

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

**Andreia Catarina da Cruz Dias**

***Qualidade de Vida da Mulher  
Incontinente Urinária***

I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde  
Materna

Trabalho efetuado sob orientação da Professora  
Doutora Paula Nelas e Professor Doutor João Duarte

Viseu, 2013





INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E INVESTIGAÇÃO

## ***Qualidade de Vida da Mulher Incontinente Urinária***

Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, sob a orientação da Professora Doutora Paula Nelas e Professor Doutor João Duarte.

Viseu, 2013



## **AGRADECIMENTOS**

Um trabalho de investigação requer alguma partilha ...

Daí a necessidade de agradecer o voluntariado de algumas pessoas e entidades que se associaram a nós, sem os quais, este estudo, não era possível.

À professora Doutora Paula Nelas pela importância da sua orientação durante todo o processo de investigação, me transmitiu persistência e confiança no meu futuro profissional e académico.

Ao Professor Doutor João Duarte que, para além de orientador, foi um amigo. Agradeço a sua amizade e a valiosa ajuda.

Agradeço todas as Senhoras a atenção que dispensaram no preenchimento dos questionários, mesmo sabendo tratar-se de tão íntimo assunto, se propuseram a cooperar. Na impossibilidade de agradecer pessoalmente a cada uma delas fica aqui a minha gratidão.

Aos meus colegas que também entraram nesta viagem!

Agradeço de forma especial aos meus pais e irmã que eu tanto adoro que ao longo destes anos, me fizeram amadurecer e enriquecer enquanto pessoa! Espero estar a contribuir para que entendam a importância do conhecimento...





## RESUMO

**Enquadramento:** A incontinência urinária feminina é uma patologia muito frequente, com interferência significativa na qualidade de vida. O tratamento desta patologia é hoje possível na maior parte das doentes. No entanto, o primeiro passo para o sucesso terapêutico é a correcta caracterização do tipo de incontinência, fundamentalmente através do exame clínico (história e exame físico) da doente. Devem ser identificadas as eventuais causas reversíveis ou agravantes e realizar o seu tratamento específico.

**Objetivos:** Este estudo tem como objetivos determinar a qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária; analisar a influência dos indicadores pessoais obstétricos, ginecológicos, estilo de vida, e impacto da incontinência na qualidade de vida da mulher com incontinência urinária e determinar a influência da vulnerabilidade ao stresse na qualidade de vida das mulheres com IU.

**Metodologia:** O estudo é exploratório, descritivo e transversal com uma componente correlacional, em 200 mulheres que procuraram o ambulatório de urologia e ginecologia dos hospitais de Viseu, Covilhã e Guarda, no período de março a dezembro de 2012. Como critérios de inclusão temos o facto de as mulheres referirem episódios de perdas urinárias de pelo menos uma vez por semana, nos últimos três meses. Foram excluídas pacientes em período gestacional ou em período de amamentação. Utilizou-se um questionário que permitiu a caracterização socio-demografica, caracterização obstétrica e ginecológica e estilos de vida e as escalas: Impacto da IU (ICIQ-SF), Valorização da IU; Qualidade de Vida em Mulheres com IU (KHQ) e Vulnerabilidade ao Stresse (23 QVS).

**Resultados:** Há uma percentagem significativa de mulheres acima dos 58 anos com IU moderada. As mulheres abaixo dos 57 anos tendem a apresentar valores mais elevados de IU de urgência. As mulheres com profissões intelectuais e técnicas apresentam IU de esforço. As mulheres com IU de urgência tiveram parto normal. As mulheres com IU grave têm IU de esforço e IU de urgência. Não foi encontrada associação entre a IU de esforço e a IU de urgência quanto ao estado civil, área de residência, IMC, nº de gravidezes e nº de filhos.

Relativamente à vulnerabilidade ao stresse, as mulheres com IU não são vulneráveis contudo, as entrevistadas referiram a existência de stresse no trabalho e nos afetos. As participantes com menos de 57 anos apresentam maior vulnerabilidade ao stresse face ao perfeccionismo, inibição, condição de vida e subjugação. As que residem em zona urbana com profissões intelectuais tendem a ser mais vulneráveis ao stresse.

As mulheres com IU acima dos 58 anos têm melhor QDV face à sua limitação física e às suas medidas de gravidade.

As mulheres com QDV moderada têm profissões técnicas, têm 1 filho e têm um impacto de IU muito grave. As mulheres com QDV fraca fizeram cesariana. As mulheres com QDV elevada têm um impacto da IU moderada.

São fatores preditores das dimensões da QDV: (1) perceção da saúde - nível do IMC, perfeccionismo e impacto da IU de esforço; (2) impacto da IU - vulnerabilidade ao stresse, IU de urgência e dramatização; (3) limitação no desempenho das tarefas - IU de urgência, vulnerabilidade ao stresse, dramatização e perfeccionismo; (4) limitação física - vulnerabilidade ao stresse e IU de urgência; (5) limitação social - impacto da IU de urgência, à deprivação, à dramatização e ao perfeccionismo; (6) relações pessoais - inibição, idade e IU de urgência; (7) emoções - inibição, IU de urgência, deprivação, dramatização e carência; (8) sono e energia - idade, carência e deprivação; (9) medidas de gravidade - dramatização, carência, perfeccionismo e vulnerabilidade ao stresse.

**Conclusão:** A qualidade de vida das mulheres com IU é influenciada pela idade, profissão, nº de filhos, tipo de parto, impacto da IU, pela deprivação e dramatização associada ao stresse e, ainda, pelo impacto da IU de urgência.

**Palavra-Chave:** Incontinência urinária; Fatores de risco; Qualidade de vida; Saúde da mulher; Enfermagem.

## ABSTRACT

**Theory:** The women's urinary incontinence is a very frequent pathology, with significant interference in the life quality. The treatment of this pathology is today possible in most of the patients. However, the first step for the therapeutic success is the certain characterization of the incontinence type, fundamentally through the clinical exam (history and physical exam) of the patient. They should be identified the eventual reversible causes or added difficulties and to accomplish his specific treatment.

**Objective:** This study has as objectives to determine the women's quality of life with urinary incontinence; to analyze the influence of the obstetric, gynecological personal indicators, lifestyle, and impact of the incontinence in the woman's quality of life with urinary incontinence and to determine the influence of the vulnerability to the stress in the women's quality of life with IU.

**Methods:** The study is exploratory, descriptive and traverses with a correlation, in 200 women that sought the urology clinic and gynecology of the hospitals of Viseu, Covilhã and Guard, in the period of March to December of 2012. The patients included in the study were considered incontinent to declare episodes of urinary losses of at least once a week, in the last three months. They were excluded patient in gestation period or in breast-feeding period. We used a questionnaire that allowed the characterization socio-demographic, obstetric and gynecological characteristics and lifestyles and scales: Impact of UI (ICIQ-SF), Valuing UI, Quality of Life in Women with UI (KHQ) and Vulnerability to Stress (23 QVS).

**Results of the impact of IU:** There is a significant percentage of women above the 58 years with moderate IU. The women below the 57 years tend to present higher values of urgency IU. The intellectual and technical professions present IU of effort. The women with urgency IU had normal childbirth. The women with serious IU have IU of effort and urgency IU. It was not found association between IU of effort and urgency IU as for the marital status, residence area, IMC, pregnancies number and children's number.

**Results of the stress vulnerability:** The women with IU are no vulnerable however; the women interviewees referred the stress existence in the work and in the affections. The women below the 57 years present larger to the stress vulnerability face to the perfectionism, inhibition, life condition and subjugation. The women that live in urban area with intellectual professions tend to be more to the stress vulnerable.

**Results of the quality life:** The women with IU above the 58 years have better QDV to his physical limitation and their gravity measures.

The women with moderate QDV have technical professions, they have 1 son and they have an impact of very serious IU. The women with weak QDV made Cesarean. The women with high QDV have an impact of moderate IU.

**Factors that predict QDV:** (1) perception of the health - level of IMC, perfectionism and impact of IU of effort; (2) impact of IU - stress vulnerability, urgency IU and dramatization; (3) limitation in the acting of the tasks - urgency IU, stress vulnerability, dramatization and perfectionism; (4) physical limitation - stress vulnerability and urgency IU; (5) social limitation - impact of urgency IU, to the affections privation, to the dramatization and the perfectionism; (6) relationships - inhibition, age and urgency IU; (7) emotions - inhibition, urgency IU, affections privation, dramatization and lack; (8) sleep and energy - age, lack and affections privation; (9) gravity measures - dramatization, lack, perfectionism and stress vulnerability.

**Conclusion:** The quality of the women's life with IU is influenced by the age, profession, number of children, childbirth type, impact of IU, for the affections privation and dramatization associated to the stress and, still, for the impact of urgency IU.

**Key words:** Urinary incontinence; Risk factors; Quality of life; Women's health; Nursing.

## ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS.....	v
RESUMO.....	vii
ABSTRACT.....	viii
ÍNDICE GERAL.....	ix
ÍNDICE DE TABELAS.....	xi
ÍNDICE DE QUADROS.....	xv
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xvii
ANEXOS / APÊNDICES.....	xvii
ABREVIATURAS E SIGLAS.....	xix
INTRODUÇÃO.....	21
CAPÍTULO 1. A INCONTINÊNCIA URINÁRIA.....	26
1.2. Fatores de Risco para a Incontinência Urinária Feminina.....	27
1.2. Diagnóstico e Tratamento da Incontinência Urinária.....	29
CAPÍTULO 2. A QUALIDADE DE VIDA.....	36
2.1. A Qualidade de Vida da Mulher com IU.....	37
CAPÍTULO 3. VULNERABILIDADE AO STRESSE.....	42
3.2. Relação entre a vulnerabilidade ao stresse e a qualidade de vida das mulheres com IU.....	44
4. INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA.....	46
CAPÍTULO 1. METODOLOGIA.....	50
1.1. Métodos.....	50
1.2. Participantes.....	52
1.3. Instrumento.....	52
1.3.1. O Questionário.....	52
1.3.2. Tratamento das Escalas.....	53
1.3.2.1. Impacto da Incontinência em Mulheres com IU (ICIQ-SF).....	54
1.3.2.2. Qualidade de Vida em Mulheres com IU (KHQ).....	55
1.3.2.3. Vulnerabilidade ao stresse (23 QVS).....	56

1.3.2. A Entrevista .....	57
1.4. Procedimentos .....	58
1.5. Análise de Dados .....	59
1.5.1. Estatística Descritiva .....	59
1.5.2. Estatística Inferencial .....	59
1.5.3. Análise de Conteúdo das Entrevistas .....	60
CAPÍTULO 2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....	62
2.1. Análise descritiva .....	62
2.1.1. Caracterização Sociodemográfica .....	62
2.1.2. Caracterização Obstétrica .....	66
2.1.3. Caracterização Ginecológica .....	71
2.1.4. Estilo de Vida .....	74
2.1.5. Impacto de Incontinência Urinária .....	75
2.1.6. Valorização do Impacto de Incontinência Urinária .....	76
2.1.7. Vulnerabilidade ao Stresse .....	82
2.1.8. Qualidade de Vida .....	87
2.2. Análise inferencial .....	92
2.3. Análise de conteúdo .....	110
CAPÍTULO 3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	116
3.1. Interpretação crítica dos resultados .....	116
CONCLUSÕES .....	126
LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....	128
BIBLIOGRAFIA .....	130
ANEXOS .....	140

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Estatística descritiva da idade. ....	62
Tabela 2. Caracterização da nacionalidade e estado civil em função das classes de idade. ....	63
Tabela 3. Caracterização da profissão e situação profissional em função das classes de idade. ....	64
Tabela 4. Caracterização da habilitação acadêmica e área de residência em função das classes de idade. ....	65
Tabela 5. Caracterização rendimento mensal em função das classes de idade. ....	65
Tabela 6. Caracterização do peso, altura e IMC. ....	66
Tabela 7. Caracterização do peso, altura e IMC em função da idade. ....	67
Tabela 8. Caracterização das classes do IMC em função das classes de idade. ....	67
Tabela 9. Caracterização do nº de gravidezes e nº de filhos em função das classes de idade. ....	68
Tabela 10. Caracterização do tipo de parto, nº de horas em função das classes de idade. ....	69
Tabela 11. Caracterização da laceração ou corte e nº de horas sentado por dia em função das classes de idade. ....	70
Tabela 12. Caracterização do local do parto e nº de filhos com peso superior a 4Kg em função das classes de idade. ....	71
Tabela 13. Nº de anos de perda de urina e infecções vaginais/dermatites vaginais em função das classes de idade. ....	72
Tabela 14. Caracterização da cirurgia para a correção da incontinência urinária e uso de pensos absorventes em função das classes de idade. ....	73
Tabela 15. Caracterização da frequência dos exercícios de Kegel, para fortalecer os músculos da vagina e transporte de pesos superiores a 3Kg em função das classes de idade. ....	74
Tabela 16. Caracterização do estilo de vida em função das classes de idade. ....	75
Tabela 17. Análise descritiva do impacto de incontinência urinária. ....	75
Tabela 18. Análise descritiva do impacto de incontinência urinária em função das classes de idade. ....	76

Tabela 19. Níveis do impacto de incontinência urinária em função das classes de idade.....	76
Tabela 20. Análise descritiva da valorização do Impacto de IU de esforço e de urgência.....	77
Tabela 21. Análise descritiva da valorização do Impacto de IU de esforço e de urgência em função das classes de idade .....	77
Tabela 22. Caracterização da IU de esforço e de urgência em função das classes de idade.....	78
Tabela 23. Caracterização da IU de esforço e de urgência em função do estado civil.....	78
Tabela 24. Caracterização da IU de esforço e de urgência em função da profissão.....	79
Tabela 25. Caracterização da IU de esforço e de urgência em função da residência.....	79
Tabela 26. Caracterização da IU de esforço e de urgência em função do IMC.....	80
Tabela 27. Caracterização da IU de esforço e de urgência em função do nº de gravidezes.....	80
Tabela 28. Caracterização da IU de esforço e de urgência em função do nº de filhos.....	81
Tabela 29. Caracterização da IU de esforço e de urgência em função do tipo de parto.....	81
Tabela 30. Caracterização da IU de esforço e de urgência em função do Impacto da IU.....	82
Tabela 31. Análise descritiva das dimensões da vulnerabilidade ao stresse (23QVS).....	82
Tabela 32. Análise descritiva da vulnerabilidade ao stresse em função das classes de idade.....	83
Tabela 33. Caracterização da vulnerabilidade ao stresse em função da idade.....	83
Tabela 34. Caracterização da vulnerabilidade ao stresse em função do estado civil e profissão.....	84
Tabela 35. Caracterização da vulnerabilidade ao stresse em função da área de residência e níveis de IMC.....	85
Tabela 36. Caracterização da vulnerabilidade ao stresse em função do nº de gravidezes.....	85
Tabela 37. Caracterização da vulnerabilidade ao stresse em função do tipo de parto.....	86

Tabela 38. Caracterização da vulnerabilidade ao stresse em função do impacto da IU.....	86
Tabela 39. Caracterização da vulnerabilidade ao stresse em função da valorização da IU.....	86
Tabela 40. Análise descritiva da qualidade de vida.....	87
Tabela 41. Análise descritiva da qualidade de vida em função das classes de idade.....	88
Tabela 42. Caracterização da QDV em função da idade.....	88
Tabela 43. Caracterização da QDV em função do estado civil e profissão.....	89
Tabela 44. Caracterização da QDV em função da área de residência e níveis de IMC.....	90
Tabela 45. Caracterização da QDV em função do nº de gravidezes e nº de filhos.....	90
Tabela 46. Caracterização da QDV em função do tipo de parto.....	91
Tabela 47. Caracterização da QDV em função do impacto da IU. ....	91
Tabela 48. Caracterização da QDV em função da valorização da IU.....	92
Tabela 49. Coeficiente de correlação de Pearson da percepção da saúde em função da idade, do IMC, da IU de esforço e urgência e da vulnerabilidade ao stresse. ....	93
Tabela 50. Coeficiente de correlação de Pearson do impacto da IU em função da idade, do IMC, da IU de esforço e urgência e da vulnerabilidade ao stresse. ....	95
Tabela 51. Coeficiente de correlação de Pearson das limitação nas tarefas em função da idade, do IMC, da IU de esforço e urgência e da vulnerabilidade ao stresse. ....	96
Tabela 52. Coeficiente de correlação de Pearson das limitações físicas em função da idade, do IMC, da IU de esforço e urgência e da vulnerabilidade ao stresse. ....	98
Tabela 53. Coeficiente de correlação de Pearson das limitação social em função da idade, do IMC, da IU de esforço e urgência e da vulnerabilidade ao stresse. ....	100
Tabela 54. Coeficiente de correlação de Pearson das relações pessoais em função da idade, do IMC, da IU de esforço e urgência e da vulnerabilidade ao stresse. ....	101
Tabela 55. Coeficiente de correlação de Pearson das emoções em função da idade, do IMC, da IU de esforço e urgência e da vulnerabilidade ao stresse. ....	103
Tabela 56. Coeficiente de correlação de Pearson do sono e energia em função da idade, do IMC, da IU de esforço e urgência e da vulnerabilidade ao stresse. ....	105

Tabela 57. Coeficiente de correlação de Pearson das medidas de gravidade em função da idade, do IMC, da IU de esforço e urgência e da vulnerabilidade ao stresse.  
..... 106

Tabela 58. Coeficiente de correlação de Pearson da qualidade de vida em função da idade, do IMC, da IU de esforço e urgência e da vulnerabilidade ao stresse.  
..... 108



## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Síntese dos principais fatores de risco para a IU feminina, variáveis estudadas e literatura correspondente.....	28
Quadro 2. Classificação da Incontinência urinária.....	30
Quadro 3. Causa da Incontinência Urinária.....	30
Quadro 4. Regressão múltipla entre a percepção da saúde e as variáveis independentes.....	94
Quadro 5. Regressão múltipla entre o impacto da IU e as variáveis independentes.....	96
Quadro 6. Regressão múltipla entre a limitação no desempenho das tarefas e as variáveis independentes.....	98
Quadro 7. Regressão múltipla entre a limitação física e as variáveis independentes.....	99
Quadro 8. Regressão múltipla entre a limitação social e as variáveis independentes.....	101
Quadro 9. Regressão múltipla entre as relações pessoais e as variáveis independentes.....	102
Quadro 10. Regressão múltipla entre as emoções e as variáveis independentes.....	104
Quadro 11. Regressão múltipla entre o sono e energia e as variáveis independentes.....	106
Quadro 12. Regressão múltipla entre as medidas de gravidade e as variáveis independentes.....	108
Quadro 13. Regressão múltipla entre a qualidade de vida e as variáveis independentes.....	110
Quadro 14. Análise de Conteúdo das entrevistas às mulheres com IU – Dados Pessoais.....	111
Quadro 15. Análise de Conteúdo das entrevistas às mulheres com IU sobre o Impacto da IU.....	112
Quadro 16. Análise de Conteúdo das entrevistas às mulheres com IU sobre a Vulnerabilidade ao Stresse.....	113
Quadro 17. Análise de Conteúdo das entrevistas às mulheres com IU sobre a Intervenção do Enfermeiro.....	115



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Avaliação da Incontinência Urinária. ....	31
Figura 2. Esquema conceptual de base. ....	51
Figura 3. Operacionalização da variável Vulnerabilidade ao Stresse. ....	57

## ANEXOS / APÊNDICES

Anexo 1. Declaração da orientadora. ....	140
Anexo 2. Questionário/Escalas. ....	141
Anexo 3. Guião da Entrevista. ....	147
Anexo 4. Pedido de autorização para aplicação a escala 23 QVS. ....	148
Anexo 5. Resposta ao pedido de autorização para aplicação a escala 23 QVS. .....	149
Anexo 6. Pedido de autorização à Direção dos Hospitais para aplicação dos questionários. ....	150
Anexo 7. Pedido de parecer à comissão de ética para aplicação dos questionários. ....	152
Anexo 8. Testemunho da participante da Guarda. ....	153
Anexo 9. Testemunho da participante de Viseu. ....	154



## ABREVIATURAS E SIGLAS

% – Frequência relativa;

$\beta$  – Coeficientes Beta;

dp – Desvio Padrão;

IU – Incontinência Urinária;

M – Média;

n – Frequência absoluta;

N – Amostra;

p – probabilidade;

p. – Página

ICIQ – Escala do Impacto da Incontinência Urinária;

QDV – Qualidade de Vida;

23 QVS – Escala da Vulnerabilidade ao Stresse;

QVIU – Escala da Valorização da Incontinência Urinária;

R – Coeficiente de Correlação;

SPSS – *Statistic Package for Social Sciences*;

t – Teste t



## INTRODUÇÃO

A incontinência urinária pode ser classificada em três tipos principais: a Incontinência Urinária de Esforço (IUE), que ocorre quando há perda involuntária de urina durante o esforço, exercício, ao espirrar ou tossir; a Incontinência Urinária de Urgência (IUU), que é caracterizada pela queixa de perda involuntária de urina acompanhada ou precedida por urgência e a Incontinência Urinária Mista (IUM), que ocorre quando há queixa de perda involuntária de urina associada à urgência e também aos esforços (Borba et al., 2008).

A Incontinência Urinária (IU) é um problema que surge principalmente nos idosos e nas mulheres. É uma patologia com elevada importância social, pois tem repercussões negativas sobre a qualidade de vida, higiene e atividade sexual das mulheres. A vida social passa a depender da disponibilidade de casas de banho e, muitas vezes, é relata a preocupação e o embaraço provocado com o odor da urina (Fonseca et al., 2005).

Para muitas mulheres a incontinência urinária ainda é considerada um tabu. Têm efeitos físicos e psicológicos devastadores, levando-as a sentirem-se envergonhadas e evitando consulta e aconselhamento médico. Muitas, receiam a intervenção cirúrgica, habituam-se a viver com este problema e procuram ajustar o seu modo de vida ao problema em causa. A incontinência urinária leva a mulher a isolar-se, acarretando prejuízo na sua qualidade de vida, o que pode conduzir a depressões graves e profundas.

Cuidar de mulheres incontinentes urinárias pressupõe o estabelecimento de uma relação empática, onde estas possam expor os seus medos, angústias, dúvidas e necessidades, e encontrem, na pessoa que cuida, um(a) enfermeiro(a) com conhecimentos e competências que as ajudem a ter uma consciência mais clara de si, um maior controlo sobre o seu mundo e o seu comportamento, assim como, ajudá-las a viver com os seus problemas/limitações relacionados com a incontinência.

