ku, J.H., Shin, J.W., Oh, S.J., Kim, S.W. & Paick, J.S. (2004). Clinical and aerodynamic features according to subjective symptom severity in female urinary incontinence. *Neurourological Urodyn*, 25(3): 215-220.

Kura, G.G. et al. (2004). Nível de atividade física, IMC e índices de força muscular estática entre idosas praticantes de hidroginástica e ginástica. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 1(2): 30-34.

Lafer, B. et al. (2000). *Depressão no ciclo de vida*. Porto Alegre: Artmed.

Lopes, M. H. B. M. & Higa, R. (2006). Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Revista Escola de Enfermagem USP*. Vol. 40 (1): 34-41.

Minassian, V.A., Stewart, W.F. & Wood, G.C. (2008). Urinary incontinence in women: variation in prevalence estimates and risk factors. *Obstet Gynecol*. 111(2): 324-331.

Mishra, G.D., Hardy, R., Cardozo, L. & Kuh, D. (2007). Body weight through adult life and risk of urinary incontinence in middle-aged women: results from a British prospective cohort. *Int J Obes*, 32(9): 1415-1422.

Mourão, F.A.G., Lopes, L.N., Vasconcellos, N.P.C. & Almeida, M.B.A. (2008). Prevalência de queixas urinárias e o impacto destas na qualidade de vida de mulheres integrantes de grupos de atividade física. *Ata de Fisioterapia*, 15(3): 170-175.

Nygaard, I.E. & Heit, M. (2004). Stress urinary incontinence. *Obstet Gynecol*, 104(3): 607-620.

Oliveira, S. L. (2000). *Tratado de metodologia científica*. 2ª ed. São Paulo: Editora Pioneira. 320 p. ISBN: 85-221-0070-5

Oliveira, E., Lozinsky, A.C., Palos, C.C., Ribeiro, D.D.M. et al. (2010). Influência do índice de massa corporal na incontinência urinária feminina. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010; 32(9): 454-458.

Peeker, I. & Peeker, R. (2003). Early diagnosis and treatment of genuine stress urinary incontinence in women after pregnancy: midwives as detectives. *J Midwifery Womens Health*, 48(1): 60-66.

Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 5ª Ed. rev. e corrigida. Lisboa: Edições Sílabo.

Phipps, W.J., Sands, J.K. & Marek, J.F. (2010). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: conceitos e prática clínica*. Vol III. Loures: Lusociência.

Ribeiro, J.P. & Raimundo, A. (2005). Satisfação sexual e percepção de saúde em mulheres com incontinência urinária. *Análise Psicológica*, 3 (XXIII): 305-314.

Richter, H.E., Burgio, K.L., Brubaker, L., Moalli, P.A., Markland, A.D. & Mallet, V. et al. (2005). Factors associated with incontinence frequency in a surgical cohort of stress incontinent women. *Am J Obstet Gynecol*, 193(6): 2088-2093.

Rodrigues, R.A.P. & Mendes, M.M.R. (2008). Incontinência urinária em idosos: proposta para a conduta da enfermeira. *Revista Latino-Americana. Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 2, 2: 5-20.

Silva, A.P.M. & Santos, V.L.C.G. (2005). Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. *Revista de Enfermagem, USP*, 39(1): 36-45.

Silva, M.J.E. (2008). *Satisfação sexual e autoconceito na mulher com incontinência urinária*. Tese de mestrado não publicada, Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Lisboa.

Tamanini, J.T.N., D'Yancona, C.A.L.; Botega, N.J. & Rodrigues, N.J.N. (2003). Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. *Ver Saúde Pública*, 37(2):203-211.

Teixeira, M. (1998). A Depressão e a mulher na sociedade moderna. *Psiquiatria em Revista*. Vol. 11, 3: 12-15.

Thom, D.H. (2005). Grady D. Hysterectomy and urinary incontinence: a systematic review. *Lancet*, 356(9229): 535-539.

Trivette, C. M., Dunst, C.J., Hamby, D. W. & Lapointe, N.J. (2009). Key elements of empowerment and their implications for early intervention. *Infant-Toddler Intervention. The Transdisciplinary Journal*, 6 (1): 59-73.

