

Raquel Carvalho Rodrigues Freire

**Perceção do Bem-Estar Sexual e Qualidade de Vida da Mulher
com Incontinência Urinária**

Tese de Mestrado

Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

Trabalho efetuado sob a orientação da

Professora Emília Coutinho e do Professor Doutor João Duarte



AGRADECIMENTOS

Acabada esta etapa particularmente importante da minha vida, não poderia deixar de expressar o imenso agradecimento a todos aqueles que contribuíram e me acompanharam na realização deste trabalho.

À Professora Emília Coutinho, minha orientadora, o meu maior agradecimento por toda a disponibilidade, orientação prestada e conhecimento transmitido, pelo apoio incondicional e compreensão que sempre demonstrou.

Ao Professor Doutor João Duarte, pela disponibilidade, ajuda na elaboração da metodologia e tratamento estatístico, na orientação e leitura minuciosa da investigação.

A todas as utentes de um Centro de Saúde e de um Hospital do centro do país que participaram neste estudo, tornando possível a sua realização.

Aos meus amigos e colegas, pela amizade e incentivo.

Aos meus pais, ao meu marido e ao meu filho, pelo incansável apoio familiar que preencheu as variadas ausências que fui tendo por força das conjunturas, e pela paciência e compreensão mostradas.

Percepção do Bem Estar Sexual e Qualidade de Vida da Mulher com Incontinência Urinária

RESUMO

Enquadramento: A incontinência urinária (UI) é um problema comum entre as mulheres de todas as idades, constitui um problema clínico *major*, e representa uma causa significativa de insatisfação sexual e deterioração da qualidade de vida (QDV).

Objetivos: Avaliar a qualidade de vida das mulheres com IU; analisar em que medida as variáveis sociodemográficas, obstétricas e ginecológicas e os estilos de vida interferem com a QDV das mulheres com IU; analisar a influência do impacto e da valorização da IU na QDV das mulheres; determinar se a satisfação sexual influencia a QDV das mulheres com IU.

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, caracterização obstétrica e ginecológica, estilos de vida) e escalas [Escala do Impacto da Incontinência (ICIQ-SF Short Form), Valorização da Incontinência Urinária, Questionário de King's Health Questionnaire (KHQ), Escala da Sexualidade]. O tipo de amostragem utilizado foi o não probabilístico por conveniência, constituído por 305 mulheres, utentes de um Centro de Saúde e de um Hospital da região centro do País, na faixa etária dos 29 aos 75 anos.

Resultados: Na generalidade, as variáveis sociodemográficas, obstétricas e ginecológicas e os estilos de vida interferem na QDV das mulheres com IU; na amostra em estudo, há mulheres com uma QDV fraca e moderada, ainda que a maioria a tenha percecionado como elevada; a maioria das mulheres referiu que a IU tem impacto na sua vida, bem como apresentava incontinência urinária de esforço; maioritariamente, as mulheres não molham a cama, não perdem urina durante a relação sexual, não têm infeções urinárias, dores na bexiga, nem têm problemas relacionados com a perda de urina; a maioria das mulheres com uma QDV fraca e a maioria das mulheres com uma QDV moderada revelou uma sexualidade fraca, enquanto a maioria das mulheres com uma QDV elevada apresentou uma sexualidade alta; quanto maior o impacto da IU na mulher, mais elevada é a percepção de saúde; quantos mais filhos tiveram, mais idade e quanto maior é a incontinência de urgência, maior é a percepção da saúde; quanto maior o impacto da IU na mulher, mais elevado é o seu impacto na QDV; quanto maior a estima sexual, quanto maior é a incontinência de esforço, a preocupação sexual e o número de vezes que esteve grávida, maiores são as suas limitações e maior é o seu impacto na QDV; quanto maior a incontinência de esforço na mulher, mais elevadas são as limitações físicas; quanto maior o impacto na incontinência e maior a incontinência de urgência, maiores são as limitações físicas; quanto maior é a incontinência de esforço, a idade e o IMC mais elevadas são as

limitações sociais nas mulheres. Inferiu-se que quanto maior é o impacto da IU, mais elevadas são as relações pessoais; quanto maior a incontinência de esforço, os anos de perda de urina e o total da sexualidade, mais afetada é a relação pessoal, mais afetadas estão as emoções, mais sonolência têm as mulheres, e maior é a deterioração da QDV.

Conclusão: Concluiu-se que nas mulheres com IU estão afetados vários domínios da sua existência, o que interfere na sua QDV.

Palavras-chave: Incontinência urinária; Mulher, Bem-Estar Sexual; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Background: Urinary incontinence (UI) is a common problem among women of all ages, is a major clinical problem and represents a significant cause of sexual dissatisfaction and deterioration of quality of life (QOL).

Objectives: To evaluate the quality of life of women with UI, analyze the extent to which sociodemographic, obstetric and gynecological and lifestyles interfere with the QOL of women with UI; analyze the influence of impact and recovery of UI on the women QOL; whether sexual satisfaction influences the QOL of women with UI.

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 (sociodemographic, obstetric and gynecological characteristics, lifestyles) and scales [Scale of the Impact of Incontinence (ICIQ-SF Short Form), Valuing Urinary Incontinence, King's Health Questionnaire (KHQ), Scale of Sexuality].

For convenience the used sampling was not probabilistic, consisting of 305 women, users of a health center and a hospital in the central region of the country, ranging in age from 29 to 75 years.

Results: In general, sociodemographic, obstetric and gynecological and lifestyle influence the QOL of women with UI; in the sample, there are women with a weak to moderate QOL, although most have it classified as high; mostly women had stress urinary incontinence and stated that UI has an impact on your life; mostly women do not wet the bed, do not lose urine during sexual intercourse, did not have urinary infections, bladder pain, or have problems related to the loss of urine; the majority of women with a poor QOL and most women with a moderate QOL showed a weak sexuality, while most women with a high QOL showed a high sexuality; the greater the impact of UI in women the higher is the perception of health; how many more children they had, the older they are and the higher is urgency incontinence, greater the perception of health; the greater the impact of UI in women, the higher its impact on QOL; the greater sexual esteem, the greater stress incontinence, the greater sexual concerns and the greater number of times that she was pregnant, the higher are its limitations and its impact on QOL; the greater the stress incontinence in women, the higher are physical limitations; the greater the impact on incontinence and the greater urgency incontinence, the higher are the physical limitations; the greater the stress incontinence, the age and BMI, the higher social women limitations. We infer that the greater the impact of UI, the higher the personal relationships; the greater stress incontinence, the years of leakage and total sexuality, most affected are the personal relationship and the emotions, more women had sleepiness, the higher the severity and the higher the deterioration in QOL.

Conclusion: We concluded that in women with UI various areas of its existence are affected, which interferes with their QOL.

Keywords: Urinary incontinence, Women, Sexual Wellness, Quality of Life.

ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE DE TABELAS	
ÍNDICE DE FÍGURAS	
ÍNDICE DE QUADROS	
ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS	
ÍNDICE DE SÍMBOLOS	
INTRODUÇÃO	23
PARTE <u>I</u>: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
CAPÍTULO 1 – INCONTINÊNCIA URINÁRIA	29
CAPÍTULO 2 – QUALIDADE DE VIDA DA MULHER COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA.	33
CAPÍTULO 3 – INCONTINÊNCIA URINÁRIA VERSUS SEXUALIDADE	37
PARTE <u>II</u>: INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	
CAPÍTULO 1 – METODOLOGIA DO ESTUDO	43
1.1 – MÉTODOS	43
1.2 PARTICIPANTES	45
1.2.1 – Caracterização socio-demográfica da amostra	46
1.3 – INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	49
1.3.1 - Questionário	49
1.3.2 - Escalas	50
1.4 – PROCEDIMENTOS	55

1.5 – PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS	56
CAPÍTULO 2- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	59
2.1 – ANÁLISE DESCRITIVA	59
2.1.1 – Caracterização obstétrica	59
2.1.2 – Caracterização ginecológica	66
2.1.3 – Caracterização dos estilos de vida	69
2.1.4 – Impacto da Incontinência Urinária	73
2.1.5 – Valorização da incontinência urinária	74
2.1.6- Caraterização da Sexualidade	75
2.1.7 - Qualidade de Vida das mulheres com Incontinência Urinária	83
2.1.8- Situações decorrentes da Incontinência Urinária	84
2.1.9- Relação entre a perda de urina e as situações decorrentes da Incontinência Urinária	88
2.2 – ANÁLISE INFERÊNCIAL	91
CAPÍTULO 3 - DISCUSSÃO	119
CAPÍTULO 4 - CONCLUSÕES	127
BIBLIOGRAFIA.....	131
ANEXOS	135
ANEXO I- Instrumento de colheita de dados	136
ANEXO II- Pedidos e autorizações de colheita de dados.....	145

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1- Caracterização sociodemográfica da amostra em função da idade	48
Tabela 2- Consistência Interna da Escala da Sexualidade	52
Tabela 3- Consistência Interna das Subescalas da Escala da Sexualidade	53
Tabela 4- Matriz de Correlação de Pearson entre Subescalas e a Sexualidade.....	55
Tabela 5- Estatísticas relativas ao IMC das mulheres com Incontinência Urinária	60
Tabela 6- Estatísticas relativas ao número de vezes que esteve grávida e ao número de filhos das mulheres com Incontinência Urinária	61
Tabela 7- Estatísticas relativas ao número de horas em trabalho de parto no primeiro, segundo e terceiro filho das mulheres com Incontinência Urinária.....	63
Tabela 8- Estatísticas relativas ao número de horas que costuma estar sentada por dia das mulheres com Incontinência Urinária	65
Tabela 9- Caracterização obstétrica da amostra em função da idade	65
Tabela 10- Estatísticas relativas aos anos de perda de urina das mulheres com Incontinência Urinária	67
Tabela 11- Caracterização ginecológica da amostra em função da idade	69
Tabela 12- Estatísticas relativas aos estilos de vida em função da idade	72
Tabela 13- Estatísticas relativas ao impacto da Incontinência Urinária em função da idade	74
Tabela 14- Estatísticas relativas ao tipo de Incontinência Urinária	75
Tabela 15- Escala da Sexualidade segundo a idade	75
Tabela 16- Escala da Sexualidade segundo o Estado Civil	76
Tabela 17- Escala da Sexualidade segundo as Habilitações Literárias	76
Tabela 18- Escala da Sexualidade segundo o Rendimento Mensal	77
Tabela 19- Escala da Sexualidade segundo o IMC	77
Tabela 20- Escala da Sexualidade segundo o Tipo de Parto.....	77
Tabela 21- Escala da Sexualidade segundo o Número de Filhos.....	78

Tabela 22- Escala da Sexualidade segundo o Número de Horas que Passa Sentada por Dia	78
Tabela 23- Escala da Sexualidade segundo os Anos que Perde Urina	78
Tabela 24- Escala da Sexualidade segundo o Número de Infeções por Ano.....	79
Tabela 25- Escala da Sexualidade segundo o Transporte de Pesos Superiores a 3Kg.....	79
Tabela 26- Escala da Sexualidade segundo a Prática de Exercício Físico	79
Tabela 27- Escala da Sexualidade segundo o Número de Horas de Sono por Dia.....	80
Tabela 28- Escala da Sexualidade segundo o Impacto da Incontinência.....	80
Tabela 29- Escala da Sexualidade segundo a Incontinência de Esforço	81
Tabela 30- Escala da Sexualidade segundo a Incontinência de Urgência	81
Tabela 31- Escala da Sexualidade segundo o Número de Dejeções.....	82
Tabela 32 - Escala da Sexualidade segundo a Quantidade de água/líquidos Ingeridos.	82
Tabela 33- Escala da Sexualidade segundo a Qualidade de Vida.....	82
Tabela 34- Classificações relativas ao total da Qualidade de Vida das mulheres com Incontinência Urinária em função da idade	83
Tabela 35- Classificações relativas ao total da Qualidade de Vida das mulheres com Incontinência Urinária em função dos anos de perda de urina.....	84
Tabela 36- Qualidade de vida das mulheres com Incontinência Urinária em função da idade	86
Tabela 37- Qualidade de vida das mulheres com Incontinência Urinária em função dos anos de perda de urina.....	90
Tabela 38- Teste U de Mann-Whitney entre a Idade e a Qualidade de Vida	91
Tabela 39- Teste U de Mann-Whitney entre a Nacionalidade e a Qualidade de Vida	92
Tabela 40- Teste U de Mann-Whitney entre o Estado Civil e a Qualidade de Vida.....	92
Tabela 41- Teste T entre a Situação Profissional Atual e a Qualidade de Vida	93
Tabela 42- Teste One-Way ANOVA e testes post hoc entre a Área de Residência e a Qualidade de Vida	93

Tabela 43- Teste One-Way ANOVA e testes post hoc entre o Rendimento Mensal e a Qualidade de Vida	94
Tabela 44- Teste U de Mann-Whitney entre o IMC e a Qualidade de Vida.....	95
Tabela 45- Teste One-Way ANOVA e testes post hoc entre o Número de Filhos e a Qualidade de Vida	96
Tabela 46- Teste Kruskal-Wallis entre o Tipo de Parto e a Qualidade de Vida	96
Tabela 47- Teste U de Mann-Whitney entre as Lesões Pélvicas no Trabalho de Parto e a Qualidade de Vida	97
Tabela 48- Teste U de Mann-Whitney entre o Presença de filhos com peso superior a 4 Kg à Nascimento e a Qualidade de Vida.....	97
Tabela 49- Teste Kruskal-Wallis entre o Número de Horas Sentada por Dia e Qualidade de Vida	98
Tabela 50- Teste One-Way ANOVA e testes post hoc entre os Anos de Perda de Urina e a Qualidade de Vida	99
Tabela 51- Teste One-Way ANOVA e testes post hoc entre a Prática de Exercício Físico e a Qualidade de Vida	99
Tabela 52- Teste U de Mann-Whitney entre a Quantidade de água/líquidos Ingeridos por Dia e a Qualidade de Vida.	100
Tabela 53- Teste U de Mann-Whitney entre os Hábitos Tabágicos e a Qualidade de Vida	101
Tabela 54- Teste U de Mann-Whitney entre os Hábitos Alcoólicos e a Qualidade de Vida	101
Tabela 55- Teste U de Mann-Whitney entre a Incontinência Urinária de Esforço e Qualidade de Vida	102
Tabela 56- Teste U de Mann-Whitney entre a Incontinência Urinária de Urgência e Qualidade de Vida	102

Percepção do Bem Estar Sexual e Qualidade de Vida da Mulher com Incontinência Urinária

ÍNDICE DE FIGURAS

Pág.

Figura 1- Esquema conceptual de base (desenho de investigação)..... 45

Percepção do Bem Estar Sexual e Qualidade de Vida da Mulher com Incontinência Urinária

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
QUADRO 1- Regressão múltipla entre a perceção da saúde e as variáveis independentes	104
QUADRO 2- Regressão múltipla entre o impacto e as variáveis independentes	105
QUADRO 3- Regressão múltipla entre as limitações e as variáveis independentes	107
QUADRO 4- Regressão múltipla entre as limitações físicas e as variáveis independentes	108
QUADRO 5- Regressão múltipla entre as limitações sociais e as variáveis independentes	109
QUADRO 6- Regressão múltipla entre a relação pessoal e as variáveis independentes	111
QUADRO 7- Regressão múltipla entre as emoções e as variáveis independentes.....	112
QUADRO 8- Regressão múltipla entre o sono e as variáveis independentes	113
QUADRO 9- Regressão múltipla entre a severidade e as variáveis independentes	115
QUADRO 10- Regressão múltipla entre o total da qualidade de vida e as variáveis independentes	116

Percepção do Bem Estar Sexual e Qualidade de Vida da Mulher com Incontinência Urinária

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

Percepção do Bem Estar Sexual e Qualidade de Vida da Mulher com Incontinência Urinária

ÍNDICE DE SIMBOLOS

= – Igual

> – Maior

< – Menor

\bar{x} – Média

% – Percentagem

χ^2 – Qui-quadrado

Perceção do Bem Estar Sexual e Qualidade de Vida da Mulher com Incontinência Urinária

INTRODUÇÃO

A Incontinência Urinária (IU) é um problema comum entre as mulheres de todas as idades e pode ser causada por duas principais condições fisiopatológicas que não são mutuamente exclusivas, representadas pelas disfunções vesicais e pelas alterações do mecanismo esfinteriano uretral, sejam intrínsecas ou dos elementos de suporte do pavimento pélvico. As disfunções vesicais abarcam a hiperatividade do detrusor e a complacência vesical reduzida (Beji et al., 2010).

A Teoria Integral da Continência, referenciada pelos autores supracitados, foi concebida com o objetivo de explicar de forma integrada os mecanismos fisiopatológicos envolvidos na IU e nos sintomas associados. Postula, entre outras hipóteses, que as alterações da tensão sobre a vagina, decorrentes dos prolapsos urogenitais, determinam também a ativação prematura do reflexo miccional, desencadeando contrações involuntárias do detrusor (Beji et al., 2010). De acordo com a Sociedade Internacional da Continência, a IU é definida como a queixa de qualquer perda involuntária de urina (Abrams, Cardoso & Fall, 2003).

A IU é uma condição que afeta negativamente a vida das mulheres e, como tal, tem vindo a assumir progressivamente maior relevância à medida que a sociedade desmitifica a ideia preconcebida de que esta é uma consequência natural do envelhecimento. A vida destas mulheres é visceralmente condicionada do ponto de vista das suas atividades de vida diárias, resultando num afastamento social, alterando a forma como encaram as suas rotinas fora de casa, a percepção que têm do seu corpo e a maneira como se relacionam intimamente com o seu companheiro (Silva, 2008).

Vários estudos demonstram que as mulheres com IU, ao sentirem as alterações no seu padrão de vida diário e as limitações na sua qualidade de vida em consequência da mesma, revelam que esta condição interfere com a sua vida sexual. Autores como Helstro e Bo, (2005). Grimby (1993), cit. in Silva, (2008) referem que esta interferência pode não estar propriamente associada a casos de disfunção sexual, mas manifestar-se através de perda da satisfação e também, progressivamente, do desejo sexual. Assim, estas mulheres experienciam níveis mais elevados de ansiedade perante o seu relacionamento sexual e, conseqüentemente, menor satisfação.

Ribeiro e Raimundo (2005) mencionam que o problema de higiene associado ao conceito de IU tem impacto na vida do dia-a-dia das mulheres, na sua perceção de saúde, qualidade de vida e na vida sexual, nomeadamente na satisfação sexual. A disfunção sexual resultante da IU é um problema importante que afeta a qualidade de vida das mulheres (Goris et al., 2010).

A consciência desta realidade, consubstanciada com a motivação pessoal, aliada às evidências de um número significativo de mulheres com IU, levou à elaboração das seguintes questões centrais, subjacentes à problemática do presente estudo:

- De que modo a IU influencia a qualidade de vida das mulheres?
- Que relação existe entre as variáveis sociodemográficas, obstétricas, ginecológicas e estilos de vida com a qualidade de vida da mulher com IU?
- Será que a QDV é influenciada pela Idade; pelas variáveis Obstétricas, Anos de Perda de Urina, Sexualidade e pelo Impacto da Incontinência ?

A forma como a IU afeta a vivência diária das mulheres, os seus projetos de vida e a forma como se percebem surgem descritas na literatura e assumem-se, por tal razão, comuns a muitas mulheres, sendo problemas específicos de uma dada população. Torna-se particularmente importante conhecer as características das mulheres com IU, como forma de se poder adaptar e ajustar as respostas e os apoios necessários para que estas consigam enfrentar a patologia e os efeitos negativos dela decorrentes, para se ajudar a modificar o envolvimento psicológico da IU e aumentar o autoconceito destas mulheres, para que se possa minimizar o seu impacto na sua sexualidade.

Em síntese, pensamos tratar-se de uma problemática muito atual e pertinente para os profissionais de saúde, mas também com supostas influências para todos os cidadãos. Sabe-se que, com este trabalho, não se poderá encontrar soluções, nem muito menos dar resposta a todas as dificuldades e problemas que as mulheres com IU possam sentir, todavia, espera-se conhecer mais aprofundadamente esta problemática, o que poderá servir de ponto de partida para se delinear uma intervenção ajustada às suas necessidades. Assim sendo, com este estudo pretendemos:

- Avaliar a qualidade de vida das mulheres com IU.
- Analisar em que medida as variáveis sociodemográficas, obstétricas e ginecológicas e os estilos de vida interferem com a qualidade de vida das mulheres com IU.
- Analisar a influência do impacto e da valorização da IU na qualidade de vida das mulheres.
- Determinar se a satisfação sexual influencia a QDV das mulheres com IU.

Como forma de se atingirem os objetivos mencionados, delineou-se um estudo não experimental, quantitativo, do tipo descritivo-correlacional, recorrendo-se ao questionário como instrumento de recolha de dados, aplicado a uma amostra constituída por mulheres, utentes de um Centro de saúde e de um Hospital da região centro, tendo participado 305 mulheres, entre os meses de Outubro de 2011 e Janeiro de 2012.

No sentido de uma melhor compreensão do presente trabalho, apresenta-se de seguida a forma como o mesmo se estrutura. Assim, o corpo do trabalho é constituído por duas partes, o Enquadramento Teórico e o Estudo Empírico.

A primeira parte versa sobre os aspetos que permitem uma pequena abordagem ao enquadramento e suporte teórico do trabalho, nomeadamente a IU, QDV, sexualidade e IU.

A segunda parte abarca todos os conteúdos próprios ao estudo empírico. Assim, na metodologia apresenta-se e descreve-se a investigação desenvolvida, nomeadamente, o tipo de estudo, desenho de investigação, a população e a amostra, os procedimentos e instrumentos de recolha de dados. Segue-se a apresentação dos resultados e a sua análise estatística. Tem lugar ainda a discussão metodológica e dos resultados obtidos da análise descritiva e inferencial. O trabalho tem o seu *terminus* com as conclusões mais relevantes e que dão resposta aos objetivos do trabalho.



PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Nesta parte do trabalho abordam-se os conceitos chave do mesmo, nomeadamente as questões da IU, à forma como esta pode interferir na QDV das mulheres e na sua sexualidade.

CAPITULO 1- INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A IU consiste na perda involuntária de urina, tida como uma das novas epidemias do século XXI agravada pelo contínuo aumento da esperança média de vida, sendo mais frequente nas mulheres (Botelho, Silva & Cruz, 2007).

Em 2002, o comité da *Internacional Continence Society* atualizou as terminologias e definições das disfunções do trato urinário inferior. Assim, define IU como a queixa de perda involuntária de urina (Santos et al., 2006).

Algumas classificações da IU são comumente associadas a disfunções anatómicas. Feitas et al. (2006) relacionam este distúrbio a uma insuficiência intrínseca do esfíncter uretral, causada presumivelmente por cirurgias geniturinárias múltiplas, traumatismos, doenças neurológicas ou hipoestrinismo decorrente da menopausa. Esse conjunto de causas possíveis pode provocar uma perda de elasticidade com diminuição do tónus uretral, dado que ocasiona alterações vasculares dessa musculatura.

Sucintamente, quando os recetores sensoriais da bexiga apreendem a dilatação máxima da parede do órgão, enviam, conseqüentemente, pelo Sistema Nervoso Central, estímulos sensoriais ao córtex cerebral, resultando no retorno de estímulos motores para o músculo detrusor da bexiga, acionando a contração da mesma, bem como aumento da pressão intravesical e, momentaneamente, estimula a musculatura lisa (movimento involuntário) do esfíncter uretral interno a abrir-se para a passagem da urina, cabendo à pessoa contrair o esfíncter uretral externo (movimento voluntário) ou deixar sair sem qualquer restrição (Ramos, Donatel & Passos, 2010).

Existem vários fatores de risco que estão associados à IU feminina e que podem atuar de forma multifactorial no desencadeamento desta condição, tais como: idade avançada, raça branca, obesidade, multiplicidade de partos vaginais, deficiência, menopausa, condições associadas ao aumento da pressão intra-abdominal, tabagismo, doenças do colagénio, neuropatias e histerectomia prévia, os quais se passam a detalhar.

Na mulher, as alterações nas estruturas que apoiam a bexiga e a diminuição na pressão do mecanismo de encerramento da uretra própria do processo de envelhecimento podem despoletar algum grau de IU (Warren et al. 2002). Silva et al. (1999, cit. in Silva, 2008) referem que nas mulheres portuguesas a IU, a frequência e a gravidade dos episódios estão diretamente relacionadas com o aumento da idade, sendo esta uma conclusão também adiantada por outros

investigadores (Aran & Ortega, 1994; Simeonova et al., 1999; Dolan et al., 1999, cit. in Silva, 2008).

Por outro lado, a instabilidade do músculo detrusor é responsável pela maioria dos casos de IU, como consequência de doenças do sistema nervoso central, tumor vesical ou pélvico e obstipação (com grande massa fecal). A menopausa constitui-se igualmente como um dos fatores de risco associado à IU, dado que ocorre uma diminuição dos valores de estrogénio, consequente atrofia e alteração de posição da uretra (Albuquerque et al., 2008).

Higas, Lopes e Reis (2008) referem que o principal fator de risco para a IU feminina é a idade, que afeta significativamente as mais idosas, por norma, a partir do climatério/menopausa, com índices de 43% na faixa etária de 35 a 81 anos. Na população geral, a prevalência de IU aumenta em proporção com o aumento da idade. Alguns dos distúrbios urinários em mulheres mais idosas podem ser originados pela diminuição da capacidade da bexiga, que passa de 500 a 600mL para 250 a 300mL, resultando no aumento da frequência urinária e na noctúria, em resultado da descida dos níveis de estrogénio, doenças crónicas e aumento do Índice de Massa Corporal (IMC).

Num estudo com 1700 mulheres, efetuado por Peyrat et al. (2002), foram avaliados os principais fatores de risco epidemiológicos na IU, tendo sido demonstrado que a prevalência de IU aumenta no caso de parto vaginal e de histerectomia. O parto por via vaginal está associado às lesões do pavimento pélvico, o que causa danos no suporte pélvico da bexiga, fazendo com que esta e a uretra percam a sua posição normal acima do diafragma pélvico. Assim, a uretra encurta e o ângulo uretrovesical normal, importante para o encerramento do esfíncter uretral, desaparece.

De acordo com Hunskaar et al. (1999, cit. in Silva, 2008), a obesidade é igualmente um fator de risco para o aparecimento da IU, na medida em que o excesso de peso pode acarretar tensão crónica nos tecidos, estiramento e enfraquecimento dos músculos, dos nervos e das estruturas do pavimento pélvico. Os níveis elevados de IMC estão relacionados com a IU de esforço, o que se deve a razões mecânicas, conforme argumenta Silva (2008). Partilhando da mesma opinião, Higas, Lopes e Reis (2008) presumem que a associação da IU com a obesidade pode ser uma consequência da alta pressão intra-abdominal causada, sobretudo, pelo aumento de peso na região pélvica e, consequentemente, do aumento da pressão intravesical alterando o mecanismo de funcionamento do trato urinário. Um estudo de Moller, Lose e Jorgensen (2000, cit. in Higas, Lopes e Reis, 2008) relata que, ao exame urodinâmico, foi observada uma elevação na pressão intravesical durante a realização da manobra de Valsava significativamente maior nas doentes obesas e, após o emagrecimento, houve um aumento da transmissão passiva da pressão à bexiga e uretra e a diminuição da mobilidade da junção uretro-vesical.

A multiparidade é também um fator de risco para a IU, tal como o demonstra um estudo realizado por Silva et al. (1999, cit. in Silva, 2008), através do qual ficou demonstrado que em

Portugal há uma associação positiva e significativa entre a ocorrência de IU e o número de partos, o que se deve à maior probabilidade de surgimento de lesões a nível do pavimento pélvico. Esta é uma conclusão também adiantada por Higas, Lopes e Reis (2008), ao referenciar vários estudos (Butler et al., 1999; Moller, Lose & Jorgensen, 2000), segundo os quais o parto vaginal está associado com o aumento de casos de IU quando comparado com o parto por cesariana. Contudo, o parto vaginal isoladamente não é o gerador da IU, apenas quando surge associado às lesões e traumas do pavimento pélvico. Todavia, quando comparado com nulíparas, tanto o parto vaginal como o por cesarina mostraram associação com a IU (Rortveit et al., 2003).

Na mesma linha, Higas, Lopes e Reis (2008) referem vários estudos que demonstram que a IU ocorre durante a gravidez e a prevalência eleva-se com o aumento da paridade, favorecendo a IU (Elving, Foldspang, Lam & Mommsen, 1999; Milsom et al., 1993; Brown et al., 1999; Persson, Hanssen & Rydhst, 2000). Contrariando estes estudos, outros autores (Brown et al., 1999; Guarisi et al., 2001), referenciados pelos mesmos autores, não encontraram um agravamento significativo da ocorrência de IU com o aumento da paridade. Muitas mulheres deixaram de apresentar queixa de IU após o parto, sem que se verificasse a elevação do risco com o aumento do número de partos.