As intervenções de enfermagem devem considerar a mulher incontinente como uma entidade corpórea que vive em simbiose intrínseca com as suas emoções, a sua mente, o seu passado e o seu futuro e em estreita relação com o mundo que a rodeia (Azevedo, 2005).

Assim, a intervenção de enfermagem deve privilegiar o investimento no autocuidado para o convívio com a incontinência urinária, quando inevitável, mas atuando terapêuticamente na promoção da continência. O serviço de saúde que é o

cenário deste estudo deve contar com a participação do enfermeiro, integrada com a equipa médica, com cuidadores e familiares para melhoria da condição destas mulheres, através de cuidados básicos de higiene, educação, controle miccional, prevenção de lesões no períneo e favorecer um ambiente adequado para manter a continência, evitando complicações.

Considerando, então, o acompanhamento que deve ser efetuado a estas mulheres com incontinência urinária somos confrontados com um conjunto de questões que nos propomos esclarecer ao longo do estudo:

- Que qualidade de vida possuem as mulheres com IU?
- Em que medida os indicadores obstétricos, ginecológicos, estilo de vida, impacto da incontinência têm influência na QDV das mulheres com IU?
- Qual a influência da vulnerabilidade ao stresse na qualidade de vida das mulheres com IU?

O estudo desta temática vem no seguimento de outros estudos que corroboram com a influência de alguns fatores desencadeadores de uma boa ou má qualidade de vida das mulheres com IU. Sentimos, por outro lado, que é preciso motivar o investimento dos enfermeiros na formação sobre esta temática pois, quem escolhe o caminho da enfermagem e quem pretende ser sempre um bom profissional, decerto compreenderá esta nossa explicitação, e esta nossa dupla condição de mulher/enfermeira é, também, geradora do nosso interesse por esta área.

Assim, pretendemos orientar e delimitar a pesquisa de acordo com os seguintes objetivos:

- Determinar a qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária;
- Analisar a influência dos indicadores pessoais obstétricos, ginecológicos, estilo de vida, e impacto da incontinência na qualidade de vida da mulher com incontinência urinária;
- Determinar a influência da vulnerabilidade ao stresse na qualidade de vida das mulheres com IU.

Partimos, então, do pressuposto que uma análise sobre a qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária permitirá colmatar algumas lacunas existentes com vista à promoção de uma boa qualidade de vida por parte das mesmas.

Para o efeito delineou-se um estudo exploratório, descritivo e transversal. Com uma componente correlacional pois, para além de caracterizar a qualidade de vida das mulheres e o impacto da incontinência urinária pretende-se averiguar se variáveis como a idade, os estilos de vida e a vulnerabilidade ao stresse entre outras são preditores da incontinência urinária. A amostragem é do tipo não probabilístico por



conveniência, tendo por isso como limitação a generalização das conclusões para a população portuguesa (Fortin, 2003).

Relativamente ao instrumento utilizado optou-se pela aplicação de um questionário que permite a caracterização sociodemográfica, obstétrica, ginecológica e estilos de vida, e pelas escalas de Impacto da IU (ICIQ-SF); Valorização da IU; Qualidade de Vida em Mulheres com IU (KHQ) e Vulnerabilidade ao Stresse (23 QVS).

O trabalho encontra-se estruturado em duas partes. A primeira constitui o enquadramento teórico no qual abordamos o estado da arte da qualidade de vida da mulher com incontinência urinária. Comporta três capítulos. No capítulo 1 apresentamos uma base conceitual acerca do conceito e indicadores de incontinência urinária, o capítulo 2 tem como objetivo analisar e realçar o perfil de qualidade de vida e analisar o atual estilo de vida das mulheres portuguesas; e o capítulo 3 descreve o conceito de stresse e fatores influenciadores do mesmo.

A segunda parte respeita à investigação empírica e está estruturado em dois capítulos. Assim o capítulo 1 está reservado para a metodologia que foi utilizada no estudo e na qual abordamos entre outros aspetos, as questões e objetivos do estudo, os participantes e sua caracterização, o tipo de amostra, os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos legais e éticos e os procedimentos estatísticos

No Capítulo 2 apresentam-se os resultados, com recurso a tabelas e gráficos para melhor visualização dos mesmos, enquanto que no capítulo 3 se discutem os resultados comparando-os com outros estudos e autores.

Terminamos com as conclusões do trabalho e com as referências bibliográficas.

No final enquadram-se os anexos e apêndices do trabalho, nomeadamente o questionário aplicado às mulheres e algumas tabelas com dados que não foram incluídos no texto mas eu nos aprecem pertinentes para a sua compreensão.

# **I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## **CAPÍTULO 1. A INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

O conceito “Incontinência Urinária”, muito presente na literatura, tornou-se emergente no século passado, no campo de ação da enfermagem.

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

A primeira padronização da terminologia em uroginecologia foi publicada em 1976 e permanece parcialmente em vigor até os dias de hoje. Em 2002, a Sociedade Internacional de Continência (ICS) fez a revisão e modificou algumas das principais definições dos sintomas do trato urinário baixo. A nova terminologia baseia-se na queixa da paciente, independentemente de sua frequência ou comprovações por exame.

A ICS define IU como uma condição na qual a perda involuntária de urina é um problema social ou higiénico e é objetivamente demonstrável (Silva et al., 2005).

Atualmente o termo IU é utilizado para descrever quer um sintoma, isto em situações onde a perda involuntária de urina está relacionada com a realização de atividades que levam a um aumento da pressão intra-abdominal; quer um diagnóstico, o que indica a existência de qualquer tipo de instabilidade uretral ou do detrusor (Zanatta, 2003).

Existem diversos tipos, porém podem ser classificadas basicamente: Incontinência urinária de esforço (IUE), Incontinência Urinária de Urgência (IUU), Incontinência Urinária Mista (IUM), a qual apresenta características dos dois tipos referidos anteriormente (Freitas et al., 2006).

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 mulher, 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 mulher desenvolve alterações anatômicas e vesicais e contrações não-inibidas do detrusor. Os principais sintomas apresentados são: i) urgência para urinar, mas nem sempre realizada; ii) urinar frequentemente à noite; iii) gotejamento urinário constante; iv) sensação de não esvaziamento da bexiga e jato urinário fraco (Sousa, 2003; Bezerra, 2006).

Das diferentes classificações da IU, a mais prevalente é a IUE, seguida pela IUU, particularmente no período peri-menopausal (Guarisi et al., 2001). A sua prevalência pode variar de 12 a 56% dependendo da população estudada e do critério utilizado para o diagnóstico (Rett et al., 2007).

A IUE é definida como a queixa de perda involuntária de urina ao esforço físico, espirro ou tosse (Baracho, 2007), quando há um aumento da pressão vesical em relação à uretral, na ausência de atividade da musculatura detrusora (Moreno, 2004).

## **1.2. Fatores de Risco para a Incontinência Urinária Feminina**

O aparecimento da IU feminina é de origem multifatorial (Agostinho; Amaro & Trindade, 2005). Higa e Lopes (2005) apontam a idade, a alteração de peso e a obstipação como os principais fatores associados com os sintomas de perda urinária na mulher. Chiarapa, Cacho e Alves (2007) ressaltam que antecedentes obstétricos como número de partos, tipo de parto, realização da episiotomia e uso do fórceps também podem revelar danos ao assoalho pélvico, portanto, também devem ser investigados.

O Quadro 1 resume os fatores de risco IU encontrados na literatura:

Quadro 1. Síntese dos principais fatores de risco para a IU feminina, variáveis estudadas e literatura correspondente.

Fatores de Risco	Variáveis	Literatura
Fatores Obstétricos	número de gestações número de partos (cesareanas e normais) realização de episiotomia ocorrência de laceração uso do fórceps peso do recém nascido	Chiarapa, Cacho e Alves (2007) Dellú, Zácara e Schmitt (2008) Moreno (2004)
Fatores Ginecológicos	tempo de menopausa realização de terapia de reposição hormonal realização de procedimento cirúrgico ginecológico via de acesso cirúrgico (abdominal ou vaginal)	Chiarapa, Cacho e Alves (2007) Moreno (2004)
Fatores Clínicos	presença de doenças uso de medicamentos	Kikuchi et al. (2007) Pauls (2002)
Fatores Hereditários	raça histórico familiar de IU	Higa, Lopes e Reis (2008);
Fatores Comportamentais	hábito de fumar hábito de beber hábito de consumir cafeína prática de exercícios físicos mudança de peso presença de constipação	Higa e Lopes (2005) Higa, Lopes e Reis (2008); Caetano, Tavares e Lopes (2007)
Fatores Antropométricos	índice de massa corporal circunferência da cintura	Higa e Lopes (2005); Higa, Lopes e Reis (2008)
Fatores Físicos	função do assoalho pélvico contração ciente do assoalho pélvico distância anu-vulvar uso musculatura parasita uso da articulação lombossacra tonicidade do núcleo tendíneo fibroso do períneo simetria dos feixes bilaterais do assoalho pélvico presença de prolapso	Bernardes et al. (2000); Moreno (2004)

Fonte: Chiarapa; Cacho; Alves (2007); Dellú, Zácara; Schmitt (2008); Moreno (2004); Higa; Lopes (2005); Higa; Lopes; Reis (2008); Caetano; Tavares; Lopes (2007); Kikuchi et al. (2007); Pauls (2002); Bernardes et al. (2000). Consultado dia 24 de jan de 2013 em:

[http://www.cefid.udesc.br/arquivos/id\\_submenu/791/janeisa\\_franck\\_virtuoso.pdf](http://www.cefid.udesc.br/arquivos/id_submenu/791/janeisa_franck_virtuoso.pdf)

## 1.2. Diagnóstico e Tratamento da Incontinência Urinária

Relativamente à etiologia da IU pode considerar-se multifatorial destacando-se o número de gestações, partos vaginais, tempo prolongado do período expulsivo, doenças e cirurgias ginecológicas, idade avançada e estado hormonal (Manolo, B., 2007, citado por Lautenschläger, M. et al., 2011).

Várias teorias tentam explicar a fisiopatologia da IU, tendo em vista que a bexiga e a uretra são definidas como uma unidade funcional que sofre influência de vários fatores, tais como:

- Posição anatómica do colo vesical em relação à sínfise púbica em repouso e esforço;
- Composição da matriz extracelular, a distribuição e a proporção de seus componentes;
- Musculatura vesical e uretral e vasos periuretrais;
- Trofismo da mucosa vesical e uretral;
- Integração do sistema nervoso central e periférico e fibras sensitivas vesicais;
- Sensibilidade do detrusor a acetilcolina, entre outros.

Em 1990, Petros e Ulmsten propuseram a teoria integral, segundo a qual todas as formas de IU são decorrentes da falta de consistência da parte suburetral da vagina e/ou de seus ligamentos de sustentação. De acordo com tal teoria, sem a integridade anatómica do assoalho pélvico, ocorre um desequilíbrio entre as forças que determinam a abertura e o fechamento do colo vesical e da uretra proximal, ocasionando a perda urinária. Esses defeitos anatómicos podem ainda levar à ativação prematura do reflexo de micção, representada clinicamente pela hiperatividade do detrusor.

Conforme descrito, a IU é um sintoma amplo no qual nem sempre há correlação direta entre queixa clínica e causa específica. A classificação inicial da IU será um primeiro passo para a formulação da hipótese diagnóstica (Quadro 2).

Na IU extrauretral a queixa clínica é o extravasamento urinário durante a fase de enchimento vesical na ausência de Valsalva ou contração do detrusor, por qualquer orifício que não o meato uretral. As causas principais são as malformações ou as fístulas, principalmente pós-cirúrgicas ou pós-radioterápicas.

A IU uretral deve ser avaliada segundo a clínica do paciente e o resultado do estudo urodinâmico.

Já o diagnóstico preciso do tipo de Incontinência urinária será baseado na combinação da informação do exame físico e estudo urodinâmico, o que é fundamental para o sucesso do tratamento (Quadro 3 e Figura 1).

Quadro 2. Classificação da Incontinência urinária

Classificação da Incontinência urinária			
Extrauretral		Uretral	
Congênitas	Adquiridas	Congênitas	Adquiridas
Ureter ectópico Extrofia vesical	Fístulas: 1. ureteral 2. vesical 3. uretral 4. combinações delas	Hidrocefalia Espinha bífida Agenesia sacral Meningomielocoele Epispádia Hipospádia	Infeção do trato urinário Trauma neurológico Medicações Gestação Corpo estranho Incontinência urinária transitória Incontinência urinária de esforço Hiperatividade do detrusor Incontinência urinária mista Incontinência por transbordamento Incontinência psicogénica Divertículo uretral Instabilidade uretral Tumores neurológicos ou vesicais

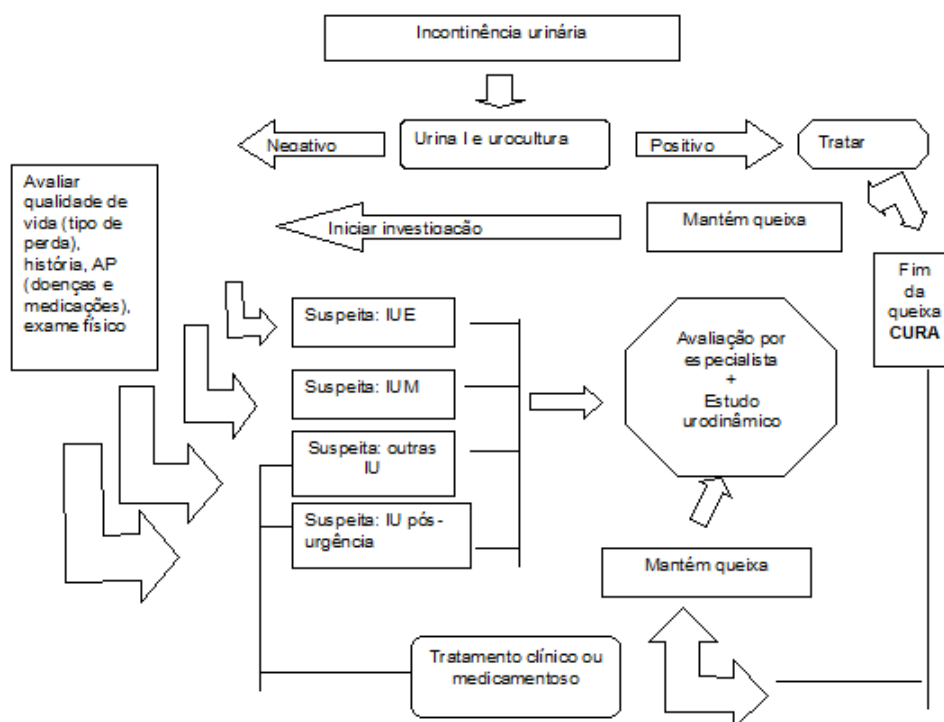
Quadro 3. Causa da Incontinência Urinária.

Causa da Incontinência urinária	
Hipótese	Diagnóstico
Incontinência urinária de esforço	Queixa clínico + achado urodinâmico de perda involuntária de urina sincrônica ao aumento da pressão abdominal, na ausência de contração do músculo detrusor. De acordo com o valor da mínima pressão abdominal capaz de gerar Incontinência urinária (mínima PPE) ou Valsalva leak point pressure (VLPP), classificamos a Incontinência urinária de esforço em: Incontinência urinária de esforço por hiper mobilidade vesical: se VLPP > que 90 cmH <sub>2</sub> O; Incontinência urinária de esforço com lesão esfíntérica uretral ou Incontinência urinária de esforço tipo III: se VLPP < que 60 cmH <sub>2</sub> O; Incontinência urinária de esforço com VLPP entre 60 e 90 cmH <sub>2</sub> O: deve se correlacionar com a queixa clínica da paciente.
Hiperatividade do detrusor	Queixa clínico + achado urodinâmico de perda involuntária de urina durante a fase de enchimento vesical secundária à contração do músculo detrusor espontaneamente ou secundária a manobras provocativas (tosse ou Valsalva).
Incontinência urinária mista	Queixa clínicos + achados urodinâmicos compatíveis com Incontinência urinária de esforço e hiperatividade do detrusor.
Incontinência urinária por transbordamento	Queixa clínica + ausência de Incontinência urinária de esforço ou hiperatividade do detrusor. Achado urodinâmico compatível com perda urinária involuntária que ocorre após se ultrapassar a capacidade cistométrica máxima – máxima capacidade volumétrica de armazenamento da bexiga. As capacidades vesicais estão aumentadas nos casos de bexiga flácida.
Incontinência urinária psicogénica	Queixa clínica + alterações psiquiátricas pelas quais a paciente apresenta micções voluntárias, mas em hora e local inapropriado.

Fonte: Manolo, B. (2007) citado por Lautenschläger, M. et al. (2011).



Figura 1. Avaliação da Incontinência Urinária.



Fonte: [http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/3987/incontinencia\\_urinaria.htm](http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/3987/incontinencia_urinaria.htm)

No que concerne ao tratamento da IUE realçamos o cirúrgico e o conservador. A intervenção cirúrgica é a mais utilizada, porém, este tratamento envolve procedimentos invasivos que podem ocasionar complicações e são de custo elevado e serem contraindicados em algumas mulheres. Tendo em conta estas condições é perceptível um aumento na procura de opções de tratamentos mais conservadores (Rett et al., 2007), como a fisioterapia que é munida de uma série de intervenções que costumam ser extremamente colaborativas na melhoria dos sintomas de mulheres com IU e sua qualidade de vida. O tratamento fisioterapêutico procura restabelecer a função dos músculos do assoalho pélvico, melhorando a força e a resistência desses músculos (Baracho, 2007). Os músculos do assoalho pélvico têm a função de manter os órgãos pélvicos, impedir a saída de urina, fezes e gases, além da função sexual. É evidente o enfraquecimento desta musculatura na IUE, que além das disfunções urinárias, também afeta os sistemas ginecológicos e gastrointestinal (Lara et al., 2008).

O primeiro investigador a descrever um método de avaliação específico e uma série de exercícios para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico foi Arnold Kegel. Estes exercícios perineais são amplamente utilizados como tratamento conservador já que constituem uma opção simples e de baixo custo que, embora exija

motivação e disciplina por parte das mulheres na sua realização, têm resultados satisfatórios (Zanatta, 2003).

Estudos demonstram que o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico é importante no tratamento da hiperatividade do detrusor, reduzindo significativamente os sintomas de perda de urina com a utilização de exercícios (Baracho, 2007), os quais favorecem a contração consciente e efetiva nos momentos de aumento da pressão intra-abdominal, evitando as perdas urinárias. O tônus e as transmissões de pressões da uretra também são otimizados com o tratamento, reforçando o mecanismo de continência urinária (Rett et al, 2007).

De acordo com Baracho (2007), 30% a 50 % das mulheres não são capazes de contrair os músculos do assoalho pélvico de maneira adequada, devido a uma dificuldade de compreensão do ato. Esta conscientização é facilitada pelo estímulo do comando verbal aplicado corretamente no início do tratamento, podendo ser associado à utilização de alguns instrumentos que garantem uma maior credibilidade, como o perineometro, ou mesmo a técnica dedos em tesoura, utilizada também para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico.

Existem vários fatores de risco que estão associados à IU feminina e que podem atuar de forma multifatorial no desencadeamento desta condição, tais como: idade avançada, raça branca, obesidade, multiplicidade de partos vaginais, condições associadas ao aumento da pressão intra-abdominal, tabagismo, doenças do colagénio, neuropatias e histerectomia prévia (Lara et al., 2008).

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 causar algum grau de incontinência urinária (Baracho, 2007). Silva (2008) refere que, nas mulheres portuguesas, a incontinência urinária, a frequência e a gravidade dos episódios estão diretamente relacionadas com o aumento da idade.

Refere-se que 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. A menopausa constitui-se também como um dos fatores de risco associado à IU, uma vez que ocorre uma redução dos valores de estrogénio, consequente atrofia e alteração de posição da uretra (Albuquerque et al., 2008).

Por sua vez, Higas, Lopes e Reis (2008) dizem que o principal fator de risco para a IU feminina é a idade, afetando claramente as mulheres mais idosas, com mais frequência 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).

Silva (2008) refere que a obesidade é também 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 da pélvica e, conseqüentemente, 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 mulheres 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 & Rei, 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.



## **CAPÍTULO 2. A QUALIDADE DE VIDA**

Nos últimos anos, o resultado das intervenções em termos de qualidade de vida passou a ser avaliado considerando a percepção dos indivíduos em relação ao seu bem-estar e expectativas, inclusive nos aspectos físico, social, emocional e ocupacional (Ribeiro, 2007).

A qualidade de vida (QDV) é um conceito multidimensional que incorpora aspectos sociais, físicos e mentais do indivíduo. As ferramentas para mensurar qualidade de vida, geralmente, incluem duas áreas: aspectos gerais sobre relatos de saúde e aspecto específico sobre os efeitos que determinada patologia ou disfunção causam sobre o estilo de vida de determinada pessoa. Este segundo aspecto seria mais sensível para identificar mudanças após o tratamento, sendo valioso na mensuração do processo de avaliação, assim como na comparação de tipos de tratamentos (Dedicação et al., 2008).

Shumaker e Anderson no início da década de 90 (citados por Albuquerque, 1999) definiram QDV como sendo a satisfação individual global com a vida, e a sensação geral, pessoal de bem-estar. Por sua vez Cramer (1994), citado pelo mesmo autor, definiu-a como sendo bem-estar físico, mental e social completo, e não apenas a ausência de doença e incapacidade.

Nutbeam (1986) (citado por Albuquerque, 1999) diz-nos que a QDV é a percepção dos indivíduos ou grupos de que as suas necessidades estão a ser satisfeitas e de que não lhes estão a ser negadas oportunidades para alcançar a felicidade e satisfação completas.

Couvreur (2001) refere que este conceito invadiu todos os domínios, desde a ecologia até à organização do trabalho, passando pela medicina onde tentam elaborar-se escalas de avaliação da qualidade de vida segundo as patologias.

A qualidade de vida é um fator essencial à vida humana, sendo desde a infância à velhice desejada e pretendida por todos.

Para Minayo, Hartz e Buss (citados por Diogo, Neri & Cachioni, 2004) a qualidade de vida boa ou excelente deve oferecer um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciências ou artes.

Na perspectiva de Couvreur (2001), a QDV é uma conceção moderna e muito abrangente. Por ser subjetiva, é analisada no âmbito de estudos das diversas modalidades teóricas, que tentam delimitar os contornos abrangentes deste conceito.