Tubaro, A. (2004). Defining overactive bladder: epidemiology and burden of disease. *Urology*, 64(6 Suppl): 2-6.

Van Der Vaart, C., De Leeuw, J., Roovers, J. & Heintz, A. (2002). The effect of urinary incontinence and overreactive bladder symptoms on quality of life in young women. *British Journal of Urology International*, 90, 544-549.

Vaz Serra, A. (1996). A Depressão. *PATHOS*. Lisboa. Ano XII, 5: 17-20.

Virtuoso, J.F. (2011). *Fatores de risco para incontinência urinária em mulheres idosas segundo a prática de atividade física*. Tese de mestrado não publicada, Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC. Centro de Ciências da Saúde e do Esporte – CEFID, Florianópolis.

Wallander, J.L. & Schmitt, M. (2006), Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments and applications. *Journal of clinical psychology*. 57 (4): 571-585.

ANEXOS

ANEXO 1

Instrumento de colheita de dados

Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E INOVAÇÃO BIOMÉDICA

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Área Científica: Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecológica

Investigador Principal: Professora Doutora Emília Coutinho

Investigadores colaboradores: Susana Fernandes e Raquel Freire

Ano/Curso: 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia.

Estudo: Qualidade de Vida das Mulheres com Incontinência Urinária

Mestrandas do I Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia, na Escola Superior de Saúde de Viseu, sob orientação da Professora Doutora Emília Coutinho, no âmbito da disciplina Curricular de Relatório Final, estando a desenvolver um estudo sobre a Qualidade de vida das Mulheres com Incontinência Urinária.

Como tal, solicitamos a sua colaboração na obtenção de dados, bastando para isso responder a todas as questões que lhe são colocadas. As respostas são rigorosas, confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico.

Solicitamos a sua participação rigorosa e honesta no preenchimento das questões.

Gratos pela sua colaboração.

Viseu 2011

I - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

1. Idade: _____ anos
2. Raça: Branca Negra Amarelo Indeterminado
3. Nacionalidade : _____
4. Estado Civil: Solteira Casada União de facto Divorciada Separada Viúva
5. Profissão: _____
6. Qual a sua situação profissional actual? Empregado Desempregado
7. Quais são as suas habilitações literárias? Inferior ou igual a 4º ano Entre 5 e 6 anos Entre 7 e 9 anos Entre 10 a 12 anos Curso técnico-profissional Bacharelato Licenciatura Mestrado Doutoramento Outra _____
8. Área de Residência: Aldeia Vila Cidade
9. Qual é o Rendimento mensal do seu agregado familiar? < ou = 500 501-999 1000-1499 1500-1999 > ou = 2000 euros

II – CARACTERIZAÇÃO OBSTÉTRICA

1. Peso: _____ Kg
2. Altura: _____ cm
3. Número de vezes que esteve grávida: _____
4. Número de filhos: _____
5. Tipo de Partos: Normais Ventosa Fórceps Cesariana
6. Quantas horas esteve em trabalho de parto: 1º filho ___ horas; 2º filho ___ horas; 3º filho ___ horas
7. Teve alguma laceração, rasgadura, corte durante os seus partos? Não Sim
8. Teve filhos com o peso superior a 4Kg? Não Sim , Se sim, quantos filhos com peso > ou = 4Kg? _____
9. Local do parto? No Hospital Em casa Em casa e no Hospital Outro local _____
10. Quantas horas costuma estar sentado por dia? _____

III – CARACTERIZAÇÃO GINECOLÓGICA

1. Há quantos anos perde urina? _____ anos _____ meses
2. Tem infecções vaginais / dermatites vaginais frequentes? Não Sim Se sim, quantos episódios no último ano? _____