Salienta-se também o fator peso do recém-nascido tanto durante a gravidez, quanto no parto vaginal, o qual pode influenciar a prevalência de IU. Este fator pode estar relacionado com o aumento da pressão intra-abdominal, e, conseqüentemente, com o aumento da pressão intravesical. Além disto, existe o risco de lesão do pavimento pélvico durante o parto vaginal (Persson, Hanssen & Rydhst, 2000, cit. in Higas, Lopes e Reis, 2008). Porém, o estudo de Krue et al. (1997) não encontrou associação significativa entre o parto de crianças com peso maior que 4000g e a presença de IU ou de lesões no pavimento pélvico de terceiro ou quarto grau após o parto vaginal, fator considerado como risco para IU.

Um outro fator de risco para IU tem a ver com as cirurgias ginecológicas. Há associação significativa entre a IU e cirurgias ginecológicas. Alguns autores, tal como Ramos, Donatel e Passos (2010), observaram correlações significativas entre a histerectomia e a IU. A excisão ou o prolapso do útero comprometem as funções do pavimento pélvico, visto que este órgão suporta parte desta estrutura pelo que, a sua remoção pode resultar em danos nas estruturas que sustentam a bexiga e a uretra.

No que se refere à classificação da IU, esta subdivide-se em três grandes grupos: Incontinência Urinária de Esforço (IUE), Incontinência Urinária de Urgência (IUU), Bexiga Hiperativa e Incontinência Urinária Mista (IUM).

Quanto à IUE, esta refere-se à libertação involuntária de urina através do meato uretral externo devido à disfunção contrátil ativa do músculo detrusor, que amplia a pressão intra-abdominal; está relacionada com o esforço físico, o espirro, a tosse é até mesmo o riso. Na IUE,

a perda de urina é causada pelo aumento excessivo da pressão vesical em relação à pressão uretral máxima, sem que tenha ocorrido a contração do detrusor (Bezerra, 2006). A IUE subdivide-se em duas categorias: hipermobilidade do colo vesical (alterações do mecanismo uretral extrínseco, concernente ao posicionamento anatómico do colo vesical e da uretra proximal) e insuficiência esfinteriana intrínseca (incapacidade da estrutura esfinteriana) (Ramos, Donatel & Passos, 2010).

No que diz respeito à IUU, refere-se à presença de contração muscular do detrusor durante o período de enchimento espontâneo da bexiga ou na resposta a estímulos, visivelmente demonstrável em tentativas inibitórias por parte da doente, ocasionando micções frequentes e descontroladas (Higa, Lopes & Reis, 2008). Esta condição tem origem numa lesão parcial da medula espinhal ou do tronco cerebral que interrompe a maioria dos sinais inibitórios, ou por hipersensibilidade à acetilcolina. Deve-se também ao aumento das fibras sensitivas na submucosa e à ativação dos reflexos medulares. Como tal, os impulsos que facilitam este processo, ou seja, que passam continuamente ao longo da medula, mantêm os centros sacrais tão excitáveis que mesmo uma pequena quantidade de urina provoca um reflexo da micção incontrolável (Souza, 2003).

A IUM é caracterizada pela coexistência dos sintomas da IUE e da IUU. Neste tipo de IU, a doente desenvolve alterações anatómicas vesicais e contrações não-inibidas do detrusor. Os principais sintomas apresentados são os seguintes: urgência para urinar, mas nem sempre realizada; urinar frequentemente à noite; gotejamento urinário constante; sensação de não esvaziamento da bexiga e jato urinário fraco (Sousa, 2003; Bezerra, 2006).

Em suma, ainda que não seja considerada uma patologia, mas uma condição multifatorial que afeta mulheres em diferentes faixas etárias, a IU pode afetar significativamente o seu bem-estar físico e emocional, interferindo igualmente na condição do relacionamento social das mesmas. Neste âmbito, os profissionais de saúde devem intervir diretamente e recorrer a técnicas de tratamento, além de informarem as mulheres acerca da gravidade do problema, caso este esteja a ser ignorado, como forma de se poder ajudar estas mulheres na garantia da sua qualidade de vida, sendo este o tema a ser abordado no ponto que se segue.

CAPITULO 2- QUALIDADE DE VIDA DA MULHER COM IU

A QDV corresponde a um conceito mais abrangente e explicativo das componentes subjetivas e idiossincráticas da doença, numa tentativa de encontrar uma definição centrada no bem-estar global do sujeito (Pesta, Esteves & Conboy, 2007). O conceito de QDV difundiu-se após o terminus da II Grande Guerra Mundial. Inicialmente a QDV era referida e estudada num contexto social e político, referindo-se sobretudo às condições de trabalho e ao desenvolvimento económico (Ribeiro, 2005).

Com o decorrer do tempo, os indivíduos foram dando menor importância aos fatores económicos, enquanto fatores determinantes do bem-estar da população, focando-se nas questões da doença, concretamente da doença crónica, no funcionamento físico e psicossocial dos doentes. A QDV mantém-se como objetivo prioritário dos serviços de saúde paralelamente à prevenção das doenças e efetivação da cura e alívio dos sintomas ou prolongamento da sobrevivência (Rodrigues, 2007).

Este conceito entrecruza-se, embora não seja equivalente, com os conceitos de saúde e de bem-estar. Representa a perceção individual sobre a posição de vida em que os aspetos culturais e as particularidades do meio ambiente biológico, social e cultural contribuem de modo decisivo (Ribeiro, 2005).

Levine e Croog (1984, cit. in Pimentel, 2003) definem a qualidade de vida como sendo a capacidade do sujeito para interagir com o meio, nos seus vários domínios: social, físico, emocional e intelectual, bem como a perceção subjetiva que o sujeito tem quanto à (in)satisfação da sua própria saúde, comparativamente com a saúde das pessoas que o rodeiam.

Apesar da multiplicidade de definições existentes na vasta bibliografia, parece que este conceito envolve componentes subjetivas (funcionalidade, competência cognitiva e interação com o meio) (Conde et al., 2006); sentimentos de satisfação e perceção da saúde, que engloba características como a perceção pessoal, os aspetos físicos, psicológicos e sociais, as estratégias de *coping* utilizadas (Ribeiro, 2005), bem como outras dimensões incluindo a religiosidade e as relações com o meio ambiente (Pestana et al., 2007).

Parece igualmente unânime que o conceito de QDV é dinâmico, pois altera-se ao longo do tempo e de acordo com as situações vivenciadas. Apesar da abrangência do conceito em estudo, optou-se, neste trabalho, por uma delimitação do mesmo às suas componentes mais direcionadas com a saúde ou com a saúde percebida, pois esta corresponde a um dos indicadores que permitem avaliar a QDV (Ribeiro, 2005).

O WHOQOL Group (1995) define que a QDV se refere à perceção 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, aos seus padrões e às preocupações. Esta será a definição utilizada na condução da presente investigação, por se tratar de um conceito de abrangência mundial que

tem implícitos três aspetos fundamentais: o primeiro é a subjetividade na qual a perspectiva do indivíduo é que está em questão; o segundo, multidimensionalidade, enfatiza que a QDV é composta por várias dimensões, e o terceiro a bipolaridade que sugere a presença de dimensões positivas e negativas (Ribeiro, 2005).

Como já se referiu, o termo QDV tem um enfoque multidimensional e o seu conceito é subjetivo. Apesar de possuir muitas definições, é sabido que tem o intuito de avaliar o efeito de determinados acontecimentos e aquisições na vida das pessoas. Entre eles, estão incluídas as condições de saúde física, funções cognitivas, a satisfação sexual, as atividades do quotidiano, o bem-estar emocional e a vida familiar e social. Quando esses acontecimentos se relacionam com a saúde, baseiam-se em dados mais objetivos e mensuráveis e dizem respeito ao grau de limitação e desconforto que a doença ou a sua terapêutica acarretam ao doente e à sua vida, enfim, o quanto o adoecer altera a QDV (Pestana et al., 2007).

A QDV das mulheres com IU é afetada de diversas maneiras. Passam a preocupar-se com a disponibilidade de casas de banho, envergonham-se com o odor da urina e sentem-se frequentemente sujas, chegando a apresentar lesões cutâneas, como a dermatite amoniacal e infeções urinárias repetidas. Muitas apresentam dificuldade no domínio da sexualidade, seja por perda de urina, pelo medo de interrompê-lo para urinar ou simplesmente por vergonha perante o parceiro. Alguns sintomas associados à IU afetam a qualidade do sono das mulheres, como a noctúria e a enurese noturna. A privação de sono pode levar ao cansaço e à diminuição da energia (Auge et al., 2006).

A IU constitui-se como um sintoma com implicações sociais, causando desconforto e perda de autoconfiança, além de interferir, negativamente, na QDV e na função sexual da mulher. Esta patologia traz consequências tanto na vida pessoal, como no desempenho profissional destas mulheres, causando um grande impacto na sua QDV (Higa & Lopes, 2005).

Os estudos atuais têm demonstrado uma grande preocupação com a interferência da IU na QDV dessas mulheres. Os episódios de IU durante as atividades desenvolvidas diariamente são causadores de constrangimento social, disfunção sexual e baixo desempenho profissional. Estas alterações são causas determinantes de isolamento social, stresse, depressão, sentimento de vergonha, condições de incapacidade e baixa autoestima que resulta numa significativa morbilidade (Higa, Lopes & Reis, 2008).

Temml et al. (2000, cit. in Faria, 2010) estudaram o impacto da IU sobre a QDV em 1.262 mulheres com idade igual ou superior a 20 anos. Nesse grupo de mulheres, 34,3% não apresentavam alteração da QDV, 47,4 % consideraram o problema como leve, 11,6% referiram que o problema era moderado enquanto 6,7% das doentes consideraram o problema acentuado.

Para Kelleher (2000, cit. in Faria, 2010), a IU é um problema comum que pode afetar mulheres de todas as idades. Constitui-se como um sintoma com implicações sociais, causando

desconforto e perda de autoconfiança, além de interferir, negativamente, na QDV de muitas delas.

Em suma, a IU na mulher é um importante problema de saúde pública quer pela sua epidemiologia, quer pelo elevado impacto físico, psíquico e social que a mulher afetada sente, interferindo, por consequência, na sua QDV, sendo uma das áreas afetadas a sexualidade, conforme se demonstra no item seguinte.

CAPITULO 3- IU VERSUS SEXUALIDADE

O termo sexualidade abrange as emoções, os comportamentos e as atitudes, relacionadas com a capacidade de procriar, aos padrões sociais e pessoais relacionados com as relações físicas íntimas, ao longo da vida de um indivíduo (Sprinthall & Collins, 2008).

A sexualidade é encarada como um elemento integral da identidade de cada indivíduo, adquirindo maturidade ao longo da vida. Não é sinónimo de sexo, mas resultado da interação de múltiplos fatores, tais como: biológicos, psicológicos e ambientais, sobre o indivíduo. Tem uma função biológica que se refere à capacidade de procriar, de dar e receber prazer. O autoconceito, a identidade psicosexual e a identidade de cada um são fatores que se relacionam com o sentido individual interno da sexualidade e traduzem-se na imagem corporal, identificação com o sexo masculino – homem – ou com o sexo feminino – mulher, bem como com a aprendizagem dos papéis socialmente estabelecidos para ambos os sexos (Johnson, 1999).

A sexualidade é parte integrante da pessoa humana desde o nascimento até à morte e abrange uma conotação biológica, psicológica e social. Biológica, porque o ser humano possui um organismo e é sexuado; psicológica relativamente a identidade de género, orientação sexual, autoimagem, relações afetivo-sexuais; e social devido aos valores, comportamentos, normas e modelos. Ao longo da vida a sexualidade vai envolver processos de aprendizagem em diversos contextos e domínios, que vão passar por experiências individuais ou coletivas enquanto seres sexuados, por crenças e conceções construídas de forma espontânea e por saberes, que tem origem na prática educativa, e que apelam à sua consciencialização (Piscalho & Leal, 2002).

Freud afirmava que a sexualidade humana se regia por instintos e impulsos. Já Erickson contradizia Freud afirmando que o ser humano socializado podia controlar os seus instintos e os seus impulsos (Roque, 2001).

A importância da saúde sexual para a QDV tem sido cada vez mais reconhecida nos últimos anos (Edwards & Coleman, 2004). A disfunção sexual, provocada por outra patologia, pode ter maior impacto sobre a QDV da mulher, visto que a diminuição da função sexual pode determinar efeitos prejudiciais sobre a sua autoestima e os seus relacionamentos interpessoais, com frequente desgaste emocional. Alguns estudos demonstraram haver uma significativa associação entre a disfunção sexual e os baixos sentimentos de satisfação física e emocional, assim como do bem-estar geral entre as mulheres (Leite et al., 2007).

De acordo com Coleman (2000, cit. in Faria, 2010), o conceito de saúde sexual não se encontra somente relacionado com a ausência de patologia, uma vez que abarca a capacidade de obtenção de prazer a partir do relacionamento sexual. A saúde e o bem-estar sexual dependem do próprio bem-estar do indivíduo e da sua autoestima.

A IU é uma condição que afeta de forma negativa a vida das mulheres no seu contexto global, causando igualmente um agravamento de custos financeiros e um aumento de patologias secundárias que redundam das consequências das perdas continuadas de urina (Helstrom & Nilsson, 2005). Segundo os mesmos autores, com base no seu estudo, 15% das mulheres com IU, na faixa etária dos 40 anos, apresentava desordens em termos de sexualidade, sendo esta uma conclusão partilhada por Serati et al. (2008).

Alguns estudos demonstram que as mulheres com IU, ao sentirem alteração no seu padrão de vida diário e com limitações da QDV, referem que esta condição intervém com a sua vida sexual (Salonia, 2002). Esta interferência pode não estar associada a casos de disfunção sexual, mas manifestar-se através de perda da satisfação e, gradualmente, do desejo sexual. Como consequência, estas mulheres experienciam níveis mais elevados de ansiedade face ao seu relacionamento sexual e, conseqüentemente, menor satisfação (Grimby, 1993, cit. in Silva, 2008). De acordo com o *Royal College of Psysicians* (1995), 50% das mulheres adultas com IU evitam ter relações sexuais por terem receio de sofrer uma perda de urina. Lalos, Berglund e Lalos (2001) salientam que a IU resulta numa redução na qualidade de vida e num impacto negativo na vida sexual.

A genitalidade da mulher com IU sofre uma alteração na maneira como é vista e sentida, porque a perda de urina resulta na negação desta região do corpo, levando a um sentimento de recusa quanto à sua exposição ao outro, bem como a ver o próprio ato sexual como um foco de humilhação e de embaraço (Silva, 2008). Segundo Hisasue et al. (2005), as mulheres com IU, ao sofrerem uma perturbação física e emocional que afeta a sua genitalidade, evitam qualquer contacto mais íntimo com o companheiro, o que engloba os preliminares do ato sexual, na medida que receiam a ocorrência de uma perda de urina.

Ribeiro e Raimundo (2005), com base no estudo que pretendeu descrever as relações entre variáveis sociodemográficas, variáveis clínicas relacionadas com a IU, percepção de saúde e satisfação sexual, numa mostra de 93 mulheres com diagnóstico de IU, mostram que a idade, a escolaridade, o tempo de existência de sintomas, sintomas de IU, a frequência de relações sexuais e a percepção de saúde mental são as variáveis que melhor descrevem a satisfação com a sexualidade. A análise de regressão linear mostrou que as variáveis que permanecem na equação e que explicam a variância da satisfação sexual destas mulheres são a escolaridade, a frequência de relações sexuais e a saúde mental (mais escolaridade, mais relações sexuais e mais educação), com particular relevância para a saúde mental. Os resultados sugerem que o apoio psicológico visa a melhoria da saúde mental e pode contribuir para um melhor ajustamento em geral e à IU em particular. Por outro lado, os mesmos autores também revelam que as mulheres com IU há mais tempo são as que relativamente à sexualidade se ajustam de um modo mais satisfatório.

Por sua vez, Davis e Petretic-Jackson (2000, cit. in Silva, 2008) demonstraram que as mulheres com IU ao rejeitarem a existência de um contacto mais íntimo com o seu companheiro e ao “fugirem” ao contacto sexual reúnem características suscetíveis de menor satisfação com a sexualidade.

De igual forma, Dunn et al. (1999, cit. in Silva, 2008) referem que os problemas com a sexualidade estão frequentemente associados a outras áreas (o que confirma o seu carácter multifactorial), tais como o funcionamento social, o estado psicológico e a doença física, como é o caso da IU.

A afetividade da mulher com IU pode ser afetada igualmente pela forma como esta se percebe e pela diminuição da autoestima e do autoconceito causados pelo isolamento social e familiar a que se condenam e pela vergonha em pedirem ajuda aos profissionais de saúde e verbalizarem o seu problema. O impacto que esta condição provoca na QDV da mulher vai afetá-la em termos de desconforto físico e ao nível do acréscimo de cuidados, incidindo de forma insidiosa e particular sobre o conceito de mulher que a própria construiu e denominou para si. A IU pode comprometer severamente a QDV sexual da mulher (Simonelli et al., 2008).



PARTE II
INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO1- METODOLOGIA DO ESTUDO

Neste ponto, pretende-se abordar os aspetos relacionados com a metodologia utilizada, em conformidade com os objetivos propostos. Descrever-se-á e explicar-se-á o tipo de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem realizada, os instrumentos de recolha de dados utilizados e os procedimentos estatísticos realizados.

1.1 - MÉTODOS

A IU é um fator que tem demonstrado influência na sexualidade, com prejuízo nas relações afetivas, vida conjugal, social e na autoestima da mulher (Simonelli et al., 2008).

Qualquer que seja o tipo da IU, os seus sintomas têm vários efeitos negativos na vida das mulheres, principalmente no que diz respeito à atividade física, autoconfiança, autoperceção, atividades sociais e sexualidade. A IU interfere diretamente com as atividades diárias das mulheres, de tal maneira que aquelas que sofrem dessa condição apresentam índices mais baixos de QDV (Borges et al., 2009).

Apesar da IU não ser razão de risco para a vida das doentes, é uma condição que pode trazer-lhes sérias implicações médicas, sociais, psicológicas e económicas, afetando adversamente a sua QDV. Embora o conceito de QDV seja subjetivo, multidimensional e influenciado por vários fatores relacionados com a educação, economia e com os aspetos socioculturais, a maioria dos autores concorda que ao avaliar a QDV, devem contemplar-se os domínios físico, social, psicológico e espiritual, na tentativa de procurar a experiência pessoal de cada indivíduo (Borges et al., 2009).

Tendo-se em conta o anteriormente expresso, formulam-se as seguintes questões de investigação, fios condutor deste estudo:

- De que modo a IU influencia a QDV das mulheres?
- Que relação existe entre as variáveis sociodemográficas, obstétricas, ginecológicas e estilos de vida com a QDV da mulher com IU?
- Será que a QDV é influenciada pela Idade; pelas variáveis Obstétricas, Anos de Perda de Urina, Sexualidade e pelo Impacto da Incontinência ?

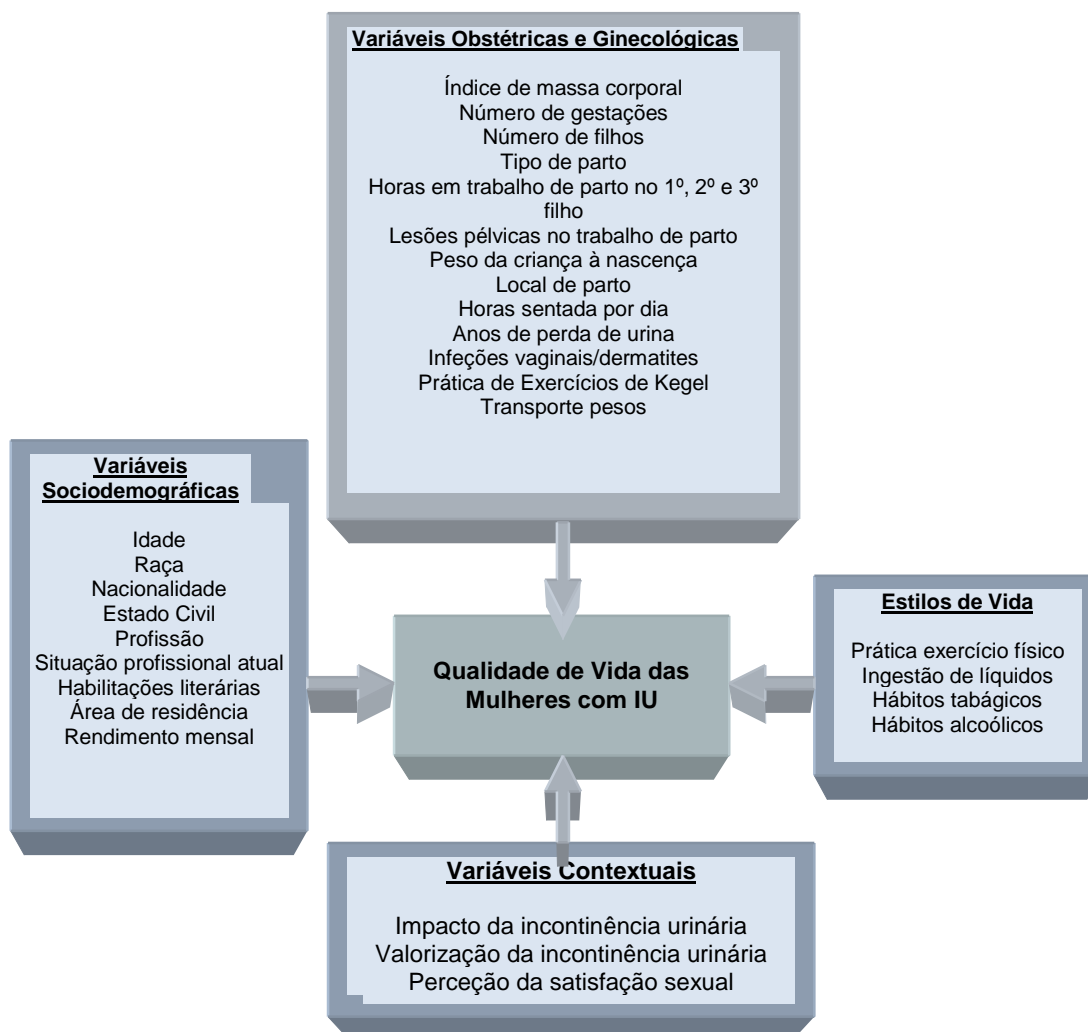
Por forma a dar resposta às questões de investigação acima referenciadas equacionaram-se os seguintes objetivos:

- Avaliar a QDV das mulheres com IU.

- Analisar em que medida as variáveis sociodemográficas, obstétricas e ginecológicas e os estilos de vida interferem com a QDV das mulheres com IU.
- Analisar a influência do impacto da IU na QDV das mulheres.
- Determinar se a satisfação sexual influencia a QDV das mulheres com IU.

O estudo desenvolvido insere-se no tipo de investigação não experimental. Trata-se de um estudo de natureza descritiva, analítica e correlacional, onde se utilizam métodos de análise quantitativa, uma vez que existe a intenção de garantir a precisão dos resultados. É também um estudo transversal, na medida em que apenas possuiu um único momento de avaliação. O desenho de investigação de seguida apresentado expõe a articulação feita entre as variáveis independentes (exógenas) e dependente (endógena) que se selecionaram (cf. Figura 1).

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



O esquema apresentado pretende dar a conhecer o tipo de relação que se deseja estabelecer entre as variáveis independentes (sociodemográficas, variáveis obstétricas e ginecológicas, estilos de vida e variáveis contextuais) e a variável dependente (a QDV das mulheres com IU, operacionalizada através do questionário de *King's Health Questionnaire - KHQ*).

1.2- PARTICIPANTES

Trata-se de uma amostragem não probabilística por conveniência, constituída por 305 mulheres com IU 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, que participaram no estudo entre os meses de Outubro de 2011 e Janeiro de 2012.

Consideraram-se os seguintes critérios de inclusão: presença de sintomatologia de IU, não possuir outra patologia associada; saber ler e escrever; ter outorgado autorização para Raquel Carvalho Rodrigues Freire

participar no estudo depois de devidamente informada e esclarecida e ter pelo menos 25 anos de idade.

1.2.1- Caracterização sociodemográfica da amostra

Idade

A idade das mulheres inquiridas varia entre um mínimo de 29 anos e um máximo de 75 anos, sendo que a média de idades da nossa amostra se situa nos 50,01 anos, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 10,37. Atendendo à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição da idade é assimétrica positiva e platicúrtica. Por último, no que se refere ao teste da normalidade, Kolmogorov-Smirnov (Ks), não apresenta uma distribuição normal (Ks=0,001). O coeficiente de variação apresenta uma dispersão moderada.

Com o intuito de melhor compreensão dos resultados e dada a amplitude de variação encontrada que se situa nos 46 anos, constituímos dois grupos empíricos: as mulheres com idade inferior ou igual a 45 anos e as mulheres com idade igual ou superior a 46 anos, sendo estes representados na totalidade da amostra respetivamente, pelos seguintes valores percentuais de 38,4% e 61,6%.

Raça

Relativamente à raça das mulheres com IU pode-se referir que a maioria da amostra é de raça branca (98,0%), sendo que 98,9% têm idade igual ou superior a 46 anos e 96,6% têm idade igual ou inferior a 45 anos. De referir ainda que apenas 2,0% dos indivíduos da mostra são de raça negra. No entanto, as diferenças entre a idade e a raça não se revelaram significativas ($X^2=2,074$; $p=0,155$) (cf. Tabela 1).

Nacionalidade

Quanto à nacionalidade das mulheres inquiridas, verifica-se que a maioria são 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 possui uma idade igual ou superior a 46 anos (97,9%) e quanto às mulheres de nacionalidade africana e brasileira verificou-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

No que concerne ao estado civil, verificou-se que a maioria das mulheres com IU são casadas/união de fato (90,1%) e apenas 9,9% são solteiras/divorciadas. Analisando a tabela 2, verificou-se que no primeiro caso as mulheres com idade igual ou superior a 46 anos se encontram em maior percentagem (93,6%) e nas solteiras/divorciadas a maior percentagem verificou-se, nas com idade igual ou inferior a 45 anos (15,7%). Podemos ainda referir que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o estado civil ($X^2=6,872$; $p=0,008$) (cf. tabela 1).

Profissão

Analisando a profissão das mulheres inquiridas as maiores percentagens observaram-se nas mulheres que exercem uma profissão ao nível do setor secundário (30,3%), entre as quais a maioria possui uma idade igual ou inferior a 45 anos (33,6%), seguido pelas mulheres domésticas, numa percentagem de 30,9%, sendo que destas a maior parte possui também uma idade igual ou inferior a 45 anos (37,1%). Alude-se ainda o fato 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 das mulheres com IU verificou-se que mais de metade das mulheres inquiridas se encontra 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%). Posto isto, as diferenças entre a idade e a situação profissional revelaram-se significativas ($X^2=5,392$; $p=0,014$) (cf. tabela 1).

Habilitações Literárias

No que diz respeito às habilitações literárias e analisando a tabela 2 verificou-se que 70,2% das mulheres possui o 3º Ciclo, 19,7% o Secundário/Curso Profissional e 10,2% 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 Secundário/Curso Profissional e o Ensino Superior têm uma idade igual ou inferior a 45 anos (29,9%; 15,4%). Pode-se ainda aludir ao fato de existirem diferenças estatisticamente significativas ($X^2=21,681$; $p=0,000$) (cf. tabela 1).

Área de Residência

Relativamente à área de residência das mulheres inquiridas, observou-se que a maioria reside numa vila (44,7%), enquanto 28,9% reside numa cidade e 26,3% numa aldeia. As mulheres que residem numa vila ou cidade apresentam idade igual ou inferior a 45 anos (49,6%; 34,2%), enquanto as mulheres com idade igual ou superior a 46 anos residem numa aldeia

(32,6%). Refere-se ainda que existiram diferenças estatisticamente significativas entre a idade e a área de residência ($X^2=10,138$; $p=0,006$) (cf. Tabela 1).

Rendimento Mensal

Quanto ao rendimento mensal verifica-se que 31,0% das mulheres possui um rendimento mensal até 500 euros, 47,7% possuía um rendimento entre 500 e 1000 euros e 21,3% possuía 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 possui uma idade igual ou inferior a 45 anos (50,4%; 26,1%). Chegou-se à conclusão que esta disposição entre a idade e o rendimento mensal não revela 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	
	N	%	N	%	n	%
Raça						
Branca	113	96,6	186	98,9	299	98,0
Negra	4	3,4	2	1,1	6	2,0
Nacionalidade						
Portuguesa	107	91,5	184	97,9	291	95,4
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
Casada/União fato	97	84,3	176	93,6	273	90,1
Profissão						
Setor Primário	14	12,1	17	9,0	31	10,2
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
Desempregado	53	46,5	108	60,3	161	54,9
Habilitações Literárias						
Até 3º ciclo	64	54,7	150	79,8	214	70,2
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
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
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 do: estudo é constituída por 305 mulheres com IU com idades compreendidas entre os 29 e os 75 anos, sendo 50,01 anos a média de idades e apresentando um desvio padrão de 10,37 anos.
- A maior parte das mulheres são de raça branca (98,0%) e de nacionalidade portuguesa (95,4%), casadas/união de facto (90,1%), residem numa vila (44,7%), são domésticas (30,9%) e encontram-se atualmente desempregadas (54,9%), possuem habilitações literárias situadas ao nível do 3º ciclo de escolaridade (70,2%), e grande parte classifica o seu rendimento mensal entre os 500 a 1000 euros (47,7%).