Além da definição de QDV, temos também que pensar na promoção da mesma. Assim, para a sua promoção, é necessário ter em conta alguns pressupostos que são subjacentes ao conceito (Ribeiro, 1993, citado por Albuquerque, 1999):

*A QDV não é ausência de doença;*

*A QDV manifesta-se a nível do bem-estar e da funcionalidade;*

*A QDV define-se por uma configuração de bem-estar que é uma dimensão autopercebida;*

*A QDV abrange aspetos físicos, mentais, sociais e ambientais. Salienta-se que estes aspetos são da mesma realidade e não de realidades diferentes, ou seja, há uma relação sistémica entre eles;*

*A QDV é um processo dinâmico;*

*A QDV só tem sentido se avaliada e se concebida em termos ecológicos.*

A promoção da qualidade de vida é um empreendimento conquistado dia a dia, que resulta do equilíbrio entre a saúde, alimentação, agilidade física, bom humor e coragem acima de tudo.

Como vimos, para muitos autores, qualidade de vida é um conceito de difícil determinação considerando os variados componentes de ordem subjetiva e objetiva.

O interesse acerca de conceitos como padrão de vida e qualidade de vida foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. O crescente desenvolvimento tecnológico da medicina e ciências afins trouxe como uma consequência negativa a sua progressiva desumanização. Assim, a preocupação com o conceito de qualidade de vida refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida.

## **2.1. A Qualidade de Vida da Mulher com IU**

A IU, com os seus sintomas associados, pode causar um significativo impacto na qualidade de vida e uma considerável variedade de perceções e respostas entre as pessoas (Klüber, 2004). De acordo com a Organização Mundial da Saúde, referenciada por Oliveira et al. (2009), qualidade de vida significa a perceção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores

nos quais vive e em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Nesta definição está implícito que a qualidade de vida é um conceito subjetivo e, portanto, variável, uma vez que inclui elementos de avaliação tanto positivos, como negativos.

Há um consenso na literatura de que a IU pode afetar adversamente a qualidade de vida, com sérias implicações em muitas esferas, como na psicológica, social, física, económica e no relacionamento pessoal e sexual. A IU apresenta-se não apenas como uma ameaça à autoestima, mas também como fator de isolamento social e depressão (Tamanini et al., 2004).

Oliveira et al. (2009), através do seu estudo, verificaram que há interferência da IU na qualidade de vida das mulheres, porém a maioria das participantes não a considerava como um problema de saúde ou consideravam-na como um processo natural do envelhecimento, adaptando-se, assim, a sua vida diária, facto que pode ser explicado pela sua falta de informação. A escassez de informação a respeito da patologia conduz a que o problema seja ignorado por muitas mulheres que são acometidas pela IU e, até mesmo, por alguns profissionais de saúde.

A qualidade de vida 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 qualidade de vida e na função sexual da mulher. A IU tem consequências na vida pessoal e no desempenho profissional destas mulheres, acarretando um grande impacto na sua qualidade de vida (Higa & Lopes, 2005).

Alguns estudos têm evidenciado uma enorme preocupação com a interferência da IU na qualidade de vida dessas mulheres, dado que os episódios de IU durante as atividades desenvolvidas diariamente são causadores de constrangimento social, disfunção sexual e de baixo desempenho profissional. Estas alterações são fatores de isolamento social, stresse, depressão, sentimento de vergonha, condições de incapacidade e de baixa autoestima (Higa, Lopes & Reis, 2008).



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

O mesmo autor, referendo um estudo de Kelleher (2000), refere que 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 qualidade de vida de muitas delas.

Dedicação et al. (2008), no seu estudo, compararam o impacto do tipo de incontinência urinária sobre a qualidade de vida em mulheres. Concluíram que a maioria das mulheres (44%) apresentou IUM. A idade das mulheres acometidas por hiperatividade vesical foi significativamente maior comparativamente à idade das outras mulheres. As participantes acometidas por IUM apresentaram um impacto negativo significativamente maior sobre a qualidade de vida (domínio percepção geral da saúde) e sobre a percepção do que a incontinência afeta de modo negativo a própria vida em comparação com as restantes mulheres. Ou seja, verificaram que as mulheres com IUM apresentaram um maior impacto negativo sobre a sua qualidade de vida.

De acordo com Bushnell et al. (2005), a IU é um problema de saúde comum entre as mulheres. É mais do que uma simples condição fisiológica, tendo de se ter em conta fatores relevantes, como: o tipo, a frequência, a severidade, os fatores desencadeantes, o impacto social, os efeitos na higiene e o impacto sobre a qualidade de vida (física, emocional e social).

Burgio et al. (2006) verificaram que a satisfação da mulher para com a sua qualidade de vida não está só relacionada com a diminuição da incontinência, pois nem todas as mulheres que se tornaram continentes estão completamente satisfeitas, demonstrando a necessidade da introdução de métodos que avaliem esse impacto, como os questionários específicos para a qualidade de vida

Oh e Ku (2006) compararam os resultados do exame de teste do absorvente com as respostas que as mulheres deram a um questionário generalista de qualidade de vida (o *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form General Health Survey-SF-36*) e a um questionário específico para a IU, o *Incontinence quality of life-IQoL*. Foi verificado que as mulheres que apresentaram os graus mais severos de IU, de acordo com o teste do absorvente, foram as que demonstraram um maior impacto na qualidade de vida, detetado pelo questionário específico em quase todos os domínios; o mesmo não ocorreu com o questionário generalista, sendo que apenas dois

domínios apresentaram resultados significativos, demonstrando que os questionários de condições específicas aplicados a uma determinada doença são mais sensíveis para as questões clínicas relevantes do que os questionários gerais.

Em suma, a IU exerce múltiplos efeitos sobre as atividades diárias, interações sociais e percepção própria de saúde. Os maiores problemas relacionam-se com o bem-estar social e mental, incluindo os problemas sexuais, o isolamento social, a baixa autoestima, a vulnerabilidade ao stresse e a depressão, afetando de modo significativo a qualidade de vida, com consequências psicológicas, físicas, profissionais, sexuais e sociais (Araújo et al., 2007).



### **CAPÍTULO 3. VULNERABILIDADE AO STRESSE**

Não há nenhum ser humano que esteja livre de enfrentar circunstâncias indutoras de stresse. Algumas vezes, este pode constituir uma condição de incentivo e noutras ocasiões de desgaste pessoal (Vaz Serra, 2007).

E é inegável que a vida está repleta de estímulos, factos, circunstâncias que revelam em nós o stresse. Podemos afirmar que, seja qual for a nossa rotina, o stresse está presente. Há sempre algo a acontecer; algo que requer a nossa atenção, a nossa energia, a nossa criatividade. E com a incrível velocidade com que a nossa sociedade se vai tornando mais e mais complexa, estabelecer a paz interior e conservá-la parece uma tarefa impossível.

Vaz Serra (2004, p.108) define vulnerabilidade ao stress como o “risco aumentado de se reagir de forma repetitiva perante um dado acontecimento na vida”. Este autor construiu uma escala de avaliação da vulnerabilidade ao stress, a 23 QVS, na qual é possível identificar-se diferentes dimensões que se relacionam com a vulnerabilidade ao stress, entre as quais: o perfeccionismo, a carência de apoio social, as condições de vida adversas e a privação do afecto e rejeição.

Na opinião de Vaz Serra (2000, p. 291), o indivíduo vulnerável ao stress possui características específicas, tais como “pouca capacidade auto afirmativa, fraca tolerância à frustração, dificuldade em confrontar os problemas, preocupação excessiva pelos acontecimentos do dia a dia e a marcada emocionalidade”.

Neste sentido, o stresse é suscetível de ser determinado tanto por circunstâncias agradáveis como desagradáveis, internas ou externas, por exemplo, um casamento ou a passagem num exame (situações potencialmente agradáveis), a morte de um familiar ou uma doença (acontecimentos penosos e desagradáveis).

Em relação às circunstâncias que podem induzir stresse, há que ter em conta aspetos qualitativos e quantitativos (Vaz Serra, 2007). Os primeiros são representados pela circunstância em si a que um indivíduo está sensibilizado, podendo ter um impacto maior ou menor. Por outro lado os quantitativos são constituídos pela amplitude que a situação atinge ou pela repetição de circunstâncias desagradáveis. Os fatores que determinam a predisposição do indivíduo para o stresse são variados: a personalidade, a autoestima, a autoconfiança, o apoio social, a resistência física, a saúde e as capacidades de lidar com ele.

Lazarus (1999) menciona que uma situação indutora de stresse é toda aquela em que a relação estabelecida entre o indivíduo e o meio ambiente é avaliada como

excedendo os seus próprios recursos, prejudicando, o seu bem-estar. Os acontecimentos ameaçadores são mais sentidos, tornando-se mais prejudiciais do que outro tipo de ocorrências, pois estes afetam psicologicamente as pessoas. Contudo, o mesmo autor salienta que o grau e o tipo de resposta de stresse que induz varia muito de pessoa para pessoa. Segundo Lazarus (1999), as reações do stresse não se podem prever sem se ter em conta os traços de personalidade e os processos que explicam as diferenças individuais que influenciam as pessoas a responder ao estímulo desagradável.

O stresse é desencadeado a partir de stressores cuja origem pode ser do meio externo, do ambiente social e do meio interno. Segundo Vaz Serra (2007), uma situação indutora de stresse é toda a condição em relação à qual o indivíduo tem a percepção de não ter preparados comportamentos automáticos de resposta e que, por isso, exige uma nova adaptação. Pacheco (2008) refere que os fatores indutores de stresse podem ser de natureza física (hábitos de vida, clima, ambiente, etc.), psicológica (qualquer situação de desgosto ou sofrimento, por um lado, ou, por outro, alegria e satisfação) e social (o meio familiar ou o ambiente profissional). Tanto os acontecimentos de natureza física, como os sociais são suscetíveis de se fazerem acompanhar de um componente psicológico marcado, podendo ser externas ou internas em relação ao indivíduo.

Na opinião de Vaz Serra (2005), "ninguém está livre de stresse" (p. 29). Nesse sentido, clarifica que um indivíduo sente-se em stresse quando está perante um acontecimento que para si é significativo e o qual não controla e/ou que as exigências impostas por este ultrapassam as suas aptidões e os recursos pessoais e sociais para enfrentá-lo. Assim, como o ser humano enfrenta as circunstâncias indutoras do stresse de forma diferenciada, a vulnerabilidade ao stresse também não é uniforme.

Também, Vaz Serra (1999) considera que o stresse só se verifica perante situações de tensão desencadeadoras de experiências stressantes, sendo que tais situações podem ser acontecimentos subjetivos — como pensamentos, imagens ou sensações internas — ou objetivos — como acontecimentos relevantes da vida ou acontecimentos incomodativos do dia-a-dia. Desse modo, a avaliação dos acontecimentos por parte do indivíduo dá-lhe a percepção de ter ou não recursos suficientes para lidar com a problemática, pois se as exigências colocadas pela situação forem superiores aos recursos disponíveis no indivíduo, então este sente que não tem capacidade de controlo e pode entrar em stresse.

Ainda de acordo com Vaz Serra (1999), o stresse não tem de ser encarado sempre como nocivo. Na sua perspetiva,

*[...] em situações intermédias o stresse pode ser útil porque se torna propulsivo, ou seja, constitui uma fonte de impulso que faz com que o indivíduo tome decisões e resolva problemas, ajudando-o a melhorar o seu funcionamento e as suas aptidões. O stresse, neste sentido, traz algum sabor à vida e pode constituir-se um incentivo de realização profissional e pessoal.*  
(p. 16)

Essa ideia sugere-nos que a existência de algum stresse tem uma função protetora e adaptadora, conduzindo o sujeito para a ação.

Assim, à medida que o stresse se tem vindo a converter num fenómeno relevante e reconhecido a nível social, tem crescido também a pesquisa, tomando em consideração os efeitos para a saúde, para o bem-estar individual e com especial relevância no âmbito laboral.

### **3.2. Relação entre a vulnerabilidade ao stresse e a qualidade de vida das mulheres com IU**

Tendo em conta que a pessoa com IU, enfrenta progressivamente alterações no seu quotidiano, muito em parte, derivadas às perdas de urina frequentes podemos dizer que vivem em constante stresse face ao inesperado.

Deste modo, a vulnerabilidade ao stresse e a adoção de estratégias de coping variam de indivíduo para indivíduo, facilitando ou dificultando a adoção de comportamentos que os ajudem a ultrapassar as dificuldades impostas por esta patologia.

Os níveis de tolerância ao stresse são diferenciados para cada pessoa, aquelas com limites mais elásticos possuem maior resistência contudo, ao serem submetidas a uma tensão constante de forma crescente, inevitavelmente esse elástico poderá romper, ocasionando grandes probabilidades de adoecerem.

Oh e Ku (2006) concluíram que, embora não seja uma condição fatal, a IU poderá causar depressão, ansiedade, stresse e baixa satisfação de vida, levando a um impacto sobre a qualidade de vida. Estes autores referem, ainda, que as doentes com IU evidenciam mais stresse, depressão, solidão e tristeza do que a população comum, e a taxa de vulnerabilidade ao stresse nas mulheres com IU compara-se à de outras doentes acometidas por doenças crónicas, como a diabetes e as doenças cardíacas.

Viegas et al. (2009) referem que, embora a IU não coloque diretamente a vida das mulheres em risco, é uma condição que pode trazer sérias implicações de saúde,

bem como sociais, psicológicas e económicas, resultando numa maior predisposição destas mulheres ao stresse.

Estudos europeus, norte-americanos e brasileiros demonstram um importante índice de stresse nas mulheres com IU, em diferentes faixas etárias. Em geral, as mulheres com IU referem limitações físicas (praticar desporto e carregar objetos pesados), sociais, ocupacionais e domésticas, influenciando negativamente no seu estado emocional (Kelleher, 2000; Saleh et al., 2005).

O desconforto social e em termos de higiene dá-se principalmente pelo medo da perda urinária, o cheiro de urina, a necessidade de utilizar absorventes (fraldas) e as trocas mais frequentes de roupas, levando a mulher a estar mais predisposta a estados de stresse elevados (Viegas et al., 2009). A presença de sintomas irritativos, como a notúria e a urgência urinária, muitas vezes, prejudicam o sono e o relacionamento social, podendo ocasionar cansaço, stresse, depressão e isolamento social (Fultz et al., 2003).

#### **4. INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

Através da análise dos estudos e autores sobre IU, que nos orientaram no enquadramento teórico, apresentamos uma proposta de intervenção com início em contexto hospitalar passando para o autocuidado da própria paciente e familiares.

Deste modo, propomos o seguinte: as pacientes com diagnóstico urodinâmico de incontinência urinária de urgência devem ser designadas para a terapia medicamentosa ou para a electroestimulação e as pacientes com incontinência urinária de esforço e mista poderão ser encaminhadas para a equipa de enfermagem.

Esta equipa deve desenvolver planeamento de estratégias de intervenção, a sua aplicação e avaliação dos resultados. A avaliação do enfermeiro parte dos aspetos fisiológicos, sem, entretanto, deixar de realçar os aspetos psicológicos, sociais e ambientais que influenciam o problema.

Ao realizar a anamnese o enfermeiro deve procurar saber o início, duração, frequência, período, quantidade e características da perda de urina, devendo ser avaliados sintomas de incontinência urinária, hábitos higiénicos, alimentares e de hidratação. No exame físico, são avaliadas lesões no assoalho pélvico associadas à incontinência, como prolapso uterino, rotura perineal, lesões irritativas e sinais flogísticos.

Outro aspeto importante é a avaliação da capacidade de autocuidado dos pacientes, história geniturinária, neurológica e clínica em geral, medicações e autoperceção sobre a incontinência urinária.

Os objetivos da consulta de enfermagem são: melhorar a condição das mulheres com IU através de cuidados básicos de higiene, educação, controle miccional, prevenção de lesões no períneo e favorecer um ambiente adequado para manter a continência, evitando complicações.

O protocolo realizado para esta pesquisa tem a duração de quatro meses, com uma consulta de enfermagem a cada mês. Todas as mulheres que iniciam este protocolo têm como diagnóstico disfunção na eliminação urinária.

Em seguida, são estabelecidas as intervenções de enfermagem a partir das orientações sobre hábitos de vida, exercícios perineais e diário miccional. Os resultados esperados, ao final da terapia, é que a mulher se mantenha continente, isto é, que ela consiga minimizar as perdas urinárias e ou que seja capaz de identificar os fatores que influenciam o aumento dos sintomas de incontinência para que o seu



comportamento seja ajustado para que consiga uma melhoria na sua qualidade de vida.

As orientações sobre hábitos de vida mais frequentes são as seguintes: estabelecer um ritmo miccional; evitar ingestão excessiva de líquidos à noite; evitar ingestão de cafeína e álcool; diminuir a massa corporal (se necessário) e; regularizar os hábitos intestinais.

Os exercícios perineais, conhecidos como exercícios de Kegel, consistem em contrair e relaxar a uretra com a ajuda da contração dos músculos levantadores do ânus, mantendo a contração por cinco segundos com intervalos de 10 segundos.

Um fator importante de continência urinária é a rede de sustentação formada pelas fibras do músculo levantador do ânus ligadas à fáscia endopélvica que circundam a vagina e a porção distal da uretra. Durante a contração muscular as fibras irão tracionar a fáscia endopélvica em direção à púbis e comprimi-la contra a parede vaginal, mantendo a luz uretral ocluída.

Por fim, o diário miccional é um instrumento utilizado para avaliar o comportamento do paciente ao longo de três dias. Através do diário podemos avaliar a ingestão de líquido, as eliminações com seus respectivos horários e medidas, identificar as perdas urinárias, por urgência, por esforço ou pelos dois, a intensidade e a quantidade dessas perdas.

A paciente recebe dois copos graduados. No primeiro ela irá medir e depois anotar no diário o quanto ingeriu de líquido. No outro copo ela irá medir e depois anotar no diário a quantidade de urina e o horário da micção. Em seguida, deverá anotar se houve perda e se foi intensa, moderada ou pouca, além de anotar a intensidade da urgência. Além destas informações a mulher é orientada a anotar se houve qualquer perda de urina por esforço, tosse ou espirro.

Na 1ª consulta de enfermagem é realizada a entrega do material para a realização do diário miccional, orientações comportamentais e sobre os exercícios perineais. No mês seguinte ocorre a 2ª consulta de enfermagem, quando é realizada a avaliação do diário miccional e da evolução do quadro. No terceiro mês acontece a 3ª consulta, quando é realizada a entrega do material para realização de outro diário miccional. Na semana seguinte, a paciente retorna para a 4ª consulta onde é avaliado o diário miccional e este é comparado com o que foi realizado na 1ª consulta. Assim, é possível realizar a avaliação da influência destas consultas no controle urinário e no cotidiano da paciente ao final das quatro consultas.

## **II PARTE – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**



## **CAPÍTULO 1. METODOLOGIA**

### **1.1. Métodos**

A IU exerce múltiplos efeitos sobre as atividades diárias, interações sociais e percepção própria de saúde. Os maiores problemas relacionam-se com o bem-estar, isolamento social, baixa autoestima e depressão, afetando de modo significativo a qualidade de vida, com consequências psicológicas, físicas, profissionais, sexuais e sociais (Dedicação et al., 2008).

Assim, como na nossa vida profissional tomamos contacto com uma realidade que para alguns se torna tão traumática necessitamos de explorar novas situações de intervenção nomeadamente no que concerne à melhoria da qualidade de vida de quem padece desta patologia. Através do acompanhamento destas mulheres com incontinência urinária somos confrontados com um conjunto de questões que nos propomos esclarecer:

- Que qualidade de vida possuem as mulheres com IU?**
- Em que medida os indicadores obstétricos, ginecológicos, estilo de vida, impacto da incontinência têm influência na QDV das mulheres com IU?**
- Qual a influência da vulnerabilidade ao stresse na qualidade de vida das mulheres com IU?**

Enveredámos pelo estudo desta temática porque existem estudos que corroboram com a influência de alguns fatores desencadeadores de uma ou boa qualidade de vida. Sentimos, por outro lado, que é preciso motivar o investimento dos enfermeiros na formação desta temática pois, quem escolhe o caminho da enfermagem e quem pretende ser sempre um bom profissional, decerto compreenderá esta nossa explicitação. E esta nossa dupla condição de mulher/enfermeira é, também, geradora do nosso interesse por esta área.

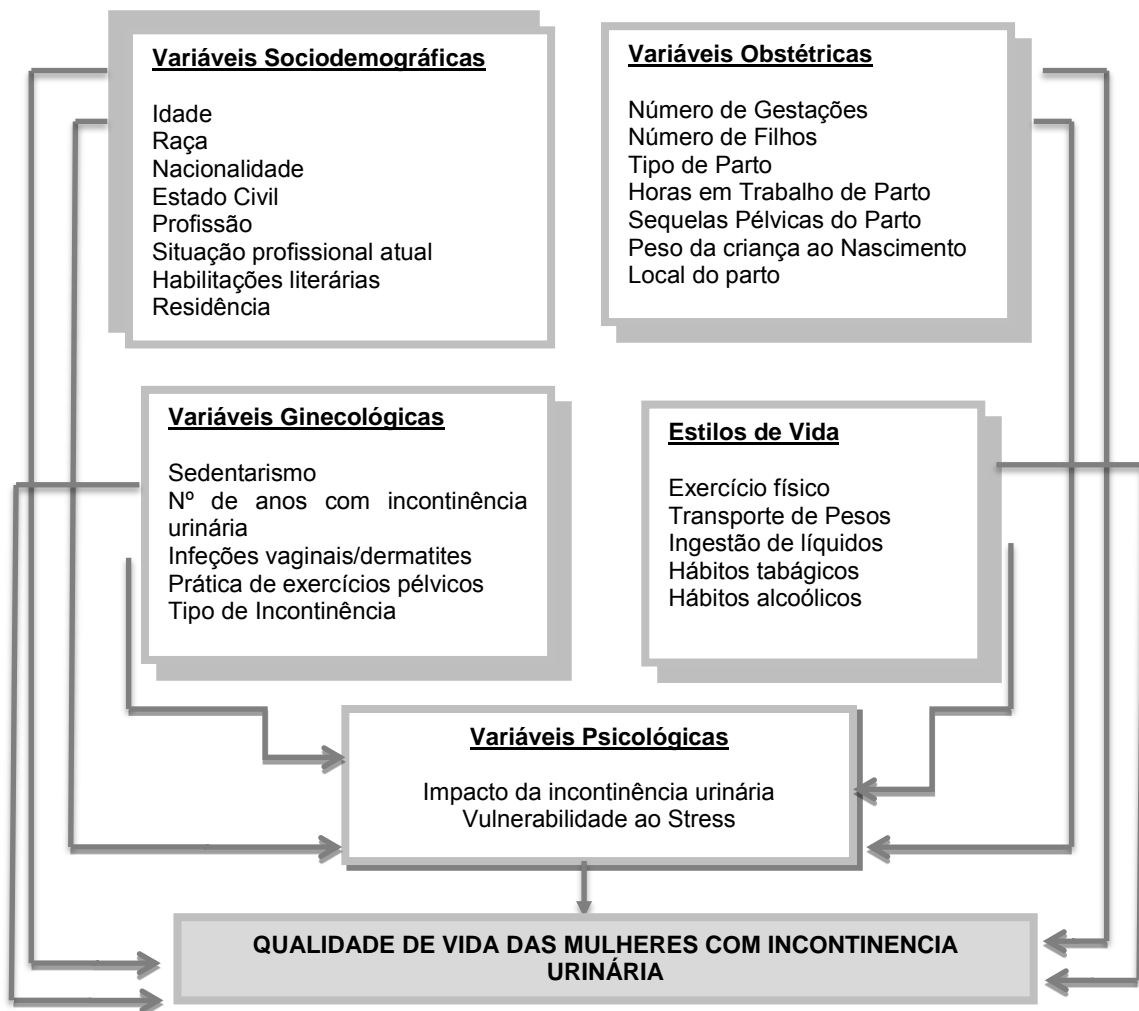
Assim, pretendemos orientar e delimitar a pesquisa de acordo com os seguintes objetivos:

- Determinar a qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária;
- Analisar a influência dos indicadores pessoais obstétricos, ginecológicos, estilo de vida, e impacto da incontinência na qualidade de vida da mulher com incontinência urinária;

- Determinar a influência da vulnerabilidade ao stresse na qualidade de vida das mulheres com IU.