3. Já fez cirurgias para a correcção da incontinência urinária? Não Sim Se sim, há quanto tempo? _____ anos _____ meses

4. Usa pensos absorventes? Não Sim Se sim, quantos nas 24 horas? _____

5. Associa o início de perda de urina a algum momento da sua vida? Não Sim

6. Conhece os exercícios de Kegel, para fortalecer os músculos da vagina? Não Sim
Se sim, com que frequência pratica? Nunca Varias vezes por dia Uma vez por dia
Duas a três vezes por semana Uma vez por semana De 15 em 15 dias Uma vez por mês

7. Costuma transportar pesos superiores a 3Kg? Nunca Varias vezes por dia Uma vez por dia
Duas a três vezes por semana Uma vez por semana De 15 em 15 dias Uma vez por mês

IV – ESTILOS DE VIDA

1. Pratica exercício físico? Nunca Varias vezes por dia Uma vez por dia Duas a três vezes por semana
Uma vez por semana De 15 em 15 dias Uma vez por mês

2. Qual a quantidade de água / líquidos que bebe por dia? Nenhuma Até 0.5L Até 1L Até 1.5L
Até 2L Mais de 2L

3. Qual a frequência das suas dejectões? Diariamente De 2 em 2 dias Semanalmente

4. Fuma? Não Sim Se sim, quantos cigarros por dia? _____ cigarros

5. Inger bebidas alcoólicas? Não Sim Se sim: Todos os dias Algumas vezes
Frequentemente Sempre

6. Número de horas que dorme por dia? _____ horas

V – QUESTIONÁRIO DE IMPACTO DE INCONTINENCIA – ICIQ-SF Short Form

1. Com que frequência perde urina? Nunca Uma vez por semana Duas a três vezes por semana
Uma vez ao dia Diversas vezes ao dia Constantemente

2. Que quantidade de urina pensa que perde? Nenhuma Pequena quantidade
Moderada quantidade Grande quantidade

3. Em geral, a quantidade de urina interfere com a sua vida? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere).

Não interfere muito 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfere

4. Em que situações perde urina? Nunca Perco antes de chegar á casa de banho Perco quando tusso ou espirro
Perco quando estou a dormir Perco quando estou a fazer actividade física
Perco quando terminei de urinar e estou-me a vestir Perco sem razão obvia
Perco constantemente

VI – QUESTIONÁRIO DE VALORIZAÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Responda às seguintes questões, colocando apenas uma cruz.

	NÃO	SIM
Tem a sensação de peso na zona genital?		
Ao subir escadas perde urina?		
Quando ri perde urina?		
Se espirra escapa-se-lhe a urina?		
Ao tossir perde urina?		
Encontra-se na rua e tem vontade de urinar, entra num café, se a casa de banho está ocupada, perde urina?		
Quando abre a porta da casa de casa, tem de ir a correr à casa de banho e alguma vez se lhe escapa a urina?		
Se tem vontade de urinar, tem sensação de que é urgente e tem de ir a correr à casa de banho?		
Quando sai do elevador, tem que ir depressa à casa de banho porque se lhe escapa a urina?		

VII – QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Nas perguntas 1 e 2, escolha a opção (X no quadrado) que melhor descreve a sua saúde/vida

- Muito Boa Boa Normal Má Muito Má
1. Actualmente, como avalia a sua saúde? ₁ ₂ ₃ ₄ ₅
- Nada Um Pouco Mais ou Menos Muito
2. Em que medida a perda de urina dificulta a sua vida? ₁ ₂ ₃ ₄

Em seguida, encontram-se algumas actividades que podem ser afectadas pela perda de urina. Deverá responder a todas as questões. Em cada linha, coloque um X no quadrado que melhor descreve em que medida a perda de urina a afecta.