1.3- INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

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

1.3.1- Questionário

O questionário consta de três partes:

Parte I – Caracterização sociodemográfica – Esta primeira parte engloba nove questões e possibilita recolher dados relevantes sobre o perfil sociodemográfico da mulher, como a idade, raça, nacionalidade, estado civil, profissão, situação profissional atual, habilitações literárias, área de residência e rendimento mensal.

Parte II – Caracterização obstétrica e ginecológica: Possibilita conhecer os antecedentes obstétricos da mulher, recorrendo-se a dez questões: peso e altura da qual resultará o 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 e para quem respondeu que o peso era superior ou igual a 4 kg o número de filhos com esse peso, local do parto e as horas sentada por dia.

Esta segunda parte dá-nos ainda indicações sobre os antecedentes ginecológicos da mulher, através de sete questões: anos de perda de urina, presença de infeções vaginais/dermatites e para quem respondeu afirmativamente o número de episódios no último ano, se efetuou cirurgias para a correção da IU, uso de pensos absorventes, e em caso

afirmativo o número de pensos nas 24 horas, associação do início de perda de urina com algum momento de vida, conhecimentos sobre exercícios de Kegel e para os que conhecem quantas vezes os praticam e, finalmente, se transporta de pesos superiores a três quilos.

Parte III – Estilos de vida: Possibilita conhecer os estilos de vida da mulher, a partir de seis questões: exercício físico, ingestão de líquidos, frequência das dejeções, hábitos tabágicos, hábitos alcoólicos e horas de sono.

1.3.2- Escalas

Neste estudo utilizaram-se quatro escalas, nomeadamente: a Escala do Impacto da Incontinência (*ICIQ-SF Short Form*), a Escala da Valorização da Incontinência Urinária, a Escala da Sexualidade e o Questionário de Qualidade de Vida em Mulheres com IU.

Impacto da incontinência – *ICIQ-SF Short Form* - Trata-se de um questionário específico e genérico, para um instrumento de avaliação da QDV, pois tem sido utilizado na pesquisa científica dos últimos anos, pelo grande interesse dos pesquisadores em saúde, por métodos subjetivos de avaliação clínica (Tamanini et al., 2004). Este questionário avalia o impacto da IU na QDV 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 IU. A cotação final do *ICIQ-SF Short Form* obtém-se somando os itens 1, 2 e 3. O item 1 é cotado de 0 a 5 sendo que a 0 corresponde nunca e 5 constantemente. O item 2 foi cotado considerando 0 quem respondeu nenhuma, 2 pequena quantidade, 4 moderada quantidade e 6 grande quantidade. O item 3 tem uma cotação que oscila entre 0 e 10 sendo que o corresponde a não interfere muito e 10 interfere.

Valorização da IU - É um questionário hétero administrado, constituído por nove questões, mensuradas em respostas dicotómicas Sim/Não, com o objetivo de identificar o tipo de IU, 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 IU de esforço de 77,2%, enquanto a resposta afirmativa a pelo menos três das perguntas (f, g, h, i) têm um valor preditivo positivo na mulher para a IU de urgência em 57,6%. Em função dos valores percentuais obtidos e tendo em conta os pontos de corte estabelecidos pelos autores constituíram-se dois grupos sem incontinência de urgência e com incontinência de urgência

Questionário de QDV em Mulheres com IU - Questionário de King's Health Questionnaire - O questionário de *King's Health Questionnaire* foi testado e validado para a população portuguesa, mais especificamente na região centro por Ferreira, Lavrador e Filipe, em 2008. Encontra-se categorizado em 9 domínios: percepção de saúde, impacto da IU, limitação no desempenho de tarefas, limitação física, limitação social, relações pessoais, emoções,

sono/energia e medidas de gravidade, sendo que na primeira parte do *KHQ* aborda a perceção 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:

- **Perceção da saúde** - Scores = $(\text{Score to Q1-1})/4 \times 100$
- **Impacto da IU** - Scores = $(\text{Score to Q2-1})/3 \times 100$
- **Limitações no desempenho de tarefas** - 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= $(\text{Score to Q 6A} + \text{6B} + \text{6C}) - 3)/9) \times 100$
- **Sono/Energia**- Score= $(\text{Score to Q 7A} + \text{7B}) - 2)/6) \times 100$
- **Medidas de gravidade**- Score= $(\text{Score to Q 8A} + \text{8B} + \text{8C} + \text{8D}) - 4)/12) \times 100$

Com o objetivo de ilustrar a QDV que caracteriza esta amostra, estabeleceram-se os seguintes pontos de corte: \leq 50 – qualidade de vida fraca; 51 - 66 – qualidade de vida moderada e \geq 66 - qualidade de vida elevada.

Escala da Sexualidade de William E. Snell Jr. (1997)

A Escala da Sexualidade é composta por 30 itens que medem o ajustamento quanto a fatores importantes do bem-estar sexual, em 3 dimensões: Estima Sexual, Preocupação Sexual e Depressão Sexual. As respostas aos itens encontram-se numa escala de 5 pontos tipo Likert variando de (1) concordo a (5) discordo, sendo que quanto mais elevada for a pontuação maior a perceção do bem-estar sexual vivenciado pelas mulheres.

A Estima Sexual é avaliada pelos itens 1,4,7,10,13,16,19,22,25,28; a Preocupação Sexual pelos itens 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24,27,30, e por fim a Depressão Sexual pelos itens 2, 5, 8, 17, 20, 23, 26, 29.

Os itens (10, 13, 19, 25, 28, 5, 23, 29, 9, 21, 24, 27, 30) são cotados inversamente de forma que 1=5; 2=4; 3=3; 4=2; 5=2, sendo seguidamente codificados de forma que 1=0; 2=1; 3=2; 4=3; 5=4. Em seguida os itens de cada dimensão são somados, de forma que os scores mais altos correspondem à maior estima sexual, depressão sexual e preocupação sexual. No

estudo psicométrico da Escala da Sexualidade observaram-se parâmetros psicométricos de validade fatorial e índices de consistência interna (Alpha de Cronbach) satisfatórios.

Considera-se que os percentuais de variância explicada (44,2%) representam adequadamente o construto Sexualidade através de quatro fatores. Os índices de consistência interna situaram-se acima de 0,70, indicando 30 com boa confiabilidade. O quarto componente (despreocupação sexual) apresentou um alfa de Cronbach de 0,61. Este índice, contudo, é aceitável em pesquisa exploratória

Estudo psicométrico da escala da sexualidade

Na análise psicométrica da escala da Sexualidade procedemos à avaliação de algumas das suas propriedades psicométricas, mais especificamente os estudos de fiabilidade e os estudos de validade. Os estudos de fiabilidade dizem algo sobre o grau de confiança ou de exatidão que podemos ter na informação obtida. Avaliam a estabilidade temporal e a consistência interna ou homogeneidade dos itens.

Relativamente aos resultados da fiabilidade, a tabela 2 mostra-nos as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global o que nos dá uma ideia da forma como o item se combina com o valor global.

Como verificamos os valores de alfa de Cronbach variam entre 0.527 e 0.653. Os valores médios e respetivos desvios padrões dos diversos itens, permitem-nos dizer que se encontram bem centrados.

Efetuando o cálculo do índice de fiabilidade pelo método das metades os valores de alfa de Cronbach revelaram-se mais fracos, do que o alfa para a globalidade da escala (0.597) já que para a primeira metade se obteve um valor de 0.515 e para a segunda de 0.145 (cf. tabela 2).

Tabela 2 – Consistência Interna da Escala da Sexualidade

Nº Item	Itens	M	DP	R item-total (s/item)	Alfa de Cronbach (s/item)
1	Sou uma boa parceira sexual	0,78	0,791	0,210	0,586
2	Estou insatisfeita com o aspeto sexual da minha vida	2,89	1,055	-0,187	0,626
3	Penso em sexo o tempo todo	5,59	0,739	0,434	0,569
4	Eu avaliaria minhas habilidades sexuais como sendo muito boas	1,30	1,092	0,551	0,544
5	Sinto-me bem em relação à minha sexualidade	2,64	1,388	0,110	0,598
6	Penso em sexo mais do que qualquer outra coisa	3,22	0,926	0,151	0,591
7	Sou melhor no sexo do que a maioria das outras pessoas	2,85	0,991	0,138	0,592
8	Estou dececionada com a qualidade da minha vida sexual	2,88	0,889	-0,052	0,609
9	Eu não sonho acordada com situações sexuais	3,49	1,044	0,341	0,570
10	Às vezes tenho dúvidas sobre a minha competência sexual	1,13	1,034	-0,007	0,607
11	Pensar em sexo deixa-me feliz	1,84	0,779	0,287	0,580
12	Eu tenho tendência a preocupar-me com sexo	3,01	1,124	0,362	0,566

13	Eu não estou muito confiante em encontros sexuais	2,44	1,165	0,472	0,551
14	Consigo sentir prazer e alegria através do sexo	1,00	0,963	0,337	0,572
15	Eu estou constantemente a pensar em sexo	3,74	0,672	0,296	0,581
16	Eu penso em mim mesma como uma parceira sexual muito boa	2,07	1,423	-0,288	0,653
17	Sinto-me desanimada com a minha vida sexual	3,08	0,822	-0,109	0,612
18	Penso em sexo uma grande parte do tempo	3,71	0,554	0,383	0,579
19	Eu classificar-me-ia como baixo parceiro sexual	0,86	0,959	0,000	0,605
20	Sinto-me infeliz com as minhas relações sexuais	3,05	1,034	0,218	0,584
21	Eu raramente penso em sexo	3,16	1,197	0,319	0,570
22	Estou confiante sobre mim mesma como uma parceira sexual	0,82	0,950	-0,112	0,616
23	Sinto-me satisfeita com a minha vida sexual	2,98	0,966	0,152	0,591
24	Eu quase nunca fantasio sobre sexo	2,60	0,892	0,522	0,556
25	Eu não sou muito confiante sobre a minha habilidade sexual	1,90	0,798	0,151	0,591
26	Sinto-me triste quando penso sobre as minhas experiências sexuais	2,50	1,290	0,126	0,595
27	Provavelmente penso menos em sexo do que a maioria das pessoas	2,37	1,159	-0,052	0,615
28	Eu às vezes duvido da minha competência sexual	1,39	0,972	0,216	0,584
29	Eu não estou desanimado com o sexo	2,90	1,096	-0,036	0,611
30	Eu não penso em sexo muitas vezes	2,24	1,585	0,539	0,527
Coefficiente Split-half		Primeira metade = 0,515			
		Segunda metade = 0,145			
Coefficiente Alpha Cronbach Global		0,597			

Na continuação do estudo da fiabilidade da escala, apresentamos na tabela 3 os parâmetros de validade e de precisão das subescalas da sexualidade.

No que concerne ao ambiente de estudo que como referimos pretende medir as condições do meio no qual o estudante realiza o estudo, obtêm-se valores de alfa situados entre o 0,492 e o 0,717 (cf. tabela 3) com um valor global para o total da escala de 0.597.

Tabela 3 – Consistência Interna das subescalas da Escala da Sexualidade

Sub-escala	Itens	M	DP	R item-total (s/item)	Alfa de Cronbach (s/item)
Estima Sexual	Eu sou uma boa parceira sexual	0,79	0,793	0,586	0,492
	Eu avaliaria minhas habilidades sexuais como sendo muito boas	1,30	1,091	0,477	0,495
	Eu sou melhor no sexo do que a maioria das outras pessoas	2,84	0,991	0,283	0,551
	Às vezes tenho dúvidas sobre a minha competência sexual	1,13	1,034	0,462	0,503
	Eu não estou muito confiante em encontros sexuais	2,44	1,163	-0,128	0,659
	Eu penso em mim mesma como uma parceira sexual muito boa	2,07	1,421	0,045	0,634

Depressão Sexual	Eu classificar-me-ia como baixa parceira sexual	0,86	0,960	0,380	0,528
	Estou confiante sobre mim mesma como um parceira sexual	0,82	0,951	0,357	0,534
	Eu não sou muito confiante sobre a minha habilidade sexual	1,90	0,797	0,078	0,593
	Eu às vezes duvido da minha competência sexual	1,39	0,971	0,365	0,531
	Estou insatisfeita com o aspeto sexual da minha vida	2,89	1,055	0,244	0,581
	Sinto-me bem em relação à minha vida sexual	2,64	1,386	0,351	0,550
	Estou dececionada com a qualidade da minha vida sexual	2,87	0,889	0,430	0,534
	Sinto-me desanimada com a minha vida sexual	3,08	0,823	0,348	0,557
	Sinto-me infeliz com as minhas relações sexuais	3,05	1,035	0,392	0,538
	Eu sinto-me satisfeita com a minha vida sexual	2,97	0,966	0,558	0,493
	Sinto-me triste quando penso sobre as minhas experiências sexuais	2,50	1,288	0,349	0,549
	Eu não estou desanimada com o sexo	2,90	1,096	-0,131	0,684
	Penso em sexo o tempo todo	3,59	0,739	0,531	0,643
	Penso em sexo mais do que qualquer outra coisa	3,22	0,926	0,059	0,710
	Preocupação Sexual	Eu não sonho acordada com situações sexuais	3,49	1,044	0,499
Eu tenho tendência a preocupar-me com sexo		3,01	1,124	0,477	0,638
Eu estou constantemente a pensar em sexo		3,74	0,672	0,396	0,663
Penso em sexo uma grande parte do tempo		3,71	0,554	0,332	0,674
Eu raramente penso em sexo		3,16	1,197	0,590	0,611
Eu quase nunca fantasio com sexo		2,60	0,892	0,529	0,636
Provavelmente penso menos em sexo do que a maioria das pessoas		2,37	1,159	0,164	0,702
Eu não penso em sexo muitas vezes	2,24	1,585	0,202	0,717	

Uma contribuição para o estudo da validade da escala é a determinação da matriz de correlação entre os diversos fatores e o valor global da escala. Refere Vaz Serra (1994) que as correlações não devem ser demasiado elevadas pois este fato indica-nos que os itens são redundantes, sendo preferível existir uma correlação moderada entre si, fato que nos revela uma sensibilidade a aspetos diferentes do mesmo construto.

De acordo com os resultados obtidos, que apresentamos na tabela 4, verificamos que as correlações entre as quatro subescalas e o valor global da escala, são positivas e negativas e significativamente correlacionadas oscilam entre ($r=0.145$) (estima sexual vs. Preocupação sexual) e ($r=-0.467$) (estima sexual vs. Depressão sexual). Quanto às correlações existentes entre as diferentes subescalas e o valor global, denotamos que estas oscilam entre $r=0.391$ com a depressão sexual e $r=0.833$ com a preocupação sexual. Perante estes resultados concluiu-se que o aumento ou diminuição numa das subescalas se encontra associado a aumentos ou diminuições nas restantes subescalas, com exceção da depressão sexual.

Tabela 4 – Matriz de Correlação de Pearson entre subescalas e a sexualidade

Subescalas	Estima Sexual	Depressão Sexual	Preocupação Sexual
Depressão Sexual	-0,467**	--	--
Preocupação Sexual	0,145*	0,181**	--
Total da Sexualidade	0,423**	0,391**	0,833**

** p<0,010

* p<0,050

Com o objetivo de ilustrar a perceção do bem-estar sexual que caracteriza esta amostra, estabeleceu-se, tendo por base a mediana intervalo interquartilico Mediana \pm 0,25 do intervalo interquartilico, os seguintes pontos de corte:

Para a estima sexual ≤ 14 ; $15-16$; ≥ 17 ;

Depressão sexual ≤ 22 ; ≥ 24 ;

Preocupação sexual ≤ 30 ; ≥ 32 ;

Valor global da escala sexual ≤ 68 ; ≥ 71 .

1.4- PROCEDIMENTOS

Ao realizar-se um trabalho de investigação é imprescindível que se tenha presente o conceito de ética, para que não se violem os direitos das pessoas. Assim, para que este estudo respeitasse as normas éticas e deontológicas, foi realizado um pedido de autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados, que se expôs aos Conselhos de Administração e respetivas Comissões de Ética das Instituições de Saúde alvo, mencionando o tema e a finalidade do estudo, garantindo a disponibilidade dos resultados obtidos caso estes tenham pertinência para a entidade em causa, Agrupamento de Centros de Saúde (cf. Anexo II) e a um Hospital da região centro do país (cf. Anexo II). Importa ainda referir que a Comissão Nacional de Proteção de Dados foi notificada, dando-nos a respetiva autorização (cf. Anexo II).

Após o aval positivo das instituições e das respetivas comissões de ética para a aplicação dos questionários, procedeu-se ao início de recolha de dados, que decorreu 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. Desde modo, obteve-se o consentimento informado das respondentes para a participação no estudo, através do preenchimento livre e esclarecido do questionário. Obteve-se uma amostra final de 305 mulheres que colaboraram de forma livre e espontaneamente na presente investigação.

O instrumento de colheita de dados compreende as referidas escalas, 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 - PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

No que se refere ao tratamento estatístico 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*.

Quanto 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 (2008, p.79) 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 $-1,96$, 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-Sminov, 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.

Quanto 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 respectivas 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 mencionam os mesmos autores, 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:

- $\geq 1,96$ diferença estatística significativa
- $< 1,96$ diferença estatística não significativa

Foram 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

Após estas considerações metodológicas, irá ser abordada, no capítulo seguinte, a apresentação dos resultados, através de tabelas e figuras.

CAPÍTULO 2- RESULTADOS

De seguida procede-se à apresentação dos resultados referentes aos dados recolhidos. De forma a facilitar a análise dos dados estatísticos obtidos, estes estão expostos em quadros precedidos da respetiva análise. Este capítulo encontra-se estruturado em duas partes, a primeira diz respeito à análise descritiva e a segunda à análise inferencial.

2.1. ANÁLISE DESCRITIVA

Procede-se à apresentação dos resultados decorrentes da estatística descritiva, tendo em conta: a caracterização obstétrica e ginecológica, estilos de vida, contextual, QDV das mulheres com IU e sexualidade.

2.1.1. Caracterização Obstétrica

Peso

O peso das mulheres inquiridas varia entre um mínimo de 47 kg e um máximo de 95 kg, sendo que a média do peso da nossa amostra centra-se nos 70,47 kg, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 10,06. Quanto ao coeficiente de variação o peso apresenta uma variação fraca. Atendendo à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição do peso é simétrica e platicúrtica. No que concerne ao teste da normalidade Kolmogorov-Smirnov (Ks), como *p-value* é inferior a 0,050 verifica-se que não estamos presente de uma distribuição normal. (cf. Tabela 5).

Com o intuito de compreender se o grupo de idades (≤ 45 anos; ≥ 46 anos) interferia estatisticamente com o peso realizou-se o teste t de Student. Refira-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade, o peso, a altura e o IMC ($t=0,115$; $p=0,908$) (cf. Tabela 5).

Altura

A altura das mulheres inquiridas 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. Quanto ao coeficiente de variação, a altura apresenta uma dispersão fraca. Na análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos mencionar que a distribuição da altura é simétrica e leptocúrtica. Por último, no que se refere ao teste da normalidade (Ks), como *p-value* é inferior a 0,050 verifica-se que não estamos presente de uma distribuição normal.(cf. Tabela 5).

Realizou-se o teste t de Student com o intuito de compreender se o grupo de idades (≤ 45 anos; ≥ 46 anos) interferia estatisticamente com a altura. Denote-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade, o peso, a altura e o IMC ($t=1,784$; $p=0,075$) (cf. Tabela 5).

Índice de Massa Corporal

O índice de massa corporal (IMC) das mulheres inquiridas varia entre um valor mínimo de $18,59 \text{ kg/m}^2$ e um valor máximo de $37,04 \text{ kg/m}^2$, sendo que a média se situa nos $26,76 \text{ kg/m}^2$, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 3,54, apresentando um coeficiente de variação, com uma dispersão fraca.

No que se refere ao teste de Kolmogorov-Smirnov (K/S), este apresenta uma distribuição normal, revelando os valores de assimetria e curtose, curvas gaussianas com simetria e mesocúrtica (cf. Tabela 5).

O teste t de Student foi realizado com o intuito de verificar se o grupo de idades (≤ 45 anos; ≥ 46 anos) interferia estatisticamente com o IMC. Refere-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 5).

Analisando a tabela 9, observou-se que mais de metade das mulheres inquiridas possui excesso de peso (67,5%), sendo que destas a maioria possuía 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%). Verifica-se ainda que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o IMC ($X^2=1,596$; $p=0,207$) (cf. Tabela 9).

Tabela 5 – Estatísticas relativas ao IMC 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 vezes que esteve grávida

O número de vezes que as mulheres inquiridas estiveram grávidas varia entre um mínimo de 1 e um máximo de 4 vezes, sendo que a média se situa nos 1,92, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 0,78. Quanto ao coeficiente de variação, o número de vezes que esteve grávida apresenta uma dispersão elevada. Atendendo à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição da presente variável é assimétrica

positiva e mesocúrtica. No que se refere ao teste da normalidade (Ks), como *p-value* é inferior a 0,050 significa que estamos perante de uma distribuição não normal (cf. Tabela 6).

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

Número de filhos

O número de filhos das mulheres inquiridas varia entre um mínimo de 1 e o máximo de 4 filhos, sendo que a média do número de filhos da nossa amostra se situa nos 1,85, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 0,69. Quanto ao coeficiente de variação, o número de filhos apresenta uma dispersão elevada. 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. Por último, no que se refere ao teste da normalidade (Ks), como *p-value* é inferior a 0,050 verifica-se que não estamos presente uma distribuição normal. (cf. Tabela 6).

Com base na tabela 6, verificou-se que 31,1% das mulheres tiveram um filho, 54,1%, ou seja, mais de metade das mulheres com IU teve 2 filhos e apenas 14,8% das mulheres tiveram 3 ou mais filhos. Em relação à idade observou-se que das mulheres que tiveram um filho tinham maioritariamente idade igual ou inferior a 45 anos (43,6%), as mulheres que tiveram 2 filhos e as que tiveram 3 ou mais filhos tinham na sua maioria uma idade igual ou superior a 46 anos (56,4%; 20,2%). Pode ainda referir-se que neste caso revelaram-se diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o número de filhos ($X^2=19,805$; $p=0,000$) (cf. Tabela 9).

Tabela 6 – Estatísticas relativas ao número de vezes que esteve grávida e o número de filhos das mulheres com Incontinência Urinária

	n	Mínimo	Máximo	\bar{X}	Dp	CV (%)	SK/EP	K/EP	KS
Número de vezes que esteve grávida	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 9, verificou-se que a maioria das mulheres inquiridas tem um parto normal (82,3%), 13,1% das mulheres têm um parto vaginal instrumentado e apenas 4,6% das mulheres têm o filho por cesariana. Cita-se ainda que das mulheres que apresentam 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 que possuem uma idade igual ou inferior a 45 anos (21,4%; 7,7%). Refere-se ainda que existe significância estatística entre a idade e o tipo de parto ($X^2=16,811$; $p=0,000$).

Número de horas que esteve 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, sendo que a média se situa nas 8,39 horas, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 2,52. Quanto ao coeficiente de variação apresenta-se como sendo elevado. Considerando a 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 primeiro filho é assimétrica positiva e leptocúrtica. No que concerne ao teste da normalidade (Ks), como p-value é inferior a 0,050 verifica-se que não estamos perante uma distribuição normal (cf. tabela 7).

Observou-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 tinha uma idade igual ou superior a 46 anos (41,5%;26,1%) e as mulheres com uma duração de trabalho de parto igual ou superior a 10 horas tinham na maioria uma idade igual ou inferior a 45 anos (41,0%). Refere-se ainda que não existiram diferenças estatisticamente significativas ($X^2=2,326$; $p=0,313$) (cf. tabela 9).

O número de 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 a oscilar em torno da média de 2,30. Quanto ao coeficiente de variação apresenta-se como sendo elevado. Considerando a 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 segundo filho é simétrica e leptocúrtica. No que concerne ao teste da normalidade (Ks), como p-value é inferior a 0,050 verifica-se que não estamos presente uma distribuição normal (cf. tabela 7).

Observa-se também que a maioria das mulheres esteve em trabalho de parto 7 ou mais horas (37,2%). Em relação à idade pode-se referir que a maioria das mulheres com um trabalho de parto de 4 ou menos horas tinha 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 tinham 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 9).

O número de horas que as mulheres inquiridas estiveram em trabalho de parto no terceiro filho varia entre um mínimo de 2 horas 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. Quanto ao coeficiente de variação apresenta-se como sendo elevado. Considerando a 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. No que concerne ao teste da normalidade (Ks), como p-value é inferior a 0,050 verifica-se que não estamos presente de uma distribuição normal (cf. tabela 7).

Observa-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 têm 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 têm na maioria uma idade igual ou inferior a 45 anos (80,0%). Salienta-se o 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 9).

Tabela 7 – Estatísticas relativas ao número de 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
Número de horas que esteve em trabalho de parto no 1º filho	305	1	24	8,39	2,52	30,04	5,857	16,252	0,000
Número de horas que esteve em trabalho de parto no 2º filho	207	1	14	5,78	2,30	39,79	1,740	2,021	0,000
Número de horas que esteve em trabalho de parto no 3º filho	43	2	10	5,26	2,01	38,21	0,067	0,963	0,014

Lesão durante o(s) seu(s) parto(s)

Tendo em conta a existência de alguma laceração, rasgadura ou corte no parto verificou-se na nossa amostra que 80,0% das mulheres respondeu negativamente, sendo que a maioria das mulheres possuía idade igual ou superior a 46 anos (83,5%), no entanto 20,0% respondeu afirmativamente tendo a maioria das mulheres uma idade igual ou inferior a 45 anos (25,6%). Denote-se ainda que não existiram diferenças estatisticamente significativas ($X^2=3,775$; $p=0,052$) (cf. tabela 9).

Número de filhos com peso superior a 4Kg

Mostra-nos a tabela 9, que 72,5% das mulheres inquiridas teve filhos com peso superior a 4Kg. Das mulheres que tiveram filhos com peso superior a 4Kg a maioria possui uma idade igual ou superior a 46 anos (76,1%) e das mulheres que não tiveram filhos com peso superior a 4 Kg (27,5%) possuem uma idade igual ou inferior a 45 anos (33,3%). Verifica-se que não existiram diferenças estatisticamente significativas ($X^2=3,191$; $p=0,074$).

Considerando as mulheres que responderam afirmativamente podemos referir que a maioria das mulheres inquiridas apenas tem um filho com peso superior a 4Kg (61,9%), sendo que estas possuem maioritariamente uma idade igual ou inferior a 45 anos (65,7%). As que tiveram 2 filhos com mais de 4Kg têm maioritariamente idade igual ou superior a 46 anos (40,8%) e as mulheres que tiveram 3 filhos com mais de 4Kg têm idade igual ou inferior a 45 anos (5,7%). Note-se que aqui não existiram diferenças estatisticamente significativas ($X^2=3,798$; $p=0,150$) (cf. tabela 9).

Local de parto

Concernente ao local de parto observou-se que mais de metade dos partos foi realizada no hospital (94,1%), sendo que estes apresentaram uma percentagem mais elevada nas mulheres com idade igual ou inferior a 45 anos. Alude-se ainda ao fato de existirem diferenças estatisticamente significativas entre o local de parto e a idade ($X^2=11,905$; $p=0,003$) (cf. tabela 9).

Número de horas sentado por dia

O número de horas sentado por dia das mulheres inquiridas varia entre um mínimo de 1 hora e um máximo de 12 horas, sendo que a média se situa nas 4,21 horas, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 1,84. Quanto ao coeficiente de variação apresenta-se como sendo elevado. Tendo em conta a análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição do número de horas que costuma estar sentado por dia é assimétrica positiva e leptocúrtica. No que concerne ao teste da normalidade (Ks), como p-value é inferior a 0,050 verifica-se que não estamos perante uma distribuição normal (cf. tabela 8).

Efetou-se o t-teste com o intuito de compreender se o grupo de idades (≤ 45 anos; ≥ 46 anos) interferia estatisticamente com o número de horas que as mulheres costumam estar sentadas por dia. Assim, constatou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre estas duas variáveis ($t=-1,644$; $p=0,082$) (cf. tabela 8).

Observou-se também que 33,9% das mulheres está sentada por dia 3 ou menos horas, 27,0% das mulheres está sentada por dia 4 horas e 39,1% das mulheres está sentada por dia 5 ou mais horas. Referente à idade verificou-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.

Posto isto, constata-se ainda a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o número de horas que costuma estar sentado por dia devido ao *p-value* ser superior a 0,050 ($X^2=1,387$; $p=0,500$) (cf. tabela 9).