Para o efeito delineou-se um estudo exploratório, descritivo e transversal. Contudo, apresenta uma componente correlacional pois, para além de caracterizar a qualidade de vida das mulheres e o impacto da incontinência urinária pretende-se averiguar se a idade, o estilo de vida e a vulnerabilidade ao stresse são preditores da incontinência urinária. A amostragem é não probabilística, e foi seleccionada por conveniência, tendo como limitação a generalização das conclusões para a população portuguesa (cf. Figura 2).

Figura 2. Esquema conceptual de base.



## 1.2. Participantes

As 200 mulheres foram selecionadas por conveniência nos hospitais de Viseu (n=100), Covilhã (n=50) e Guarda (n=50) e foram caracterizadas em função idade, raça, nacionalidade, estado civil, profissão, situação profissional, habilitações literárias, área de residência e rendimento mensal, no período de março a dezembro de 2012. As pacientes incluídas no estudo foram considerados incontinentes ao declararem episódios de perdas urinárias de pelo menos uma vez por semana, nos últimos três meses. Foram excluídas pacientes em período gestacional ou em período de amamentação. As mulheres, desta amostra, têm uma média de idades de 58 anos, são brancas, portuguesas, casadas com profissões distribuídas pelos trabalhadores não qualificados, reformados e trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores. A maior parte tem uma escolaridade baixa e o nível socioeconómico é baixo.

## 1.3. Instrumento

A escolha do método de recolha de dados é estabelecido em conformidade com a natureza da metodologia utilizada, pelas questões de investigação, objetivos do estudo, pela amostra a estudar e pelas estratégias de análise estatística a realizar.

O uso de questionários como instrumentos de avaliação de qualidade de vida tem sido intensificado na pesquisa científica nos últimos anos. Isso deve-se ao facto de haver um interesse crescente dos investigadores em saúde por métodos subjetivos de avaliação clínica. Dessa forma, valoriza-se a opinião do paciente sobre sua condição de saúde. Na última década, foram construídos vários questionários na área de disfunções miccionais.

A recolha de dados, para este estudo, realizou-se através da aplicação de um questionário e de um conjunto de escalas que a seguir se discriminam.

### 1.3.1. O Questionário

O questionário é constituído por quatro partes, sociodemográfica, obstétrica, ginecológica e estilos de vida (cf. Anexo 1).

**Parte I – Caracterização sociodemográfica:** Permite recolher dados relevantes sobre o perfil sociodemográfico da mulher, através de nove questões que

englobam a idade, raça, nacionalidade, estado civil, profissão, situação profissional atual, habilitações literárias, área de residência e rendimento mensal.

**Parte II – Caracterização obstétrica:** Permite conhecer os antecedentes obstétricos da mulher, através de nove questões sobre: número de gestações, número de filhos, tipo de parto, horas em trabalho de parto nos partos, sequelas pélvicas do parto, peso da criança ao nascimento, local do parto; sedentarismo.

**Parte III – Caracterização ginecológica:** Permite conhecer os antecedentes ginecológicos da mulher, através de sete questões em que se procura saber o n.º de anos com incontinência urinária, infecções vaginais/dermatites, cirurgias para a correção da incontinência urinária, uso de pensos absorventes, início de perda de urina, prática de exercícios pélvicos e tipo de incontinência.

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

**Parte V – Impacto da IU (ICIQ-SF):** Tem o intuito de avaliar o impacto da incontinência em mulheres com IU.

**Parte VI – Valorização da IU:** Tem o intuito de avaliar a valorização da incontinência em mulheres com IU.

**Parte VII – Qualidade de Vida em Mulheres com IU (KHQ):**

**Parte VIII – Vulnerabilidade ao Stresse (23 QVS):** Tem como objetivo fundamental avaliar a vulnerabilidade psicológica que dado indivíduo apresenta perante uma situação indutora de stresse.

Assim, aplicou-se o questionário a 200 mulheres com IU, cumprindo os critérios de inclusão e exclusão do estudo. As participantes, após o preenchimento dos questionários, foram indagadas acerca da compreensão e pertinência das questões e facilidade de preenchimento. Todas as mulheres referiram boa compreensão e aceitação das questões colocadas pelo que foi considerado apto para ser aplicado à amostra populacional em estudo.

### 1.3.2. Tratamento das Escalas

Neste estudo utilizámos três escalas, o impacto da incontinência (ICIQ-SF), a qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária (KHQ) e a vulnerabilidade ao stresse (23 QVS).

### 1.3.2.1. Impacto da Incontinência em Mulheres com IU (ICIQ-SF)

Trata-se de um questionário específico e genérico, para um instrumento de avaliação da qualidade de vida, pois tem sido intensificado na pesquisa científica dos últimos anos, pelo grande interesse dos pesquisadores em saúde, por métodos subjetivos de avaliação clínica (Tamanini et al., 2004). Este questionário avalia o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida e a qualificação da perda urinária das mulheres.

Tamanini et al. (2004) traduziu e validou para a língua portuguesa o questionário de qualidade de vida condição-específico denominado *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)* em pacientes com incontinência urinária.

Foram efetuadas duas traduções independentes do ICIQ-SF e após a harmonização das mesmas a tradução resultante foi retro traduzida por dois nativos de países de língua inglesa. As diferenças foram pré-testadas num estudo piloto. A versão final do ICIQ-SF para o português, bem como a versão em português do *King's Health Questionnaire (KHQ)* foram aplicadas simultaneamente em 123 pacientes consecutivos com queixas de incontinência urinária (29 homens e 94 mulheres) nos serviços de uro ginecologia e de uro dinâmica de um hospital universitário.

Foram testadas as propriedades psicométricas do questionário, com a fiabilidade e validade de constructo.

A idade mediana dos sujeitos participantes foi de 53 anos (intervalo de 16 a 86 anos). O período médio de reteste para o ICIQ-SF foi de 14,37 dias (intervalo de seis a 41 dias). Nenhuma alteração do formato original do ICIQ-SF foi observada no final do processo de tradução e adaptação cultural. A consistência interna foi alta, como demonstrado pelo coeficiente alfa de Cronbach (0,88). O resultado do teste-reteste foi considerado de moderado a forte, como indicado pelo índice Kappa ponderado, cujos valores variaram de 0,72 a 0,75, e o coeficiente de correlação de Pearson que foi de 0,89. A correlação entre o ICIQ-SF e o KHQ foi considerada de moderada a boa para a maioria dos itens, variando de 0,44 a 0,77. A avaliação das validades de constructo e concorrente foi também satisfatória e estatisticamente significativa. Assim, a versão para o português do ICIQ-SF foi traduzida e validada com sucesso para aplicação em pacientes brasileiros de ambos os sexos, com queixa de incontinência urinária, apresentando satisfatória fiabilidade e validade de constructo.

Assim o ICIQ-SF é composto por 4 questões que avaliam a frequência (numa escala de 0 a 5 pontos), a gravidade (numa escala de 0 a 6 pontos) e o impacto da incontinência urinária (numa escala de 0 a 10 pontos). A última questão é avaliada



separadamente numa escala de oito itens que possibilita avaliar as causas ou situações de perda urinária.

O score global do ICIQ é a soma dos scores das questões três, quatro e cinco e varia de 0 a 21. Os valores mais elevados estão associados a níveis elevados de impacto de incontinência urinária.

O impacto na QDV foi definido de acordo com o score da questão 5: (0) nada; (1-3) leve; (4-6) moderado; (7-9) grave; (10) muito grave.

### 1.3.2.2. Qualidade de Vida em Mulheres com IU (KHQ)

A maioria dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (QDV) foi desenvolvida nos Estados Unidos, com notória proliferação na última década. Estes instrumentos possuem total interesse em serem adaptados e aplicados por outras culturas, apesar de certos autores criticarem a sua aplicação devido ao facto de defenderem que o conceito de QDV poderá variar de cultura para cultura (Canavarro & Vaz Serra, 2006).

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

- Percepção da saúde =  $(Q1-1) / 4 \times 100$
- Impacto da Incontinência urinária =  $(Q2-1) / 3 \times 100$
- Limitações no desempenho de tarefas =  $(Q3A + Q3B) - 2) / 6 \times 100$
- Limitações físicas =  $(Q4A + Q4B) - 2) / 6 \times 100$
- Limitações sociais

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

$$(If 5C = 1) = (Q 4C + 4D) - 2) / 6) \times 100$$

➤ Relações pessoais

$$(If\ 5A + 5B \geq 2) = (Q\ 5A + 5B - 2)/6 \times 100$$

$$(If\ 5A + 5B = 1) = (Q\ 5A + 5B - 1)/3 \times 100$$

$$(If\ 5A + 5B = 0) \text{ Treat as missing value}$$

➤ Emoções =  $(Q\ 6A + 6B + 6C) - 3 / 9 \times 100$

➤ Sono/Energia =  $(Q\ 7A + 7B) - 2 / 6 \times 100$

➤ Medidas de gravidade =  $(Q\ 8A + 8B + 8C + 8D) - 4 / 12 \times 100$

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

### 1.3.2.3. Vulnerabilidade ao stresse (23 QVS)

A vulnerabilidade é a fragilidade de um sistema defensivo, traduz os desequilíbrios que perturbam o desenvolvimento e o funcionamento afetivo, intelectual e relacional (Doron & Parot, 2001).

Na definição de stresse Vaz Serra (2000, p.262) refere que

*“um indivíduo sente-se em stresse quando considera que não tem aptidões e recursos (pessoais ou sociais) para superar o grau de exigência que dada circunstância lhe estabelece e que considerada importante para si.”*

Neste contexto a vulnerabilidade ao stresse não é mais do que o produto da relação que se estabelece entre as forças e fraquezas da predisposição individual e os “ativos e passivos” da vida corrente, que ajudam a amplificar ou a reduzir o impacto do acontecimento” (Dohrenwend 1998, citado por Vaz Serra, 2000, p.270).

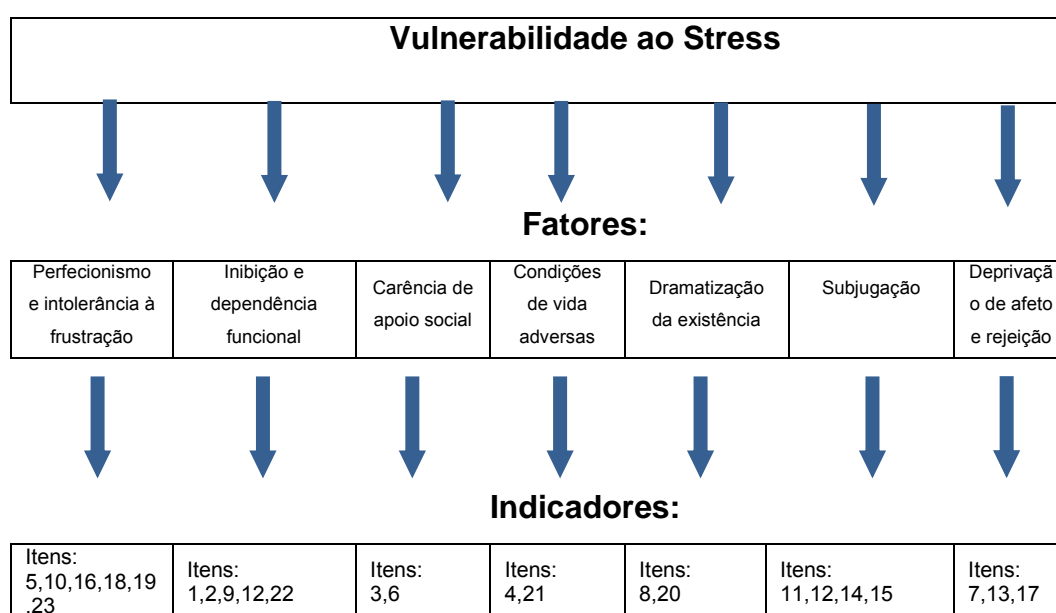
A escala 23 QVS foi criada e validada por Vaz Serra (2000) com o intuito de avaliar a vulnerabilidade ao stresse em relação com o desenvolvimento de psicopatologia e que inclui os seguintes fatores: Perfeccionismo e intolerância à frustração; Inibição e dependência funcional; Carência de apoio Social; Condições de vida adversas; Dramatização da existência; Subjugação e Deprivação de afeto e rejeição. Apesar destes fatores resultantes da análise fatorial, o autor demonstra que a escala avalia um conceito unidimensional, pelo que se pode avaliar a dimensão como um todo.

O seu estudo psicométrico foi desenvolvido com uma amostra de 368 pessoas da população geral. Esta avaliação revelou uma correlação de 0,73, um Coeficiente

Spearman de 0,84, um coeficiente alpha de Cronbach de 0.82 e um teste-reteste de 0.82.

Os 23 itens da escala apresentam um formato de resposta tipo Likert, variando entre 0 e 4 pontos, com vários itens com cotação invertida (cf. Figura 3). Os itens 1, 3, 4, 6, 7, 8 e 20 são corrigidos da esquerda para a direita (com os valores 0,1, 2, 3 e 4), enquanto os restantes são corrigidos em sentido inverso. Desta forma, o score pode variar de 0 a 92 pontos, em que quanto maior score maior vulnerabilidade ao stresse, tendo o autor estabelecido como o valor de 43 como ponto de corte, acima do qual uma pessoa revela-se vulnerável ao stresse.

Figura 3. Operacionalização da variável Vulnerabilidade ao Stresse.



### 1.3.2. A Entrevista

Para além do questionário aplicado foram efetuados registos pessoais, através de uma entrevista semiestruturada, a 2 mulheres com IU. Os relatos apresentados estão em conformidade com o guião da entrevista elaborado com base na literatura relacionada com a temática no nosso estudo. Procurámos, respeitar aspetos relacionados com a faixa etária das participantes no nosso estudo, o tempo de aplicação da entrevista, a sua adequação ao tema em estudo, procurando obter dados consistentes e pertinentes sobre o impacto da IU, vulnerabilidade ao stresse e intervenção da enfermagem no processo de tratamento e prevenção da IU.

Após a elaboração do guião da entrevista o mesmo foi sujeito a um processo de validação por peritagem através da sua aplicação a quatro enfermeiros em

exercício nos serviços de urologia e ginecologia. Não houve da parte destes sugestões para alteração referindo que as questões eram entendíveis e relacionadas com o objetivo do estudo e, assim, surgiu a versão final do Guião da Entrevista (ver Anexo 2).

#### **1.4. Procedimentos**

No seguimento da candidatura ao curso de mestrado em enfermagem de saúde materna, obstetrícia e ginecologia procedemos a uma análise bibliográfica acerca da atualidade do tema proposto definindo, assim, a pertinência do estudo.

A revisão foi estruturada a partir de informações contempladas na literatura e referências científicas em vigor.

Foram efetuadas reuniões com o orientador e coorientador a fim de definir as etapas metodológicas de acordo com o protocolo de investigação da ESS – IPV (cf. Anexo 1).

Como único critério de inclusão para o nosso estudo definimos que as mulheres teriam idades superiores a 18 anos, não poderiam estar grávidas nem a amamentar e deveriam residir no interior do país, nomeadamente nos distritos de Viseu, Covilhã e Guarda.

No seguimento das nossas pretensões, optou-se pela aplicação de um questionário que incluiu várias escalas do domínio psicométrico, validadas para o efeito para a população portuguesa (cf. Anexo 2) e, ainda, foi elaborado um guião para uma entrevista (cf. Anexo 3).

Antes da aplicação dos questionários, solicitámos autorização ao autor do instrumento original, Dr. Vaz Serra (cf. Anexo 4 e 5) e à Administração dos hospitais envolvidos para que o questionário pudesse ser preenchido (cf. Anexo 6).

Os preenchimentos dos questionários foram efetuados aquando das consultas de urologia ou ginecologia. Às mulheres inquiridas foi solicitado para colaborarem no estudo, garantindo-lhes respeito pessoal e confidencialidade dos elementos de informação recolhidos, antes, durante e após o estudo. Demos sempre informações de quem somos, do tema, e dos objetivos do estudo. Em relação aos inquéritos por questionário, demos as instruções precisas quanto ao seu preenchimento. Apesar de conhecermos os riscos pessoais do comprometimento assumido, especialmente no que diz respeito à partilha de informações, tudo fizemos para cumprir o acordado, não só em relação à definição do alvo pesquisa, mas também em relação à delimitação do campo de pesquisa. Neste seguimento foi efetuado parecer à comissão de ética para aplicação dos questionários (cf. Anexo 7).

## 1.5. Análise de Dados

Os dados obtidos foram analisados e interpretados de acordo com as técnicas e estratégias metodológicas adequadas, tendo sido feito efetuado o tratamento estatístico através do programa SPSS 20.0 (*Statistic Package for Social Sciences*) para Windows.

### 1.5.1. Estatística Descritiva

A análise descritiva foi efetuada de acordo com os procedimentos expressos em Maroco e Bispo (2003) e Pestana e Gageiro (2003).

Os resultados, no que diz respeito à caracterização das variáveis, são apresentados em gráficos ou tabelas de distribuição de frequências onde se distribuem os valores da variável estatística em frequências absolutas (n) e relativas (%) e indicam o número de vezes que cada elemento da variável se repete e a proporção com o total.

### 1.5.2. Estatística Inferencial

A análise inferencial foi efetuada de acordo com os procedimentos expressos em Maroco e Bispo (2003) e Pestana e Gageiro (2003).

Esta análise compreende um processo que tem como fim estimar os parâmetros e a verificação de hipóteses. Através destes procedimentos podem analisar-se as possíveis relações entre as variáveis e, como tal, recorre-se a vários testes para confirmar as hipóteses formuladas.

As hipóteses são testadas com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5% ( $\alpha=0,05$ ). Este nível de significância permite afirmar com uma certeza de 95%, caso se verifique a validade da hipótese em estudo, a existência de uma relação causal entre as variáveis.

Os critérios de decisão para os testes de hipóteses, baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a hipótese se a probabilidade for inferior a 0,05 e rejeitando-se se superior a esse valor.

As inferências são feitas através da aplicação de testes paramétricos ou não paramétricos aos resultados da nossa amostra.

Para definirmos a utilização de testes paramétricos ou não paramétricos para testar as hipóteses vai proceder-se à análise do teste de Kolmogorov-Smirnov (KS), com a correção de Lilliefors, para averiguar se a distribuição das variáveis é ou não normal.

O Coeficiente de Correlação de Pearson (R; p) / Coeficiente de Correlação Ró de Spearman (R; p) é um procedimento que permite medir a associação linear entre as variáveis e varia de -1 a +1. O valor da correlação quanto mais próximo estiver dos extremos tanto maior é a associação entre as variáveis.

A Regressão Múltipla ( $R^2$ ; p) é um procedimento que permite efetuar a avaliação de relações de dependência em que se explica o comportamento de uma/várias variáveis dependentes (explicadas) a partir do comportamento de uma/várias variáveis independentes (explicativas).

A capacidade explicativa do modelo mede a parte da variação da variável dependente que é explicado pelas variáveis independentes e quanto mais elevado e próximo de 1 melhor.

### 1.5.3. Análise de Conteúdo das Entrevistas

A técnica que utilizámos, para analisarmos as entrevistas efetuadas às mulheres com IU, foi a análise de conteúdo, seguindo as orientações de Ghiglione e Matalon (1993). Esta é uma técnica de tratamento de informação e não um método, podendo integrar-se em qualquer dos grandes tipos de procedimentos lógicos de investigação empírica utilizada pelas diferentes ciências humanas e sociais (Vala, 1986).

Esta técnica de tratamento de informação tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação, ou seja, efetua inferências sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas (Berelson, 1952 cit. por Vala, 1986).

A análise de conteúdo pressupõe as operações que a seguir se descrevem.

1-Delimitação dos objetivos e definição de um quadro de referência teórico orientador da pesquisa.

2-Constituição de um corpus, que consiste na recolha e seleção dos documentos a analisar.

No nosso estudo, o corpus é composto pelas entrevistas às mulheres com IU.

3-Definição das categorias, sendo cada categoria habitualmente composta por um termo chave que indica a significação central do conceito que se quer apreender e

de outros indicadores que descrevem o campo semântico do conceito. Assim, a inclusão de um segmento de texto numa categoria pressupõe a deteção dos indicadores relativos a essa categoria (Vala, 1986).

Esta etapa caracteriza-se pela elaboração de uma grelha de análise, para tratamento das respostas, organizada em diversas categorias, sendo cada categoria constituída por várias unidades temáticas onde são agrupadas as referências confluentes.