3. Limitação no desempenho de tarefas? Nada Um Pouco Moderado Bastante
- a) Com que intensidade a perda de urina dificulta as tarefas de casa (ex.: cozinhar, lavar, limpar, etc.) ₁ ₂ ₃ ₄
- b) Com que intensidade a perda de urina dificulta o seu trabalho ou as suas actividades de vida normais fora de casa como: fazer compras, levar o filho à escola, etc.? ₁ ₂ ₃ ₄
4. Limitação física/social?
- a) A perda de urina dificulta a realização das suas actividades físicas como: fazer caminhadas, correr, praticar desporto, etc.? ₁ ₂ ₃ ₄
- b) A perda de urina atrapalha-a quando quer fazer uma viagem? ₁ ₂ ₃ ₄
- c) A perda de urina atrapalha-a quando vai à igreja, reuniões, festas? ₁ ₂ ₃ ₄
- d) Deixa de visitar os seus amigos por causa das perdas de urina ₁ ₂ ₃ ₄

5. Relações pessoais	Não se aplica	Nada	Um pouco	Moderado	Bastante
a) A perda de urina afecta a sua relação com o seu companheiro?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) A perda de urina afecta a sua vida sexual?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) A perda de urina afecta a sua vida familiar?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

6. Emoções	Nunca	Às vezes	Várias vezes	Sempre
a) A sua perda de urina fá-la sentir deprimida?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) A sua perda de urina fá-la sentir ansiosa ou nervosa?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) A sua perda de urina fá-la sentir mal consigo própria familiar?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

7. Sono/Energia				
a) A sua perda de urina afecta o seu sono?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) A sua perda de urina fá-la sentir desgastada ou cansada?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

8. Alguma destas situações abaixo descritas acontecem consigo?				
a) Usa algum tipo de protector higiénico como: fralda, pensos higiénicos ou panos para se manter seca?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) Controla a quantidade de líquidos que bebe?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) Precisa de trocar a sua roupa íntima (cuecas), quando fica molhada?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d) Preocupa-se quando está a cheirar a urina?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Gostaria de saber quais são os seus problemas relacionados com a perda de urina e em que medida é que estes a afectam.

Da lista abaixo, escolha apenas os problemas que tem no momento.

9. Em que medida alguma destas situações abaixo descritas acontecem consigo? Sem sim, quantifique.	Nada	Moderado	Bastante
a) Frequência: Vai muitas vezes à casa de banho?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b) Noctúria: Levanta-se de noite para urinar?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c) Urgência: Tem muita vontade de urinar e é muito difícil de controlar?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d) Bexiga Hiperactiva: Perde urina quando tem muita vontade de urinar?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
e) Incontinência Urinária de Esforço: Perde urina com actividades físicas como: tossir, espirrar, correr?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
f) Enurese Nocturna: Molha a cama à noite?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
g) Incontinência durante o acto sexual: Perde urina durante a relação sexual?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
h) Infecções frequentes: Tem muitas infecções urinárias?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
i) Dor na bexiga: Tem dor na bexiga?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
j) Outros: Tem mais algum problema relacionado com perda de urina?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Sem Sim, quais?

VIII - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Não me sinto triste. Ando triste. Sinto-me triste constantemente e não consigo evitá-lo. Estou tão triste ou infeliz que esse estado torna-se penoso para mim. Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado.	
Não estou demasiada pessimista nem me sinto desencorajada em relação ao futuro. Sinto-me com medo do futuro. Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro. Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas. Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar.	
Não tenho a sensação de ter fracassado. Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas. Sinto que realizei pouca coisa que tivesse valor ou significado. Quando analiso a minha vida passada, tudo o que noto são uma quantidade de fracassos. Sinto-me completamente falhado como pessoa (pai/mãe, marido/mulher).	
Não me sinto descontente com nada em especial. Sinto-me aborrecida a maior parte do tempo. Não tenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente. Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for. Sinto-me descontente com tudo.	
Não me sinto culpada de nada em particular. Sinto, grande parte do tempo, que sou má ou que não tenho qualquer valor. Sinto-me bastante culpada. Agora, sinto permanentemente que sou má e não valho absolutamente nada. Considero que sou má e não valho absolutamente nada.	
Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo. Tenho o pressentimento que me pode acontecer alguma coisa de mal. Sinto que estou a ser castigada ou que em breve serei castigada. Sinto que mereço ser castigada. Quero ser castigada.	
Não me sinto descontente comigo. Estou desiludida comigo. Não gosto de mim. Estou bastante desgostosa comigo. Odeio-me.	
Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa. Crítico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros. Culpo-me das minhas próprias faltas. Acuso-me por todo o mal que me acontece.	
Não tenho qualquer ideia de fazer mal a mim mesmo. Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar. Sinto que seria melhor morrer. Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse. Tenho planos concretos sob a forma como hei-de pôr termo à vida. Matar-me-ia se tivesse oportunidade.	
Actualmente não choro mais do que o costume. Choro mais do que o costume. Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo. Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo quando tenho vontade.	
Não fico agora mais irritada do que ficava. Fico aborrecida ou irritada mais facilmente do que ficava. Sinto-me permanentemente irritada. Já não consigo ficar irritada por coisas que me irritavam anteriormente.	

Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas. Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter. Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas. Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada a seu respeito.	
Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente. Actualmente sinto-me menos segura de mim e procuro evitar tomar decisões. Não sou capaz de tomar decisões sem a ajuda de outras pessoas. Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão.	
Não acho que tenho pior aspecto do que costumava. Estou aborrecida porque estou a parecer velha e pouco atraente. Sinto que se deram modificações na minha aparência que me tornaram pouco atraente. Sinto que sou feia ou que tenho um aspecto repulsivo.	
Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente. Agora preciso de um esforço maior do que antes para começar a trabalhar. Não consigo trabalhar tão bem como de costume. Tenho de despende um grande esforço para fazer seja o que for. Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja.	
Consigo dormir tão bem como dantes. Acordo mais cansada de manhã do que era habitual. Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que é costume e custa-me voltar a adormecer. Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que cinco horas.	
Não me sinto mais cansada do que o habitual. Fico cansada com mais facilidade do que antigamente. Fico cansada quando faço seja o que for. Sinto-me tão cansada que sou incapaz de fazer seja o que for.	
O meu apetite é o mesmo de sempre. O meu apetite não é tão bom como costumava ser. Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente. Perdi por completo todo o apetite que tinha.	
Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum, ultimamente. Perdi mais de 2,5 quilos de peso. Perdi mais de 5 quilos de peso. Perdi mais de 7,5 quilos de peso.	
A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual. Sinto-me preocupada com dores e sofrimento, com má disposição de estômago ou prisão de ventre ou ainda com outras sensações físicas desagradável. Estou tão preocupada com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se me torna difícil pensar noutra coisa Encontro-me totalmente preocupada pela maneira como me sinto.	
Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual. Encontro-me menos interessada pela vida sexual do que costumava estar. Actualmente sinto-me muito menos interessada pela vida sexual. Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual.	

ANEXO 2

Pedidos e autorizações de colheita de dados



Processo n.º 75/2012

AUTORIZAÇÃO N.º 750 /2012

I. Do Pedido

Emília de Carvalho Coutinho notificou à CNPD um tratamento de dados pessoais com a finalidade de elaborar um estudo observacional nacional para avaliar a qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária.

Serão incluídas no estudo mulheres com a patologia e com idades compreendidas entre os 25 e os 75 anos, que recorram à consultas de Ginecologia Urológica no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Centro Hospitalar de Tondela Viseu e Centro de Saúde de Vila Nova de Paiva.

A participação no estudo consiste no preenchimento de vários questionários.

As enfermeiras dos centros participantes, investigadoras no projecto, solicitarão consentimento informado, cuja declaração será conservada pela investigadora principal no estudo.

Os dados serão recolhidos num caderno de recolha de dados em formato papel.

No "caderno de recolha de dados" não há identificação nominal do titular, sendo aposto um código de doente. A chave desta codificação só pode ser conhecida da equipa de investigadores.

Os destinatários serão ainda informados sobre a natureza facultativa da sua participação e garantida confidencialidade no tratamento.

II. Da Análise

A CNPD já se pronunciou na sua Deliberação n.º 227 /2007 sobre o enquadramento legal, os fundamentos de legitimidade, os princípios orientadores para o correcto cumprimento da Lei de Protecção de Dados, bem como as condições gerais aplicáveis ao tratamento de dados pessoais para esta finalidade.