Tabela 8 – Estatísticas relativas ao número horas que costumam estar sentadas por dia das mulheres com IU

	n	Mínimo	Máximo	\bar{X}	Dp	CV (%)	SK/EP	K/EP	KS
Quantas horas costuma estar sentada por dia	304	1	12	4,21	1,84	43,71	6,236	6,940	0,000

Tabela 9 – Caracterização obstétrica da amostra em função da idade

	<= 45 anos		>= 46 anos		Total	
	n	%	n	%	n	%
IMC						
Peso Normal	43	36,8	56	29,8	99	32,5
Excesso de Peso	74	63,2	132	70,2	206	67,5
Número de vezes que esteve grávida						
1	49	41,9	44	23,4	93	30,5
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
2 Filhos	59	50,4	106	56,4	165	54,1
>= 3 Filhos	7	6,0	38	20,2	45	14,8
Tipo de parto						
Normal	83	70,9	168	89,4	251	82,3
Vaginal instrumentado	25	21,4	15	8,0	40	13,1
Cesariana	9	7,7	5	2,7	14	4,6
Número de horas que esteve em trabalho de parto no 1º filho						
<= 7 Horas	43	36,8	78	41,5	121	39,7
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
Número de horas que esteve em trabalho de parto no 2º filho						
<= 4 Horas	25	39,1	29	20,3	54	26,1
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
Número de horas que esteve em trabalho de parto no 3º filho						
<= 4 Horas	0	0,0	18	47,4	18	41,9
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
Teve alguma laceração, rasgadura, corte durante o(s) seu(s) parto(s)						
Sim	30	25,6	31	16,5	61	20,0
Não	87	74,4	157	83,5	244	80,0
Teve filhos com peso superior a 4 Kg						
Sim	78	66,7	143	76,1	221	72,5
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
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
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 que costuma estar sentada por dia						
<= 3 Horas	43	36,8	60	32,1	103	33,9
4 Horas	33	28,2	49	26,2	82	27,0
>= 5 Horas	31	35,0	78	41,7	119	39,1

Em síntese:

- Averiguámos que 67,5% das mulheres possui excesso de peso; 51,1% esteve 2 vezes grávida; 54,1% das mulheres confirma ter tido dois filhos e 82,3% afirma ter tido os filhos através de parto normal;
- 39,7% das mulheres este 7 ou menos horas de trabalho de parto do primeiro filho; 36,7% afirma que o trabalho de parto do segundo filho durou entre 5 a 6 horas e 41,9% aludiu que o trabalho de parto do 3º filho durou 7 ou menos horas;
- 80% das mulheres inquiridas mencionaram que não tiveram lacerações, rasgaduras ou cortes durante o(s) parto(s);
- 72,5% das participantes mencionaram que tiveram filhos com mais de 4 kg, sendo que destes, 61,9% mencionaram ter sido apenas 1 filho com mais de 4 kg;
- 94,1% das mulheres efetuou o parto no hospital;
- Por último, 39,1% das inquiridas menciona estar 5 ou mais horas sentada, por dia.

2.1.2- Caracterização Ginecológica

O **número de anos de perda de urina** das mulheres inquiridas varia entre um mínimo de 1 ano e um máximo de 30 anos, sendo que a média se situa nos 8,69 anos, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 6,14. Alusivo ao coeficiente de variação, os anos de perda urina apresenta uma dispersão elevada. Atendendo à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição dos anos de perda de urina é assimétrica positiva e leptocúrtica. Por último, no que se refere ao teste da normalidade (Ks), como p-value é inferior a 0,050 verifica-se que não estamos perante uma distribuição normal (cf. tabela 10).

Verificou-se também que 35,1% das mulheres inquiridas perdem urina há 5 ou menos anos, 29,8% perde urina entre há 6 e 9 anos e 35,1% das mulheres perdem urina há 10 ou mais

anos. Tendo em conta a idade observou-se que as mulheres que perdem urina há 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 há 10 ou mais anos possuem na sua maioria uma idade igual ou superior a 46 anos (53,7%). Alude-se ainda que existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o número de anos de perda de urina ($X^2=77,891$; $p=0,000$) (cf. tabela 11).

Tabela 10 – Estatísticas relativas aos anos de perda de urina das mulheres com Incontinência Urinária

	N	Mínimo	Máximo	\bar{X}	Dp	CV (%)	SK/EP	K/EP	KS
Anos que perde urina	305	1	30	8,69	6,14	70,66	8,693	4,259	0,000

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. Quanto ao coeficiente de variação, o número de episódios no último ano apresenta uma dispersão elevada. Atendendo à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição do número de episódios no último ano é assimétrica positiva e leptocúrtica. Por último, no que se refere ao teste da normalidade (Ks), como p-value é inferior a 0,050 verifica-se que não estamos presente de uma distribuição normal.

Em termos de valores percentuais, observou-se que 65,2% das mulheres não possui infeções vaginais/ dermatites frequentes, destas 72,9% possuem perdas de urina há 10 ou mais anos. Mencione-se ainda que 40,2% das mulheres inquiridas que têm frequentemente infeções vaginais/dermatites possuem perdas de urina há 5 ou menos anos. Denote-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os anos que perdem urina e as infeções vaginais/dermatites frequentes ($X^2=4,428$; $p=0,109$) (cf. tabela 11).

Ainda relativo ao número de episódios de infeções vaginais/dermatites das mulheres inquiridas, 41,5% referiu ter tido duas infeções no último ano, sendo que destas 48,8% tem perdas de urina há 5 ou menos anos. Ainda foi possível observar que 44,8% das mulheres que referem ter tido apenas uma infeção/dermatite no último ano têm perdas de urina há 10 ou mais anos e 34,9% das mulheres que mencionaram ter mais de duas infeções/dermatites no último ano possuem perdas de urina há 5 ou menos anos. Constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis supracitadas ($X^2=9,437$; $p=0,051$) (cf. tabela 11).

Relativamente à idade, a maioria das mulheres com duas infeções/dermatites no último ano (41,5%) possui uma idade igual ou superior a 46 anos. Refere-se ainda que não existiram diferenças estatisticamente significativas ($X^2=0,067$; $p=0,967$) (cf. Tabela11).

Quanto à **cirurgia para correção de IU** observou-se que 98,0% das mulheres inquiridas não fizeram cirurgia, das quais a maioria possuía uma idade igual ou inferior a 45 anos (100,0%) e 2,0% das mulheres fez cirurgia tendo estas apresentado 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 11).

Através da análise da tabela 11 e relativamente ao **uso de pensos absorventes**, verificou-se que apenas 15,4% das mulheres não usa pensos absorventes enquanto a grande maioria, ou seja, 84,6% usam pensos absorventes. Quanto à idade em ambos os casos as percentagens foram iguais. Pode ainda referir-se que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o uso de pensos absorventes ($X^2=0,000$; $p=0,992$).

Analisando a tabela 11 pode-se referir que 89,9% das mulheres não **associa o início da perda de urina a nenhum momento da sua vida**, ao contrário de 10,1% das mulheres. Das mulheres que não associam o início da perda de urina a nenhum momento a maioria tem idade igual ou superior a 46 anos (96,2%) e as que associam a algum momento de vida a maioria tem idade igual ou inferior a 45 anos (20,4%). Neste caso registaram-se diferenças estatisticamente significativas ($X^2=20,956$; $p=0,000$).

Tendo em conta os **exercícios de Kegel**, 84,3% referem não os conhecer, ao contrário de 15,7% das mulheres que referem conhecê-los. Quanto à idade, as mulheres que referem não conhecer os exercícios de Kegel têm na maioria uma idade igual ou superior a 46 anos (90,4%) e das que referem conhecê-los têm na sua maioria uma idade igual ou inferior a 45 anos (25,6%). Denote-se que existiram diferenças estatisticamente significativas ($X^2=14,038$; $p=0,000$) (cf. tabela 11).

Relativamente à frequência da prática de exercícios de Kegel observou-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% praticam às vezes, das quais a maioria tem idade igual ou inferior a 45 anos (40,0%). Refere-se ainda que 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 11).

Analisando a tabela 11, verificou-se que 94,7% das mulheres, ou seja, mais de metade da amostra **transporta pesos superiores a 3Kg**, sendo que destas possuem idade igual ou inferior a 45 anos (97,4%). Alude-se o fato de existirem diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o transporte de pesos superiores a 3 Kg ($X^2=2,645$; $p=0,104$).

Tabela 11 – Caracterização Ginecológica da amostra em função da idade.

	<= 45 anos		>= 46 anos		Total	
	N	%	n	%	N	%
Anos que perde urina						
<= 5 Anos	66	56,4	41	21,8	107	35,1
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
Número de infeções no último ano						
Uma infeção	10	25,0	18	27,3	28	26,4
Duas infeções	17	42,5	27	40,9	44	41,5
Superior a duas infeções	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
Sim	0	0,0	6	3,2	6	2,0
Usa pensos absorventes						
Não	18	15,4	29	15,4	47	15,4
Sim	99	84,6	159	84,6	258	84,6
Associa o início da perda de urina a algum momento da sua vida						
Não	90	79,6	176	96,2	266	89,9
Sim	23	20,4	7	3,8	30	10,1
Conhecimento dos exercícios de kegel						
Não	87	74,4	170	90,4	257	84,3
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
Às vezes	12	40,0	6	33,3	18	37,5
Costuma transportar pesos superiores a 3 Kg						
Não transporta	3	2,6	13	6,9	16	5,3
Transporta	112	97,4	175	93,1	287	94,7

Em síntese:

- Na mesma percentagem, 35,1% das mulheres referiram que perdem urina há 5 ou menos anos e há 10 ou mais anos;
- 41,5% das mulheres afirmaram ter tido 2 infeções no último ano;
- 98,0% não efetuaram nenhuma cirurgia para correção da IU;
- 84,6% das mulheres utilizam pensos absorventes;
- 89,9% das inquiridas não associam o início da perda de urina a algum momento da sua vida;
- 84,3% não têm conhecimentos dos exercícios de Kegel;
- 62,5% das mulheres referiram nunca ter praticado exercícios de Kegel;
- 94,7% mencionaram transportar pesos superiores a 3 Kg.

2.1.3- Caracterização dos Estilos de Vida

Relativamente aos **estilos de vida** das mulheres com IU e analisando a tabela 12, observou-se que mais de metade da amostra não pratica exercício físico (50,2%), sendo que destas a maioria das mulheres inquiridas possui 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 pluralidade tem uma idade igual ou inferior a 45 anos (30,8%) e por fim, 22,0% praticam exercício físico esporadicamente, sendo que destas a maior parte possui igualmente uma idade igual ou inferior a 45 anos (27,4%).

Refira-se ainda que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o exercício físico ($X^2=5,673$; $p=0,059$).

Alusivo à **quantidade de água/líquidos ingeridos por dia** observou-se que mais de metade das mulheres ingere até 1L (59,7%) e 40,3% ingerem uma quantidade superior a 1L. Observou-se ainda que das mulheres inquiridas 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 verificou-se nas mulheres com idade igual ou inferior a 45 anos (53,8%). Note-se ainda que existiram diferenças estatisticamente significativas entre a idade e a quantidade de água/líquidos ingeridos por dia ($X^2=14,414$; $p=0,000$) (cf. tabela 12).

Referente à **frequência das dejeções** das mulheres inquiridas verificou-se que 70,0% das mulheres com IU apresentam dejeções diariamente e apenas 30,0% apresenta dejeções de 2 em 2 dias ou mais. Em relação à idade observou-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 na sua maioria uma idade igual ou inferior a 45 anos. Pode ainda referir-se que neste caso não existem diferenças estatisticamente significativas ($X^2=0,291$; $p=0,589$) (cf. tabela 12).

Tendo em conta as mulheres que apresentam **hábitos tabágicos** pode-se observar que o número de cigarros fumados por dia varia entre um mínimo é 1 e o máximo é 20, sendo que a média se situa nos 8,03 cigarros, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 0,35. Quanto ao coeficiente de variação, o número de cigarros fumados por dia apresenta uma dispersão fraca. 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.

Através da análise da tabela 12, verificou-se que a maioria das mulheres da amostra 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 de 35,0%. Alude-se ainda o fato de existirem diferenças estatisticamente significativas entre a idade e os hábitos tabágicos ($X^2=23,972$; $p=0,000$).

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 um máximo de 20, sendo que a média de cigarros se situa nos 8,20, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 0,45. Quanto ao coeficiente de variação, o número de cigarros que fumam por dia, as mulheres com idade igual ou inferior a 45 anos apresentam 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.

Quanto ao número de cigarros que fumam 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, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 0,53. 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.

Tendo em conta os valores percentuais podemos referir em relação ao número de cigarros por dia, que 47,6% da amostra fuma 7 cigarros ou menos e 52,4%, ou seja, mais de metade da amostra fuma 8 ou mais cigarros por dia. Podemos ainda referir que das mulheres que fumam 7 ou menos cigarros a maioria possui uma idade igual ou superior a 46 anos (54,5%) e das que fumam 8 cigarros ou mais a maioria possui uma idade igual ou inferior a 45 anos (56,1%). Alude-se que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o número de cigarros que fuma por dia ($X^2=0,650$; $p=0,420$) (cf. tabela 12).

Relativamente à **ingestão de bebidas alcoólicas** e analisando a tabela 19, podemos referir que 73,4% das mulheres inquiridas não ingerem bebidas alcoólicas sendo que a maioria possui uma idade igual ou superior a 46 anos (76,1%) e 26,6% ingerem bebidas alcoólicas, tendo estas maioritariamente uma idade igual ou inferior a 45 anos (30,8%). Verificou-se ainda que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade e a ingestão de bebidas alcoólicas ($X^2=1,726$; $p=0,189$) (cf. tabela 12).

Quanto à frequência de ingestão de bebidas alcoólicas observou-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 maior parte tem uma idade igual ou inferior a 45 anos (16,7%). Pode ainda referir-se que não existiram diferenças estatisticamente significativas ($X^2=0,961$; $p=0,327$) (cf. tabela 12).

Relativamente ao **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 a oscilar em torno da média de 0,04. 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.

Referente ao número de horas que dorme por dia e 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, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 0,06. Quanto ao coeficiente de variação, o número de horas que dorme por dia 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.

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. Quanto ao coeficiente de variação, o número de horas que dormem por dia as 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 simétrica e mesocúrtica.

Com o intuito de perceber se existe uma relação estatisticamente significativa entre a idade e o número de horas que dormem por dia efetuou-se um t-Teste, do qual se concluiu que não existem diferenças estatisticamente significativas entre ambos ($t=0,134$; $p=0,735$).

Tendo em conta o número de horas que dormem por dia observou-se que 60,1% das mulheres dormem 7 ou menos horas por dia e 39,9% dormem 8 ou mais horas por dia. Observou-se ainda que das mulheres que dormem 7 ou menos horas por dia a maioria possui idade igual ou inferior a 45 anos (60,7%) e das que dormem 8 ou mais horas por dia maioritariamente possuem idade igual ou superior a 46 anos (40,3%). Denote-se ainda que não existiram diferenças estatisticamente significativas ($X^2=0,030$; $p=0,862$) (cf. tabela 12).

Tabela 12 - Estatísticas relativas aos estilos de vida em função da idade.

	<= 45 Anos		>= 46 Anos		Total	
	N	%	n	%	N	%
Prática de exercício físico						
Nunca	49	41,9	104	55,3	153	50,2
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
Quantidade de água/líquidos ingeridos por dia						
Até 1L	54	46,2	128	68,1	182	59,7
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
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
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
>= 8 Cigarros	23	56,1	10	45,5	33	52,4
Ingere bebidas alcoólicas*****						
Não	81	69,2	143	76,1	224	73,4
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
Frequentemente	6	16,7	4	9,3	10	12,7
Horas de sono por dia*****						
<= 7 Horas	71	60,7	111	59,7	182	60,1
>= 8 Horas	46	39,3	75	40,3	121	39,9

Em síntese:

- Averiguámos que 50,2% das mulheres nunca praticaram exercício físico;
- 59,7% ingerem 1 L de água/líquidos por dia;
- 70% das participantes têm dejeções diariamente;
- 20,7% das mulheres possuem hábitos tabágicos, destes 52,4% fumam 8 ou mais cigarros por dia;
- 26,6% das inquiridas mencionaram ingerir bebidas alcoólicas, sendo que destas 87,3% referiram beber algumas vezes;
- 60,1% dormem 7 ou menos anos por dia.

2.1.4- Impacto de Incontinência – ICIQ-SF Short Form

O **impacto da IU** nas mulheres inquiridas varia entre um mínimo de 0 e um máximo de 21, sendo que a média se situa nos 13,11, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 0,20. Quanto ao coeficiente de variação, o impacto da IU apresenta uma dispersão fraca. Considerando a análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos mencionar que a distribuição do impacto da IU é assimétrica negativa e leptocúrtica.

Referente ao impacto da incontinência tendo em conta a idade e analisando a tabela 18, observa-se que nas mulheres com idade igual ou inferior a 45 anos, o mínimo é de 0 e o máximo é de 20, 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 IU nas mulheres com idade igual ou superior a 46 anos, o mínimo é de 0 e o máximo é de 2, sendo que a média se situa nos 13,39, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 0,27. Em relação ao coeficiente de variação, o impacto da IU 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.

Para compreender se existe, ou não, uma relação estatisticamente significativa entre a idade e o impacto da IU, efetuou-se um t-Teste, cujos resultados demonstram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre ambos ($t=1,726$; $p=0,085$).

Relativamente ao impacto da IU nas mulheres inquiridas e analisando a tabela 13 constatamos que 98,7%, ou seja, para a maioria das mulheres a IU tem impacto na sua vida, enquanto em apenas 1,3% da amostra esta não tem qualquer impacto. No caso das mulheres para quem a IU tem impacto na sua vida verificou-se que a maioria possui uma idade igual ou superior a 46 anos (98,9%) e no caso das mulheres para quem a IU não tem qualquer tipo de impacto a maioria possui uma idade igual ou inferior a 45 anos (1,7%). Conclui-se ainda que não existiram diferenças estatisticamente significativas ($X^2=0,232$; $p=0,630$).

2.1.5- Valorização da Incontinência Urinária

No que se refere à **IU de esforço**, verificou-se que a maioria das mulheres (71,9%) apresenta IU de esforço, sendo que destas a maioria tem uma idade igual ou superior a 46 anos (71,9%) e 28,1% não apresentam IU de esforço, sendo que destas a maioria possui uma idade igual ou inferior a 45 anos (28,2%) Por fim, pode ainda referir-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($X^2=0,000$; $p=0,985$) (cf. tabela 13).

Relativamente à **IU de urgência**, verificou-se que 76,6% das mulheres não a apresentam, sendo que destas a maioria possui uma idade igual ou inferior a 45 anos (78,6%) e 23,4% das mulheres apresentam IU de urgência, sendo que destas uma grande parte tem idade igual ou superior a 46 anos (24,7%). Por fim, pode ainda referir-se que não existiram diferenças estatisticamente significativas ($X^2=0,453$; $p=0,501$) (cf. tabela 13).

Tabela 13 - Estatísticas relativas ao impacto e valorização da IU em função da idade.

	<= 45 Anos		>= 46 Anos		Total	
	N	%	n	%	n	%
Impacto da incontinência						
Sem impacto	2	1,7	2	1,1	4	1,3
Com impacto	115	98,3	186	98,9	301	98,7

Incontinência de esforço						
Sem incontinência de esforço	33	28,2	52	28,1	85	28,1
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
Com incontinência de urgência	25	21,4	46	24,7	71	23,4

Incontinência de esforço versus incontinência de urgência

Através da análise da tabela 14, verificar-se que a maioria das mulheres que não tem IU de esforço apresentam IU de urgência numa percentagem de 38,0%, e a maioria das mulheres que tem IU de esforço não apresentam incontinência urinária de urgência numa percentagem de 74,9%. Pode ainda referir-se que existiram diferenças estatisticamente significativas ($X^2=4,482$; $p=0,034$) (cf. tabela 14).

Tabela 14- Estatísticas relativas ao tipo de incontinência urinária.

	Sem incontinência de urgência		Com incontinência de urgência		Total	
	n	%	n	%	n	%
Incontinência de esforço						
Sem incontinência de esforço	58	25,1	27	38,0	85	28,1
Com incontinência de esforço	173	74,9	44	62,0	217	71,9

2.1. 6-Characterização da sexualidade

Sexualidade segundo a Idade

No que concerne à sexualidade das mulheres com idade igual ou inferior a 45 anos verificou-se que a maioria possui uma sexualidade alta (56,4%) e a maioria das mulheres com idade igual ou superior a 46 anos possui uma sexualidade fraca numa percentagem de 49,2%. Verificou-se ainda a existência de diferenças estatisticamente significativas pelo que $p=0,007$ (cf. tabela 15).

Tabela 15 - Escala da Sexualidade segundo a idade

Escala da Sexualidade	≤ 45 Anos		≥ 46 Anos		Total		X^2	P
	N	%	N	%	n	%		
							10,051	0,007

Fraca	46	39,3	92	49,2	138	45,4
Moderada	5	4,3	21	11,2	26	8,6
Alta	66	56,4	74	39,6	140	46,1

Escala da Sexualidade segundo o Estado Civil

Relativamente ao estado civil observou-se que a maioria das mulheres solteiras/divorciadas apresenta uma sexualidade alta numa percentagem de 66,7% e a maioria das mulheres casadas/União de facto apresenta uma sexualidade fraca, numa percentagem de 47,1%. Refira-se ainda a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p=0,027$) (cf. tabela 16).

Tabela 16 - Escala da Sexualidade segundo o Estado Civil

	Solteira/Divorciada		Casada/união de facto		Total		X ²	P
	N	%	n	%	n	%		
Escala da Sexualidade							7,187	0,027
Fraca	10	33,3	128	47,1	138	45,7		
Moderada	-	0,0	26	9,6	26	8,6		
Alta	20	66,7	118	43,4	138	45,7		

Escala da Sexualidade segundo as Habilitações Literárias

Através da análise da tabela 17 pode-se referir que a maioria das mulheres com habilitações literárias até ao Secundário/Profissional apresenta uma sexualidade alta (47,3%) e a maioria das mulheres com o Ensino Superior apresenta uma sexualidade fraca (58,1%). Alude-se ainda ao fato de não terem existido diferenças estatisticamente significativas pelo que $p=0,237$.

Tabela 17 - Escala da Sexualidade segundo as habilitações Literárias

	Até Secundário/Profissional		Ensino Superior		Total		X ²	P
	n	%	N	%	n	%		
Escala da Sexualidade							2,236	0,327
Fraca	120	44,0	18	58,1	138	45,4		
Moderada	24	8,8	2	6,5	26	8,6		
Alta	129	47,3	11	35,5	140	46,1		

Escala da Sexualidade segundo o Rendimento Mensal

No que diz respeito ao rendimento mensal verificou-se que a maioria das mulheres com um rendimento até 500€ e com rendimento entre os 500 e os 1000€, a maioria possui uma

sexualidade alta (45,2%; 48,3%), enquanto a maioria das mulheres que possui um rendimento mensal igual ou superior a 1000€ apresenta uma sexualidade fraca (50,8%). Verificou-se ainda que não existiram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,883$) (cf. tabela 18).

Tabela 18 - Escala da Sexualidade segundo o Rendimento Mensal

	Até 500€		De 500 – 1000€		≥ 1000€		Total		X ²	P
	n	%	n	%	n	%	N	%		
Escala da Sexualidade									1,173	0,883
Fraca	42	45,1	62	43,4	32	50,8	136	45,5		
Moderada	9	9,7	12	8,4	5	7,9	26	8,7		
Alta	42	45,2	69	48,3	26	41,3	137	45,8		

Escala da Sexualidade segundo o IMC

Em relação ao IMC podemos referir que a maioria das mulheres com peso normal e com pré-obesidade apresentam uma sexualidade alta, numa percentagem respetivamente de 42,9% e de 48,7%, enquanto a maioria das mulheres que apresentam obesidade de grau 1 e de grau 2 apresentam uma sexualidade fraca (46,2%; 50,0%). Alude-se ainda ao facto de não terem existido diferenças estatisticamente significativas (cf. tabela 19).

Tabela 19 - Escala da Sexualidade segundo o IMC

	Peso normal		Pré-obesidade		Obesidade grau 1		Obesidade grau 2		Total		X ²	P
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Escala da Sexualidade											8,768	0,187
Fraca	42	42,8	70	46,7	24	46,2	2	50,0	138	45,4		
Moderada	14	14,3	7	4,7	4	7,7	1	25,0	26	8,6		
Alta	42	42,9	73	48,7	24	46,1	1	25,0	140	46,1		

Escala da Sexualidade segundo o Tipo de Parto

Alusivo ao tipo de parto, podemos referir que em termos percentuais a maioria das mulheres que teve um parto normal ou por cesariana apresenta uma sexualidade alta (48,2%; 64,3%) e a maioria das mulheres que teve um parto instrumentado apresenta uma sexualidade fraca numa percentagem de 75,0%. É de referir ainda a existência de diferenças estatisticamente significativas pelo que $p=0,001$ (cf. tabela 20).

Tabela 20 - Escala da Sexualidade segundo o Tipo de Parto

	Normal		Instrumentado		Cesariana		Total		X ²	P
	n	%	n	%	n	%	N	%		
Escala da Sexualidade									18,533	0,001
Fraca	103	41,2	30	75,0	5	35,7	138	45,4		
Moderada	24	9,6	2	5,0	-	0,0	26	8,6		

Alta	123	49,2	8	20,0	9	64,3	140	46,1
-------------	-----	------	---	------	---	------	-----	------

Escala da Sexualidade segundo o Número de Filhos

No que concerne o número de filhos podemos aludir ao facto de que a maioria das mulheres que têm um filho apresentam uma sexualidade fraca (50,0%), enquanto a maioria das mulheres que possuem 2 filhos e as que possuem 3 ou mais filhos apresentam uma sexualidade alta (46,1%; 51,1%). Refira-se ainda a não existência de diferenças estatisticamente significativas pelo que $p=0,244$ (cf. tabela 21).

Tabela 21 - Escala da Sexualidade segundo o Número de Filhos

	1 Filho		2 Filhos		≥ 3 Filhos		Total		X ²	P
	n	%	n	%	n	%	N	%		
Escala da Sexualidade									5,454	0,244
Fraca	47	50,0	76	46,0	15	33,3	138	45,4		
Moderada	6	6,4	13	7,9	7	15,6	26	8,6		
Alta	41	43,6	76	46,1	23	51,1	140	46,1		

Escala da Sexualidade segundo o Número de Horas que Passa Sentada por Dia

Referente ao número de horas que passa sentada por dia observou-se que a maioria das mulheres que passa sentada por dia 3 ou menos horas apresenta uma sexualidade fraca (51,0%), enquanto a maioria das mulheres que passa sentada por dia 4 horas ou 5 ou mais horas apresenta uma sexualidade alta (47,6%; 47,9%). Observou-se ainda que não existiram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,431$) (cf. tabela 22).

Tabela 22 - Escala da Sexualidade segundo o número de Horas que Passa Sentada por Dia

	≤ 3 Horas		4 Horas		≥ 5 Horas		Total		X ²	P
	n	%	n	%	n	%	N	%		
Escala da Sexualidade									3,816	0,431
Fraca	52	51,0	33	40,2	53	44,5	138	45,5		
Moderada	6	5,9	10	12,2	9	7,6	25	8,3		
Alta	44	43,1	39	47,6	57	47,9	140	46,2		

Escala da Sexualidade segundo os Anos que Perde Urina

Relativamente aos anos que perde urina podemos referir que a maioria das mulheres que perde urina há 5 ou menos anos e a maioria das mulheres que perde urina há 10 ou mais anos apresentam uma sexualidade alta (58,5%;45,8%) e a maioria das mulheres que perde urina entre 6 e 9 anos apresenta uma sexualidade fraca numa percentagem de 63,7%. Pode-se ainda referir que existiram diferenças estatisticamente significativas pelo que $p=0,000$ (cf. tabela 23).

Tabela 23 - Escala da Sexualidade segundo os Anos que Perde Urina

	≤ 5 Anos		6 – 9 Anos		≥ 10 Anos		Total		X ²	P
	n	%	n	%	n	%	N	%		
Escala da Sexualidade									22,297	0,000
Fraca	36	34,0	58	63,7	44	41,1	138	45,4		
Moderada	8	7,5	4	4,4	14	13,1	26	8,6		
Alta	62	58,5	29	31,9	49	45,8	140	46,1		

Escala da Sexualidade segundo o Número de Infecções por Ano

A tabela 24 mostra-nos que a maioria das mulheres que tem uma infecção por ano apresenta uma sexualidade fraca (46,47%) e a maioria das mulheres que tem duas infecções por ano e a maioria das mulheres que tem 3 ou mais infecções por ano apresentam uma sexualidade alta (47,7%; 67,6%). Ainda de referir que existiram diferenças estatisticamente pelo que *p-value* foi inferior a 0,050.

Tabela 24 - Escala da Sexualidade segundo o Número de Infecções por Ano

	Uma infecção		Duas infecções		Superior a 3 infecções		Total		X ²	P
	N	%	n	%	n	%	n	%		
Escala da Sexualidade									10,782	0,029
Fraca	13	46,4	20	45,5	11	32,4	44	41,5		
Moderada	5	17,9	3	6,8	-	0,0	8	7,5		
Alta	10	35,7	21	47,7	23	67,6	54	50,9		

Escala da Sexualidade segundo Costuma transportar pesos superiores a 3Kg

Quanto ao transporte de pesos superiores a 3Kg pode-se verificar que a maioria das mulheres que não transportam pesos apresenta uma sexualidade fraca numa percentagem de 62,5%, enquanto a maioria das mulheres que transporta pesos apresenta uma sexualidade alta numa percentagem de 46,5%. Alude-se ainda ao fato de não terem existido diferenças estatisticamente significativas pelo que $p=0,245$ (cf. tabela 25).