Tendo em conta o procedimento, objetivos e finalidades deste estudo, optámos pelo processo de categorização a posteriori, ou seja, o sistema categorial foi elaborado após recolha e análise das mensagens que nos permitiu uma análise de conteúdo “Auto geradora” de resultados, ou seja, à medida que vamos explorando as mensagens, vamos interpretando o contexto e extraindo categorias representativas de uma ou várias mensagens (Ibidem).

## CAPÍTULO 2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo apresenta-se dividido em duas partes, a análise descritiva para caracterizar as variáveis e a análise inferencial para testar as hipóteses.

### 2.1. Análise descritiva

Na primeira parte caracterizam-se as variáveis em estudo relativamente à parte obstétrica, ginecológica, estilos de vida, impacto de incontinência urinária, valorização da incontinência urinária, qualidade de vida e vulnerabilidade ao stress.

#### 2.1.1. Caracterização Sociodemográfica

A caracterização sociodemográfica encontra-se de acordo com a idade, nacionalidade, estado civil, profissão, habilitações literárias, área de residência e rendimento mensal das mulheres com incontinência urinária.

A leitura da Tabela 1 permite verificar que a **idade** das mulheres deste estudo oscila entre 29 e 75 anos com uma média de  $\bar{x}=58,42$  anos ( $\pm 11,52$ ). A distribuição da idade é simétrica ( $Sk=-0,132/0,172=-0,767$ ) e platicúrtica ( $Kw=-0,974/0,342=-2,847$ ).

Para efeito de tratamento estatístico, as 200 mulheres foram agrupadas em duas classes de idade, 50% com idades inferiores a 57 anos e com igual percentagem em idades superiores a 58 anos.

Tabela 1. Estatística descritiva da idade.

Análise descritiva da idade	N	Mín.	Máx.	$\bar{X}$	dp	Sk	Erro	Kw	Erro
Idade	200	29	75	58,41	11,51	-,132	,172	-,974	,342

No seguimento da análise sociodemográfica (cf. Tabela 2), 98% das mulheres desta amostra têm **nacionalidade** portuguesa e apenas 2% são emigrantes.

Ao efetuar a análise comparativa das mulheres por classes de idade verifica-se que abaixo dos 57 anos existem 48% de portuguesas e 2% de emigrantes e acima dos 58 anos podem observar-se 50% de portuguesas.



Pode, assim, verificar-se que há diferenças estatisticamente significativas entre classes de idade em função da nacionalidade ( $\chi^2=4,082$ ;  $p=0,043$ ). Assim, os valores dos resíduos ajustados indiciam que existe uma proporção significativamente maior de mulheres portuguesas com IU acima dos 58 anos (2,0).

Relativamente ao **estado civil** pode observar-se, ainda, na Tabela 2, 13,3% de mulheres solteiras, divorciadas ou separadas enquanto a maior parcela (86,7%) é de mulheres casadas ou em união de facto.

Nas mulheres abaixo dos 57 anos, 7,5% são solteiras, divorciadas ou separadas e 49,1% são casadas ou em união de facto.

No caso das que têm idades superiores a 58 anos, 5,8% são solteiras, divorciadas ou separadas e 37,6% são casadas ou vivem em união de facto.

Contudo, esta disposição entre classes de idade não revela diferenças estatisticamente significativas em função do estado civil ( $\chi^2=0,000$ ;  $p=0,990$ ).

Tabela 2. Caracterização da nacionalidade e estado civil em função das classes de idade.

Dados pessoais		<= 57 anos		>= 58 anos		Total		Resíduos		$\chi^2$	p
		N	%	N	%	N	%	<= 57 anos	>= 58 anos		
		Nacionalidade	Portuguesa	96	48,0	100	50,0	196	98,0		
Emigrante	4		2,0	0	0,0	4	2,0	1,4	-1,4		
Total		100	50,0	100	50,0	200	100,0				
Estado civil	Solteira Divorciada Separada	13	7,5	10	5,8	23	13,3	0,0	0,0	0,000	0,990
	Casada/união facto	85	49,1	65	37,6	150	86,7	0,0	0,0		
Total		100	50,0	100	50,0	200	100,0				

Na Tabela 3 apresentam-se os dados da **profissão** onde se constata que 7,5% das mulheres têm profissões intelectuais; 25% são técnicos e 67,5% são trabalhadores não qualificados.

Nas mulheres com idades inferiores a 57 anos, 6% apresentam profissões intelectuais; 22% têm profissões técnicas e 22% são trabalhadoras não qualificadas.

Nas mulheres com idades superiores a 57 anos, 1,5% apresentam profissões intelectuais; 3% têm profissões técnicas e 45,5% são trabalhadoras não qualificadas.

Os resultados do teste Qui-quadrado indicam que as diferenças entre classes de idade são estatisticamente significativas em função da profissão ( $\chi^2=50,643$ ;  $p=0,000$ ). Através dos valores dos resíduos ajustados identifica-se uma proporção significativamente maior de mulheres técnicas e com profissões de nível intermédio (3,8) na classe abaixo dos 57 anos. Já as mulheres trabalhadoras não qualificadas apresentam uma percentagem maior do que a esperada na classe acima dos 58 anos (2,9).

Continuando com a leitura da Tabela 3 verifica-se que face à **situação profissional** 51% das mulheres são empregadas; 17% desempregadas e 32% reformadas.

Nas mulheres com idades inferiores a 57 anos, 36% estão empregadas; 12,5% desempregadas e 1,5% são reformadas. Nas mulheres com idades superiores a 58 anos, 15% estão empregadas; 4,5% desempregadas e 30,5% são reformadas.

Como se pode observar as diferenças entre classes de idade são estatisticamente significativas em função da situação profissional ( $\chi^2=77,386$ ;  $p=0,000$ ). Os resíduos ajustados localizam uma proporção significativamente maior de mulheres empregadas na classe abaixo dos 57 anos (2,9) e de mulheres reformadas na classe acima dos 58 anos (5,1).

Tabela 3. Caracterização da profissão e situação profissional em função das classes de idade.

Dados pessoais		<= 57 anos		>= 58 anos		Total		Resíduos		$\chi^2$	p
		N	%	N	%	N	%	<= 57 anos	>= 58 anos		
		Profissão	Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas	12	6,0	3	1,5	15	7,5		
Técnicos e Profissões de Nível intermédio	44		22,0	6	3,0	50	25,0	3,8	-3,8		
Trabalhadores Não Qualificados	44		22,0	91	45,5	135	67,5	-2,9	2,9		
Total		100	50,0	100	50,0	200	100,0				
Situação profissional	Empregado	72	36	30	15	102	51	2,9	-2,9	<b>77,386</b>	<b>0,000</b>
	Desempregado	25	12,5	9	4,5	34	17	1,9	-1,9		
	Reformado	3	1,5	61	30,5	64	32	-5,1	5,1		
Total		100	50,0	100	50,0	200	100,0				

No que concerne à **habilitação académica** (cf. Tabela 4), pode observar-se que 55,5% das mulheres têm a 4ª classe; 20,5% têm entre o 5º e o 9º ano; 12,5% têm o ensino secundário, técnico ou profissional e 11,5% o ensino superior.

Das mulheres que apresentam idades inferiores 57 anos, 15% têm a 4ª classe; 19% têm entre o 5º e o 9º ano; 10% têm o secundário e 6% o ensino superior. Das mulheres que apresentam idades superiores a 58 anos, 40,5% têm a 4ª classe; 1,5% têm entre o 5º e o 9º ano; 2,5% têm o secundário e 5,5% o ensino superior.

Com efeito, podem observar-se diferenças entre classes de idade estatisticamente significativas em função da habilitação académica ( $\chi^2=62,354$ ;  $p=0,000$ ). Os resíduos ajustados realçam uma percentagem significativamente maior de mulheres com a 4ª classe (3,4) acima dos 58 anos. Nas mulheres abaixo dos 57 anos prevalece o 9º ano (3,9) e o ensino secundário (2,1).

Sobre a **área de residência**, verifica-se que 71% das mulheres desta amostra vivem em zona rural e 29% em zona urbana.

Das mulheres com idades inferiores 57 anos 34,5% residem em zona rural e 15,5% em zona urbana. Das que têm mais de 58 anos 36,5% residem em zona rural e 13,5% em zona urbana. Contudo, as diferenças não são estatisticamente significativas entre classes de idade em função da área de residência ( $\chi^2=0,389$ ;  $p=0,533$ ).

Tabela 4. Caracterização da habilitação académica e área de residência em função das classes de idade.

Dados pessoais		<= 57 anos		>= 58 anos		Total		Resíduos		$\chi^2$	p
		N	%	N	%	N	%	<= 57 anos	>= 58 anos		
Habilitação académica	Até 4º classe	30	15	81	40,5	111	55,5	-3,4	3,4	62,354	0,000
	5º - 9º anos	38	19,0	3	1,5	41	20,5	3,9	-3,9		
	Secundário/tecnico profissional	20	10,0	5	2,5	25	12,5	2,1	-2,1		
	Ensino superior	12	6,0	11	5,5	23	11,5	,1	-,1		
	Total	100	50,0	100	50,0	200	100,0				
Área de residência	Rural	69	34,5	73	36,5	142	71,0	-,2	,2	0,389	0,533
	Urbano	31	15,5	27	13,5	58	29,0	,4	-,4		
	Total	100	50,0	100	50,0	200	100,0				

No que diz respeito ao **rendimento mensal**, pode observar-se que 46,5% das mulheres auferem rendimentos inferiores a 500€; 32,5% entre 501€ e 999€; 12% entre 1000€ e 1499€; 5% entre 1500€ e 1999€ e 4% superior a 2000€ (cf. Tabela 5).

Das mulheres que têm idades inferiores 57 anos, 12% apresentam rendimentos inferiores a 500€; 26% rendimentos entre 501€, e 999€; 7,5% entre 1000€, e 1499€; 4% têm rendimentos entre 1500€, e 1999€ e 0,5% têm rendimentos superiores a 2000€.

Das que têm idades superiores a 58 anos, 34,5% apresentam rendimentos inferiores a 500€; 6,5% rendimentos entre 501€, e 999€; 4,5% entre 1000€, e 1499€; 1% têm rendimentos entre 1500€, e 1999€ e 3,5% têm rendimentos superiores a 2000€.

Esta distribuição apresenta diferenças entre as classes de idade que se revelam estatisticamente significativas ( $\chi^2=54,774$ ;  $p=0,000$ ). Os resíduos ajustados identificam uma proporção significativamente maior de mulheres com rendimentos abaixo dos 500 euros (3,3) na classe acima dos 58 anos e na classe abaixo dos 57 anos existem mais mulheres com rendimentos entre 501 e 999 euros (3,4).

Tabela 5. Caracterização rendimento mensal em função das classes de idade.

Rendimento mensal / Classes de idade	<= 57 anos		>= 58 anos		Total		Resíduos		$\chi^2$	p
	N	%	N	%	N	%	<= 57 anos	>= 58 anos		
Menor ou igual a 500€	24	12,0	69	34,5	93	46,5	-3,3	3,3	54,774	0,000
501 a 999€	52	26,0	13	6,5	65	32,5	3,4	-3,4		
1000 a 1499€	15	7,5	9	4,5	24	12,0	0,9	-0,9		
1500 a 1999€	8	4,0	2	1,0	10	5,0	1,3	-1,3		
Igual ou superior a 2000€	1	0,5	7	3,5	8	4,0	-1,5	1,5		
Total	100	50,0	100	50,0	200	100,0				

## 2.1.2. Caracterização Obstétrica

A caracterização obstétrica das mulheres com IU pretende identificar o seu peso, altura, IMC, nº de gravidezes, nº de filhos, tipo de parto, nº de horas em trabalho de parto, existência de laceração ou rasgadura, local do parto, nº de horas que passa sentada e nº de filhos com peso superior a 4Kg.

Na Tabela 6 pode observar-se que a média do **peso** é de 69,59Kg ( $\pm 11,50$ ) e a média da **altura** é de 1,58m ( $\pm 0,06$ ) revelando-se um **IMC** de 27,6Kg/m<sup>2</sup> ( $\pm 4,17$ ). As distribuições do peso ( $Sk=1,458/0,172=8,47$ ) e do IMC ( $Sk=1,019/0,172=5,92$ ) não são simétricas e ambas são leptocúrticas ( $Kw>1,96$ ). No caso da altura verifica-se que a distribuição é simétrica e mesocúrtica ( $Sk=0,244/0,172=1,41$  e  $Kw=-0,137/0,342=-0,040$ ).

Tabela 6. Caracterização do peso, altura e IMC.

Peso, Altura e IMC	$\bar{X} \pm dp$		Min	Max	Sk	Std.Erro	Kw	Std.Erro
	$\bar{X}$	dp						
Peso	69,59	11,50	47,00	145,00	1,458	,172	8,346	,342
Altura	1,58	,06	1,42	1,75	,244	,172	-,137	,342
IMC	27,6	4,17	19,3	50,2	1,019	,172	3,871	,342

Na Tabela 7 estão expressos os dados do peso, da altura e IMC em função das classes de idade. Assim, constata-se que o **peso** das mulheres abaixo dos 57 anos é de 70,54Kg ( $\pm 12,77$ ) e acima dos 58 anos é de 68,65Kg ( $\pm 10,05$ ). A média da **altura** nas mulheres abaixo dos 57 anos é de 1,59m ( $\pm 0,05$ ) e acima dos 58 anos é de 1,57m ( $\pm 0,06$ ).

Neste seguimento, a determinação do **IMC** revela que as mulheres abaixo dos 57 anos apresentam 27,58Kg/m<sup>2</sup> ( $\pm 4,64$ ) e as mulheres acima dos 58 anos têm um IMC de 27,72 Kg/m<sup>2</sup> ( $\pm 3,67$ ). Estes valores revelam que, em média, as mulheres apresentam pré-obesidade.

No que diz respeito à análise comparativa entre grupos pode constatar-se que não há diferenças estatisticamente significativas entre as classes de idade no que concerne ao peso ( $t=1,163$ ;  $p=0,246$ ) nem relativamente ao IMC ( $t=-0,244$ ;  $p=0,808$ ). Todavia, na altura observam-se diferenças significativas ( $t=3,088$ ;  $p=0,002$ ) sendo que as mulheres abaixo dos 57 anos são significativamente mais altas (1,59) quando comparadas com as que têm idades acima dos 58 anos (1,57).

Tabela 7. Caracterização do peso, altura e IMC em função da idade.

Peso, Altura e IMC	<= 57 anos				>= 58 anos				t	p
	$\bar{X}$	dp	Min	Max	$\bar{X}$	dp	Min	Max		
Peso	70,54	12,77	47,00	145,00	68,65	10,05	50,00	95,00	1,163	,246
Altura	1,59	,05	1,42	1,75	1,57	,06	1,42	1,75	<b>3,088</b>	<b>,002</b>
IMC	27,58	4,64	19,30	50,20	27,72	3,67	21,10	41,80	-,244	,808

Seguindo a caracterização das mulheres face aos **níveis do IMC**, conforme consta na Tabela 8, pode observar-se que 29% das mulheres têm o IMC normal; 42% têm pré-obesidade e 29% já são obesas.

Das mulheres com idades abaixo dos 57 anos 13,5% têm o IMC normal; 22,5% são pré-obesas e 14% são obesas. Das mulheres com idades acima dos 58 anos 15,5% têm o IMC normal; 19,5% são pré-obesas e 15% são obesas.

A distribuição do IMC em função das classes de idade não apresenta diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2=0,773$ ;  $p=0,679$ ).

Tabela 8. Caracterização das classes do IMC em função das classes de idade.

Classes de IMC	<= 57 anos		>= 58 anos		Total		Resíduos		$\chi^2$	p
	N	%	N	%	N	%	<= 57 anos	>= 58 anos		
Normal	27	13,5	31	15,5	58	29,0	-,4	,4	,773	,679
Pré-obesidade	45	22,5	39	19,5	84	42,0	,5	-,5		
Obesidade Grau I	28	14,0	30	15,0	58	29,0	-,2	,2		
Total	100	50,0	100	50,0	200	100,0				

Na Tabela 9 pode observar-se que quanto ao **número de gravidezes**, 14,5% das mulheres estiveram grávidas pelo menos 1 vez e 85,5% duas vezes ou mais.

Das mulheres com menos de 57 anos 7,5% estiveram 1 vez grávidas e 42,5% estiveram 2 vezes ou mais. Das mulheres com mais de 58 anos 7% estiveram 1 vez grávidas e 43% estiveram 2 vezes ou mais. A distribuição quanto ao nº de gravidezes não evidencia diferenças, entre as classes de idade, estatisticamente significativas ( $\chi^2=0,040$ ;  $p=0,841$ ).

Relativamente ao **número de filhos**, 17,5% das mulheres tiveram pelo menos 1 filho e 82,5% tiveram 2 filhos ou mais.

Das mulheres com menos de 57 anos 10,5% tiveram 1 filho e 39,5% tiveram 2 filhos ou mais. Nas mulheres com mais de 58 anos 7% tiveram 1 filho e 43% tiveram 2 filhos ou mais. As diferenças entre as classes de idade quanto ao nº de filhos, também, não são estatisticamente significativas ( $\chi^2=1,697$ ;  $p=0,193$ ).

Tabela 9. Caracterização do nº de gravidezes e nº de filhos em função das classes de idade.

Dados obstétricos		<= 57 anos		>= 58 anos		Total		Resíduos		$\chi^2$	p
		N	%	N	%	N	%	<= 57 anos	>= 58 anos		
Nº de vezes que esteve grávida	<=1 gravidez	15	7,5	14	7,0	29	14,5	,1	-,1	,040	,841
	>=2 gravidezes	85	42,5	86	43,0	171	85,5	-,1	,1		
Total		100	50,0	100	50,0	200	100,0				
Nº de filhos	1 filho	21	10,5	14	7,0	35	17,5	,8	-,8	1,697	,193
	>=2 filhos	79	39,5	86	43,0	165	82,5	-,4	,4		
Total		100	50,0	100	50,0	200	100,0				

Através dos dados expressos na Tabela 10 faz-se a caracterização obstétrica face ao tipo de parto e nº de horas.

Assim, no que diz respeito ao **tipo de parto**, 84,7% das mulheres tiveram parto normal e 15,3% fizeram cesariana, ventosa ou fórceps. Das que estiveram parto normal 37,2% têm idades inferiores a 57 anos e 47,4% superior; das que fizeram cesariana, ventosa ou fórceps 12,2% têm idades inferiores a 57 anos e 3,1% idades superiores. As diferença encontradas entre as classes de idade quanto ao tipo de parto são estatisticamente significativas ( $\chi^2=13,191$ ;  $p=0,000$ ). Os resíduos ajustados indicam que a maior parte das cesarianas foram efetuadas nas mulheres com idades inferiores a 57 anos (2,4).

Sobre o **número de horas do trabalho de parto do 1º filho**, pode observar-se 60,2% das mulheres estiveram menos de 10 horas e 39,8% estiveram mais de 11 horas em trabalho de parto. Das que estiveram menos de 10h, 31,6% têm idades inferiores a 57 anos e 28,6% superior; das que estiveram mais de 11h, 17,9% têm idades inferiores a 57 anos e 21,9% idades superiores.

Contudo, as diferença não são estatisticamente significativas entre as classes de idade quanto ao nº de horas do 1º parto ( $\chi^2=1,105$ ;  $p=0,293$ ).

No **2º filho**, 56,9% das mulheres estiveram menos de 6 horas e 43,1% estiveram mais de 7 horas em trabalho de parto. Das que estiveram menos de 6h, 25,6% têm idades inferiores a 57 anos e 31,3% superior; das que estiveram mais de 7h, 20,6% têm idades inferiores a 57 anos e 22,5% idades superiores.

As diferenças, também, não são estatisticamente significativas entre as classes de idade quanto ao nº de horas do 2º parto ( $\chi^2=0,121$ ;  $p=0,728$ ).

No **3º filho**, 54% das mulheres estiveram menos de 5 horas e 46% estiveram mais de 6 horas em trabalho de parto. Das que estiveram menos de 5h, 26% têm idades inferiores a 57 anos e 28% superior; das que estiveram mais de 6h, 18% têm idades inferiores a 57 anos e 28% idades superiores.

Do mesmo modo dos partos anteriores, as diferenças não são estatisticamente significativas entre as classes de idade quanto ao nº de horas do 3º parto ( $\chi^2=0,410$ ;  $p=0,522$ ).

Tabela 10. Caracterização do tipo de parto, nº de horas em função das classes de idade.

Dados obstétricos		<= 57 anos		>= 58 anos		Total		Resíduos		$\chi^2$	p
		N	%	N	%	N	%	<= 57 anos	>= 58 anos		
Tipo de parto	Normal	73	37,2	93	47,4	166	84,7	-1,0	1,0	13,191	,000
	Cesariana ou outro	24	12,2	6	3,1	30	15,3	2,4	-2,4		
	Total	97	49,5	99	50,5	196	100,0				
Nº de horas do 1º parto	<=10 horas	62	31,6	56	28,6	118	60,2	,5	-,5	1,105	,293
	>=11 horas	35	17,2	43	21,9	78	39,8	-,6	,6		
	Total	97	49,5	99	50,5	196	100,0				
Nº de horas do 2º parto	<=6 horas	41	25,6	50	31,3	91	56,9	-,2	,2	,121	,728
	>=7 horas	33	20,6	36	22,5	69	43,1	,2	-,2		
	Total	74	46,3	86	53,8	160	100,0				
Nº de horas do 3º parto	<=5 horas	13	26,0	14	28,0	27	54,0	,3	-,3	,410	,522
	>=6 horas	9	18,0	14	28,0	23	46,0	-,4	,3		
	Total	22	44,0	28	56,0	50	100,0				

No que concerne à **laceração, rasgadura ou corte durante o parto** (cf. Tabela 11), 22% das mulheres tiveram laceração ou rasgadura durante o parto e 78% não tiveram. Das que tiveram laceração ou rasgadura 8,5% têm idades inferiores a 57 anos e 41,5% superior; das que não tiveram laceração ou rasgadura 13,5% têm idades inferiores a 57 anos e 36,5% idades superiores.

A distribuição não revela diferenças estatisticamente significativas entre as classes de idade quanto à existência de rasgadura ou corte durante o parto ( $\chi^2=2,674$ ;  $p=0,102$ ).