Rua de São Bento, 148-3º • 1200-821 LISBOA
Tel: 213 928 400 Fax: 213 976 832
geral@cnpd.pt www.cnpd.pt

21 393 00 39
LINHA PRIVACIDADE |
Dias úteis das 10 às 13 h
duvidas@cnpd.pt



No caso em apreço, a notificação enquadra-se no âmbito tipificado por aquela Deliberação.

A informação tratada é recolhida de forma lícita (art.º 5º, n.º1 al. a) da Lei 67/98), para finalidades determinadas, explícitas e legítimas (cf. al. b) do mesmo artigo) e não é excessiva.

No que respeita à recolha do dado raça, a responsável pelo tratamento justifica a sua necessidade do seguinte modo: "Da revisão da literatura verificamos que alguns estudos indicam que o grau de angústia experimentado por cada mulher com incontinência urinária, assim como a amplitude das dificuldades estão relacionados com a idade, raça/etnia e religião (Dematté e cols. 2000, *Higa, Lopes, Turato, 2008*). Num outro estudo com 54 mulheres negras e 146 caucasianas observou-se uma diferença significativa entre a prevalência de incontinência urinária de esforço e a raça/etnia. A probabilidade de ocorrência do sintoma de perda de urina de esforço foi 2,3 vezes maior nas mulheres brancas que nas negras (Scarpa, 2004). Estes dados justificam que nesta investigação se proceda à recolha desse dado de caracterização sócio demográfico no sentido de verificar ou não essa relação, de modo a que no futuro se possam adequar práticas ajustadas às características e necessidades específicas de cada mulher.

Higa, Rosângela; Lopes, Maria Helena Baena de Mores; Turato, Egberto Ribeiro significados psicoculturais da incontinência urinária feminina: uma revisão Rev Latino-am Enfermagem 2008 julho-agosto; 16(4), www.eerp.usp.br/rlae

Scarpa, Kátia Pary- Prevalência de sintomas do trato urinário inferior no terceiro trimestre da gestação. Unicamp, 2004

Dematté, D.C.; César, D.T.; Menegasso, D.M.; Santos, E.F.V.S.; Ernesto, E.F.B.; May, F.P.; Scorsatto, S.A. A fisioterapia na incontinência urinária de esforço. Fisioterapia em Movimento. 7 (2): 129-138, 1999-2000."

O fundamento de legitimidade é o consentimento expresso dos titular dos dados.

III. Da Conclusão

Assim, nos termos das disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, n.º1 do artigo 27º, al. a) do n.º 1 do artigo 28º e art. 30º da Lei de Protecção de Dados, com as condições e limites fixados na referida Deliberação n.º 227/2007, que se dão aqui por reproduzidos e que fundamentam esta decisão, e ainda com a condição aqui fixada, autoriza-se o tratamento de dados supra referido, para a elaboração do presente estudo.

Termos do tratamento:

Responsável pelo tratamento: Emília de Carvalho Coutinho

Rua de São Bento, 148-3º • 1200-821 LISBOA
Tel: 213 928 400 Fax: 213 976 832
geral@cnpd.pt www.cnpd.pt

21 393 00 39
LINHA PRIVACIDADE 2
Dias úteis das 10 às 13 h
duvidas@cnpd.pt



Finalidade: Estudo observacional nacional para avaliar a qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária.

Categoria de Dados pessoais tratados: código do participante, dados demográficos (idade, sexo, nacionalidade, raça e estado civil), profissão, habilitações literárias, área de residência, rendimento mensal do agregado familiar (por escalões), dados antropométricos (peso e altura), dados sobre a gravidez e sobre o parto, n.º de filhos, caracterização ginecológica, estilos de vida (hábitos tabágicos, consumo de álcool e prática de exercício físico), impacto da incontinência, valorização da incontinência urinária, qualidade de vida, inventário de depressão de Beck, vulnerabilidade ao stress, escala da sexualidade e avaliação da satisfação em áreas da vida conjugal.

Entidades a quem podem ser comunicados: Não há.