Tabela 25 - Escala da Sexualidade segundo o Transporte de Pesos Superiores a 3KG

	Não Transporta		Transporta		Total		X ²	P
	n	%	n	%	n	%		
Escala da Sexualidade							2,815	0,245
Fraca	10	62,5	127	44,4	137	45,4		
Moderada	-	0,0	26	9,1	26	8,6		
Alta	6	37,5	133	46,5	139	46,0		

Escala da Sexualidade segundo a Prática de Exercício Físico

Concernente à prática de exercício físico observou-se que a maioria das mulheres que pratica exercício físico até 2 e 3 vezes por semana apresenta uma sexualidade alta (52,9%) e a Raquel Carvalho Rodrigues Freire

maioria das mulheres que pratica exercício físico esporadicamente apresenta uma sexualidade fraca, numa percentagem de 54,5%. Pode-se ainda dizer que não existiram diferenças estatisticamente significativas pelo que $p=0,282$ (cf. tabela 26).

Tabela 26 - Escala da Sexualidade segundo a Prática de Exercício Físico

	Nunca		Até 2 a 3 vezes por semana		Esporadicamente		Total		X ²	P
	n	%	N	%	N	%	n	%		
Escala da Sexualidade									5,049	0,282
Fraca	68	44,4	34	40,0	36	54,5	138	45,4		
Moderada	13	8,5	6	7,1	7	10,6	26	8,6		
Alta	72	47,1	45	52,9	23	34,8	140	46,1		

Escala da Sexualidade segundo o Número de Horas de Sono por Dia

Tendo em conta o número de horas de sono por dia verificou-se que a maioria das mulheres que dorme 7 ou menos horas por dia apresenta uma sexualidade fraca numa percentagem de 47,0% e a maioria das mulheres que dorme 8 ou mais horas por dia apresenta uma sexualidade alta numa percentagem de 47,9%. Verificou-se que não existiram diferenças estatisticamente significativas pelo que *p-value* foi superior a 0,050 ($p=0,643$) (cf. tabela 27).

Tabela 27 - Escala da Sexualidade segundo o Número de Horas de Sono por Dia

	≤ 7 Horas		≥ 8 Horas		Total		X ²	P
	n	%	n	%	n	%		
Escala da Sexualidade							0,882	0,643
Fraca	85	47,0	51	42,1	136	45,0		
Moderada	14	7,7	12	9,9	26	8,6		
Alta	82	45,3	58	47,9	140	46,4		

Escala da Sexualidade segundo o Impacto da Incontinência

No que se refere ao impacto da incontinência podemos referir que a maioria das mulheres sem impacto apresenta, numa mesma percentagem de 50,0% fraca e alta sexualidade e a maioria das mulheres com impacto da incontinência apresenta uma sexualidade alta numa percentagem de 46,0%. Refira-se ainda que não existiram diferenças estatisticamente significativas pelo que $p=0,827$ (cf. tabela 28).

Tabela 28 - Escala da Sexualidade segundo o Impacto da Incontinência

	Sem impacto		Com impacto		Total		X ²	P
	n	%	n	%	n	%		
Escala da Sexualidade							0,379	0,827
Fraca	2	50,0	136	45,3	138	45,4		
Moderada	-	0,0	26	8,7	26	8,6		
Alta	2	50,0	138	46,0	140	46,1		

Escala da Sexualidade segundo a Incontinência de Esforço

Aludindo à incontinência de esforço pode-se observar que a maioria das mulheres sem incontinência de esforço apresenta uma sexualidade fraca (51,8%), enquanto a maioria das mulheres com incontinência de esforço apresenta uma sexualidade alta, numa percentagem de 48,6%. Observou-se ainda que não existiram diferenças estatisticamente significativas (cf. tabela 29).

Tabela 29 - Escala da Sexualidade segundo a Incontinência de Esforço

	Sem incontinência de esforço		Com incontinência de esforço		Total		X ²	P
	n	%	n	%	n	%		
Escala da Sexualidade							2,354	0,308
Fraca	44	51,8	94	43,5	138	45,8		
Moderada	8	9,4	17	7,9	25	8,3		
Alta	33	38,8	105	48,6	138	45,8		

Escala da Sexualidade segundo a Incontinência de Urgência

Refira-se agora em termos percentuais que a maioria das mulheres sem incontinência de urgência apresentou uma fraca sexualidade numa percentagem de 50,2% e a maioria das mulheres com incontinência de esforço apresentou uma sexualidade alta numa percentagem de 60,6%. Pode-se ainda aludir ao facto de terem existido diferenças estatisticamente significativas ($p=0,012$) (cf. tabela 30).

Tabela 30 - Escala da Sexualidade segundo a Incontinência de Urgência

	Sem incontinência de urgência		Com incontinência de urgência		Total		X ²	P
	N	%	n	%	n	%		
Escala da Sexualidade							8,888	0,012
Fraca	116	50,2	22	31,0	138	45,7		
Moderada	20	8,7	6	8,5	26	8,6		
Alta	95	41,1	43	60,6	138	45,7		

Escala da Sexualidade segundo o número de dejeções

No que toca o número de dejeções verificou-se que a maioria das mulheres que apresenta dejeções diariamente possui uma sexualidade fraca (52,0%), enquanto a maioria das mulheres que apresenta dejeções de 2 em 2 dias ou mais possui uma sexualidade alta (63,6%). Ainda se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas pelo que $p=0,000$ (cf. tabela 31).

Tabela 31 - Escala da Sexualidade segundo o Número de Dejeções

	Diariamente		De 2 em 2 dias ou mais		Total		X ²	P
	N	%	n	%	n	%		
Escala da Sexualidade							15,532	0,000
Fraca	106	52,0	26	29,5	132	45,2		
Moderada	19	9,3	6	6,8	25	8,6		
Alta	79	38,7	56	63,6	135	46,2		

Escala da Sexualidade segundo a quantidade de água/líquidos ingeridos

Através da análise da tabela 32, pode-se referir que a maioria das mulheres que ingere água/líquidos até um litro apresenta uma sexualidade fraca, numa percentagem de 50,8% e a maioria das mulheres que ingere água/líquidos superiores a 1 litro apresenta uma sexualidade alta, numa percentagem de 56,1%. Alude-se ainda à existência de diferenças estatisticamente significativas pelo que $p=0,015$.

Tabela 32 - Escala da Sexualidade segundo a Quantidade de água/líquidos ingeridos

	Até 1 Litro		Superior a 1 Litro		Total		X ²	P
	N	%	n	%	n	%		
Escala da Sexualidade							8,450	0,015
Fraca	92	50,8	46	37,4	138	45,4		
Moderada	18	9,9	8	6,5	26	8,6		
Alta	71	39,2	69	56,1	140	46,1		

Escala da Sexualidade segundo a Qualidade de Vida

No que diz respeito à QDV verificou-se que a maioria das mulheres com uma QDV fraca e a maioria das mulheres com uma QDV moderada apresentaram uma sexualidade fraca (45,5%; 47,7%), enquanto a maioria das mulheres com uma qualidade de vida elevada apresenta uma sexualidade alta numa percentagem de 47,1%. Verificou-se ainda que não existiram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,780$) (cf. tabela 33).

Tabela 33 - Escala da Sexualidade segundo a Qualidade de Vida

	Fraca		Moderada		Elevada		Total		X ²	P
	n	%	n	%	n	%	N	%		
Escala da Sexualidade									1,760	0,780
Fraca	51	45,5	31	47,7	47	40,5	129	44,0		
Moderada	11	9,8	6	9,2	9	7,8	26	8,9		
Alta	50	44,6	28	43,1	60	51,7	138	47,1		

2.1.7. Qualidade de Vida das Mulheres com Incontinência Urinária

Qualidade de Vida

Referente às subescalas da QDV, verificou-se um mínimo de 0,00 e um máximo de 100,00, a média centra-se 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 de Saúde”, “Impacto”, “Emoções” e “Sono” é simétrica, a distribuição da “Limitações”, “Sociais” e “Severidade” é assimétrica negativa e, por fim, a subescala “Relação Pessoal” é assimétrica positiva. Relativamente ao achatamento (K/EP), a distribuição foi platicúrtica para as subescalas “Físicas”, “Sociais”, “Relação Pessoal”, “Emoções” e “Sono”, e para as restantes subescalas a distribuição foi mesocúrtica. No que diz respeito ao teste da normalidade (Ks), como *p-value* é inferior a 0,050 verifica-se que não estamos perante uma distribuição normal.

Concernente ao total da QDV das mulheres inquiridas com IU varia entre um mínimo de 6,48 e um máximo de 95,37, sendo que a média se situa nos 54,10, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 1,15. Quanto ao coeficiente de variação, o total da QDV apresenta uma dispersão fraca. Atendendo à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição da idade é assimétrica negativa e platicúrtica. Por último, no que se refere ao teste da normalidade (Ks), como *p-value* é inferior a 0,050 verifica-se que não estamos presente uma distribuição normal.

Relação entre a qualidade de vida e a idade

No que concerne à QDV em função da idade das mulheres inquiridas, verificou-se que 38,4% das mulheres tem uma QDV fraca, 22,1% tem uma QDV moderada e 39,5% apresenta uma QDV elevada. Verificou-se ainda que a maioria das mulheres que possui uma fraca ou moderada tem uma idade igual ou inferior a 45 anos (40,7%; 27,4%) e a maioria das mulheres que possui uma QDV elevada tem idade igual ou superior a 46 anos (44,2%). Conclui-se que não existiram diferenças estatisticamente entre a idade e o total da QDV pelo que $X^2=5,286$ e $p=0,071$ (cf. tabela 34).

Tabela 34- Classificações relativas ao total da qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária em função da idade

	<= 45 Anos		>= 46 Anos		Total	
	N	%	n	%	N	%
Total da qualidade de vida						
Fraca	46	40,7	67	37,0	113	38,4
Moderada	41	27,4	34	18,8	65	22,1
Elevada	36	31,9	80	44,2	116	39,5

Relação entre a qualidade de vida e os anos que perde urina

Em relação à QDV em função dos anos de perda de urina, verificou-se que a maioria das mulheres que possuem uma QDV fraca perdem urina há 5 ou menos anos (47,6%), as que possuem uma QDV moderada e elevada perdem urina há 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 QDV e os anos de perda de urina, pelo que $X^2=9,176$ e $p=0,057$ (cf. tabela 35).

Tabela 35 - Classificações relativas ao total da qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária em função dos anos de perda de urina

Qualidade de vida	<= 5 Anos		6 – 9 Anos		>= 10 Anos		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Fraca	50	47,6	33	39,8	30	28,3	113	38,4
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

2.1.8- Situações Decorrentes da IU

Relativamente à QDV das mulheres com IU (KHQ) e no que concerne **ao número de vezes que inquiridas vão à casa de banho**, verificou-se que 54,4% vão à casa de banho bastantes vezes, 40,7% às vezes e apenas 4,9% das mulheres raramente vão à casa de banho. Quanto à idade verificou-se que as mulheres que vão bastantes vezes à casa de banho e as que vão algumas vezes à casa de banho possuem maioritariamente uma idade igual ou inferior 45 anos e das mulheres que não vão muitas vezes à casa de banho possuem uma idade igual ou superior a 46 anos. Pode ainda referir-se que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o número de vezes que as mulheres vão à casa de banho ($X^2=0,169$; $p=0,919$) (cf. tabela 36).

Quanto ao **levantar-se de noite para urinar** 44,9% das mulheres revelaram nunca se levantar, 49,8% levantam-se algumas vezes e apenas 5,2% muitas vezes. No que toca à idade verificou-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 fato de não terem existido diferenças estatisticamente significativas ($X^2=2,499$; $p=0,287$) (cf. tabela 36).

No que se refere ao fato de ter muita **vontade de urinar e ter dificuldade em controlar a perda de urina** e observando a tabela 36, verificou-se que 15,7% das mulheres nunca têm

dificuldade em controlar a perda de urina quando têm muita vontade de urinar, 59,3% têm algumas vezes dificuldade em controlar e 24,9% têm muitas vezes dificuldade em controlar. As mulheres que nunca têm dificuldades em controlar a perda de urina quando têm muita vontade de urinar e as que têm algumas vezes possuem na sua maioria uma idade igual ou superior a 46 anos (19,1%; 60,6%) e as mulheres que têm muitas vezes muita vontade de urinar e dificuldade em controlar a perda de urina possuem na sua maioria idade igual ou inferior a 45 anos (32,5%). Refere-se ainda que existiram diferenças estatisticamente significativas uma vez que $p=0,017$ com um $X^2=8,116$.

Quando questionadas sobre **a perda de urina quando têm muita vontade de urinar**, 14,1% das mulheres referem nunca ter acontecido, 45,6% ter acontecido algumas vezes e 40,3% ter acontecido muitas vezes. Relativamente à idade verificou-se que a maioria das mulheres que nunca perdem urina quando tem muita vontade de urinar e as mulheres que perdem urina algumas vezes tinham na maioria uma idade igual ou superior a 46 anos (15,4%; 52,1%). As mulheres que perdem muitas vezes urina quando tem muita vontade de urinar têm maioritariamente uma idade igual ou inferior a 45 anos (53,0%). Observa-se ainda que existiram diferenças estatisticamente significativas ($X^2=12,779$; $p=0,002$) (cf. tabela 36).

Tendo em conta a **perda de urina com a realização de atividades físicas** observou-se que a perda de urina acontecia bastantes vezes na grande maioria das mulheres (62,0%), sendo que destas a maior parte possui uma idade igual ou superior a 46 anos (66,0%). Nas restantes mulheres 4,3% nunca perde urina com a atividade física e 33,8% perdem urina algumas vezes, sendo que estas possuem na sua maioria uma idade igual ou inferior a 45 anos (5,1%; 39,3%). Observou-se ainda que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre a idade e a perda de urina com a realização de atividades físicas, como tossir, espirrar ou comer ($X^2=3,322$; $p=0,190$) (cf. tabela 36).

Através da análise da tabela 36, observamos que 90,8% das mulheres nunca **molham a cama à noite**, 8,2% fazem-no algumas vezes e apenas 1,0% das mulheres bastantes vezes. Refira-se ainda que as mulheres que nunca molham a cama e as que molham a cama bastantes vezes possuem maioritariamente 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 pelo que $p=0,484$ e $X^2=1,453$.

Aludindo ao facto de as mulheres **perderem urina durante a relação sexual**, verificou-se que 53,8% das mulheres não perdem 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 acontecia bastantes vezes, tendo-se verificado neste caso que as mulheres possuem uma idade igual ou superior a 46 anos numa percentagem de 41,0% e 9,0% respetivamente. Verificou-se

ainda que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre a idade e a perda de urina durante a relação sexual ($X^2=5,949$; $p=0,051$) (cf. tabela 36).

Analisando a tabela 36, observou-se que 61,0% das mulheres nunca tiveram **infecções urinárias**, sendo que destas a maioria possui idade igual ou superior a 46 anos numa percentagem de 60,2%. Verificou-se ainda que 32,5% das mulheres têm algumas infecções urinárias e 6,6% têm bastantes infecções urinárias, tendo estas na sua pluralidade idade igual ou inferior a 45 anos (34,2%; 6,8%). Verifica-se ainda o fato de não terem existido diferenças estatisticamente significativas ($X^2=0,323$; $p=0,851$).

No que concerne ao fato de as mulheres inquiridas terem ou não **dores na bexiga**, verificou-se que 50,5% das mulheres nunca têm dores na bexiga, 45,6% das mulheres têm dores na bexiga algumas vezes e 34,9% têm bastantes vezes dores na bexiga. Fazendo a análise através da idade verificou-se que as mulheres que nunca têm dores na bexiga possuem na sua maioria uma idade igual ou inferior a 45 anos (61,5%) 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%). Verificou-se ainda um $p=0,001$. Entende-se que existiram diferenças estatisticamente significativas entre a idade e a dor de bexiga ($X^2=14,162$; $p=0,001$) (cf. tabela 36).

Quando questionadas 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 tido problemas relacionados com a perda de urina, sendo que destas a maioria possui uma idade igual ou inferior a 45 anos, enquanto numa mesma percentagem de 2,0% surgiram as mulheres que têm algumas vezes e bastantes vezes problemas relacionados com perda de urina, sendo que destas a maioria possui uma idade igual ou superior a 46 anos (3,2%; 2,1%). Verifica-se ainda que não existiram diferenças estatisticamente significativas ($X^2=3,896$; $p=0,143$) (cf. tabela 36).

Tabela 36 - Qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária em função da idade.

	<= 45 Anos		>= 46 Anos		Total	
	n	%	N	%	N	%
Vai muitas vezes à casa de banho						
Nada	5	4,3	10	5,3	15	4,9
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
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
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 urinar						
Nada	14	12,0	29	15,4	43	14,1
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 como tossir, espirrar, come						
Nada	6	5,1	7	3,7	13	4,3
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
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
Moderado	42	35,9	77	41,0	119	39,0
Bastante	4	3,4	18	9,6	22	7,2
Tem infecções urinárias						
Nada	69	59,0	117	62,2	186	61,0
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
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
Moderado	-	0,0	6	3,2	6	2,0
Bastante	2	1,7	4	2,1	6	2,0

Em síntese:

- 54,4% das mulheres que sofrem de IU vão bastantes vezes à casa de banho, sendo que destas 57,9% têm perda de urina há 10 ou mais anos;
- 49,8% das mulheres classificou como moderado o facto de se levantar para ir à casa de banho, destas 53,3% têm perda de urina há 5 ou menos anos;
- 59,3% consideraram, igualmente, como moderado ter muita vontade de urinar e dificuldade de controlar, destas 69,2% perdem urina há 10 ou mais anos;
- 45,6% das mulheres considerou moderado a afirmação perda de urina quando tem muita vontade de urinar, destas 53,3% perde, também, urina há 10 ou mais anos;
- 62% das inquiridas consideraram perder bastante urina com atividades físicas, tosse, espirros e comer, onde desta percentagem 67,3% perde urina há 10 ou mais anos;

- 90,8% das mulheres não molham a cama, destas 96,7% perde urina entre 6 a 9 anos;
- 53,8% não perdem urina durante a relação sexual, das quais 64,8% perde urina, igualmente entre 6 a 9 anos;
- 61% não tiveram infecções urinárias, destas 68,2% perdem urina há mais de 10 anos;
- 50,5% não têm dores na bexiga, destas 57,1% perdem urina entre 6 a 9 anos;
- 96,1% não têm problemas relacionados com a perda de urina, onde destas 98,9% perdem urina entre 6 a 9 anos.

2.1.9- Relação entre tempo de perda de urina e as situações decorrentes da incontinência urinária

No que se refere ao **número de vezes que vai à casa de banho** observou-se que a maioria das mulheres inquiridas que nunca vão e que vão bastantes vezes à casa de banho perdem urina há 10 ou mais anos (6,5%; 57,9%) e a maioria das mulheres que vão algumas vezes à casa de banho perdem urina há 5 ou menos anos. Refira-se ainda que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre os anos de perda de urina e o número de vezes que vai à casa de banho ($X^2=4,058$; $p=0,398$) (cf. tabela 37).

Analisando a tabela 37, podemos verificar que a maioria das mulheres que nunca se **levanta de noite para urinar** perde urina entre 6 e 9 anos (47,3%), as mulheres que se levantam algumas vezes durante a noite perdem na sua maioria urina há 5 ou menos anos (52,3%) e as mulheres que se levantam bastantes vezes durante a noite para urinar perdem na sua maioria urina há 10 anos ou mais (6,5%). Alude-se ainda ao facto de não terem existido diferenças estatisticamente significativas pelo que $p=0,873$ e $X^2=1,232$.

Concernente ao fato de **ter muita vontade de urinar e dificuldade em controlar a perda de urina**, observou-se que a maioria das mulheres que nunca têm dificuldade em controlar a perda de urina quando têm muita vontade de urinar perdem urina há 5 anos ou menos numa percentagem de 19,6%, a maioria das mulheres que algumas vezes têm muita vontade de urinar e lhes é difícil controlar perdem na sua maioria urina há 10 ou mais anos e numa percentagem de 29,7% temos as mulheres que têm bastantes vezes vontade de urinar e lhes é difícil de controlar e que perdem urina entre 6 a 9 anos. Note-se ainda que não existiram diferenças estatisticamente significativas pelo que $p=0,125$ e $X^2=7,222$ (cf. tabela 37).

No que toca à **perda de urina quando tem muita vontade de urinar** observou-se que a maioria das mulheres a quem não acontece ou que acontece bastantes vezes perdem urina entre 6 a 9 anos (16,5%; 45,1%) e a maior parte das mulheres a quem acontece algumas vezes

perdem urina há 10 ou mais anos numa percentagem de 53,3%. Observou-se ainda um $X^2=5,508$ e um $p=0,239$, podendo assim concluir-se que não existiram diferenças estatisticamente significativas (cf. tabela 37).

A maioria das mulheres inquiridas que nunca **perdem urina com atividades físicas** são mulheres que perdem urina há 5 ou menos anos (8,4%), a maioria das mulheres que perde urina algumas vezes com as atividades físicas perde urina entre 6 a 9 anos (40,7%) e as mulheres que perdem urina bastantes vezes com atividade física são mulheres que perdem urina há 10 ou mais anos (67,3%). Refira-se ainda que não existiram diferenças estatisticamente ($X^2=9,348$; $p=0,053$) (cf. tabela 37).

Relativo ao facto de **molhar a cama à noite** verificou-se que as mulheres a quem nunca acontece ou acontece bastantes vezes a maioria perde urina entre 6 a 9 anos (96,7%; 3,3%) e aquelas a quem isto acontece algumas vezes a maior parte perde urina há 10 ou mais anos, numa percentagem de 13,1%. Pode ainda referir-se que existiram diferenças estatisticamente significativas ($X^2=18,740$; $p=0,001$) (cf. tabela 18).

Aludindo à **perda da urina durante a relação sexual** e analisando a tabela 37, verificou-se que as mulheres que nunca perdem urina durante a relação sexual são na maioria as que perdem urina entre 6 a 9 anos (64,8%). Aquelas a quem acontece algumas vezes e bastantes vezes perder urina durante a relação sexual a maioria perde urina há 5 ou menos anos (46,7%; 12,1%). Verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($X^2=14,985$; $p=0,005$).

Referente às **infeções urinárias** observou-se que a maioria das mulheres que nunca têm uma infeção urinária perdem urina há 10 ou mais anos numa percentagem de 68,2% e as que têm infeções urinárias algumas vezes e bastantes vezes observou-se que a maioria perde urina entre 6 a 9 anos (36,3%; 8,8%). Denote-se ainda o fato de não terem existido diferenças estatisticamente significativas entre os anos de perda de urina e as infeções urinárias, pelo que $p=0,312$ e $X^2=4,766$ (cf. tabela 37).

Perante a análise da tabela 18, a maioria das mulheres que nunca têm **dores na bexiga** perdem urina entre 6 a 9 anos numa percentagem de 57,1%, a maioria das mulheres que têm dores na bexiga algumas vezes perdem urina há 5 ou menos anos (52,3%) e numa percentagem de 7,5% surge a maioria das mulheres que apresentam dores na bexiga bastantes vezes e que perdem urina há 10 ou mais anos. Pode ainda concluir-se que não existiram diferenças estatisticamente significativas ($X^2=8,267$; $p=0,082$).

Das mulheres inquiridas que nunca **apresentam problemas relacionados com perda de urina** a maioria perde urina entre 6 a 9 anos (98,9%), as que apresentam algumas vezes problemas relacionados com a perda de urina grande parte perde urina há 10 ou mais anos (4,7%) e, por fim, a maioria das mulheres que tem bastantes problemas relacionados com a perda de urina perdem urina há 5 ou menos anos. Refira-se ainda a existência de diferenças

estatisticamente significativas entre os anos de perda de urina e os problemas relacionados com a perda de urina, pois o $p=0,039$ e $X^2=10,089$ (cf. tabela 37).

Tabela 37 - Qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária em função dos anos de perda de urina.

	<= 5 Anos		6 – 9 Anos		>= 10 Anos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Vezes que vai à casa de banho								
Nada	4	3,7	4	4,4	7	6,5	15	4,9
Moderado	51	47,7	35	38,5	38	35,5	124	40,7
Bastante	52	48,6	52	57,1	62	57,9	166	54,4
Levanta-se de noite para urinar								
Nada	47	43,9	43	47,3	47	43,9	137	44,9
Moderado	56	52,3	43	47,3	53	49,5	152	49,8
Bastante	4	3,7	5	5,5	7	6,5	16	5,2
Muita vontade de urinar e dificuldade em controlar								
Nada	21	19,6	15	16,5	12	11,2	48	15,7
Moderado	58	54,2	49	53,8	74	69,2	181	59,3
Bastante	28	26,2	27	29,7	21	19,6	76	24,9
Perda de urina quando tem muita vontade de urinar								
Nada	13	12,1	15	16,5	15	14,0	43	14,1
Moderado	47	43,9	35	38,5	57	53,3	139	45,6
Bastante	47	43,9	41	45,1	35	32,7	123	40,3
Perda de urina com atividades físicas como tossir, espirrar, comer								
Nada	9	8,4	2	2,2	2	1,9	13	4,3
Moderado	33	30,8	37	40,7	33	30,8	103	33,8
Bastante	65	60,7	52	57,1	72	67,3	189	62,0
Molha a cama à noite*****								
Nada	96	89,7	88	96,7	93	86,9	277	90,8
Moderado	11	10,3	-	0,0	14	13,1	25	8,2
Bastante	-	0,0	3	3,3	-	0,0	3	1,0
Perda de urina durante a relação sexual								
Nada	44	41,1	59	64,8	61	57,0	164	53,8
Moderado	50	46,7	30	33,0	39	36,4	119	39,0
Bastante	13	12,1	2	2,2	7	6,5	22	7,2
Tem infeções urinárias								
Nada	63	58,9	50	54,9	73	68,2	186	61,0
Moderado	36	33,6	33	36,3	30	28,0	99	32,5
Bastante	8	7,5	8	8,8	4	3,7	20	6,6
Dor na bexiga								
Nada	49	45,8	52	57,1	53	49,5	154	50,5
Moderado	56	52,3	37	40,7	46	43,0	139	45,6
Bastante	2	1,9	2	2,2	8	7,5	12	3,9
Problemas relacionados com perda de urina								
Nada	103	96,3	90	98,9	100	93,5	293	96,1
Moderado	-	0,0	1	1,1	5	4,7	6	2,0
Bastante	4	3,7	-	0,0	2	1,9	6	2,0

2.2- ANÁLISE INFERENCIAL

No sentido de testar a significância de fatores capazes de influenciar a resposta da variável dependente, usamos o tratamento estatístico inferencial.

Com o intuito de perceber a relação entre a variável dependente e as variáveis independentes foram colocadas as seguintes questões:

Que relação existe entre as variáveis sociodemográficas na qualidade de vida das mulheres com Incontinência urinária?

Para se perceber qual a influência da idade na QDV, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney (cf. tabela 38). Afere-se que as mulheres com idade igual ou inferior a 45 anos apresentam médias superiores relativas às subescalas “Relação pessoal” e “Severidade”. 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 QDV constata-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas, “Perceção da Saúde” ($p=0,000$), “Limitações” ($p=0,001$), “Físicas” ($p=0,001$) e “Emoções” ($p= 0,048$), aceitando-se a questão de investigação formulada, apenas para esta variável.

Tabela 38 - Teste U de Mann-Whitney entre a Idade e a Qualidade de Vida.

Idade	≤ 45 Anos	≥ 46 Anos	U	P
Subescalas	M	M		
Perceção da Saúde	129,68	167,51	8269,50	0,000
Impacto	148,18	156,00	10434,00	0,409
Limitações	132,81	165,95	8636,00	0,001
Físicas	132,19	165,95	8636,00	0,001
Sociais	151,52	153,92	10824,50	0,815
Relação Pessoal	153,12	152,83	10984,00	0,985
Emoções	140,57	160,74	9543,50	0,048
Sono	152,35	153,40	10922,00	0,917
Severidade	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 QDV

Com o intuito de analisar a influência da nacionalidade na QDV, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney (cf. Tabela 39). Observa-se que as mulheres com nacionalidade portuguesa apresentam médias superiores em todas as subescalas, à exceção das subescalas “Sono” e “Severidade” que apresentam valores mais elevados nas mulheres imigrantes.

Verifica-se apenas significância estatística nas subescalas, “Perceção da Saúde” ($p=0,014$), “Físicas” ($p=0,036$) e “Relação Pessoal” ($p=0,003$), ou seja, a nacionalidade interfere com a perceção da saúde, com as limitações físicas e com as relações pessoais levando à aceitação da questão de investigação formulada para as subescalas mencionadas.

Tabela 39 - Teste U de Mann-Whitney entre a Nacionalidade e a QDV.

Nacionalidade	Portuguesa	Imigrante	U	P
Subescalas	M	M		
Perceção da Saúde	155,41	102,93	1336,00	0,014
Impacto	154,36	124,79	1642,00	0,179
Limitações	154,87	114,04	1491,50	0,083
Físicas	155,28	105,64	1374,00	0,036
Sociais	153,29	146,93	1952,00	0,790
Relação Pessoal	156,24	85,57	1093,00	0,003
Emoções	154,21	127,86	1685,00	0,266
Sono	152,46	164,21	1880,00	0,616
Severidade	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 QDV

Para compreender a influência do estado civil e QDV, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Através da análise dos resultados obtidos na Tabela 40, observa-se que as médias foram mais elevadas em todas as subescalas nas mulheres casadas/união de facto.