Quanto à análise do **número de horas que costumam estar sentadas por dia**, 69,5% das mulheres referem menos de 3h enquanto 30,5% mais de 3h. Das que costumam estar sentadas menos de 3h, 42% têm idades inferiores a 57 anos e 8% superior; das que costumam estar sentadas mais de 3h, 27,5% têm idades inferiores a 57 anos e 22,5% idades superiores.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as classes de idade ( $\chi^2=19,837$ ;  $p=0,000$ ). Os resíduos ajustados indicam que a maior parte das mulheres acima dos 58 anos estão sentadas mais de 3 horas por dia (2,6).

Tabela 11. Caracterização da laceração ou corte e nº de horas sentado por dia em função das classes de idade.

Dados obstétricos		<= 57 anos		>= 58 anos		Total		Resíduos		$\chi^2$	p
		N	%	N	%	N	%	<= 57 anos	>= 58 anos		
Laceração ou corte durante o parto	Sim	17	8,7	27	13,5	44	22,0	-1,0	1,0	2,674	,102
	Não	80	40,8	73	36,5	156	78,0	,6	-,5		
	Total	97	49,5	99	50,5	196	100,0				
Nº de horas que está sentada por dia	<=3 horas	84	42,0	55	27,5	139	69,5	1,7	-1,7	19,837	,000
	>3 horas	16	8,0	45	22,5	61	30,5	-2,6	2,6		
	Total	100	50,0	100	50,0	200	100,0				

Relativamente ao **local do parto** (cf. Tabela 12), pode observar-se que 68,9% das mulheres tiveram filhos no hospital, 14,3% em casa ou hospital e 16,8% tiveram os filhos noutra local. Das que tiveram filhos no hospital 45,9% têm idades inferiores a 57 anos e 23,5% superior; das que tiveram filhos em casa ou hospital, 2% têm idades inferiores a 57 anos e 12,2% superior e das que tiveram noutra local, 2% têm idades inferiores a 57 anos e 14,8% idades superiores.

Os dados do teste de qui-quadrado evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre as classes de idade ( $\chi^2=46,906$ ;  $p=0,000$ ). A maior parte das mulheres abaixo dos 57 anos tiveram o parto apenas no hospital (2,7). Por outro lado as mulheres acima dos 58 anos foram assistidas no hospital ou em casa (2,6) ou, ainda, noutra local (3,0).

Ainda na Tabela 12 pode observar-se a distribuição das mulheres com **filhos com peso superior a 4Kg** sendo que, 23,5% tiveram filhos com peso superior a 4Kg e 76,5% não tiveram.

Das que tiveram filhos com peso superior a 4Kg 10,2% têm idades inferiores a 57 anos e 39,3% superior; das que não tiveram filhos com peso superior a 4Kg, 39,3% têm idades inferiores a 57 anos e 37,2% idades superiores. As diferenças não são estatisticamente significativas entre as classes de idade ( $\chi^2=0,869$ ;  $p=0,351$ ).

Das mulheres que tiveram **1 filho com peso superior a 4Kg**, 43,5% têm idades inferiores a 57 anos e 43,4% idades superiores. Por outro lado, as que tiveram **mais de 2 filhos com peso superior a 4Kg** têm todas 58 anos ou mais.

A análise comparativa da distribuição revela diferenças estatisticamente significativas entre as classes de idade face ao nº de filhos com peso superior a 4Kg ( $\chi^2=5,308$ ;  $p=0,021$ ). Os resíduos revelam que as mulheres que tiveram 2 filhos com peso superior a 4Kg todas elas têm idades acima dos 58 anos (1,4).



Tabela 12. Caracterização do local do parto e nº de filhos com peso superior a 4Kg em função das classes de idade.

Dados obstétricos		<= 57 anos		>= 58 anos		Total		Resíduos		$\chi^2$	p
		N	%	N	%	N	%	<= 57 anos	>= 58 anos		
Local do parto	Hospital	89	45,4	46	23,5	135	68,9	2,7	-2,7	46,906	,000
	Em casa e hospital	4	2,0	24	12,2	28	14,3	-2,6	2,6		
	Outro local	4	2,0	29	14,8	33	16,8	-3,1	3,0		
	Total	97	49,5	99	50,5	196	100,0				
Filhos com peso superior a 4Kg	Sim	20	10,2	26	13,3	46	23,5	,3	-,3	,869	,351
	Não	77	39,3	73	37,2	150	76,5	-,6	,6		
	Total	97	49,5	99	50,5	196	100,0				
Nº de filhos com peso superior a 4Kg	1 filho	20	43,5	20	43,5	40	87,0	,6	-,5	5,308	,021
	>=2 filhos	0	,0	6	13,0	6	13,0	-1,6	1,4		
	Total	20	43,5	26	56,5	46	100,0				

### 2.1.3. Caracterização Ginecológica

A caracterização ginecológica far-se-á nas tabelas abaixo indicadas, tendo em conta a informação relativa à frequência de perda de urina, existência de infeções vaginais ou dermatites, necessidade de cirurgia para correção da IU, frequência do uso de pensos absorventes, utilização dos exercícios de Kegel para fortalecer os músculos vaginais e, ainda, a frequência do uso do transporte de pesos superiores a 3Kg.

Na Tabela 13 apresentam-se os dados sobre a **perda de urina involuntária** onde se pôde observar que 26,3% perdem urina à menos de 2 anos; 41,4% entre 3 a 8 anos e 32,3% há mais de 9 anos.

Das mulheres que perdem urina há menos de 2 anos, 17,2% têm idades inferiores a 57 anos e 9,1% superior; das que perdem urina entre 3 a 8 anos, 21,2% têm idades inferiores a 57 anos e 20,2% superior e das que perdem urina há mais de 9 anos, 12,1% têm idades inferiores a 57 anos e 20,2% idades superiores.

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre as classes de idade face à perda de urina ( $\chi^2=8,953$ ;  $p=0,011$ ). Os resíduos ajustados apontam para perdas há menos de 2 anos (1,5) nas mulheres baixo dos 57 anos e nas mulheres acima dos 58 anos as perdas são há mais de 9 anos (1,5).

Ainda na Tabela 18 estão expostas as frequências das **infeções vaginais ou dermatites** e constatou-se que 29,3% já tiveram 1 episódio, 42,9% tiveram 2 episódios e 28,3% mais de 3 episódios.

Das mulheres abaixo dos 57 anos, 14,1% já tiveram 1 episódio de infeção; 22,8% já tiveram 2 episódios e 10,9% mais de três. Das mulheres acima dos 58 anos,

15,2% já tiveram 1 episódio de infecção; 19,6% já tiveram 2 episódios e 17,4% mais de três episódios de infecção vaginal/dermatites.

Os resultados não evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre as classes de idade face à existência de infecções vaginais ou dermatites ( $\chi^2=1,481$ ;  $p=0,477$ ).

Tabela 13. Nº de anos de perda de urina e infecções vaginais/dermatites vaginais em função das classes de idade.

Dados ginecológicos		<= 57 anos		>= 58 anos		Total		Resíduos		$\chi^2$	p
		N	%	N	%	N	%	<= 57 anos	>= 58 anos		
Nº de anos de perda de urina	<=2 anos	34	17,2	18	9,1	52	26,3	1,5	-1,5	8,953	0,011
	3 – 8 anos	42	21,2	40	20,2	82	41,4	,1	-,1		
	>=9 anos	24	12,1	40	20,2	64	32,3	-1,5	1,5		
	Total	100	50,5	49,5	98	198	100,0				
Tem infecções vaginais/dermatites vaginais?	1 Episódio	13	14,1	14	15,2	27	29,3	,0	,0	1,481	0,477
	2 Episódios	21	22,6	18	19,6	39	42,4	,5	-,5		
	Mais de 3 episódios	10	10,9	16	17,4	26	28,3	-,7	,7		
	Total	44	47,8	48	52,2	92	100,0				

Através dos dados da Tabela 14 verifica-se que algumas mulheres com IU já usufruíram de uma **cirurgia para a correção da incontinência urinária** tal que, 57,7% fizeram-na há menos de 3 anos e 42,3% há mais de 3 anos.

Das mulheres abaixo dos 57 anos, 19,2% já fizeram há menos de 3 anos e 15,4% há mais de três. Das mulheres acima dos 58 anos, 38,5% já fizeram há menos de 3 anos e 26,9% há mais de três anos.

Como se pode constatar as diferenças não são estatisticamente significativas entre as classes de idade face à existência de cirurgia para correção da IU ( $\chi^2=0,051$ ;  $p=0,820$ ).

Relativamente à frequência do **uso de pensos absorventes** pode observar-se que (cf. Tabela 20), 70,4% usam menos de 4 pensos absorventes diariamente e 29,6% usam mais de 4 pensos absorventes.

Das mulheres abaixo dos 57 anos, 29,6% usam menos de 4 pensos e 20,8% usam mais de 4 pensos diariamente. Das mulheres acima dos 58 anos, 40,9% usam menos de 4 pensos e 8,8% usam mais de 4 pensos absorventes diariamente.

Face aos resultados do qui-quadrado, as diferenças são estatisticamente significativas entre as classes de idade face à frequência do uso de pensos absorventes ( $\chi^2=10,568$ ;  $p=0,001$ ). A maior parte das mulheres com menos de 57

anos usa diariamente mais de 4 pensos absorventes (1,9) e as mulheres com mais de 58 anos usam menos de 4 pensos absorventes (1,3).

Tabela 14. Caracterização da cirurgia para a correção da incontinência urinária e uso de pensos absorventes em função das classes de idade.

Dados ginecológicos		<= 57 anos		>= 58 anos		Total		Resíduos		$\chi^2$	p
		N	%	N	%	N	%	<= 57 anos	>= 58 anos		
Cirurgia para a correção da IU.	<=3 anos	10	19,2	20	38,5	30	57,7	-,1	,1	,051	,820
	>3 anos	8	15,4	14	26,9	22	42,3	,1	-,1		
	Total	18	34,6	34	65,4	52	100,0				
Usa pensos absorventes.	<=4 pensos	47	29,6	65	40,9	112	70,4	-1,2	1,3	<b>10,568</b>	<b>,001</b>
	>4 pensos	33	20,8	14	8,8	47	29,6	1,9	-1,9		
	Total	80	50,3	79	49,7	159	100,0				

No que diz respeito aos **exercícios de Kegel para fortalecer os músculos da vagina** (cf. Tabela 15), 6% das mulheres nunca fazem os exercícios; 12% fazem raramente; 28,4% uma vez por dia e 53,6% várias vezes ao dia.

Das mulheres abaixo dos 57 anos, 2,7% nunca fazem; 7,7% fazem raramente; 14,8% uma vez por dia e 28,4% fazem os exercícios várias vezes ao dia. Das mulheres acima dos 58 anos, 3,3% nunca fazem; 4,4% fazem raramente; 13,7% uma vez por dia e 25,1% fazem os exercícios várias vezes ao dia.

Contudo, as diferenças não são estatisticamente significativas entre as classes de idade face à frequência com que faz os exercícios de Kegel para fortalecer os músculos da vagina ( $\chi^2=1,254$ ;  $p=0,740$ ).

Quanto ao transporte de **pesos superiores a 3Kg** verifica-se que 23,5% nunca transportam pesos; 21,9% transportam raramente; 17,9% uma vez por dia e 36,7% várias vezes ao dia.

Das mulheres abaixo dos 57 anos, 9,2% nunca transportam pesos superiores a 3Kg; 6,1% raramente; 7,7% uma vez por dia e 27% várias vezes ao dia. Das mulheres acima dos 58 anos, 14,3% nunca transportam pesos superiores 3Kg; 15,8% raramente; 10,2% uma vez por dia e 9,7% várias vezes ao dia.

Os dados revelam que as diferenças são estatisticamente significativas entre as classes de idade face à frequência com transportam pesos superiores a 3Kg ( $\chi^2=27,339$ ;  $p=0,000$ ). Os resíduos ajustados indiciam que as mulheres com idades inferiores a 57 anos transportam pesos superiores a 3Kg várias vezes por dia têm (2,8) e as mulheres com mais de 58 anos raramente transportam pesos (2,0).

Tabela 15. Caracterização da frequência dos exercícios de Kegel, para fortalecer os músculos da vagina e transporte de pesos superiores a 3Kg em função das classes de idade.

Dados ginecológicos		<= 57 anos		>= 58 anos		Total		Resíduos		$\chi^2$	p
		N	%	N	%	N	%	<= 57 anos	>= 58 anos		
Conhece os exercícios de Kegel, para fortalecer os músculos da vagina, com que frequência pratica?	Nunca	5	2,7	6	3,3	11	6,0	-,4	,4	1,254	,740
	Raramente	14	7,7	8	4,4	22	12,0	-,1	,1		
	Uma vez por dia	27	14,8	25	13,7	52	28,4	-,2	,2		
	Várias vezes por dia	52	28,4	46	25,1	98	53,6	,6	-,7		
	Total	98	53,6	85	46,4	183	100,0				
Costuma transportar pesos superiores a 3Kg?	Nunca	18	9,2	28	14,3	46	23,5	-1,0	1,0	27,339	,000
	Raramente	12	6,1	31	15,8	43	21,9	-2,0	2,0		
	Uma vez por dia	15	7,7	20	10,2	35	17,9	-,6	,6		
	Várias vezes por dia	53	27,0	19	9,7	72	36,7	2,8	-2,8		
	Total	98	50,0	98	50,0	196	100,0				

#### 2.1.4. Estilo de Vida

Neste ponto faz-se a caracterização do estilo de vida apresentando-se os dados relativos à prática de exercícios físico; consumo diário de água e horas de sono (cf. Tabela 16).

Pode observar-se que 68% das mulheres nunca **praticam exercício físico** ou praticam raramente e 32% praticam frequentemente.

Das mulheres abaixo dos 57 anos, 30% nunca praticam e 20% praticam exercício frequentemente. Das mulheres acima dos 58 anos, 38% nunca praticam ou raramente e 12% praticam exercício frequentemente.

Os dados do qui-quadrado identificam diferenças estatisticamente significativas entre as classes de idade face à prática de exercícios físico ( $\chi^2=5,882$ ;  $p=0,015$ ). Os resíduos ajustados revelam que a maior parte abaixo dos 57 anos fazem exercício frequentemente (1,4).

Constatou-se, ainda, que 61% das mulheres têm uma frequência de **consumo diário de água** de menos de 1L e 39% bebem mais de 1L.

Das mulheres abaixo dos 57 anos, 27,5% têm uma frequência de consumo diário de água de menos de 1L e 33,5% bebem mais de 1L. Das mulheres acima dos 58 anos, 22,5% têm uma frequência de consumo diário de água de menos de 1L e 16,5% bebem mais de 1L.

Contudo, as diferenças não são estatisticamente significativas entre as classes de idade face à quantidade de água que bebe por dia ( $\chi^2=3,026$ ;  $p=0,082$ ).

Relativamente aos hábitos de **sono** observou-se que 81% das mulheres dormem menos de 8 horas por dia enquanto 19% dormem mais de 8 horas.

Das mulheres abaixo dos 57 anos, 37,5% dormem menos de 8h e 12,5% dormem mais de 8h. Das mulheres acima dos 58 anos, 43,5% dormem menos de 8h e 6,5% dormem mais de 8h.

Esta distribuição revela que as diferenças são estatisticamente significativas entre as classes de idade face ao nº de horas que dormem por dia ( $\chi^2=4,678$ ;  $p=0,031$ ). Os resíduos ajustados localizam uma percentagem significativa de mulheres abaixo dos 57 anos que dormem mais de 8 horas (2,2).

Tabela 16. Caracterização do estilo de vida em função das classes de idade.

Estilo de vida		<= 57 anos		>= 58 anos		Total		Resíduos		$\chi^2$	p
		N	%	N	N	%	N	<= 57 anos	>= 58 anos		
Pratica exercício físico	Nunca ou raramente	60	30,0	76	38,0	136	68,0	-1,0	1,0	5,882	,015
	Frequentemente	40	20,0	24	12,0	64	32,0	1,4	-1,4		
	Total	100	50,0	100	50,0	200	100,0				
Qual a quantidade água/líquidos bebe por dia	Menos de 1 L	55	27,5	67	33,5	122	61,0	-,8	,8	3,026	,082
	Mais de 1 L	45	22,5	33	16,5	78	39,0	1,0	-1,0		
	Total	100	50,0	100	50,0	200	100,0				
Nº de horas que dorme por dia	Menos de 8h	75	37,5	87	43,5	162	81,0	-,7	,7	4,678	,031
	Mais de 8 h	25	12,5	13	6,5	38	19,0	1,4	-1,4		
	Total	100	50,0	100	50,0	200	100,0				

### 2.1.5. Impacto de Incontinência Urinária

A análise dos dados da Tabela 17 permite verificar que o **impacto da IU** oscila entre 3 e 20 pontos com uma média de  $\bar{x}=14,27$  ( $\pm 3,43$ ). A distribuição do impacto da IU é assimétrica ( $Sk=-0,637/0,172=-3,703$ ) e leptocúrtica ( $Kw=0,670/0,342=1,959$ ).

Tabela 17. Análise descritiva do impacto de incontinência urinária.

Análise descritiva do Impacto de Incontinência Urinária	$\bar{X}$	$\sigma$ dp	Mín.	Máx.	Sk	Std Erro	Kw	Std Erro
ICIQ Total (0 – 21 pontos)	14,27	3,43	3,00	20,00	-,637	,172	,670	,342

A análise do impacto de incontinência urinária em função das classes de idade (cf. Tabela 18) revela que a média das mulheres com idades **abaixo dos 57 anos** é de 14,58 ( $\pm 3,58$ ) enquanto na classe **acima dos 58 anos** é de 13,96 ( $\pm 3,25$ ).

Ainda nos é dado a observar, através do teste t, há ausência de diferenças estatisticamente significativas entre as classes de idade ( $t=1,280$ ;  $p=0,202$ ).

Tabela 18. Análise descritiva do impacto de incontinência urinária em função das classes de idade.

Impacto de Incontinência Urinária	<= 57 anos				>= 58 anos				t	p
	$\bar{X}$	dp	Mín.	Máx.	$\bar{X}$	dp	Mín.	Máx.		
ICIQ Total (0 – 21 pontos)	14,58	3,58	3,00	20,00	13,96	3,25	5,00	20,00	1,280	,202

No que diz respeito à análise dos níveis de IU (cf. Tabela 19) constata-se que 2,5% das mulheres têm uma incontinência leve; 17,5% moderada; 64% grave e 16% têm muito grave.

Ao analisar a IU das mulheres com idades **inferiores a 57 anos** pode observar-se que 2% têm IU leve; 4,5% moderada; 34,5% grave e 9% muito grave. Das mulheres com idades **superiores a 58 anos**, 0,5% têm IU leve; 13% moderada; 29,5% grave e 7% muito grave.

A análise comparativa da distribuição entre classes de idade revelou diferenças estatisticamente significativas face aos níveis de IU ( $\chi^2=11,338$ ;  $p=0,010$ ). Os resíduos ajustados evidenciam uma percentagem significativa de mulheres acima dos 58 anos com IU moderada (2,0).

Tabela 19. Níveis do impacto de incontinência urinária em função das classes de idade.

Níveis do Impacto de Incontinência	<= 57 anos		>= 58 anos		Total		Resíduos		$\chi^2$	p
	N	%	N	%	N	%	<= 57 anos	>= 58 anos		
IU leve	4	2,0	1	0,5	5	2,5	,9	-,9	<b>11,338</b>	<b>,010</b>
IU moderada	9	4,5	26	13,0	35	17,5	-2,0	2,0		
IU grave	69	34,5	59	29,5	128	64,0	,6	-,6		
IU muito grave	18	9,0	14	7,0	32	16,0	,5	-,5		
Total	100	50,0	100	50,0	200	100,0				


### 2.1.6. Valorização do Impacto de Incontinência Urinária

Na Tabela 20 apresenta-se a análise descritiva da valorização da IU de esforço e de urgência.

O impacto da IU de esforço oscila entre 0 e 5 com uma média de  $\bar{x}=3,64$  ( $\pm 1,18$ ). A distribuição as IU de esforço é assimétrica ( $Sk=-0,874/0,172=-5,081$ ) e mesocúrtica ( $Kw=0,580/0,342=1,695$ ).

No impacto da IU de urgência há uma variação entre 0 e 4 com uma média de  $\bar{x}=2,20$  ( $\pm 1,12$ ). A distribuição as IU de urgência é assimétrica ( $Sk=-0,748/0,172=-4,348$ ) e mesocúrtica ( $Kw=-0,513/0,342=-1,500$ ).



Tabela 20. Análise descritiva da valorização do Impacto de IU de esforço e de urgência.

Descritiva da Valorização do Impacto de IU			Min	Máx	Sk	Std Erro	Kw	Std Erro
	$\bar{X}$	dp						
IU de esforço	3,64	1,18	,00	5,00	-,874	,172	,580	,342
IU de urgência	2,20	1,12	,00	4,00	-,748	,172	-,513	,342

Na Tabela 21 analisam-se os resultados da IU de esforço e de urgência em função da **idade**. Assim, nas mulheres abaixo dos 57 anos surge uma média de IU de esforço de 3,63 ( $\pm 1,17$ ) e na IU de urgência 2,37 ( $\pm 0,99$ ). Nas mulheres acima dos 58 anos verifica-se uma média de IU de esforço de 3,65 ( $\pm 1,19$ ) e na IU de urgência 2,03 ( $\pm 1,21$ ).

Através dos dados do teste t denota-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre as classes de idade na IU de urgência ( $t=2,165$ ;  $p=0,032$ ). As mulheres com idades inferiores a 57 anos tendem a apresentar maior impacto de IU de urgência (2,37) comparativamente aquelas que apresentam idades superiores a 58 anos (2,03).

Tabela 21. Análise descritiva da valorização do Impacto de IU de esforço e de urgência em função das classes de idade

Descritiva da Valorização do Impacto de IU	<= 57 anos				>= 58 anos				t	p
			Min	Máx			Min	Máx		
	$\bar{X}$	dp			$\bar{X}$	dp				
IU de esforço	3,63	1,17	0	5	3,65	1,19	0	5	-,119	,905
IU de urgência	2,37	0,99	0	4	2,03	1,21	0	4	<b>2,165</b>	<b>,032</b>

A Tabela 22 identifica as mulheres **com e sem impacto de IU** em função da idade. Constata-se desta forma que, das mulheres abaixo dos 57 anos, 52,9% apresentam IU de esforço e 51,9% IU de urgência e nas mulheres acima dos 58 anos 47,1% têm IU esforço e 48,1% IU de urgência.