Formas de exercício do direito de acesso e rectificação: Junto da responsável pelo tratamento.

Interconexões de tratamentos: Não há.

Transferências de dados para países terceiros: Não há

Prazo de conservação: A chave de codificação dos dados do titular deve ser destruída um mês após o fim do estudo.

Dos termos e condições fixados na Deliberação n.º 227/ 2007 e na presente Autorização decorrem obrigações que o responsável deve cumprir. Deve, igualmente, dar conhecimento dessas condições a todos os intervenientes no circuito de informação.

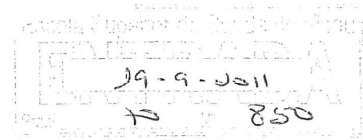
Lisboa, 30 de Janeiro de 2012

Ana Roque, Luís Paiva de Andrade, Vasco Almeida, Helena Delgado António, Carlos Campos Lobo (Relator), Luís Barroso

Luís Lingnau da Silveira (Presidente)

Rua de São Bento, 148-3º • 1200-821 LISBOA
Tel: 213 928 400 Fax: 213 976 832
geral@cnpd.pt www.cnpd.pt

21 393 00 39
LINHA PRIVACIDADE 3
Dias úteis das 10 às 13 h
duvidas@cnpd.pt



H. Cunha

Exmo Senhor
 Prof. Doutor Carlos Pereira
 Presidente da Escola Superior de
 Saúde de Viseu
 Rua D. João Crisóstomo Gomes de
 Almeida, nº 102
 3500-843 VISEU

2564 15-SEP '11

Vossa Ref:
 Ofício nº835

Sua Comunicação
 23/08/2011 Proc. 70

Nossa Ref:

ASSUNTO: Pedido de aplicação de entrevista

Reportando-me ao pedido formulado por V. Ex^a no ofício acima citado, informo que o mesmo mereceu despacho de autorização proferido em 12 de Setembro de 2011.

Com os meus melhores cumprimentos,

Cópia ao Dr. Ourelo

19.9.2011

A Directora Executiva;

[Handwritten signature]
 (Dra. Mercedes Margarida Figueiredo)

*Susana Fernandes
 Raquel Freire*



Ministério da Saúde

CENTRO HOSPITALAR TONDELA- VISEU, EPE

20.01.2012
01.06.05 221

Entregues cópia ao S+D
em 20/1/2012
João
Ex. Senhor:
Presidente da Escola Superior de Saúde
Prof. Doutor Carlos Pereira
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº 102
3500-843 Viseu

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
Ofício nº 13 Processo: 70			17/01/2012

Assunto: **Pedido de autorização para efectuar Colheita de Dados**

Com referência ao assunto mencionado em epígrafe, e após audição dos responsáveis dos serviços, somos a informar V^a Ex.^a que se autoriza a realização da referida colheita de dados para o estudo subordinado ao tema “Qualidade de Vida das Mulheres com Incontinência Urinária”. No entanto a Escola e as mestrandas deveram responsabilizar-se pela aplicação do questionário, solicitar colaboração às utentes e informá-las do direito à recusa se assim o entenderem.

Com os melhores cumprimentos, *fesscais*A Enf.^a Directora

(Cassilda Neves)

Professor Doutor Adriano Vaz Serra
Rua Pinheiro Chagas, nº 56
3000-333 Coimbra

Assunto: Pedido de autorização para a aplicação do Inventário da Depressão de Beck, Escala 23 QVS e Inventário Clínico de Auto conceito.

Susana Filipa Pinto Fernandes e Raquel Carvalho Rodrigues Freire, alunas do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, a realizar um trabalho de investigação intitulado: "A Qualidade de Vida das Mulheres com Incontinência Urinária", vimos por este meio solicitar a vossa autorização para a aplicação do Inventário da Depressão de Beck, Escala 23 QVS e Inventário de Auto Conceito.

Agradecidas, pela atenção que possa dispensar ao assunto.

Com os melhores cumprimentos.

Com a melhor atenção e respeito

Coimbra, 17 de Abril de 2012

Susana Fernandes e Raquel Freire