No cruzamento entre o estado civil e a QDV constata-se que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas, à exceção das subescalas “Perceção da Saúde” ($p=0,391$), “Sono” ($p=0,276$) e “Severidade” ($p=0,357$) rejeitando-se a questão de investigação inicialmente formulada para estas.

Tabela 40 - Teste U de Mann-Whitney entre o Estado Civil e a Qualidade de Vida

Estado civil	Solteira/Divorciada	Casada/União de facto	U	P
Subescalas	M	M		
Perceção da Saúde	140,47	153,27	3749,00	0,391
Impacto	106,35	157,02	2725,50	0,001
Limitações	121,43	155,36	3178,00	0,039
Físicas	103,27	157,36	2633,00	0,001
Sociais	115,95	155,96	3013,50	0,017
Relação Pessoal	106,35	157,02	2725,00	0,002
Emoções	119,13	155,61	3109,00	0,027
Sono	135,93	153,77	3613,00	0,276
Severidade	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 QDV

De forma a identificar a influência da situação profissional e a QDV, utilizou-se o T-Teste. Observa-se que as mulheres desempregadas apresentam médias superiores em todas as subescalas.

Através dos resultados obtidos na Tabela 41, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas para as subescalas “Impacto” e “Perceção da Saúde”, contudo nas restantes subescalas verifica-se uma significância estatística ($p < 0,005$), aceitando-se a questão de investigação formulada para estas subescalas.

Tabela 41 - Teste T entre a Situação Profissional Atual e a Qualidade de Vida

Situação profissional atual	Empregada		Desempregada		T	P
	M	Dp	M	Dp		
Subescalas						
Perceção da Saúde	46,40	16,09	52,02	16,29	-2,953	0,003
Impacto	53,03	27,61	57,76	21,00	-1,622	0,106
Limitações	50,88	30,57	64,29	23,78	-4,118	0,000
Físicas	60,61	30,98	73,19	24,59	-3,789	0,000
Sociais	48,06	32,18	59,56	24,99	-3,357	0,001
Relação Pessoal	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	34,97	29,19	47,10	27,61	-3,645	0,000
Severidade	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 QDV

Para conhecer a influência da área de residência e a QDV, efetuou-se o teste One-Way ANOVA. Ao analisarmos a Tabela 42 verificamos que as médias nas subescalas “Perceção da Saúde”, “Impacto”, “Limitações” e “Físicas” médias foram mais elevadas nas mulheres que residiam na aldeia, enquanto nas restantes subescalas as médias foram mais elevadas nas mulheres que residiam numa vila, factos estes que foram corroborados pelo teste post hoc.

Observando, ainda, a tabela 42, observai-se que se obtiveram diferenças estatisticamente significativas nas subescalas “Perceção de Saúde”; “Impacto”; “Limitações”, “Emoções” e “Severidade”, aceitando-se assim a hipótese formulada para as mesmas. Relativamente às restantes subescalas não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas pelo que rejeita a questão de investigação inicialmente formulada para estas.

Tabela 42 - Teste One-Way ANOVA e testes post hoc entre a área de residência e a Qualidade de Vida

Domínios	Aldeia(1)		Vila(2)		Cidade(3)		F	p	% Variância explicada	Post Hoc		
	Média	DP	Média	DP	Média	DP				1 vs 2	2 vs 3	3 vs 3
Percepção 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

Impacto	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	163,70	91,93	160,02	78,17	130,91	88,39	4,069	0,018	15,0	0,970	0,027	0,021
Físicas	161,24	94,37	156,42	78,35	138,94	89,50	1,646	0,195	0,94	-	-	-
Sociais	148,64	85,85	159,76	84,65	145,07	92,22	0,869	0,421	0,37	-	-	-
Relação Pessoal	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	142,88	74,02	163,30	87,87	145,30	91,07	1,906	0,150	0,18	-	-	-
Severidade	134,23	78,31	167,67	87,55	148,09	91,75	3,983	0,020	0,07	-	-	-
Total da QDV	155,69	88,90	160,00	84,06	138,04	92,01	1747	0,176	0,96	-	-	-

Relação entre o Rendimento Mensal e a QDV

De maneira a compreender a influência do rendimento mensal e a QDV, efetuou-se o teste One-Way ANOVA. Relativamente ao rendimento mensal verificou-se que nas subescalas “Perceção da Saúde”, “Limitações”, “Relação Pessoal” e “Severidade” 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, fatos estes que foram igualmente, analisados no teste post-hoc.

Analisando a tabela 43, verifica-se que se obtiveram diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas, excetuando na subescala “Perceção da Saúde” rejeitando-se assim a questão de investigação inicialmente formulada para a mesma.

Tabela 43 - Teste One-Way ANOVA e testes post-hoc entre o rendimento mensal e a Qualidade de Vida

Domínios	Até 500€ (1)		De 500 a ≥1000€(3)				F	P	% Variância explicada	Post Hoc			
	Média	DP	Média	DP	Média	DP				1 vs 2	2 vs 3	3 vs 3	3 vs 3
Perceção da Saúde	152,00	77,42	156,44	82,47	141,02	65,95	0,872	0,419	4,7	-	-	-	-
Impacto	161,23	75,27	159,46	81,46	125,65	79,98	4,784	0,009	16,1	0,864	0,008	0,016	0,016
Limitações	161,85	76,03	167,65	84,09	103,98	84,73	14,312	0,000	24,2	0,952	0,000	0,000	0,000
Físicas	171,59	80,71	156,72	84,32	116,66	88,24	8,392	0,000	23,9	0,371	0,000	0,000	0,001
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	0,000
Relação Pessoal	159,03	81,17	164,53	83,29	122,55	91,12	5,726	0,004	12,0	0,866	0,048	0,008	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	0,000
Sono	180,99	75,43	153,20	82,11	114,39	95,77	12,131	0,000	27,0	0,052	0,000	0,000	0,004
Severidade	161,67	74,32	164,23	86,51	114,47	98,15	8,184	0,000	23,7	0,948	0,000	0,000	0,000
Total da QDV	165,95	74,61	164,23	87,67	108,96	96,21	10,711	0,000	26,1	0,736	0,000	0,000	0,000

Que relação existe entre as 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 QDV, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney (cf. Tabela 44). Afere-se que as médias foram mais elevadas em todas as subescalas nas mulheres com excesso de peso.

Constata-se ainda que existiram diferenças estatisticamente significativas nas subescalas “Percepção da Saúde”, “Limitações”, “Físicas”, “Sociais”, “emoções”, “Sono”, “Severidade” e “Total da qualidade de vida” aceitando-se assim, a hipótese formulada para as mesmas. No entanto pode ainda referir-se que não existiram diferenças estatisticamente significativas nas subescalas “Impacto” e “Relação pessoal” ($p > 0,005$), rejeitando-se assim, para estas a questão de investigação inicialmente formulada.

Tabela 44 - Teste U de Mann-Whitney entre o Índice de Massa Corporal e a Qualidade de Vida

IMC	Peso normal	Excesso de peso	U	P
Subescalas	M	M		
Percepção da Saúde	137,52	160,44	8864,00	0,016
Impacto	146,82	155,97	9585,00	0,352
Limitações	129,27	164,40	7848,00	0,001
Físicas	137,20	160,59	8632,50	0,027
Sociais	127,28	165,36	7651,00	0,000
Relação Pessoal	146,37	156,19	8540,50	0,348
Emoções	133,73	162,26	9289,00	0,007
Sono	130,33	163,89	7953,00	0,001
Severidade	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 QDV

Para compreender a influência do número de filhos e a QDV, efetuou-se o teste One-Way ANOVA. Tendo em conta o número de filhos pode-se verificar que nas subescalas “Sociais”, “Relação Pessoal”, “Sono” e “Severidade” as médias foram mais elevadas nas mulheres que tiveram 2 filhos, enquanto nas restantes subescalas as médias mais elevadas observaram-se nas mulheres que tiveram 3 ou mais filhos, resultados que se comprovaram com teste Tukey.

Analisando a tabela 45 conclui-se que se obtiveram diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas, excetuando na subescala “Sono” e “Severidade”, rejeitando-se assim, e apenas a questão de investigação inicialmente formulada para estas duas últimas referidas.

Tabela 45 - Teste One-Way ANOVA e testes post hoc entre o número de filhos e a Qualidade de Vida

Domínios	1Filho (1)		2 Filhos (2)		≥3 Filhos(3)		F	P	%	Post Hoc			
	Média	DP	Média	DP	Média	DP				Variância explicada	1 vs 2	2 vs 3	3 vs 1
Percepção 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	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	108,51	79,17	171,02	78,00	180,89	93,57	21,174	0,000	32,6	0,000	0,000	0,633	
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	
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	
Relação Pessoal	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	136,97	89,76	163,15	83,77	149,64	80,04	2,889	0,057	5,4	-	-	-	
Severidade	151,03	95,48	155,68	84,45	147,40	80,53	0,193	0,825	5,7	-	-	-	
Total da QDV	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 QDV

Para se compreender a influência do tipo de parto e a QDV, utilizou-se o teste Kruskal-Wallis. Da análise da Tabela 46, salienta-se que as mulheres que tiveram partos instrumentados apresentaram médias superiores em todas as subescalas à exceção das subescalas “Percepção 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 questão de investigação enunciada.

Tabela 46 - Teste Kruskal-Wallis entre o Tipo de Parto e a Qualidade de Vida

Tipo de parto	Normal	Instrumentado	Cesariana	KW	P
	M	M	M		
Subescalas					
Percepção da Saúde	154,22	141,74	163,39	1,15	0,564
Impacto	152,72	162,75	130,25	1,71	0,425
Limitações	150,90	175,19	127,21	4,07	0,131
Físicas	154,24	157,50	118,50	2,39	0,302
Sociais	151,38	158,60	166,00	0,56	0,756
Relação Pessoal	149,84	164,31	177,39	2,18	0,326
Emoções	152,50	146,43	180,82	1,69	0,430
Sono	152,00	152,54	172,32	0,75	0,688
Severidade	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 Presença de Lesões Pélvicas no Trabalho de parto e a QDV

No que diz refere à influência de teve alguma laceração, rasgadura, corte durante o(s) parto(s) e a QDV, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Salienta-se que nas subescalas “Percepção da Saúde”, “Impacto” e “Limitações” 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 apuraram-se significâncias estatísticas ($p < 0,005$) nas subescalas “Perceção da Saúde”, “Impacto”, “Sono” e “Severidade”, logo aceita-se a questão de investigação formulada para a mesma. (cf. Tabela 47).

Tabela 47 - Teste U de Mann-Whitney entre lesões pélvicas no Trabalho de Parto e a Qualidade de Vida.

Laceração, rasgadura, corte	Sim	Não	U	p
	M	M		
Subescalas				
Perceção da Saúde	130,90	158,52	6094,00	0,013
Impacto	131,99	158,25	6160,50	0,022
Limitações	148,93	154,02	7193,50	0,679
Físicas	155,24	152,44	7305,50	0,821
Sociais	155,41	152,40	7295,00	0,810
Relação Pessoal	164,52	150,12	6739,50	0,239
Emoções	170,90	148,52	6350,00	0,071
Sono	175,57	147,36	6065,00	0,021
Severidade	179,50	146,38	5825,50	0,008
Total de qualidade de vida	158,51	151,62	7106,00	0,585

Relação entre Presença de Filhos com Peso Superior a 4Kg e a QDV

No sentido de conhecer a influência do facto de ter filhos com peso superior a 4Kg e a QDV, 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 QDV, à exceção da subescala “Impacto” em que a média foi mais elevada nas mulheres que tiveram filhos com peso superior a 4Kg. Conclui-se portanto que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas excetuando as subescalas “Impacto”, “Físicas” e “Relação Pessoal” rejeitando-se assim apenas a questão de investigação formulada nas subescalas acima mencionadas (cf. Tabela 48).

Tabela 48 - Teste U de Mann-Whitney entre Presença de filhos com Peso Superior a 4Kg à nascença e a Qualidade de Vida

Teve filhos com peso superior a 4Kg	Sim	Não	U	P
	M	M		
Subescalas				
Perceção da Saúde	145,72	172,15	7673,50	0,008
Impacto	157,88	140,17	8204,50	0,086
Limitações	145,36	173,10	7594,00	0,012
Físicas	150,76	158,89	8787,00	0,462
Sociais	142,21	181,38	6898,50	0,000
Relação Pessoal	148,42	165,05	8269,50	0,129
Emoções	143,88	176,99	7266,50	0,003
Sono	141,44	183,42	6727,00	0,000

Severidade	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 que Costuma estar Sentada por dia e QDV

Com o intuito de compreender se existe ou não influência do número de horas que costuma estar sentada por dia na QDV, utilizou-se o teste Kruskal-Wallis (Tabela 49). De referir que as mulheres que passam 5 ou mais horas sentadas por dia apresentam médias superiores nas subescalas “Perceção da Saúde”, “Sociais”, “Relação Pessoal” 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” ($p=0,042$), ou seja, o número de horas que costuma estar sentada por dia interfere no sono, levando à aceitação da questão de investigação formulada.

Tabela 49 - Teste Kruskal-Wallis entre o Número de Horas que Costuma estar Sentada por dia e Qualidade de Vida

Horas sentada por dia	≤3 Horas	4 Horas	≥ 5 Horas	KW	P
	M	M	M		
Subescalas					
Perceção da Saúde	145,10	152,91	158,62	1,68	0,432
Impacto	151,64	159,34	148,53	0,90	0,637
Limitações	146,07	160,26	152,72	1,25	0,535
Físicas	139,31	160,80	158,20	3,71	0,157
Sociais	145,85	155,00	156,53	0,92	0,630
Relação Pessoal	155,51	138,64	159,45	3,09	0,213
Emoções	145,71	154,04	157,31	1,03	0,596
Sono	135,37	163,52	159,73	6,36	0,042
Severidade	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

Existe relação entre as variáveis ginecológicas na qualidade de vida das mulheres com Incontinência urinária?

Relação entre anos que perde urina e a QDV

De forma a perceber a influência entre os anos que perde urina e a QDV efetuou-se o teste One-Way ANOVA. Ao analisarmos a tabela 50 podemos referir que em todas as subescalas as médias foram mais elevadas nas mulheres que perdem urina há mais de 10 anos, excetuando na subescala “Relação Pessoal” em que a média foi mais elevada nas mulheres que perdem urina há 5 ou menos anos. As médias foram comprovadas pelo teste Tukey.

Verificando os valores que o quadro seguinte nos apresenta podemos referir que existiram diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas, excetuando a

subescalas “Percepção da Saúde”, “Limitações”, “Físicas” e “Relação Pessoal”, rejeitando-se assim, a questão de investigação formulada apenas nestes casos.

Tabela 50 - Teste One-Way ANOVA e testes post hoc entre os anos que perde urina e a qualidade de vida

Domínios	≤ 5 anos (1)		6-9 anos (2)		≥10 anos (3)		F	p	%	Variância explicada	Post Hoc		
	Média	DP	Média	DP	Média	DP					1 vs 2	2 vs 3	3 vs 3
Percepção 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	147,82	91,96	151,34	70,44	159,59	76,03	0,599	0,550	6,4	-	-	-	
Limitações	134,90	91,17	151,71	74,16	172,19	86,75	5,182	0,006	19,1	0,284	0,002	0,198	
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	
Sociais	138,66	88,93	158,00	89,62	163,08	82,57	2,324	0,100	12,4	-	-	-	
Relação Pessoal	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	139,69	84,88	159,38	89,06	160,88	82,71	2,009	0,126	8,2	-	-	-	
Severidade	142,96	91,44	155,23	87,19	161,14	82,77	1,205	0,136	11,2	-	-	-	
Total da QDV	145,57	98,40	147,80	85,10	164,85	79,05	1,508	0,223	13,0	-	-	-	

Existe relação entre os estilos de vida e a qualidade de vida das mulheres com Incontinência urinária ?

Relação entre a prática de exercício físico e a QDV

Com o intuito de perceber a influência entre a prática de exercício físico e a QDV efetuou-se o teste One-Way ANOVA. A tabela 51 mostra-nos que em todas as subescalas as médias foram mais elevadas nas mulheres que praticam exercício físico 2 a 3 vezes por semana, sendo que estes resultados foram corroborados através da aplicação do teste Tukey.

Analisando os valores obtidos no quadro seguinte, podemos referir que existiram diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas, pelo que podemos dizer que a prática de exercício influencia a QDV, ou seja, aceita-se assim a questão de investigação inicialmente formulada.

Tabela 51 - Teste One-Way ANOVA e testes post hoc entre a prática de exercício físico e a Qualidade de Vida

Domínios	Nunca (1)		Até 2 a 3 vezes por semana (2)		Esporadicamente (3)		F	p	%	Variância explicada	Post Hoc		
	Média	DP	Média	DP	Média	DP					1 vs 2	2 vs 3	3 vs 3

Percepção 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
Impacto	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	154,72	85,77	170,25	79,99	127,18	88,94	4,882	0,008	9,2	0,303	0,075	0,005
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
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
Relação Pessoal	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	151,99	84,26	179,18	85,42	122,09	79,55	8,764	0,000	9,7	0,031	0,027	0,000
Severidade	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 da QDV	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 Quantidade de água/líquidos ingeridos por dia e a QDV

No que respeita à influência da quantidade de água/líquidos ingerida por dia sobre a QDV, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney (cf. Tabela 52). Constata-se que as mulheres que ingerem até um litro de água/líquidos por dia apresentam médias superiores nas subescalas "Percepção da Saúde", "Impacto", "Limitações", "Físicas" e "Relação Pessoal" enquanto 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 "Impacto" ($p=0,043$), "Sono" ($p=0,000$) e "Severidade" ($p=0,000$), ou seja, aceita-se portanto a questão de investigação formulada para estas subescalas.

Tabela 52 - Teste U de Mann-Whitney entre a Quantidade de água/líquidos ingerida por dia e a Qualidade de Vida

Quantidade água/líquidos	Até 1 litro	Superior a 1 litro	U	P
Subescalas	M	M		
Percepção da Saúde	159,87	142,84	9943,00	0,061
Impacto	160,64	141,70	9802,50	0,043
Limitações	157,05	147,01	10456,00	0,317
Físicas	153,51	152,25	11101,00	0,901
Sociais	145,91	163,48	9903,50	0,085
Relação Pessoal	154,03	151,47	11005,00	0,797
Emoções	145,82	163,62	9887,00	0,078
Sono	137,92	175,31	8448,50	0,000
Severidade	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 QDV

Com o intuito de compreender se existe ou não influência dos hábitos tabágicos na QDV, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney (Tabela 53). Observa-se que as mulheres fumadoras apresentam médias mais elevadas em todas as subescalas, à exceção das subescalas "Impacto" e "Relação pessoal" em que as médias foram mais elevadas nas mulheres não fumadoras. Reconhecem-se diferenças estatisticamente significativas nas subescalas

“Limitações” ($p=0,002$), “Físicas” ($p=0,013$) e “Severidade” ($p=0,020$) aceitando-se a questão de investigação inicialmente formulada nestes casos.

Tabela 53 - Teste U de Mann-Whitney entre os Hábitos Tabágicos e a Qualidade de Vida

Fuma	Sim	Não	U	P
Subescalas	M	M		
Percepção da Saúde	155,16	144,71	7101,00	0,343
Impacto	150,34	163,21	6979,50	0,257
Limitações	160,77	123,17	5743,50	0,002
Físicas	159,23	129,06	6114,50	0,013
Sociais	157,96	133,86	6417,00	0,051
Relação Pessoal	151,95	157,03	7369,00	0,674
Emoções	157,13	137,13	6623,00	0,102
Sono	157,73	134,82	6477,50	0,059
Severidade	158,91	130,29	6192,00	0,020
Total de qualidade de vida	156,97	137,75	6662,50	0,123

Relação entre a Ingestão de Bebidas Alcoólicas e a QDV

Com o intuito de analisar a influência da ingestão de bebidas alcoólicas e a QDV, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Ao analisar a Tabela 54, constatou-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 QDV constata-se que existiram diferenças estatisticamente significativas nas distintas subescalas, à exceção das subescalas “Percepção da Saúde” e “Severidade” em que se rejeita a questão de investigação inicialmente formulada.

Tabela 54 - Teste U de Mann-Whitney entre a Ingestão de Bebidas Alcoólicas e a Qualidade de Vida

Ingere bebidas alcoólicas	Sim	Não	U	P
Subescalas	M	M		
Percepção da Saúde	156,88	142,28	8203,50	0,149
Impacto	164,70	120,65	6452,00	0,000
Limitações	165,78	117,67	6210,00	0,000
Físicas	165,18	119,32	6344,00	0,000
Sociais	163,50	123,98	6721,00	0,000
Relação Pessoal	163,71	123,38	6672,50	0,000
Emoções	159,58	134,81	7598,50	0,027
Sono	160,51	132,23	7389,50	0,011
Severidade	157,72	139,94	8014,00	0,116
Total de qualidade de vida	164,50	121,20	6496,50	0,000

A Incontinência Urinária influencia a Qualidade de Vida das mulheres?

Relação entre a IU de Esforço e a QDV

Para se compreender a influência da IU de esforço na QDV, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Da análise da Tabela 55, salienta-se que as mulheres com IU de esforço apresentam médias mais elevadas em todas as subescalas. Conclui-se portanto que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas, pelo que se pode dizer que a IU de esforço influencia a QDV, ou seja, aceita-se assim a questão de investigação inicialmente formulada.

Tabela 55 - Teste U de Mann-Whitney entre a IU de Esforço e Qualidade de Vida

Incontinência de esforço	Sem esforço	Com esforço	U	p
Subescalas	M	M		
Percepção da Saúde	134,58	158,13	7784,00	0,017
Impacto	104,75	189,81	5249,00	0,000
Limitações	78,24	180,20	2995,50	0,000
Físicas	72,61	182,40	2516,50	0,000
Sociais	69,04	183,80	2213,00	0,000
Relação Pessoal	85,29	177,44	3594,50	0,000
Emoções	78,64	180,04	3029,00	0,000
Sono	76,73	180,79	2867,00	0,000
Severidade	81,15	179,06	3243,00	0,000
Total de qualidade de vida	66,22	184,91	1973,50	0,000

Relação entre a IU de Urgência e QDV

Quanto à relação entre a IU de urgência e a QDV, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Constata-se que as mulheres com IU de urgência apresentam médias mais elevadas nas subescalas “Percepção da Saúde”, “Sociais”, “Emoções”, “Sono” e “Severidade”. Apenas as subescalas “Percepção da Saúde” ($p=0,006$), “Físicas” ($p=0,041$) e “Severidade” ($p=0,029$), apresentam significância estatística. Assim, é possível aceitar a questão de investigação formulada para as subescalas citadas.

Tabela 56 - Teste U de Mann-Whitney entre a IU de Urgência e Qualidade de Vida

Incontinência de urgência	Sem urgência	Com urgência	U	p
Subescalas	M	M		
Percepção da Saúde	145,23	174,12	6665,50	0,006
Impacto	153,09	148,44	7983,50	0,668
Limitações	153,39	147,45	7913,00	0,608
Físicas	157,56	133,82	6945,00	0,041
Sociais	148,56	163,25	7437,00	0,212
Relação Pessoal	157,22	134,93	7024,00	0,053
Emoções	150,51	156,88	7889,50	0,584
Sono	149,07	161,58	7556,00	0,278
Severidade	145,98	171,66	6840,00	0,029
Total de qualidade de vida	152,38	150,76	8148,00	0,892

Será que a QDV é influenciada pela Idade; pelas variáveis Obstétricas, Anos de Perda de Urina, Sexualidade e pelo Impacto da Incontinência ?

Pretendemos com esta relação identificar se a QDV é influenciada pela idade, variáveis obstétricas, anos de perda de urina, sexualidade e impacto da incontinência. Assim, efetuámos análises de regressões múltiplas para testar o valor preditivo das variáveis independentes em relação à variável dependente QDV em todas as suas dimensões: percepção da saúde; impacto; limitações; físicas; sociais; relação pessoal; emoções; sono; severidade e total da QDV. 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.

Relação entre variáveis independentes e variável dependente (Percepção de saúde)

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é o impacto da incontinência já que é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica no primeiro modelo 13,3% da variação da percepção de saúde e o erro padrão da regressão é de 15,43, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da percepção da saúde.

No segundo modelo de regressão, para além do impacto da incontinência, entrou o número de vezes que esteve grávida e estas duas variáveis no seu conjunto passaram a explicar 18,2% da variabilidade total da percepção da saúde tendo o erro estimado diminuído para 15,01.

No terceiro modelo de regressão, para além do impacto da incontinência, do número de vezes que esteve grávida, entrou a idade e estas três variáveis no seu conjunto passaram a explicar 20,1% da variabilidade total da percepção da saúde tendo o erro estimado diminuído para 14,86.

Por último, no quarto modelo de regressão, para além das variáveis mencionadas anteriormente, entrou a incontinência de urgência, onde no seu conjunto, as quatro variáveis passaram a explicar 21,4% da variabilidade percepção da saúde de vida tendo o erro estimado diminuído para 14,76.

Os resultados destes quatro modelos são apresentados no seguinte quadro (quadro 1) que evidencia como o impacto da incontinência, o número de vezes que esteve grávida, a idade e a incontinência de urgência são preditoras da percepção da saúde. A correlação positiva que estas variáveis estabelecem com a percepção de saúde é moderada ($r=0,463$). Por sua vez, os testes F ao apresentarem significância estatística levam à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo e os valores de t sendo significativos indicam que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo da percepção da saúde. Os coeficientes

padronizados beta revelam que o impacto da incontinência é a que apresenta maior valor preditivo. Deste modo, podemos inferir que quanto maior o impacto da incontinência na mulher, mais elevada é a percepção de saúde. Do mesmo modo, quanto mais filhos teve, quanto mais idade tenha a mulher e quanto maior é a incontinência de urgência, maior é a percepção da saúde.

Terminamos apresentando o modelo final ajustado para a percepção da saúde que é dado pela seguinte fórmula:

Percepção da Saúde = 13,093 + 0,272 Impacto da Incontinência + 0,162 Número de vezes que esteve Grávida + 0,146 Idade + 0,119 Incontinência de Urgência

Quadro 1 – Regressão múltipla entre a percepção da saúde e as variáveis independentes

Variável dependente: Percepção da Saúde					
R=0,463					
R²=0,214					
R² Ajustado=0,284					
Erro padrão de estimativa=14,76					
Incremento de R²=0,014					
F=5,070					
P=0,025					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente Beta	Coeficiente Padronizado	t	P	
Constante	13,093				
Impacto da Incontinência	1,291	0,272	4,927	0,000	
Número de vezes que esteve Grávida	3,432	0,162	2,720	0,007	
Idade	0,235	0,146	2,565	0,011	
Incontinência de Urgência	1,211	0,119	2,252	0,025	
Análise de Variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	P
Regressão	17539,661	4	4384,915	20,123	0,000
Residual	64283,256	295	217,909		
Total	81822,917	299			

Relação entre variáveis independentes e variável dependente (Impacto)

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é o impacto da incontinência já que é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica no primeiro modelo 33,8% da variação do impacto e o erro padrão da regressão é de 20,01, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados do impacto.

No segundo modelo de regressão, para além do impacto da incontinência, entrou a estima sexual e estas duas variáveis no seu conjunto passaram a explicar 36,6% da variabilidade total do impacto tendo o erro estimado diminuído para 19,62.

No terceiro modelo de regressão, para além do impacto da incontinência e da estima sexual, entrou a incontinência de esforço e estas três variáveis no seu conjunto passaram a explicar 38,4% da variabilidade total do impacto tendo o erro estimado diminuído para 19,37.

Os resultados destes três modelos são apresentados no quadro seguinte (quadro 2) que evidencia como o impacto da incontinência, a estima sexual, e a incontinência de esforço são preditoras do impacto. A correlação positiva que estas variáveis estabelecem com o impacto é moderada ($r=0,620$). Por sua vez, os testes F ao apresentarem significância estatística levam à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo e os valores de t sendo significativos indicam que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo do impacto. Os coeficientes padronizados beta revelam que o impacto da incontinência é a que apresenta maior valor preditivo. Deste modo, podemos inferir que quanto maior o impacto da incontinência na mulher, mais elevado é o impacto. Do mesmo modo, quanto maior a estima sexual e quanto maior é a incontinência de esforço, maior é o impacto.

Terminamos por apresentar o modelo final ajustado para o impacto que é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Impacto} = -13,799 + 0,500 \text{ Impacto da Incontinência} + 0,157 \text{ Estima Sexual} + 0,151 \text{ Incontinência de Esforço}$$

Quadro 2 – Regressão múltipla entre o impacto e as variáveis independentes

Variável dependente: Impacto					
R=0,620					
R²=0,384					
R² Ajustado=0,378					
Erro padrão de estimativa=19,37					
Incremento de R²=0,018					
F=8,785					
P=0,003					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente Beta	Coeficiente Padronizado	t	p	
Constante	-13,799				
Impacto da Incontinência	3,528	0,500	9,847	0,000	
Estima Sexual	0,813	0,157	3,423	0,001	
Incontinência de Esforço	2,511	0,151	2,964	0,003	
Análise de Variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	P
Regressão	69188,810	3	23062,937	61,452	0,000
Residual	111088,968	296	375,301		
Total	180277,778	299			

Relação entre variáveis independentes e variável dependente (Limitações)

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é o impacto da incontinência já que é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica no primeiro modelo 38,5% da variação das limitações e o erro padrão da regressão é de 21,91, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados das limitações.