Contudo, as diferenças entre os grupos de idade não são estatisticamente significativas quer na IU de esforço ( $\chi^2=1,025$ ;  $p=0,311$ ) quer na IU de urgência ( $\chi^2=0,321$ ;  $p=0,571$ ).

Tabela 22. Caracterização da IU de esforço e de urgência em função das classes de idade.

Caracterização da valorização da IU de esforço e de urgência		<= 57 anos		>= 58 anos		Total		Resíduos		$\chi^2$	p
		N	%	N	%		%	<= 57 anos	>= 58 anos		
IU de esforço	Sem IU	36	18,0	43	21,5	79	39,5	-,6	,6	1,025	,311
	Com IU	64	32,0	57	28,5	121	60,5	,4	-,4		
Total		100	50,0	100	50,0	200	100,0				
IU de urgência	Sem IU	45	22,5	49	24,5	94	47,0	-,3	,3	,321	,571
	Com IU	55	27,5	51	25,5	106	53,0	,3	-,3		
Total		100	50,0	100	50,0	200	100,0				

Na Tabela 23 podem observar-se os dados relativos à valorização da IU de esforço e de urgência em função do **estado civil**. Globalmente, 60,7% das mulheres apresentam IU de esforço e 54,3% IU de urgência.

No grupo das mulheres solteiras, divorciadas ou separadas 6,9% apresentam IU de esforço e 6,4% IU de urgência. No grupo das mulheres casadas ou em união de facto 53,8% apresentam IU de esforço e 48% IU de urgência.

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos do estado civil quer na IU de esforço ( $\chi^2=0,807$ ;  $p=0,309$ ) quer na IU de urgência ( $\chi^2=0,453$ ;  $p=0,501$ ).

Tabela 23. Caracterização da IU de esforço e de urgência em função do estado civil.

Caracterização da IU de esforço e de urgência		Solteira/divorciada /separada		Casada/união facto		Total		Resíduos		$\chi^2$	p
		N	%	N	%	N	%	Solteira	Casada		
IU de esforço	Sem IU	11	6,4	57	32,9	68	39,3	,7	-,3	,807	,369
	Com IU	12	6,9	93	53,8	105	60,7	-,5	,2		
Total		23	13,3	150	86,7	173	100,0				
IU de urgência	Sem IU	12	6,9	67	38,7	79	45,7	-1,2	-1,1	,453	,501
	Com IU	11	6,4	83	48,0	94	54,3	1,0	,9		
Total		23	13,3	150	86,7	173	100,0				

No que diz respeito à Tabela 24 podem observar-se os dados relativos à IU de esforço e de urgência em função da **profissão**.

No grupo das mulheres com profissões intelectuais 6% apresentam IU de esforço e 6% IU de urgência. No grupo das mulheres com profissões técnicas 17,5% apresentam IU de esforço e 13% IU de urgência. No grupo das mulheres com profissões não qualificadas 37% apresentam IU de esforço e 34% IU de urgência.

As diferenças entre os grupos profissionais são estatisticamente significativas para a IU de esforço ( $\chi^2=6,101$ ;  $p=0,047$ ), observando-se uma percentagem maior de mulheres com profissões não qualificadas com IU de esforço (1,1).



Tabela 24. Caracterização da IU de esforço e de urgência em função da profissão.

Caracterização da IU de esforço e de urgência		Intelectuais a)		Técnicos b)		Não qualificadas c)		Total		Resíduos			$\chi^2$	p
		N	%	N	%	N	%	N	%	a)	b)	c)		
IU de esforço	Sem IU	3	1,5	15	7,5	61	30,5	79	39,5	-1,2	-1,1	1,1	<b>6,101</b>	<b>,047</b>
	Com IU	12	6,0	35	17,5	74	37,0	121	60,5	1,0	,9	-,8		
Total		15	100,0	50	100,0	135	100,0	200	100,0					
IU de urgência	Sem IU	3	1,5	24	12,0	67	33,5	94	47,0	-1,5	,1	,4	4,785	,091
	Com IU	12	6,0	26	13,0	68	34,0	106	53,0	1,4	-,1	-,4		
Total		15	100,0	50	100,0	135	100,0	200	100,0					

Relativamente à Tabela 25 analisam-se os dados relativos à valorização da IU de esforço e de urgência em função da **área de residência**.

No grupo das mulheres que residem em zona rural, 57,7% apresentam IU de esforço e 52,1% IU de urgência. No grupo das mulheres que têm residência urbana, 67,2% apresentam IU de esforço e 55,2% IU de urgência.

As diferenças entre áreas de residência não são estatisticamente significativas quer na IU de esforço ( $\chi^2=1,554$ ;  $p=0,213$ ) quer na IU de urgência ( $\chi^2=0,155$ ;  $p=0,694$ ).

Tabela 25. Caracterização da IU de esforço e de urgência em função da residência.

Caracterização da IU de esforço e de urgência		Rural		Urbana		Total		Resíduos		$\chi^2$	p
		N	%	N	%	N	%	Rural	Urbana		
IU de esforço	Sem IU	60	30,0	19	9,5	79	39,5	,5	-,8	1,554	,213
	Com IU	82	41,0	39	19,5	121	60,5	-,4	,7		
Total		142	100,0	58	100,0	200	100,0				
IU de urgência	Sem IU	68	34,0	26	13,0	94	47,0	,2	-,2	,155	,694
	Com IU	74	37,0	32	16,0	106	53,0	-,1	,2		
Total		142	100,0	58	100,0	200	100,0				

Na Tabela 26 podem observar-se os resultados da IU de esforço e de urgência em função dos **níveis do IMC**.

No grupo das mulheres com IMC normal, 17,5% apresentam IU de esforço e 16% IU de urgência. No grupo das mulheres com pré-obesidade, 23,5% apresentam IU de esforço e 20% IU de urgência. No grupo das mulheres com obesidade, 19,5% apresentam IU de esforço e 17% IU de urgência.

Todavia, as diferenças entre os grupos de IMC são significativas quer para a IU de esforço ( $\chi^2=1,831$ ;  $p=0,400$ ) quer para a IU de urgência ( $\chi^2=1,822$ ;  $p=0,402$ ).

Tabela 26. Caracterização da IU de esforço e de urgência em função do IMC.

Caracterização da IU de esforço e de urgência		Normal a)		Pré-obesidade b)		Obesidade c)		Total		Resíduos			$\chi^2$	p
		N	%	N	%	N	%	N	%	a)	b)	c)		
IU de esforço	Sem IU	23	11,5	37	18,5	19	9,5	79	39,5	,0	,7	-,8	1,831	,400
	Com IU	35	17,5	47	23,5	39	19,5	121	60,5	,0	-,5	,7		
	Total	58	29,0	84	42,0	58	29,0	200	100,0					
IU de urgência	Sem IU	26	13,0	44	22,0	24	12,0	94	47,0	-,2	,7	-,6	1,822	,402
	Com IU	32	16,0	40	20,0	34	17,0	106	53,0	,2	-,7	,6		
	Total	58	29,0	84	42,0	58	29,0	200	100,0					

Os dados da Tabela 27 caracterizam a valorização da IU em função do **número de gravidezes**. Realça-se que das mulheres que tiveram apenas 1 gravidez, 10% apresentam IU de esforço e 9,5% IU de urgência. No grupo das mulheres com 2 gravidezes ou mais 50,5% apresentam IU de esforço e 43,5% IU de urgência.

A distribuição do nº de gravidezes não evidencia diferenças estatisticamente significativas, quer na IU de esforço ( $\chi^2=1,017$ ;  $p=0,313$ ) quer na IU de urgência ( $\chi^2=2,133$ ;  $p=0,144$ ).

Tabela 27. Caracterização da IU de esforço e de urgência em função do nº de gravidezes.

Caracterização da IU de esforço e de urgência		1 vez		> 2 vezes		Total		Resíduos		$\chi^2$	p
		N	%	N	%	N	%	1 vez	> 2 vezes		
IU de esforço	Sem IU	9	4,5	70	35,0	79	39,5	-1,0	1,0	1,017	,313
	Com IU	20	10,0	101	50,5	121	60,5	1,0	-1,0		
	Total	29	14,5	171	85,5	200	100,0				
IU de urgência	Sem IU	10	5,0	84	42,0	94	47,0	-1,5	1,5	2,133	,144
	Com IU	19	9,5	87	43,5	106	53,0	1,5	-1,5		
	Total	29	14,5	171	85,5	200	100,0				

Através da análise da Tabela 28 pode observar-se a valorização da IU segundo o **número de filhos**. Constata-se que das mulheres que tiveram apenas 1 filho, 12% apresentam IU de esforço e 10% IU de urgência. No grupo das mulheres com 2 filhos ou mais 48,5% apresentam IU de esforço e 43% IU de urgência.

As diferenças, também, não são estatisticamente significativas quanto ao nº de filhos, quer na IU de esforço ( $\chi^2=1,157$ ;  $p=0,282$ ) quer na IU de urgência ( $\chi^2=0,292$ ;  $p=0,589$ ).

Tabela 28. Caracterização da IU de esforço e de urgência em função do nº de filhos.

Caracterização da IU de esforço e de urgência/ N° filhos		1 filho		> 2 filhos		Total		Resíduos		$\chi^2$	p
		N	%	N	%	N	%	1 filho	> 2 filhos		
IU de esforço	Sem IU	11	5,5	68	34,0	79	39,5	-1,1	1,1	1,157	,282
	Com IU	24	12,0	97	48,5	121	60,5	1,1	-1,1		
	Total	35	17,5	165	82,5	200	100,0				
IU de urgência	Sem IU	15	7,5	79	39,5	94	47,0	-,5	,5	,292	,589
	Com IU	20	10,0	86	43,0	106	53,0	,5	-,5		
	Total	35	17,5	165	82,5	200	100,0				

Através da Tabela 29 podem observar-se os resultados face ao **tipo de parto**. Das mulheres que tiveram parto normal, 51,5% apresentam IU de esforço e 40,8% IU de urgência. No grupo das mulheres que fizeram cesariana, 9,7% apresentam IU de esforço e 11,2% IU de urgência.

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas quanto ao tipo de parto na IU de urgência ( $\chi^2=6,434$ ;  $p=0,011$ ). As mulheres com IU de urgência tiveram maioritariamente parto normal.

Tabela 29. Caracterização da IU de esforço e de urgência em função do tipo de parto.

Caracterização da IU de esforço e de urgência		Normal		Cesariana		Total		Resíduos		$\chi^2$	p
		N	%	N	%	N	%	Normal	Cesariana		
IU de esforço	Sem IU	65	33,2	11	5,6	76	38,8	,3	-,3	,066	,797
	Com IU	101	51,5	19	9,7	120	61,2	-,3	,3		
	Total	166	84,7	30	15,3	196	100,0				
IU de urgência	Sem IU	86	43,9	8	4,1	94	48,0	2,5	-2,5	6,434	,011
	Com IU	80	40,8	22	11,2	102	52,0	-2,5	2,5		
	Total	166	84,7	30	15,3	196	100,0				

Na Tabela 30 caracteriza-se a IU de esforço e IU de urgência em função do **impacto da IU**. Pode verificar-se que as mulheres que têm IU leve, 2% apresentam IU de esforço e 2% IU de urgência. No grupo das mulheres com IU moderada, 10% apresentam IU de esforço e 8,5% IU de urgência. No grupo das mulheres com IU grave, 34% apresentam IU de esforço e 26,5% IU de urgência. No grupo das mulheres com IU muito grave, 34% apresentam IU de esforço e 26,5% IU de urgência.

O teste de qui-quadrado evidencia diferenças estatisticamente significativas quanto ao tipo de impacto de IU quer na IU de esforço ( $\chi^2=16,026$ ;  $p=0,001$ ) quer na urgência ( $\chi^2=37,023$ ;  $p=0,000$ ). As mulheres com IU de esforço e de urgência têm maioritariamente IU grave.

Tabela 30. Caracterização da IU de esforço e de urgência em função do Impacto da IU.

Caracterização da IU de esforço e de urgência/ Impacto da IU	Leve a)		Moderada b)		Grave c)		Muito Grave d)		Total		Resíduos				$\chi^2$	p	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	a)	b)	c)	d)			
IU de esforço	Sem IU	1	0,5	15	7,5	60	30,0	3	1,5	79	39,5	-0,9	0,4	2,8	-3,8	<b>16,026</b>	<b>,001</b>
	Com IU	4	2,0	20	10,0	68	34,0	29	14,5	121	60,5	0,9	-0,4	-2,8	3,8		
	Total	5	2,5	35	17,5	128	64,0	32	16,0	200	100,0						
IU de urgência	Sem IU	1	0,5	18	9,0	75	37,5	0	0,0	94	47,0	-1,2	0,6	4,4	-5,8	<b>37,023</b>	<b>0,000</b>
	Com IU	4	2,0	17	8,5	53	26,5	32	16,0	106	53,0	1,2	-0,6	-4,4	5,8		
	Total	5	2,5	35	17,5	128	64,0	32	16,0	200	100,0						

### 2.1.7. Vulnerabilidade ao Stresse

Através dos dados expressos na Tabela 31 evidenciam-se os scores das dimensões associadas à **vulnerabilidade ao stresse**.

A Tabela 31 permite verificar que o score global da vulnerabilidade ao stresse oscila entre 12 e 64 pontos com uma média de  $\bar{x}=36,71$  ( $\pm 9,62$ ). A distribuição é simétrica ( $Sk=0,265/0,172=1,540$ ) e mesocúrtica ( $Kw=-0,081/0,342=-0,236$ ).

Tabela 31. Análise descritiva das dimensões da vulnerabilidade ao stresse (23QVS).

Análise descritiva da 23 QVS	$\bar{x}$		Mín.	Máx.	Sk	Erro	Kw	Erro
	$\bar{x}$	dp						
Perfeccionismo	4,48	3,46	,00	17,00	,590	,172	,073	,342
Inibição	11,21	3,24	,00	16,00	-,732	,172	,531	,342
Carência	1,62	1,68	,00	8,00	1,708	,172	3,568	,342
Condições de vida	3,12	1,42	,00	7,00	-,235	,172	,472	,342
Dramatização	4,64	2,44	,00	8,00	-,123	,172	-,916	,342
Subjugação	5,81	3,19	,00	16,00	,355	,172	,128	,342
Deprivação	5,03	2,08	,00	10,00	,000	,172	-,262	,342
Score global	36,71	9,62	12,00	64,00	,265	,172	-,081	,342

Na Tabela 32 identificam-se os resultados das dimensões da vulnerabilidade ao stresse face às **classes de idade**. Na classe de idade abaixo dos 57 anos, a média encontrada no perfeccionismo foi de 5,12 ( $\pm 2,96$ ); na inibição 11,75 ( $\pm 3,04$ ); na carência 1,61 ( $\pm 1,66$ ); na condição de vida 3,34 ( $\pm 1,37$ ); na dramatização 4,71 ( $\pm 2,40$ ); na subjugação 6,42 ( $\pm 3,13$ ); na deprivação 5,04 ( $\pm 2,14$ ) e no Score global 39,37 ( $\pm 9,30$ ).

Na classe de idade acima dos 58 anos, observou-se uma média no perfeccionismo de 3,84 ( $\pm 3,81$ ); na inibição 10,68 ( $\pm 3,36$ ); na carência 1,64 ( $\pm 1,70$ ); na condição de vida 2,90 ( $\pm 1,44$ ); na dramatização 4,57 ( $\pm 2,48$ ); na subjugação 5,21 ( $\pm 3,15$ ); na deprivação 5,03 ( $\pm 2,03$ ) e no score global 34,05 ( $\pm 9,23$ ).

Comparando estes resultados entre as classes de idade, através do teste t, observam-se diferenças estatisticamente significativas no perfeccionismo ( $t=2,649$ ;  $p=0,009$ ); na inibição ( $t=2,357$ ;  $p=0,019$ ); na condição de vida ( $t=2,207$ ;  $p=0,028$ ); na subjugação ( $t=2,724$ ;  $p=0,007$ ) e no score global ( $t=4,058$ ;  $p=0,000$ ).

Assim, as mulheres abaixo dos 57 anos apresentam maior vulnerabilidade ao stresse relativamente ao perfeccionismo, à inibição, à condição de vida e na subjugação.

Tabela 32. Análise descritiva da vulnerabilidade ao stresse em função das classes de idade.

Vulnerabilidade ao stresse	N	<=57 anos		N	>=58 anos		t	p
		$\bar{X}$	dp		$\bar{X}$	dp		
Perfeccionismo	100	5,12	2,96	100	3,84	3,81	<b>2,649</b>	<b>,009</b>
Inibição	100	11,75	3,04	100	10,68	3,36	<b>2,357</b>	<b>,019</b>
Carência	100	1,61	1,66	100	1,64	1,70	-,126	,900
Condição de vida	100	3,34	1,37	100	2,90	1,44	<b>2,207</b>	<b>,028</b>
Dramatização	100	4,71	2,40	100	4,57	2,48	,405	,686
Subjugação	100	6,42	3,13	100	5,21	3,15	<b>2,724</b>	<b>,007</b>
Deprivação	100	5,04	2,14	100	5,03	2,03	,034	,973
Score global	100	39,37	9,30	100	34,05	9,23	<b>4,058</b>	<b>,000</b>

A Tabela 33 enquadra as percentagens associadas aos níveis da vulnerabilidade ao stresse, acima de 46 pontos as mulheres são consideradas vulneráveis e abaixo deste valor são não vulneráveis.

Em termos percentuais, a distribuição revela que 33,5% das mulheres abaixo dos 57 anos apresentam-se não vulneráveis e 16,5% são vulneráveis. Nas mulheres acima dos 58 anos 41,5% são não vulneráveis e 8,5% são vulneráveis.

As diferenças na vulnerabilidade ao stresse, entre os grupos de idade, são estatisticamente significativas ( $\chi^2=6,827$ ;  $p=0,009$ ), observando-se resíduos ajustados de 1,6 que nos indica uma percentagem significativa de mulheres abaixo dos 57 anos vulneráveis ao stresse.

Tabela 33. Caracterização da vulnerabilidade ao stresse em função da idade.

Caracterização da vulnerabilidade ao stresse		Não vulnerável		Vulnerável		Total		Resíduos		$\chi^2$	p
		N	%	N	%	N	%	a)	b)		
Classes de idade	<= 57 anos	67	33,5	33	16,5	100	50,0	-,9	,9	6,827	,009
	>= 58 anos	83	41,5	17	8,5	100	50,0	1,6	-1,6		
	Total	150	75,0	50	25,0	200	100,0				

A Tabela 34 enquadra as percentagens associadas aos níveis da vulnerabilidade ao stresse em função do estado civil e profissão.

Assim, através da análise do **estado civil**, constata-se que as mulheres não vulneráveis são casadas ou em união de facto (65,3%) e 7,5% são solteiras ou divorciadas.

As mulheres vulneráveis ao stresse são casadas ou vivem em união de facto (21,4%) e 5,8% são solteiras ou divorciadas.

As diferenças na vulnerabilidade ao stresse em função do estado civil não são estatisticamente significativas ( $\chi^2=3,567$ ;  $p=0,059$ ).

Nos dados da vulnerabilidade ao stresse face à **profissão** observa-se que das mulheres não vulneráveis 4% têm profissões intelectuais, 16,5% têm profissões técnicas e 54,5% têm profissões não qualificadas. Nas mulheres vulneráveis 3,5% têm profissões intelectuais, 8,5% têm profissões técnicas e 13% têm profissões não qualificadas.

As diferenças na vulnerabilidade ao stresse em função da profissão são estatisticamente significativas ( $\chi^2=8,288$ ;  $p=0,016$ ). Em termos proporcionais as mulheres com profissões intelectuais tendem a ser mais vulneráveis ao stresse pois observam-se resíduos de 1,7.

Tabela 34. Caracterização da vulnerabilidade ao stresse em função do estado civil e profissão.

Caracterização da vulnerabilidade ao stresse		Não vulnerável		Vulnerável		Total		Resíduos		$\chi^2$	p
		N	%	N	%	N	%	a)	b)		
Estado civil	Solteira ou divorciada	13	7,5	10	5,8	23	13,3	-9	,4	3,567	,059
	Casada ou em união de facto	113	65,3	37	21,4	150	86,7	1,5	-,6		
	Total	126	72,8	47	27,2	173	100,0				
Profissão	Intelectuais	8	4,0	7	3,5	15	7,5	-1,0	1,7	8,288	,016
	Técnicas	33	16,5	17	8,5	50	25,0	-,7	1,3		
	Não qualificadas	109	54,5	26	13,0	135	67,5	,8	-1,3		
	Total	150	75,0	50	25,0	200	100,0				

Observando os resultados da vulnerabilidade segundo a **área de residência** (cf. Tabela 35) verifica-se que 56% das mulheres da zona rural não são vulneráveis ao stresse e 15% são vulneráveis. Já as mulheres que habitam em zona urbana, 19% são não vulneráveis e 10% são vulneráveis.

As diferenças são estatisticamente significativas ( $\chi^2=3,918$ ;  $p=0,048$ ). As mulheres da zona urbana tendem a ser mais vulneráveis ao stresse (1,4).

No que se refere aos **níveis do IMC** verifica-se que 22% das mulheres com IMC normal não são vulneráveis ao stresse e 7% são vulneráveis. Já as mulheres com pré-obesidade, 28,5% são não vulneráveis e 13,5% são vulneráveis. As que têm obesidade, 24,5% são não vulneráveis e 4,5% são vulneráveis ao stresse. As diferenças não são estatisticamente significativas ( $\chi^2=5,090$ ;  $p=0,078$ ).

Tabela 35. Caracterização da vulnerabilidade ao stresse em função da área de residência e níveis de IMC.

Caracterização da vulnerabilidade ao stresse		Não vulnerável		Vulnerável		Total		Resíduos		$\chi^2$	p
		N	%	N	%	N	%	a)	b)		
Área de residência	Rural	112	56,0	30	15,0	142	71,0	,5	-,9	3,918	,048
	Urbana	38	19,0	20	10,0	58	29,0	-,8	1,4		
	Total	150	75,0	50	25,0	200	100,0				
IMC	Normal	44	22,0	14	7,0	58	29,0	,1	-,1	5,090	,078
	Pré-obesidade	57	28,5	27	13,5	84	42,0	-,8	1,3		
	Obesidade	49	24,5	9	4,5	58	29,0	,8	-,1,4		
	Total	150	75,0	50	25,0	200	100,0				

Relativamente ao **número de gravidezes** (cf. Tabela 36) constata-se que 10% das mulheres com 1 gravidez não são vulneráveis ao stresse e 4,5% são vulneráveis. Já as mulheres com 2 gravidezes ou mais, 65% são não vulneráveis e 20,5% são vulneráveis. As diferenças não são estatisticamente significativas ( $\chi^2=0,659$ ;  $p=0,417$ ).