No segundo modelo de regressão, para além do impacto da incontinência, entrou a incontinência de esforço e estas duas variáveis no seu conjunto passaram a explicar 48,5% da variabilidade total das limitações tendo o erro estimado diminuído para 20,01.

No terceiro modelo de regressão, para além do impacto da incontinência, da incontinência de esforço, entrou a estima sexual e estas três variáveis no seu conjunto passaram a explicar 50,0% da variabilidade total das limitações, tendo o erro estimado diminuído para 19,81.

No quarto modelo de regressão, para além das variáveis mencionadas anteriormente, entrou a preocupação sexual, onde no seu conjunto, as quatro variáveis passaram a explicar 51,6% da variabilidade das limitações, tendo o erro estimado diminuído para 19,52.

Por último, entrou o número de vezes que esteve grávida, constituindo assim o quinto modelo de regressão, estas cinco variáveis no seu conjunto passaram a explicar 52,8% da variabilidade total das limitações, tendo o erro estimado diminuído para 19,31.

Os resultados destes cinco modelos são apresentados no quadro seguinte (quadro 3) que evidencia como o impacto da incontinência, a incontinência de esforço, a estima sexual, a preocupação sexual e o número de vezes que esteve grávida são preditoras das limitações. A correlação positiva que estas variáveis estabelecem com as limitações é alta ($r=0,727$). Por sua vez, os testes F ao apresentarem significância estatística levam à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo e os valores de t sendo significativos indicam que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo das limitações. Os coeficientes padronizados beta revelam que o impacto da incontinência é a que apresenta maior valor preditivo. Deste modo, podemos inferir que quanto maior o impacto da incontinência na mulher, mais elevadas são as limitações nas mulheres. Do mesmo modo, quanto maior a estima sexual, a preocupação sexual e o número de vezes que esteve grávida, maior são as limitações.

Terminamos a apresentar o modelo final ajustado para as limitações que é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Limitações} = -7,923 + 0,414 \text{ Impacto da Incontinência} + 0,319 \text{ Incontinência de Esforço} + 0,146 \text{ Estima Sexual} + (-0,141) \text{ Preocupação Sexual} + 0,118 \text{ Número de vezes que esteve Grávida}$$

Quadro 3 – Regressão múltipla entre as limitações e as variáveis independentes

Variável dependente: Limitações					
R=0,727					
R²=0,528					
R² Ajustado=0,520					
Erro padrão de estimativa=19,31					
Incremento de R²=0,012					
F=7,668					
P=0,006					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente Beta	Coeficiente Padronizado	t	p	
Constante	-7,923				
Impacto da Incontinência	3,312	0,414	8,884	0,000	
Incontinência de Esforço	6,024	0,319	7,072	0,000	
Estima Sexual	0,858	0,146	3,575	0,000	
Preocupação Sexual	-0,744	-0,141	-3,419	0,001	
Número de vezes que esteve Grávida	4,207	0,118	2,769	0,006	
Análise de Variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	P
Regressão	122785,064	5	24557,013	65,872	0,000
Residual	109602,899	294	372,799		
Total	232387,963	299			

Relação entre variáveis independentes e variável dependente (Limitações Físicas)

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é a incontinência de esforço já que é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica no primeiro modelo 36,5% da variação da limitação física e o erro padrão da regressão é de 22,70, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da limitação física.

No segundo modelo de regressão, para além da incontinência de esforço, entrou o impacto da incontinência e estas duas variáveis no seu conjunto passaram a explicar 47,1% da variabilidade total das limitações físicas tendo o erro estimado diminuído para 20,74.

No terceiro modelo de regressão, para além da incontinência de esforço e do impacto da incontinência, entrou a incontinência de urgência e estas três variáveis no seu conjunto passaram a explicar 48,1% da variabilidade total do impacto tendo o erro estimado diminuído para 20,59.

Os resultados destes três modelos são apresentados no quadro seguinte (quadro 4) que evidencia como a incontinência de esforço, o impacto da incontinência e a incontinência de esforço são preditoras das limitações físicas. A correlação positiva que estas variáveis estabelecem com as limitações físicas é moderada ($r=0,693$). Por sua vez, os testes F ao apresentarem significância estatística levam à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo e os valores de t sendo significativos indicam que as variáveis independentes que entraram no

modelo de regressão têm poder explicativo das limitações físicas. Os coeficientes padronizados beta revelam que a incontinência de esforço é a que apresenta maior valor preditivo. Deste modo, podemos inferir que quanto maior a incontinência de esforço na mulher, mais elevados são as limitações físicas. Do mesmo modo, quanto maior o impacto na incontinência e maior a incontinência de urgência, maior são as limitações físicas.

Terminamos a apresentar o modelo final ajustado para as limitações físicas que é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Limitações Físicas} = -5,126 + 0,404 \text{ Incontinência de Esforço} + 0,400 \text{ Impacto da Incontinência} + (-0,104) \text{ Incontinência de Urgência}$$

Quadro 4 – Regressão múltipla entre as limitações físicas e as variáveis independentes

Variável dependente: Limitações Físicas					
R=0,693					
R²=0,481					
R² Ajustado=0,475					
Erro padrão de estimativa=20,59					
Incremento de R²=0,009					
F=5,223					
P=0,023					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente Beta	Coeficiente Padronizado	t	p	
Constante	-5,126				
Incontinência de Esforço	7,799	0,404	8,125	0,000	
Impacto da Incontinência	3,269	0,400	8,126	0,000	
Incontinência de Urgência	-1,825	-0,104	-2,285	0,023	
Análise de Variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	P
Regressão	116153,931	3	38717,977	91,312	0,000
Residual	125509,032	296	424,017		
Total	241662,963	299			

Relação entre variáveis independentes e variável dependente (Limitações Sociais)

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é a incontinência de esforço já que é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica no primeiro modelo 35,6% da variação das limitações sociais e o erro padrão da regressão é de 23,22, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados das limitações sociais.

No segundo modelo de regressão, para além da incontinência de esforço, entrou o impacto da incontinência e estas duas variáveis no seu conjunto passaram a explicar 47,5% da variabilidade total das limitações sociais tendo o erro estimado diminuído para 21,00.

No terceiro modelo de regressão, para além da incontinência de esforço e do impacto da incontinência, entrou a incontinência de urgência e estas três variáveis no seu conjunto passaram a explicar 49,1% da variabilidade total das limitações sociais, tendo o erro estimado diminuído para 20,72.

No quarto modelo de regressão, para além das variáveis mencionadas anteriormente, entrou a idade, onde no seu conjunto, as quatro variáveis passaram a explicar 50,1% da variabilidade das limitações sociais, tendo o erro estimado diminuído para 20,54.

Por último, entrou o IMC, constituindo assim o quinto modelo de regressão. Estas cinco variáveis no seu conjunto passaram a explicar 51,2% da variabilidade total das limitações sociais, tendo o erro estimado diminuído para 20,35.

Os resultados destes cinco modelos são apresentados no quadro seguinte (quadro 5) que evidencia como a incontinência de esforço, o impacto da incontinência, a incontinência de esforço, a idade e o IMC são preditoras das limitações sociais. A correlação positiva que estas variáveis estabelecem com as limitações é alta ($r=0,715$). Por sua vez, os testes F ao apresentarem significância estatística levam à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo e os valores de t sendo significativos indicam que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo das limitações sociais. Os coeficientes padronizados beta revelam que a incontinência de esforço é a que apresenta maior valor preditivo. Deste modo, podemos inferir que quanto maior é a incontinência de esforço na mulher, mais elevadas são as limitações sociais nas mulheres. Do mesmo modo, quanto maior o impacto da incontinência, a incontinência de esforço, a idade e o IMC, maiores são as limitações sociais.

Terminamos apresentando o modelo final ajustado para as limitações sociais que é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Limitações Sociais} = -29,094 + 0,479 \text{ Incontinência de Esforço} + 0,326 \text{ Impacto da Incontinência} + 0,139 \text{ Incontinência de Urgência} + (-0,121) \text{ Idade} + 0,111 \text{ IMC}$$

Quadro 5 – Regressão múltipla entre as limitações sociais e as variáveis independentes

Variável dependente: Limitações Sociais

R=0,715

R²=0,512

R² Ajustado=0,504

Erro padrão de estimativa=20,35

Incremento de R²=0,011

F=6,664

P=0,010

Pesos de Regressão

Variáveis independentes	Coeficiente Beta	Coeficiente Padronizado	t	p
Constante	-29,094			

Incontinência de Esforço	9,384	0,479	9,706	0,000	
Impacto da Incontinência	2,704	0,326	6,764	0,000	
Incontinência de Urgência	2,482	0,139	3,110	0,002	
Idade	-0,340	-0,121	-2,869	0,004	
IMC	0,910	0,111	2,582	0,019	
Análise de Variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	P
Regressão	127661,006	5	25532,201	61,653	0,000
Residual	121752,574	294	414,124		
Total	249413,580	299			

Relação entre variáveis independentes e variável dependente (Relação Pessoal)

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é a incontinência de esforço já que é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica no primeiro modelo 21,9% da variação da relação pessoal e o erro padrão da regressão é de 235,63, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da relação pessoal.

No segundo modelo de regressão, para além da incontinência de esforço, entrou o impacto da incontinência e estas duas variáveis no seu conjunto passaram a explicar 29,8% da variabilidade total da relação pessoal tendo o erro estimado diminuído para 24,33.

No terceiro modelo de regressão, para além da incontinência de esforço e do impacto da incontinência, entraram os anos de perda de urina e estas três variáveis no seu conjunto passaram a explicar 35,2% da variabilidade total da relação pessoal, tendo o erro estimado diminuído para 23,43.

Por último, no quarto modelo de regressão, para além das variáveis mencionadas anteriormente, entrou o total da sexualidade, onde no seu conjunto, as quatro variáveis passaram a explicar 36,2% da variabilidade da relação pessoal, tendo o erro estimado diminuído para 23,28.

Os resultados destes quatro modelos são apresentados no quadro seguinte (quadro 6) que evidencia como a incontinência de esforço, o impacto da incontinência, os anos de perda de urina e o total da sexualidade são preditoras da relação pessoal. A correlação positiva que estas variáveis estabelecem com as limitações é moderada ($r=0,602$). Por sua vez, os testes F ao apresentarem significância estatística levam à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo e os valores de t sendo significativos indicam que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo da relação pessoal. Os coeficientes padronizados beta revelam que o impacto na incontinência é a que apresenta maior valor preditivo. Deste modo, podemos inferir que quanto maior é o impacto na incontinência na mulher, mais elevadas são as relações pessoais. Do mesmo modo, quanto maior a incontinência de esforço, os anos de perda de urina e o total da sexualidade, maior é a relação pessoal.

Terminamos por apresentar o modelo final ajustado para a relação pessoal que é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Relação pessoal} = -45,685 + 0,337 \text{ Incontinência de Esforço} + 0,373 \text{ Impacto da Incontinência} + (-0,238) \text{ anos de perda de urina} + 0,102 \text{ Total da Sexualidade}$$

Quadro 6 – Regressão múltipla entre a relação pessoal e as variáveis independentes

Variável dependente: Relação pessoal					
R=0,602					
R²=0,362					
R² Ajustado=0,354					
Erro padrão de estimativa=23,28					
Incremento de R²=0,010					
F=4,824					
P=0,029					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente Beta	Coeficiente Padronizado	T	p	
Constante	-45,685				
Incontinência de Esforço	6,626	0,337	6,521	0,000	
Impacto da Incontinência	3,105	0,373	7,041	0,000	
Anos de Perda de Urina	-1,123	-0,238	-4,958	0,000	
Total da Sexualidade	0,362	0,102	2,196	0,029	
Análise de Variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	P
Regressão	90814,951	4	22703,738	41,885	0,000
Residual	159906,345	295	542,055		
Total	250721,296	299			

Relação entre variáveis independentes e variável dependente (Emoções)

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é a incontinência de esforço já que é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica no primeiro modelo 27,3% da variação das emoções e o erro padrão da regressão é de 21,82, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados das emoções.

No segundo modelo de regressão, para além da incontinência de esforço, entrou o impacto da incontinência e estas duas variáveis no seu conjunto passaram a explicar 37,1% da variabilidade total da variação das emoções tendo o erro estimado diminuído para 20,33.

Os resultados destes dois modelos são apresentados no quadro seguinte (quadro 7) que evidencia como a incontinência de esforço e o impacto da incontinência são preditoras das emoções. A correlação positiva que estas variáveis estabelecem com as emoções é moderada ($r=0,609$). Por sua vez, os testes F ao apresentarem significância estatística levam à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo e os valores de t sendo significativos indicam que as

variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo nas emoções. Os coeficientes padronizados beta revelam que a incontinência de esforço é a que apresenta maior valor preditivo. Deste modo, podemos inferir que quanto maior a incontinência de esforço na mulher, mais elevadas são as emoções. Do mesmo modo, quanto maior é o impacto da incontinência, mais elevadas são as emoções.

Terminamos apresentando o modelo final ajustado para as emoções que é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Emoções} = -7,610 + 0,371 \text{ Incontinência de Esforço} + 0,348 \text{ Impacto da Incontinência}$$

Quadro 7 – Regressão múltipla entre as emoções e as variáveis independentes

Variável dependente: Emoções					
R=0,609					
R²=0,371					
R² Ajustado=0,367					
Erro padrão de estimativa=20,33					
Incremento de R²=0,098					
F=46,299					
P=0,000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes		Coeficiente Beta	Coeficiente Padronizado	T	P
Constante		-7,610			
Incontinência de Esforço		6,423	0,371	7,241	0,000
Impacto da Incontinência		2,555	0,348	6,804	0,000
Análise de Variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	P
Regressão	72542,233	2	36271,781	87,754	0,000
Residual	122757,767	297	413,326		
Total	195300,000	299			

Relação entre variáveis independentes e variável dependente (Sono)

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é a incontinência de esforço já que é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica no primeiro modelo 21,5% da variação do sono e o erro padrão da regressão é de 25,39, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados do sono.

No segundo modelo de regressão, para além da incontinência de esforço, entrou o impacto da incontinência e estas duas variáveis no seu conjunto passaram a explicar 24,5% da variabilidade total do sono, tendo o erro estimado diminuído para 24,94.

No terceiro modelo de regressão, para além da incontinência de esforço, do impacto da incontinência, entrou o número de vezes que esteve grávida e estas três variáveis no seu

conjunto passaram a explicar 26,1% da variabilidade total do sono, tendo o erro estimado diminuído para 24,71.

No quarto modelo de regressão, para além da incontinência de esforço, do impacto da incontinência, o número de vezes que esteve grávida, entrou o total da sexualidade e estas quatro variáveis no seu conjunto passaram a explicar 28,1% da variabilidade total do sono, tendo o erro estimado diminuído para 24,42.

Por último, no quinto modelo de regressão, para além das variáveis mencionadas anteriormente, entrou o IMC, onde no seu conjunto, as cinco variáveis passaram a explicar 29,3% da variabilidade total do sono, tendo o erro estimado diminuído para 24,25.

Os resultados destes cinco modelos são apresentados no quadro seguinte (quadro 8) que evidencia como a incontinência de esforço, o impacto da incontinência, o número de vezes que esteve grávida, o total da sexualidade e o IMC são preditoras do sono. A correlação positiva que estas variáveis estabelecem com o sono é moderada ($r=0,542$). Por sua vez, os testes F ao apresentarem significância estatística levam à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo e os valores de t sendo significativos indicam que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo no sono. Os coeficientes padronizados beta revelam que a incontinência de esforço é a que apresenta maior valor preditivo. Deste modo, podemos inferir que quanto maior a incontinência de esforço na mulher, mais sono têm as mulheres. Do mesmo modo, quanto maior são as restantes variáveis, mais sono têm as mulheres.

Terminamos apresentando o modelo final ajustado para o sono que é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Sono} = -58,512 + 0,373 \text{ Incontinência de Esforço} + 0,225 \text{ Impacto da Incontinência} + (-0,158) \text{ Número de vezes que Esteve Grávida} + 0,136 \text{ Total da Sexualidade} + 0,115 \text{ IMC}$$

Quadro 8 – Regressão múltipla entre o sono e as variáveis independentes

Variável dependente: Sono				
R=0,609				
R²=0,371				
R² Ajustado=0,367				
Erro padrão de estimativa=20,33				
Incremento de R²=0,098				
F=46,299				
P=0,000				
Pesos de Regressão				
Variáveis independentes	Coeficiente Beta	Coeficiente Padronizado	T	p
Constante	-58,512		-3,632	0,000
Incontinência de Esforço	7,233	0,373	6,766	0,000
Impacto da Incontinência	1,846	0,225	3,924	0,000
Nº de vezes que esteve grávida	-5,770	-0,15	-3,016	0,003
Total da Sexualidade	0,477	0,136	2,753	0,006

IMC	0,932	0,115	2,259	0,025	
Análise de Variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	P
Regressão	71768,244	5	14353,649	24,400	0,000
Residual	172953,052	294	588,276		
Total	244721,296	299			

Relação entre variáveis independentes e variável dependente (Severidade)

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é o impacto da incontinência já que é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica no primeiro modelo 28,9% da variação da severidade e o erro padrão da regressão é de 18,99, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da severidade.

No segundo modelo de regressão, para além do impacto da incontinência, entrou a incontinência de esforço e estas duas variáveis no seu conjunto passaram a explicar 36,4% da variabilidade total da severidade, tendo o erro estimado diminuído para 17,99.

No terceiro modelo de regressão, para além do impacto da incontinência, da incontinência de esforço, entrou o número de vezes que esteve grávida e estas três variáveis no seu conjunto passaram a explicar 38,5% da variabilidade total da severidade, tendo o erro estimado diminuído para 17,57.

No quarto modelo de regressão, para além do impacto da incontinência, da incontinência de esforço e o número de vezes que esteve grávida, entrou o IMC e estas quatro variáveis no seu conjunto passaram a explicar 42,7% da variabilidade total da severidade, tendo o erro estimado diminuído para 17,13.

No quinto modelo de regressão, para além das variáveis mencionadas anteriormente, entrou a incontinência de urgência e estas cinco variáveis passaram a explicar 44,9% da variabilidade total da severidade, tendo o erro estimado diminuído para 16,83.

No sexto modelo de regressão, para além das variáveis referidas anteriormente, entrou a idade e estas seis variáveis passaram a explicar 46,9% da variabilidade total da severidade, tendo o erro estimado diminuído para 16,56.

No sétimo modelo de regressão, conjuntamente com as variáveis anteriormente referidas, entrou o número de filhos e estas sete variáveis passaram a explicar 47,8% da variabilidade total da severidade, tendo o erro estimado diminuído para 16,44.

Por último, no oitavo modelo de regressão, para além das variáveis mencionadas anteriormente, entrou o total da sexualidade, onde no seu conjunto, as oito variáveis passaram a explicar 48,5% da variabilidade total da severidade, tendo o erro estimado diminuído para 16,35.

Os resultados destes oito modelos são apresentados no quadro seguinte (quadro 9) que evidencia como o impacto da incontinência, a incontinência de esforço, o número de vezes que esteve grávida, o IMC, a incontinência de urgência, a idade, o número de filhos e o total da sexualidade são preditoras da severidade. A correlação positiva que estas variáveis estabelecem

com o sono é moderada ($r=0,697$). Por sua vez, os testes F ao apresentarem significância estatística levam à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo e os valores de t sendo significativos indicam que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo da severidade. Os coeficientes padronizados beta revelam que a incontinência de esforço é a que apresenta maior valor preditivo. Deste modo, podemos inferir que quanto maior a incontinência de esforço, mais elevada é a severidade. Do mesmo modo, quanto maiores são as restantes variáveis, mais elevada é a severidade.

Terminamos mostrando o modelo final ajustado para a severidade que é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Sono} = -6,676 + 0,353 \text{ Impacto da Incontinência} + 0,381 \text{ Incontinência de Esforço} + (-0,403) \text{ Número de vezes que Esteve Grávida} + 0,185 \text{ IMC} + 0,186 \text{ Incontinência de Urgência} + (-0,164) \text{ Idade} + 0,268 \text{ Número de Filhos} + 0,088 \text{ Total da Sexualidade}$$

Quadro 9 – Regressão múltipla entre a severidade e as variáveis independentes

Variável dependente: Severidade					
R=0,697					
R²=0,485					
R² Ajustado=0,471					
Erro padrão de estimativa=16,34					
Incremento de R²=0,007					
F=4,180					
P=0,042					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente Beta	Coeficiente Padronizado	T	P	
Constante	-5,676		-0,580	0,562	
Impacto da Incontinência	2,279	0,353	6,655	0,000	
Incontinência de Esforço	5,813	0,381	7,378	0,000	
Nº de vezes que esteve grávida	-11,586	-0,403	-3,448	0,001	
IMC	1,176	0,185	4,146	0,000	
Incontinência de Urgência	2,574	0,676	0,186	0,000	
Idade	-0,359	-0,164	-3,436	0,001	
Número de Filhos	8,749	0,268	2,265	0,024	
Total da Sexualidade	0,242	0,088	2,044	0,042	
Análise de Variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	P
Regressão	73363,363	8	9170,420	34,314	0,000
Residual	77770,665	291	267,253		
Total	151134,028	299			

Relação entre variáveis independentes e variável dependente (QDV)

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é o impacto da incontinência já que é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica no

Raquel Carvalho Rodrigues Freire

primeiro modelo 43,3% da variação do total da QDV e o erro padrão da regressão é de 15,12, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados do total da QDV

No segundo modelo de regressão, para além do impacto da incontinência, entrou a incontinência de esforço, onde no seu conjunto, as duas variáveis passaram a explicar 57,0% da variabilidade total do total da QDV, tendo o erro estimado diminuído para 13,15.

Os resultados destes dois modelos são apresentados no quadro seguinte (quadro 10) que evidencia como o impacto da incontinência e a incontinência de esforço são preditoras do total da QDV. A correlação positiva que estas variáveis estabelecem com o total da QDV é alta ($r=0,757$). Por sua vez, os testes F ao apresentarem significância estatística levam à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo e os valores de t sendo significativos indicam que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo no total da QDV. Os coeficientes padronizados beta revelam que o impacto da incontinência é a que apresenta maior valor preditivo. Deste modo, podemos inferir que quanto maior o impacto da incontinência na mulher, mais elevado é o total da QDV. Do mesmo modo, quanto maior é a incontinência de esforço, mais elevado é o total da qualidade de vida.

Terminamos apresentando o modelo final ajustado para do total da qualidade de vida que é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Emoções} = -4,335 + 0,476 \text{ Impacto da incontinência} + 0,415 \text{ Incontinência de esforço}$$

Quadro 10 – Regressão múltipla entre o total da qualidade de vida e as variáveis independentes

Variável dependente: Total da qualidade de vida					
R=0,757					
R²=0,573					
R² Ajustado=0,570					
Erro padrão de estimativa=13,15					
Incremento de R²=0,140					
F=97,209					
P=0,000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente Beta		Coeficiente Padronizado	T	p
Constante	-4,335			-1,4404	0,161
Incontinência de Esforço	2,737		0,476	11,275	0,000
Impacto da Incontinência	5,654		0,415	9,859	0,000
Análise de Variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	P
Regressão	68759,304	2	34379,652	198,963	0,000
Residual	51319,960	297	172,794		
Total	120079,264	299			

3 - DISCUSSÃO

Neste ponto do trabalho procede-se à discussão dos resultados mais importantes para a compreensão do tema em estudo, partindo sempre de uma comparação com a revisão da literatura.

A idade das mulheres inquiridas varia entre um mínimo de 29 anos e um máximo de 75 anos, sendo que a média de idades da nossa amostra se situa nos 50,01 anos. Estes dados referentes à idade indicam que a IU é um problema comum entre as mulheres de todas as idades, conforme afirmam Ribeiro e Raimundo (2003).

Segundo Guccione (2002), as mulheres com IU, em termos epidemiológicos, apresentam uma frequência duas vezes maior do que os homens, sendo afetadas em todos os grupos etários.

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%). Uma das causas apontadas para a IU de Esforço é o excesso de peso. O ganho repentino de peso e a obesidade provocam uma sobrecarga na região do períneo, levando à manifestação da IU (Dellú, Zácaro & Schmitt, 2008).

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 sendo que, 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. Mais de metade das mulheres teve 2 filhos (54,1%). A maioria da amostra teve um parto normal (54,1%). A IU tem como principais fatores de risco a gravidez e o parto, principalmente durante os anos de vida reprodutiva da mulher. Especialmente o parto vaginal, devido aos danos que pode provocar à integridade da musculatura e à inervação do pavimento pélvico (Borges et al., 2010). Essa musculatura e inervação representam um importante fator na manutenção da continência urinária (Wesnes et al., 2009).

Em relação aos aspetos obstétricos, também Albuquerque et al. (2008), no seu estudo, verificaram que as mulheres estudadas eram maioritariamente primíparas, das quais estavam mais representadas as que foram sujeitas 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.

Hu et al. (2004) consideram que uma das principais causas da IU reside num ou mais partos vaginais, com aumento do risco com a multiparidade. Porém, estes autores referem que a presença de outros fatores intraparto, como o uso de fórceps e a extração a vácuo, os quais

poderão não estar relacionados com a IU. Uma possível explicação para o facto é que as distensões ou ruturas impercetíveis dos músculos, ligamentos e nervos, responsáveis pelo controlo do esvaziamento da bexiga, acontecem durante o parto vaginal. Todavia, os casos de IU têm maior propensão para a persistência dos sintomas no parto com fórceps do que nos partos vaginais e ventosa. Isto sugere que o mecanismo de lesão ainda não está claro, mas está relacionado com a compressão do nervo pudendo, gerando mudanças do seu terminal nervoso com a evolução para a neuropatia desse nervo e, subsequentemente, denervação do esfíncter urinário (Dellú, Zácara e Schmitt, 2008).

No que se refere ao número de anos de perda de urina, a maioria das mulheres perde urina há 5 ou menos anos e há 10 ou mais anos numa percentagem de 35,1%. Quanto ao número de infeções vaginais/dermatites que as mulheres do presente estudo tiveram durante o último ano, este foi de 1 a 6 episódios, o que está em conformidade com o mencionado por Botelho, Silva e Cruz (2007), que salientam que as morbilidades associadas à IU incluem infeções vaginais/dermatites.

Na nossa amostra, a maioria nunca foi submetida a cirurgias para correção da IU (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 e são mulheres que não têm conhecimento dos exercícios de Kegel (84,3%).

Quanto aos exercícios de Kegel, refere-se que os mesmos são recomendados como tratamento inicial das incontinências ligeiras e como medida preventiva depois do parto vaginal ou de cirurgias sobre a região pélvica. Este é um mecanismo que ajuda as doentes a identificarem os músculos do diafragma pélvico para saberem quando estão a contrair os músculos corretos e a monitorizarem as suas contrações (Botelho, Silva & Cruz, 2007).

A maioria das mulheres transporta pesos superiores a 3Kg (94,7%), podendo estes dados relacionar-se com a IU esforço, pois verificou-se que na nossa amostra, 71,9% das mulheres inquiridas apresenta IU 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 IU de esforço, ocorre a falência dos mecanismos de encerramento, ou seja, da uretra, durante o aumento súbito da pressão abdominal (Haslam, 2004).

Relativamente à ingestão de líquidos por dia, verificou-se que 59,7% das mulheres ingerem até 1 litro. Referente à frequência das dejeções, 70,0% das mulheres inquiridas apresenta dejeções diariamente, tendo predominado também as não fumadoras (79,3%), bem como as que não ingerem bebidas alcoólicas (73,4%).

Existem diversos estudos (Hunskar et al, 1999, cit. in Silva, 2008) que remetem para fatores mais inespecíficos como as causas da IU, onde está abarcado o tabagismo, que causa 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.

No que se refere ao impacto da IU nas mulheres inquiridas, constatou-se que 98,7% das mulheres referiu que esta tem impacto na sua vida, o que vai ao encontro do mencionado por Higa, Lopes e Reis (2008), segundo os quais os estudos atuais têm demonstrado interferência da IU na QDV dessas mulheres. Os episódios de IU durante as atividades desenvolvidas diariamente são causadores de constrangimento social, disfunção sexual e baixo desempenho profissional. Estas alterações são causas determinantes de isolamento social, stresse, depressão, sentimento de vergonha, condições de incapacidade e baixa autoestima.

Num cômputo geral, quanto à questão da sexualidade, verificou-se que, para as diferentes variáveis em estudo, as mulheres apresentaram uma sexualidade alta com valores percentuais a oscilar entre 45,7% e 50,9%. Apesar de se terem alcançado estes resultados, as evidências demonstram que a IU é uma condição que afeta de forma negativa a vida das mulheres no seu contexto biopsicossocial, representando também um agravamento da sexualidade (Solonia, 2002).

De acordo com Tavares (2009), esta interferência pode não estar propriamente associada a casos de disfunção sexual, mas manifestar-se através da perda da satisfação e, gradualmente, também do desejo sexual. Como consequência, estas mulheres experimentam níveis mais elevados de ansiedade face ao seu relacionamento sexual e, conseqüentemente, menor satisfação (Grimby, 1993, cit. in Silva, 2008). Na mesma linha, Ribeiro e Raimundo (2005) mencionam que a investigação mostra que a IU tem um impacto negativo no dia-a-dia das mulheres, nas relações sociais e no seu bem-estar. Dado o efeito negativo no estilo de vida da mulher, a IU é associada a baixa QDV e com impactos negativos na vida sexual (Lalos, Berglund & Lalos, 2001).

Os dados empíricos revelaram ainda que existiram diferenças estatisticamente significativas para as variáveis idade, estado civil, tipo de parto, anos de perda da urina, número de infeções por ano, incontinência de urgência, número de dejeções e quantidade de água/líquidos ingeridos quando relacionadas com a sexualidade, conforme se expõe:

- idade ($p=0,007$) com os valores mais elevados a recaírem nas mulheres com idades inferiores ou iguais a 45 anos, correspondendo a uma sexualidade alta;

- estado civil ($p=0,027$), obtendo-se iguais percentagens na sexualidade fraca, para as mulheres casadas e/ou em união de facto, e alta nas mulheres solteiras/divorciadas;
- tipo de parto ($p=0,001$), onde predominou a sexualidade alta, com 46,1%, sendo as mulheres que fizeram cesariana a obter as percentagens mais elevadas;
- anos que perde urina ($p=0,000$), predominando a sexualidade alta em mulheres que perdem urina há 5 ou menos anos (58,5%);
- número de infeções por ano ($p=0,029$), tendo a maioria das mulheres obtido uma sexualidade alta, mormente nas que tiveram mais de 3 infeções (67,6%);
- incontinência de urgência ($p=0,012$) onde há um registo de igualdade de valores percentuais para a sexualidade fraca e alta, predominando na primeira as mulheres sem IU de urgência (50,2%) e na segunda as mulheres com incontinência de urgência (60,6%);
- número de dejeções ($p=0,000$), onde os valores mais elevados foram a sexualidade alta (46,2%) para as mulheres com o número de dejeções de dois em dois dias ou mais;
- quantidade de água/líquidos ingeridos ($p=0,015$), voltando a registar-se os valores percentuais mais elevados para a alta sexualidade, com 46,1% em mulheres que ingerem mais do que um litro de água/líquidos por dia (56,1%).

Estes resultados sugerem uma multiplicidade de variáveis que podem interferir na sexualidade da mulher com IU. Ribeiro e Raimundo (2005), no seu estudo, verificaram que as mulheres casadas ou em união de facto reportam uma vida sexual ativa e revelam satisfação face à mesma, contrariamente aos dados do nosso estudo. Os mesmos autores argumentam que há uma redução natural da vida sexual com o aumento da idade, principalmente se a isso se juntar a IU, indo ao encontro dos resultados alcançados na amostra das mulheres questionadas para esta investigação.

Um resultado importante é a constatação que a percepção de saúde física não explica a satisfação com a prática sexual, enquanto a percepção de saúde mental mostra ser a variável que melhor explica essa satisfação (Althof et al., 2003). Como tal, tem de se proceder ao ajustamento das mulheres à condição de IU, sugerindo que o trabalho psicológico poderá ter efeitos positivos nesse ajustamento, pois parece claro que estas duas variáveis andam juntas e que se uma melhorar a outra também melhora.

Quanto às restantes variáveis não há suporte bibliográfico que as justifiquem, na medida em que, conforme Feitas et al. (2006), os estudos sobre a relação entre IU e a sexualidade não são frequentes. Refere-se que a falta de bem-estar emocional e os sentimentos emocionalmente negativos durante o relacionamento sexual são os fatores mais determinantes do mal-estar sexual da resposta sexual feminina, devido à forte tendência destes para os comportamentos e atitudes das mulheres (Bancroft, Loftus & Long, 2003). Partilhando dos mesmos pressupostos, Dunn et al. (1999) referem que os problemas sexuais estão muitas vezes associados a outras

áreas, justificando, deste modo, o seu carácter multifactorial, tais como o funcionamento social, o estado psicológico e a doença física, como é o caso da IU.

Salienta-se, ainda, que a afetividade da mulher com IU pode igualmente ser afetada pela maneira como esta se percebe e através da diminuição da autoestima e do autoconceito que advêm pelo isolamento social e familiar a que se condenam e pela vergonha em pedirem ajuda e verbalizarem o seu problema. O impacto que esta condição provoca na QDV da mulher afeta-a para além do desconforto físico e do acréscimo de cuidados, incidindo de forma insidiosa e particular sobre o conceito de mulher que a própria construiu e designou para si (Grimby, 1993, cit. in Silva, 2008).

Os dados empíricos demonstram que, na amostra do nosso estudo, o total da QDV das mulheres inquiridas varia entre um mínimo de 6,48 e um máximo de 95,37, sendo que a média se situa nos 54,10, o que sugere uma perceção da QDV moderada. Neste contexto, poder-se-á dizer que a IU, pelo conjunto de sinais e sintomas, interfere na vida relacional e psicológica da mulher, deixando-a muitas vezes em isolamento social devido às situações de constrangimento que a mesma lhe pode trazer.

No que concerne aos dados da análise inferencial, inferiu-se, em primeiro lugar, que as mulheres com idade igual ou inferior a 45 anos apresentam médias superiores relativamente às seguintes subescalas da qualidade de vida “Relação pessoal” e “Severidade”. 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 QDV verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas: “Perceção da Saúde” ($p=0,000$), “Limitações” ($p=0,001$), “Físicas” ($p=0,001$) e “Emoções” ($p=0,048$).

Lopez e Higa (2006) observaram que a IU provoca sentimentos de baixa autoestima, dadas as limitações a ela subjacentes, e interfere na sua qualidade de vida, ao restringir o contato social e ao interferir nas tarefas domésticas e no trabalho. Além disso, acarreta problemas económicos devido a gastos e, por vezes, impede ou dificulta a atividade profissional, desencadeando um alto índice de mal-estar, que agrava ainda mais a sua qualidade de vida. Os mesmos autores afirmam que a IU afeta a vida social, ocupacional, doméstica, física e sexual das mulheres de todas as idades. Os seus efeitos psicossociais podem ser mais devastadores, com consequências sobre a saúde global, com múltiplos e abrangentes efeitos que influenciam as atividades diárias, a interação social e a autoperceção do estado de saúde.

Através da análise dos resultados, verificou-se que as médias foram mais elevadas em todas as subescalas da QDV nas mulheres casadas/união de facto. Assim, no cruzamento entre o estado civil e a QDV constatou-se que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas, à exceção das subescalas “Perceção da Saúde”, “Sono” e “Severidade”. Abreu et al. (2007), com base no seu estudo, também verificaram que as mulheres casadas/união de facto tinham uma melhor perceção da sua QDV, justificando esses resultados

com o maior apoio familiar que estas mulheres têm, favorecendo as suas relações sociais e afetivas.

Através dos resultados obtidos, constatou-se que as mulheres desempregadas apresentam médias superiores em todas as subescalas da QDV. Aferiu-se também que existem diferenças estatisticamente significativas para quase todas as subescalas, à exceção do “Impacto” e da “Perceção da Saúde”. Estes resultados poder-se-ão dever ao facto de as mulheres desempregadas não estarem tão expostas em termos de relações sociais quando comparadas com as que estão no ativo, que têm de conviver diariamente com outras pessoas, para além do núcleo familiar.

Os dados empíricos demonstraram que as médias nas subescalas “Perceção da Saúde”, “Impacto”, “Limitações” e “Físicas” foram mais elevadas nas mulheres que residiam na aldeia, ou seja, estas participantes percecionam a sua QDV de forma mais positiva do que as que vivem em vilas ou cidades, provavelmente porque a aldeia é um meio social mais restrito, onde há uma maior afinidade com as pessoas, contrariamente aos outros locais de residência, onde as mulheres, em termos sociais, podem ser mais estigmatizadas devido a algumas consequências da IU, nomeadamente o odor devido à perda da urina. Como tal, a variação dos valores das médias resultou em diferenças estatisticamente significativas nas subescalas “Perceção de Saúde” ($p=0,001$, aldeia; $p=0,010$, cidade); “Impacto” ($p=0,019$, aldeia); “Limitações” ($p=0,035$, aldeia; $p=0,034$, vila), “Emoções” ($p=0,035$, vila) e “Severidade” ($p=0,018$, vila). Assim, pode dizer-se que a variável área de residência interfere na perceção que as mulheres com IU têm da sua QDV.

Relativamente à influência do rendimento mensal na QDV, verificou-se que nas subescalas “Perceção da Saúde”, “Limitações”, “Relação Pessoal” e “Severidade” 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. Houve diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas, excetuando na subescala “Perceção da Saúde”.

Constatou-se que as médias foram mais elevadas em todas as subescalas da QDV nas mulheres com excesso de peso, tendo resultado em diferenças estatisticamente significativas para quase todas as subescalas, com exceção do “Impacto” e da “Relação pessoal”. O excesso de peso pode ser um possível fator de risco para a perda de urina, influenciando negativamente sobre o controlo da micção uma vez que eleva a pressão exercida sobre o conteúdo vesical, potencializando ainda mais a ineficiência dos mecanismos de compensação do pavimento pélvico (Lopes, 2006).

Tendo em conta o número de filhos, verificou-se que nas subescalas “Sociais”, “Relação Pessoal”, “Sono” e “Severidade” as médias foram mais elevadas nas mulheres que tiveram 2 filhos, enquanto nas restantes subescalas as médias mais elevadas observaram-se nas mulheres que

tiveram 3 ou mais filhos. Obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas em quase todas as subescalas da QDV. Estes dados contraíam o mencionado por Lopes e Higa (2006), pois, de acordo com estes autores, as mulheres nulíparas ou primíparas, quando comparadas com as múltiparas, são as que apresentam melhor qualidade de vida, devido à subjacente associação entre o parto e a IU. Estas explicações estão relacionadas com o relaxamento do pavimento pélvico, por causa do enfraquecimento e do estiramento dos músculos e dos tecidos durante o trabalho de parto, bem como com as lesões que podem ocorrer devido a lacerações espontâneas, o que por sua vez vai interferir com a boa capacidade de funcionamento do esfíncter uretral (Silva, 2008). O estudo realizado por Silva et al. (1999, cit. in Silva, 2008) revelou que também em Portugal há uma forte associação positiva entre a ocorrência de IU e o número de partos, devido à maior probabilidade de aparecimento de lesões a nível do pavimento pélvico.

Salienta-se que nas subescalas “Percepção da Saúde”, “Impacto” e “Limitações” as médias foram superiores nas mulheres que não apresentaram lesão, rasgadura, corte durante o(s) parto(s), enquanto nas restantes subescalas as médias foram superiores nas mulheres que apresentaram este tipo de lesões durante o parto, tendo-se apurado significâncias estatísticas nas subescalas “Percepção da Saúde”, “Impacto”, “Sono” e “Severidade”. Salienta-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 “Impacto” em que a média foi mais elevada nas mulheres que tiveram filhos com peso superior a 4Kg. Conclui-se, portanto, que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas excetuando as subescalas “Impacto”, “Físicas” e “Relação Pessoal” rejeitando-se assim apenas a questão de investigação formulada nas subescalas acima mencionadas.

De acordo com a literatura específica, as mulheres que têm lesão, rasgadura ou corte durante o parto e a multiparidade são variáveis que estão associadas à ocorrência de lesões a nível do pavimento pélvico, danificando o suporte pélvico da bexiga, de modo a que esta e a uretra percam a sua posição normal acima do diafragma pélvico. À medida que isso acontece, a uretra encurta e o ângulo uretrovesical normal, importante para o encerramento do esfíncter uretral, desaparece (Roza, 2011; Silva, 2008). O peso do bebé durante a gravidez e o parto por via vaginal podem influenciar no aumento da prevalência de IU. Este fator pode estar relacionado com o aumento da pressão intra-abdominal e com o aumento da pressão intravesical (Lopes & Higa, 2006).

4- CONCLUSÃO

A IU pode ser definida de forma simples como o comprometimento nos mecanismos de armazenamento e de esvaziamento da urina. Tal comprometimento tem-se mostrado frequente no sexo feminino. No entanto, não deve ser considerado unicamente como um processo natural do envelhecimento (Grosse & Sengler, 2002).

A incidência da IU é significativamente maior no sexo feminino. Esse fato deve-se a razões anatómicas, mudanças hormonais e consequências de parto e gravidez, que podem deslocar e enfraquecer a musculatura do pavimento pélvico. Alguns fatores contribuem para a prevalência da IU, incluindo a idade, a obesidade, a deficiência hormonal, a raça, a gravidez, o parto, entre outros.

O problema da IU feminina ainda é subestimado e não recebe adequada atenção, além de interferir na QDV. O número de casos tem aumentado e muitos deles não são diagnosticados pela falta de procura de tratamento pelas mulheres. Reúne características de importância clínica, pois provoca o aumento da morbidade física, funcional e psicológica com consequente diminuição da QDV das mulheres (Lopes e Higa, 2006).

Decorrente do exposto, fruto da revisão da literatura e com base no estudo empírico poder-se-á dizer que se atingiram os objetivos inicialmente traçados. Como tal, ficou a saber-se que, na generalidade, as variáveis sociodemográficas, obstétricas e ginecológicas e os estilos de vida interferem na QDV das mulheres com IU. Neste âmbito, averiguou-se que, na amostra em estudo, há mulheres com uma QDV fraca e moderada, ainda que a maioria a tenha percebido como elevada.

Concluiu-se também que a maioria das mulheres referiu que a IU tem impacto na sua vida, bem como apresentava IU de esforço. Maioritariamente, as mulheres não molham a cama, não perdem urina durante a relação sexual, não têm infeções urinárias, dores na bexiga e não tem problemas relacionados com a perda de urina.

Verificou-se que a maioria das mulheres com uma QDV fraca e a maioria das mulheres com uma QDV moderada revelaram uma sexualidade fraca, enquanto a maioria das mulheres com uma QDV elevada apresentou uma sexualidade alta.

Inferimos que quanto maior o impacto da IU na mulher, mais elevada é a percepção de saúde; quanto mais filhos tiveram, mais idade e quanto maior é a incontinência de urgência, maior é a percepção da saúde; quanto maior o impacto da IU na mulher, mais elevado é o seu impacto na qualidade de vida; quanto maior a estima sexual, quanto maior é a incontinência de esforço, a preocupação sexual e o número de vezes que esteve grávida, maiores são as suas limitações e maior é o seu impacto na QDV; quanto maior a incontinência de esforço na mulher,

mais elevadas são as limitações físicas. Do mesmo modo, quanto maior o impacto na incontinência e maior a incontinência de urgência, maiores são as limitações físicas.

Verificou-se que quanto maior é a incontinência de esforço, a idade e o IMC mais elevadas são as limitações sociais nas mulheres. Inferiu-se que quanto maior é o impacto da IU, mais elevadas são as relações pessoais; quanto maior a incontinência de esforço, os anos de perda de urina e o total da sexualidade, mais afetada está a relação pessoal, mais elevadas são as emoções, mais sono têm as mulheres, mais elevada é a severidade e o total da QDV.

Mediante os resultados expostos, poder-se-á dizer que o desenvolvimento da intervenção de enfermagem junto da mulher com IU poderá representar benefícios para a comunidade e os dados obtidos poderão contribuir como um potencial para o desenvolvimento da enfermagem.

Espera-se que este estudo contribua, de algum modo, para uma sensibilização acerca das consequências da IU na vida das mulheres, atendendo-se ao facto de que na IU uma das áreas que se encontra frequentemente afetada é a da sexualidade.

Acredito que as expectativas crescentes das mulheres, bem como as mudanças profundas na família, na sociedade e no comportamento sexual, tornam a promoção da saúde da mulher um campo de desafios para a enfermagem.

Ainda assim, há muitas mulheres que 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 sector da saúde pode afetar negativamente a qualidade de vida. Como tal, as intervenções de enfermagem, relativamente aos vários aspetos relacionados com a importância da promoção da saúde e prevenção das doenças, em qualquer fase do ciclo de vida da mulher, são necessárias para um viver saudável.

Acredito que cabe ao enfermeiro, com os seus conhecimentos e habilidades, levar a mulher a não encarar a IU como uma patologia do envelhecimento, mas sim entendê-la como uma consequência de várias alterações decorrentes do processo de envelhecimento.

A IU de esforço tem tratamento, pelo que há que sensibilizar os profissionais de saúde que lidam com a saúde da mulher, nomeadamente os enfermeiros, para este problema, suas causas, diagnóstico e tratamento.

Penso que para complementar este trabalho seria importante realizar um estudo onde compara-se a amostra em questão com um grupo de controlo.

Parece-me particularmente importante destacar algumas limitações no estudo que podem ter de alguma forma interferido nos resultados, tais como ser uma amostra relativamente pequena. Ainda que acredito que a amostra estudada é representativa. Foi também a meu ver um fator limitante o facto de as mulheres terem de responder a questões tão pessoais como a sua sexualidade. Tentou-se que o preenchimento do questionário fosse realizado com a maior privacidade possível, no entanto houve ainda uma parte da amostra que não sabia ler nem

escrever, pelo que necessitou de ajuda para o preenchimento do questionário, levando assim a algum constrangimento por parte destas.

Considero que estas tenham sido as limitações mais relevantes do estudo, no entanto podem ter ocorrido outras que não foram identificadas no decorrer da investigação.

A realização deste trabalho proporcionou não só a aprendizagem e realização de uma investigação, mas também aprofundar conhecimentos teóricos na área da Qualidade de Vida das mulheres com Incontinência Urinária.

Ainda que se reconheça certas limitações, acredito terem sido atingidos os objetivos delineados inicialmente, tendo em conta que se avaliou a QDV das mulheres com IU; analisou em que medida as variáveis sociodemográficas, obstétricas e ginecológicas e os estilos de vida interferem com a qualidade de vida das mulheres com IU; analisou a influência do impacto da IU na qualidade de vida das mulheres e se determinou se a satisfação sexual influencia a QDV das mulheres com IU.

Bibliografia

- Abrams, P.; Cardoso, L. & Fall, M. (2003). The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of The International Continence Society. *Urology*, v. 61: 37-49.
- 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.
- Althof, S.; Cappelari, J.; Shpilsky, A.; Stecher, V.; Diuguid, C.; Sweeney, M. & Duttgupta, S. (2003). Treatment responsiveness of the self-esteem and relationship questionnaire in erectil dysfunction. *Urology*, 61 (5): 888-892.
- Augel; A.P; Zucchill, C.M.; Costall, F.M.P.; NunesII, K. et al. (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*, vol.28, 6-1-7.
- Bancroft, J.; Loftus J. & Long J. (2003). Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of Sexual Behavior*. 32: 193-208.
- Beji, N.K; Ayfer, O.; Ergul, A.; Dilek, B. & Erkan, H.A. (2010). Overview of the Social Impact Of Urinary Incontinence with. A Focus on Turkish Women. *Urologic Nursing*, November-December, Vol. 30, 6: 327-334.
- Bezerra, C.A. (2006). *Incontinência urinária*. Sociedade Brasileira de Uroginecologia. Disponível em: www.sbu-sp.org.br/leigos06.asp. Acesso em 14 março de 2012.
- Borges, J.B.R.; Guarisi, T.; Camargo, A.C.M.; Gollop, T.R.; Machado, R.M., Godoy, P.C. & Borges, G. (2009). Incontinência urinária após parto vaginal ou cesáreo. *Einstein*. 8(2 Pt 1): 192-196.
- Botelho, F.; Silva, C. & Cruz, F. (2007). Incontinência Urinária Feminina. *Acta Urológica*, 2: 79-82.
- Conde, D.M.; Pinto-Neto, A.M.; Júnior, R.F.J.& Aldrighi, J.M. (2006). Qualidade de vida em mulheres com cancro da mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28(3): 195-204.
- 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*, 12: 1-8.
- Dunn K.; Croft P. & Hackett G. (1999). Association of sexual problems with social, psychological and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *Journal of Epidemiology. Community Health*, 53:144-148.

- Edwards, W.M. & Coleman, E. (2004). Defining sexual health: a descriptive overview. *Arch Sex Behav.* 33(3):189-195.
- Feitas, F. et al. (2006). *Rotinas em ginecologia*. Porto Alegre: Artmed.
- Goris, S.; Sungur, G.; Tasci, S.; Mirza, M.; Ceyhan, O. & Tekinsoy, P. (2010). The effect of urinary incontinence and sexual dysfunction on the quality of life among women with multiple sclerosis. *Pak J Med Sci.*, April – June, Vol. 26, 2: 277-281.
- Guccione, A. A. (2002). *Fisioterapia geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- Haslam J. (2004). Vaginal cones in stress incontinence treatment. *Nurs Times*, 104(5): 44-5.
- Helstro, L.M. & Bo, N. (2005). Impact of vaginal surgery on sexuality and quality of life in women with urinary incontinence or genital descensus. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 84: 79-84.
- Helstrom, K. & Nilsson, T.J. (2005). *Epidemiology of urinary and fecal incontinence and pelvic organ prolapse Incontinence*, Plymouth, UK: Plymbridge Distributors, Chapter 5.
- Higa, R. & Lopes, M. (2006). Fatores associados com a incontinência urinária na mulher. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(4): 422-428.
- 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.
- Hisasue, S.; Kumamoto, Y.; Sato, Y.; Masumori, N.; Horita H. & Kato R. (2005), Prevalence of female sexual dysfunction symptoms and its relationship to quality of life: A Japanese Female Cohort Study. *Urology*, 65: 143-148.
- 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.
- Johnson, A.P. (1999). Sexualidade, gravidez e paternidade na Adolescência. Em: Bobak, I.; Lowdermilk, D. & Jensen, M. - *Enfermagem na maternidade* (pp. 754-779). Loures: Lusociência.
- Lalos, O., Berglund, A. & Lalos A. (2001), Impact of urinary and climateric symptoms on social and sexual life alter surgical treatment of stress urinary incontinence in women: a long term outcome. *Journal of Advanced Nursing*, 33(3): 316-327.
- Leite, A.P.L.; Moura, E.A.; Campos, A.A.S.; Mattar, R.; Souza, E. & Camano, L. Validação do índice da função sexual feminina em grávidas brasileiras (2007). *Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia*, 29(8): 396-401.
- Pestana, J.P.; Esteves, D. & Conboy, J. (2007). O papel da espiritualidade na qualidade de vida do doente oncológico em quimioterapia. *Revista Cons-Ciências*, 1: 27.

- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pimentel, F.L. (2003). Qualidade de vida do doente oncológico, Dissertação de Doutoramento em Medicina apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.
- Piscalho, I. & Leal, I. (2002). Promoção e educação para a saúde: educação da sexualidade nas escolas – Um projeto de investigação-acção com adolescentes que frequentam o 10º ano de escolaridade. Em: *Atas 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: A saúde numa perspetiva de ciclo de vida*, 2 a 5 de outubro 2002. Lisboa: ISPA.
- Polit, D. F. & Hungler, B.P. (1994). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ramos, B.H.S.; Donadel, K.F. & Passos, T.S. (2010). *Reabilitação da musculatura pélvica aplicada ao tratamento da incontinência urinária*. [texto policopiado].
- Ribeiro, J.L.P. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Ribeiro, J.P. & Raimundo, A. (2005). Satisfação sexual e percepção de saúde em mulheres com incontinência urinária. *Análise Psicológica*, 3 (XXIII): 305-314.
- Rodrigues, M.A.L. (2007). *Qualidade de vida e satisfação com os cuidados recebidos das doentes com carcinoma da mama em tratamento com quimioterapia por via endovenosa*, Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Roque, O. (2001). *Semiótica da Cegonha: Jovens, sexualidade e risco de gravidez não desejada*. Coleção “Estudos APF”. Évora: APF.
- Roza, T.H. (2011). *Prevalência de incontinência urinária feminina e Proposta de um protocolo de reabilitação funcional dos músculos do pavimento pélvico para mulheres atleta*, dissertação não publicada, Faculdade de Desporto, Porto.
- Santos, W.N.; Feitosa, J. A.; Oliveira, F.C.; Oliveira, F.M. et al. (2006). Efeitos da obesidade sobre a função urinária na mulher. *RBGO*, 16(5):175-178.
- Serati, I.; Arrue, M.; Ibanez, L.; Murgiondo, A. & Paredes, J. (2008). Factors involved in stress urinary incontinence 1 year after first delivery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 21: 439-445.
- 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.
- Simonelli, C.; Wylie K.; McCabe, M. & Althof, S.E. (2008). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sex Med.*, 7(1 pt 2): 327-336.

- Souza, C.E.C. (2003). *Incontinência urinária. Saúde em Movimento*. Disponível em: www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_print.asp?cod_noticia=1036. Acedido em 15 de maio de 2012 .
- Sprinthall, N.A. & Collins, W.A. (2008). *Psicologia do adolescente, uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Tavares, A.M. (2009). *Incontinência Urinária de esforço em atletas do sexo feminino: Uma revisão da literatura*. An. Fac. Med. Univ. Fed. Pernambuco, Recife, v. 52, 2. Disponível em: <<http://www.anaisdemedicina.revistaonline.org>>. Acesso em 29 março de 2012.
- Warren, M.P.; Shortle, B. & Dominguez, J.E. (2002), Use of alternative therapies in menopause. *Best Practice Res Clin Obstet Gynecol*, 16:411-48.
- Wesnes, S.L.; Hunskaar, S.; Bo, K. & Rortveit G. (2009). The effect of urinary incontinence status during pregnancy and delivery mode on incontinence postpartum. A cohort study. *BJOG*; 116(5): 700-707.

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 INVESTIGAÇÃO (UniCiSE).

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Área Científica: Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecológica

Investigador Principal: Professora 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 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 GINECOLOGICA

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 correção 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 INCONTINENCIA URINÁRIA

Responda ás 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 atividades que podem ser afetadas 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 afeta.

- 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"/>	<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"/>	<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"/>	<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 afetam.

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

	Nada	Moderado	Bastante
9. Em que medida alguma destas situações abaixo descritas acontecem consigo? Sem sim, quantifique.			
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? Sem Sim, quais?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

XI – ESCALA DA SEXUALIDADE

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Concordo	Concordo em parte	Não concordo nem discordo	Discordo em parte	Discordo

01. _____ Sou uma boa parceira sexual.
02. _____ Estou insatisfeita com o aspecto sexual da minha vida.
03. _____ Penso em sexo o tempo todo.
04. _____ Eu avaliaria minhas habilidades sexuais como sendo muito boas.
05. _____ Sinto-me bem com relação à minha sexualidade.
06. _____ Penso mais em sexo do que em qualquer outra coisa.
07. _____ Sou melhor no sexo do que a maioria das pessoas.
08. _____ Estou desapontada com a qualidade da minha vida sexual.
09. _____ Eu não sonho acordada com situações sexuais.
10. _____ Algumas vezes, tenho dúvidas acerca da minha competência sexual.
11. _____ Pensar em sexo me deixa feliz.
12. _____ Costumo me preocupar com sexo.
13. _____ Não sou muito confiante em encontros sexuais.
14. _____ Consigo sentir prazer e alegria através do sexo.
15. _____ Penso constantemente em fazer sexo.
16. _____ Penso em mim mesma como uma parceira sexual muito boa.
17. _____ Sinto-me desanimada com a minha vida sexual.
18. _____ Penso em sexo na maior parte do tempo.
19. _____ Eu me avalio como uma parceira sexual ruim.
20. _____ Sinto-me infeliz com meus relacionamentos sexuais.
21. _____ Raramente penso em sexo.
22. _____ Confio em mim mesma como parceira sexual.
23. _____ Sinto-me satisfeita com a minha vida sexual.
24. _____ Dificilmente tenho fantasias sobre fazer sexo.
25. _____ Não sou muito confiante em minhas habilidades sexuais.
26. _____ Sinto-me triste quando penso em minhas experiências sexuais.
27. _____ Provavelmente penso menos em sexo do que a maioria das pessoas.
28. _____ Algumas vezes duvido da minha competência sexual.
29. _____ Não sou desestimulada com o sexo.
30. _____ Não penso em sexo com frequência.

ANEXO 2
PEDIDOS E AUTORIZAÇÕES DE COLHEITAS 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)

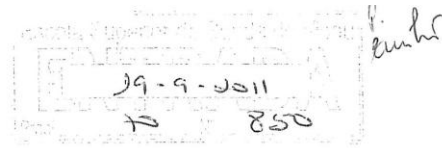
Rua de São Bento, 148-3º • 1200-821 LISBOA
Tel: 213 928 400 Fax: 213 976 832
geral@cnpd.pt www.cnpd.pt

21 393 00 39

LINHA PRIVACIDADE 3
Dias úteis das 10 às 13 h
duvidas@cnpd.pt



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



2554 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,

A Directora Executiva;

(Dra. Mercedes Margarida Figueiredo)

copy ao dr. Oureiro
19.9.2011

Susana Fernandes
Raquel Freire



Ministério da Saúde

CENTRO HOSPITALAR TONDELA- VISEU, EPE

20.01.2012
01.06.05 221

Autógrafa c.ºfic ao S+D
em 20/1/2012
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
(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.

Muito obrigada e atenciosa

Coimbra, 17 de Abril de 2012



Susana Fernandes e Raquel Freire