Ainda, na Tabela 36 identificam-se o **número de filhos** das mulheres com IU. Constata-se que 12% das mulheres com 1 filho não são vulneráveis ao stresse e 5,5% são vulneráveis. Já as mulheres com 2 filhos ou mais, 63% são não vulneráveis e 19,5% são vulneráveis.

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2=0,935$ ;  $p=0,334$ ).

Tabela 36. Caracterização da vulnerabilidade ao stresse em função do nº de gravidezes.

Caracterização da vulnerabilidade ao stresse		Não vulnerável		Vulnerável		Total		Resíduos		$\chi^2$	p
		N	%	N	%	N	%	a)	b)		
Nº de gravidezes	<= 1 gravidez	20	10,0	9	4,5	29	14,5	-,4	,6	,659	,417
	>= 2 gravidezes	130	65,0	41	20,5	171	85,5	,2	-,3		
	Total	150	75,0	50	25,0	200	100,0				
Nº de filhos	1 filho	24	12,0	11	5,5	35	17,5	-,4	,8	,935	,334
	2 filhos ou mais	126	63,0	39	19,5	165	82,5	,2	-,4		
	Total	150	75,0	50	25,0	200	100,0				

No que concerne ao **tipo de parto** (cf. Tabela 37) existem 63,8% de mulheres **não vulneráveis ao stresse** que tiveram parto normal e 11,2% que fizeram cesariana. Das mulheres que são **vulneráveis** 20,9% fizeram parto normal e 4,1% cesariana.

As diferenças observadas não são estatisticamente significativas ( $\chi^2=0,052$ ;  $p=0,819$ ).

Tabela 37. Caracterização da vulnerabilidade ao stresse em função do tipo de parto.

Caracterização da vulnerabilidade ao stresse/ Nº de filhos		Não vulnerável		Vulnerável		Total		Resíduos		$\chi^2$	p
		N	%	N	%	N	%	a)	b)		
Tipo de parto	Normal	125	63,8	41	20,9	166	84,7	,0	-,1	,052	,819
	Cesariana	22	11,2	8	4,1	30	15,3	-,1	,2		
	Total	147	75,0	49	25,0	196	100,0				

Sobre a influencia do **impacto da IU** na vulnerabilidade ao stresse (cf. Tabela 38) observam-se 1,5% de mulheres não vulneráveis com impacto leve; 12% com impacto moderado; 51% com impacto grave e 10,5% muito grave.

Por outro lado, das mulheres vulneráveis 1% tem impacto leve; 5,5% moderado; 13% grave e 5,5% têm um impacto muito grave. Contudo, as diferenças não são estatisticamente significativas ( $\chi^2=4,371$ ;  $p=0,224$ ).

Tabela 38. Caracterização da vulnerabilidade ao stresse em função do impacto da IU.

Caracterização da vulnerabilidade ao stresse/ Impacto da IU		Não vulnerável		Vulnerável		Total		Resíduos		$\chi^2$	p
		N	%	N	%	N	%	a)	b)		
Impacto da IU	Leve	3	1,5	2	1,0	5	2,5	-,4	,7	4,371	,224
	Moderado	24	12,0	11	5,5	35	17,5	-,4	,8		
	Grave	102	51,0	26	13,0	128	64,0	,6	-1,1		
	Muito grave	21	10,5	11	5,5	32	16,0	-,6	1,1		
	Total	150	75,0	50	25,0	200	100,0				

Analisando a Tabela 39 realça-se a **valorização da IU** (esforço e urgência) relativamente à vulnerabilidade ao stresse. Assim, observam-se 44,5% de mulheres não vulneráveis com IU de esforço e 39,5% com IU de urgência. Das mulheres vulneráveis 16% têm IU de esforço e 13,5% IU de urgência.

As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas para a IU de esforço ( $\chi^2=0,342$ ;  $p=0,559$ ) nem para a IU de urgência ( $\chi^2=0,027$ ;  $p=0,870$ ).

Tabela 39. Caracterização da vulnerabilidade ao stresse em função da valorização da IU.

Caracterização da vulnerabilidade ao stresse		Não vulnerável		Vulnerável		Total		Resíduos		$\chi^2$	p
		N	%	N	%	N	%	a)	b)		
IU de esforço	Sem IUe	61	30,5	18	9,0	79	39,5	,2	-,4	,342	,559
	Com IUe	89	44,5	32	16,0	121	60,5	-,2	,3		
	Total	150	75,0	50	25,0	200	100,0				
IU de urgência	Sem IUu	71	35,5	23	11,5	94	47,0	,1	-,1	,027	,870
	Com IUu	79	39,5	27	13,5	106	53,0	-,1	,1		
	Total	150	75,0	50	25,0	200	100,0				



### 2.1.8. Qualidade de Vida

A análise da Tabela 40 permite verificar os scores obtidos relativamente dimensões associadas à **qualidade de vida** das mulheres com IU (QDV). Pode verificar-se que o score global da QDV oscila entre 14,51 e 91,98 pontos com uma média de  $\bar{x}=46,03$  anos ( $\pm 17,99$ ). A distribuição é assimétrica ( $Sk=0,456/0,184=2,478$ ) e mesocúrtica ( $Kw=-0,705/0,366=-1,926$ ).

Tabela 40. Análise descritiva da qualidade de vida.

Análise descritiva da QDV	$\bar{X}$	$\frac{S}{dp}$	Mín.	Máx.	Sk	Std Erro	Kw	Std Erro
Percepção da saúde	52,75	11,69	25,00	100,00	,661	,172	2,238	,342
Impacto de incontinência	68,00	27,52	,00	100,00	-,183	,172	-1,242	,342
Limitações no desempenho	39,58	29,58	,00	100,00	,491	,172	-,644	,342
Limitações físicas	48,41	29,064	,00	100,00	,107	,172	-1,000	,342
Limitações sociais	20,33	18,91	,00	77,78	1,153	,172	1,079	,342
Relações pessoais	31,80	31,81	,00	100,00	,925	,184	-,259	,366
emoções	51,27	26,44	,00	100,00	,185	,172	-,711	,342
Sono e energia	43,66	28,91	,00	100,00	,338	,172	-,716	,342
Medidas de gravidade	65,12	22,02	,00	100,00	-,713	,172	-,036	,342
Score global	46,03	17,99	14,51	91,98	,456	,184	-,705	,366

A Tabela 41 realça os scores das dimensões associadas à qualidade de vida em função das **classes de idade**.

Assim, constata-se que na classes das mulheres abaixo dos 57 anos, a percepção da saúde tem uma média de  $\bar{x}=51,75$  ( $\pm 11,92$ ); no impacto da IU  $\bar{x}=69,66$  ( $\pm 26,84$ ); na limitação no desempenho das tarefas  $\bar{x}=40,16$  ( $\pm 31,43$ ); na limitação física  $\bar{x}=54,16$  ( $\pm 30,27$ ); na limitação social  $\bar{x}=20,44$  ( $\pm 18,12$ ); na limitação pessoal  $\bar{x}=35,69$  ( $\pm 34,50$ ); nas emoções  $\bar{x}=53,11$  ( $\pm 28,05$ ); no sono/energia  $\bar{x}=41,83$  ( $\pm 29,63$ ) e nas medidas de gravidade  $\bar{x}=69,33$  ( $\pm 19,42$ ). Globalmente as mulheres com IU abaixo dos 57 anos têm um score de  $\bar{x}=48,65$  ( $\pm 18,79$ )

Por outro lado, na classes das mulheres acima dos 58 anos, a percepção da saúde tem uma média de  $\bar{x}=53,75$  ( $\pm 11,44$ ); no impacto da IU  $\bar{x}=66,33$  ( $\pm 28,22$ ); na limitação no desempenho das tarefas  $\bar{x}=39,00$  ( $\pm 27,74$ ); na limitação física  $\bar{x}=42,66$  ( $\pm 26,72$ ); na limitação social  $\bar{x}=20,22$  ( $\pm 19,76$ ); na limitação pessoal  $\bar{x}=26,66$  ( $\pm 27,26$ ); nas emoções  $\bar{x}=49,44$  ( $\pm 24,73$ ); no sono/energia  $\bar{x}=45,50$  ( $\pm 28,21$ ) e nas medidas de gravidade  $\bar{x}=60,91$  ( $\pm 23,70$ ). As mulheres com IU acima dos 58 anos têm um score de  $\bar{x}=42,59$  ( $\pm 16,37$ ).

Pôde, ainda, constatar-se que existem diferenças estatisticamente significativas, entre as classes de idade, na limitação física ( $t=2,847$ ;  $p=0,005$ ); nas medidas de gravidade ( $t=2,746$ ;  $p=0,007$ ) e no score global da QDV ( $t=2,224$ ;  $p=0,027$ ).

Assim, pode inferir-se que as mulheres com IU acima dos 58 anos têm melhor QDV face à sua limitação física e às suas medidas de gravidade.

Tabela 41. Análise descritiva da qualidade de vida em função das classes de idade.

Qualidade de vida / Classes de idade	N	<=57 anos		N	>=58 anos		t	p
		$\bar{X}$	dp		$\bar{X}$	dp		
Percepção da saúde	100	51,75	11,92	100	53,75	11,44	-1,210	,228
Impacto de IU	100	69,66	26,84	100	66,33	28,22	,856	,393
Limitação no desempenho	100	40,16	31,43	100	39,00	27,74	,278	,781
Limitação física	100	54,16	30,27	100	42,66	26,72	<b>2,847</b>	<b>,005</b>
Limitação social	100	20,44	18,12	100	20,22	19,76	,083	,934
Limitação pessoal	99	35,69	34,50	75	26,66	27,26	1,927	,056
Emoções	100	53,11	28,05	100	49,44	24,73	,980	,328
Sono/Energia	100	41,83	29,63	100	45,50	28,21	-,896	,371
Medidas de gravidade	100	69,33	19,42	100	60,91	23,70	<b>2,746</b>	<b>,007</b>
Score global	99	48,65	18,79	75	42,59	16,37	<b>2,224</b>	<b>,027</b>

Os dados da Tabela 42 permitem caracterizar, em termos percentuais, a qualidade de vida das mulheres com IU em função das **classes de idade**. Pode observar-se que 64,7% têm QDV elevada; 18,1% QDV moderada e 17% das mulheres têm uma fraca QDV.

Nas mulheres abaixo dos 57 anos, 32,7% têm QDV elevada; 12,9% QDV moderada e 11,7% das mulheres têm uma fraca QDV. Nas mulheres acima dos 58 anos, 32,2% têm QDV elevada; 5,3% QDV moderada e 5,3% das mulheres têm uma fraca QDV.

Assim, constata-se que as diferenças de QDV em função das classes de idade são estatisticamente significativas ( $\chi^2=6,109$ ;  $p=0,047$ ). As mulheres com idades acima dos 58 anos tendem a ter uma qualidade de vida elevada (1,1).

Tabela 42. Caracterização da QDV em função da idade.

Caracterização QDV/ Classes idade		QDV Elevada		QDV Moderada		QDV Fraca		Total		Resíduos			$\chi^2$	p
		N	%	N	%	N	%	N	%	a)	b)	c)		
Classes de idade	<= 57 anos	56	32,7	22	12,9	20	11,7	98	57,3	-1,0	1,0	,8	<b>6,109</b>	<b>,047</b>
	>= 58 anos	55	32,2	9	5,3	9	5,3	73	42,7	1,1	-1,2	-1,0		
	Total	111	64,9	31	18,1	29	17,0	171	100,0					

Na Tabela 43 observam-se os resultados da qualidade de vida das mulheres com IU em função do estado civil e da profissão.

Relativamente ao **estado civil**, nas mulheres solteiras, divorciadas ou separadas, 7,3% têm QDV elevada; 0,6% QDV moderada e 3,0% das mulheres têm uma fraca QDV. Nas mulheres casadas ou em união de facto, 57,3% têm QDV elevada; 17,7% QDV moderada e 14% das mulheres têm uma fraca QDV. Contudo, as diferenças de QDV em função do estado civil não são estatisticamente significativas ( $\chi^2=3,163$ ;  $p=0,206$ ).

No que concerne à **profissão**, nas mulheres com profissões intelectuais, 6,4% têm QDV elevada; 2,3% QDV moderada e 0% das mulheres têm uma fraca QDV. Nas mulheres com profissões técnicas, 14% têm QDV elevada; 8,2% QDV moderada e 5,8% das mulheres têm uma fraca QDV e nas não qualificadas, 44,4% têm QDV elevada; 7,6% QDV moderada e 11,1% das mulheres têm uma fraca QDV. Neste seguimento, as diferenças de QDV em função da profissão são estatisticamente significativas ( $\chi^2=11,338$ ;  $p=0,023$ ). Pode observar-se uma percentagem significativa de mulheres com profissões técnicas com QDV moderada.

Tabela 43. Caracterização da QDV em função do estado civil e profissão.

Caracterização QDV		QDV Elevada		QDV Moderada		QDV Fraca		Total		Resíduos			$\chi^2$	p
		N	%	N	%	N	%	N	%	a)	b)	c)		
Estado civil	Solteira/divorciada/separada	12	7,3	1	0,6	5	3,0	18	11,0	,1	-1,3	1,1	3,163	,206
	Casada/união de facto	94	57,3	29	17,7	23	14,0	146	89,0	,0	,4	-,4		
Total		106	64,6	30	18,3	28	17,1	164	100,0					
Profissão	Intelectuais	11	6,4	4	2,3	0	0,0	15	8,8	,4	,8	-1,6	11,338	,023
	Técnicos	24	14,0	14	8,2	10	5,8	48	28,1	-1,3	1,8	,7		
	Não qualificados	76	44,4	13	7,6	19	11,1	108	63,2	,7	-1,5	,2		
Total		111	64,9	31	18,1	29	17,0	171	100,0					

Na Tabela 44 observam-se os resultados da qualidade de vida das mulheres com IU em função da área de residência e níveis de IMC.

Relativamente à **área de residência**, nas mulheres com residência rural, 43,3% têm QDV elevada; 14% QDV moderada e 12,9% das mulheres têm uma fraca QDV. Nas mulheres com residência urbana, 21,6% têm QDV elevada; 4,1% QDV moderada e 4,1% das mulheres têm uma fraca QDV. Contudo, a distribuição da QDV em função da área de residência não evidencia diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2=1,878$ ;  $p=0,391$ ).

Quanto aos **níveis do IMC**, nas mulheres com IMC normal, 19,3% têm QDV elevada; 5,3% QDV moderada e 4,7% das mulheres têm uma fraca QDV. Nas mulheres com pré-obesidade, 28,7% têm QDV elevada; 9,4% QDV moderada e 5,8% das mulheres têm uma fraca QDV e nas mulheres com obesidade, 17% têm QDV

elevada; 3,5% QDV moderada e 6,4% das mulheres têm uma fraca QDV. Face aos resultados, as diferenças de QDV em função do IMC não são estatisticamente significativas ( $\chi^2=3,038$ ;  $p=0,552$ ).

Tabela 44. Caracterização da QDV em função da área de residência e níveis de IMC.

Caracterização QDV		QDV Elevada		QDV Moderada		QDV Fraca		Total		Resíduos			$\chi^2$	p
		N	%	N	%	N	%	N	%	a)	b)	c)		
Área de residência	Rural	74	43,3	24	14,0	22	12,9	120	70,2	-,4	,5	,4	1,878	,391
	Urbana	37	21,6	7	4,1	7	4,1	51	29,8	,7	-,7	-,6		
	Total	111	64,9	31	18,1	29	17,0	171	100,0					
IMC	Normal	33	19,3	9	5,3	8	4,7	50	29,2	,1	,0	-,2	3,038	,552
	Pré-obesidade	49	28,7	16	9,4	10	5,8	75	43,9	,0	,7	-,8		
	Obesidade	29	17,0	6	3,5	11	6,4	46	26,9	-,2	-,8	1,1		
	Total	111	64,9	31	18,1	29	17,0	171	100,0					

Através da Tabela 45 realçam-se os resultados da qualidade de vida das mulheres com IU em função do **número de gravidezes**.

Nas mulheres com 1 gravidez, 6,4% têm QDV elevada; 3,5% QDV moderada e 0,6% das mulheres têm uma fraca QDV. Nas mulheres com 2 gravidezes ou mais, 58,5% têm QDV elevada; 14,6% QDV moderada e 16,4% das mulheres têm uma fraca QDV. Com efeito, não foram encontradas diferenças de QDV estatisticamente significativas em função da área de residência ( $\chi^2=4,153$ ;  $p=0,125$ ).

Ainda, relativamente aos dados da Tabela 40 analisam-se os resultados em função do **número de filhos**.

Nas mulheres com 1 filho, 6,4% têm QDV elevada; 6,4% QDV moderada e 0,6% das mulheres têm uma fraca QDV. Nas mulheres com 2 filhos ou mais, 58,5% têm QDV elevada; 11,7% QDV moderada e 16,4% das mulheres têm uma fraca QDV.

As diferenças observadas na QDV em função do nº de filhos são estatisticamente significativas ( $\chi^2=16,615$ ;  $p=0,000$ ). Há uma percentagem significativa de mulheres com 1 filhos com QDV moderada.

Tabela 45. Caracterização da QDV em função do nº de gravidezes e nº de filhos.

Caracterização QDV		QDV Elevada		QDV Moderada		QDV Fraca		Total		Resíduos			$\chi^2$	p
		N	%	N	%	N	%	N	%	a)	b)	c)		
Nº de gravidezes	<= 1 gravidez	11	6,4	6	3,5	1	0,6	18	10,5	-,2	1,5	-1,2	4,153	,125
	>= 2 gravidezes	100	58,5	25	14,6	28	16,4	153	89,5	,1	-,5	,4		
	Total	111	64,9	31	18,1	29	17,0	171	100,0					
Nº de filhos	= 1 filho	11	6,4	11	6,4	1	0,6	23	13,5	-1,0	3,3	-1,5	16,615	,000
	>= 2 filhos	100	58,5	20	11,7	28	16,4	148	86,5	,4	-1,3	,6		
	Total	111	64,9	31	18,1	29	17,0	171	100,0					

Através dos dados da Tabela 46 realçam-se os resultados da qualidade de vida das mulheres com IU em função do **tipo de parto**.

Nas mulheres com normal, 56,3% têm QDV elevada; 15,6% QDV moderada e 10,2% das mulheres têm uma fraca QDV. Nas mulheres com cesariana, 9,6% têm QDV elevada; 1,8% QDV moderada e 6,6% das mulheres têm uma fraca QDV.

As diferenças observadas na QDV em função do tipo de parto são estatisticamente significativas ( $\chi^2=10,652$ ;  $p=0,005$ ). A maioria das mulheres que fez cesariana têm QDV fraca (2,7).

Tabela 46. Caracterização da QDV em função do tipo de parto.

Caracterização QDV/ Tipo de parto		QDV Elevada		QDV Moderada		QDV Fraca		Total		Resíduos			$\chi^2$	p
		N	%	N	%	N	%	N	%	a)	b)	c)		
Tipo de parto	Normal	94	56,3	26	15,6	17	10,2	137	82,0	,4	,5	-1,2	10,652	,005
	Cesariana	16	9,6	3	1,8	11	6,6	30	18,0	-,8	-1,0	2,7		
	Total	110	65,9	29	17,4	28	16,8	167	100,0					

Quanto aos dados da Tabela 47 realça-se a qualidade de vida das mulheres com IU em função do **impacto da IU**.

Nas mulheres com impacto leve, 1,8% têm QDV elevada; 0% QDV moderada e 0% das mulheres têm uma fraca QDV. Nas mulheres com impacto moderado, 15,8% têm QDV elevada; 0% QDV moderada e 0% das mulheres têm uma fraca QDV. Nas mulheres com impacto grave, 42,7% têm QDV elevada; 11,1% QDV moderada e 12,3% das mulheres têm uma fraca QDV. Nas mulheres com impacto muito grave, 4,7% têm QDV elevada; 7% QDV moderada e 4,7% das mulheres têm uma fraca QDV.

O teste de qui-quadrado revela diferenças na QDV em função do impacto da IU são estatisticamente significativas ( $\chi^2=33,869$ ;  $p=0,000$ ). A maioria das mulheres com impacto da IU moderada têm QDV elevada (2,3) e as mulheres com impacto da IU muito grave têm QDV moderada (3,1).

Tabela 47. Caracterização da QDV em função do impacto da IU.

Caracterização QDV		QDV Elevada		QDV Moderada		QDV Fraca		Total		Resíduos			$\chi^2$	p
		N	%	N	%	N	%	N	%	a)	b)	c)		
Impacto da IU	Leve	3	1,8	0	0,0	0	0,0	3	1,8	,8	-,7	-,7	33,869	,000
	Moderada	27	15,8	0	0,0	0	0,0	27	15,8	2,3	-2,2	-2,1		
	Grave	73	42,7	19	11,1	21	12,3	113	66,1	,0	-,3	,4		
	Muito grave	8	4,7	12	7,0	8	4,7	28	16,4	-2,4	3,1	1,5		
	Total	111	64,9	31	18,1	29	17,0	171	100,0					

No que diz respeito à Tabela 48 realçam-se os resultados da qualidade de vida das mulheres com IU em função da **valorização da IU de esforço ou urgência**.

As mulheres com QDV elevada têm 36,8% de IU de esforço e 31% de IU de urgência. As mulheres com QDV moderada têm 11,1% de IU de esforço e 10,5% de IU de urgência. As mulheres com QDV fraca têm 310,5% de IU de esforço e 10,5% de IU de urgência.

As diferenças encontradas na QDV em função da valorização da IU não são estatisticamente significativas quer para a IU de esforço ( $\chi^2=0,390$ ;  $p=0,823$ ) quer para a IU de urgência. ( $\chi^2=2,439$ ;  $p=0,295$ ).

Tabela 48. Caracterização da QDV em função da valorização da IU.

Caracterização QDV		QDV Elevada		QDV Moderada		QDV Fraca		Total		Resíduos			$\chi^2$	p
		N	%	N	%	N	%	N	%	a)	b)	c)		
IU de esforço	Sem	48	28,1	12	7,0	11	6,4	71	41,5	,3	-,2	-,3	,390	,823
	Com	63	36,8	19	11,1	18	10,5	100	58,5	-,2	,2	,3		
	Total	111	64,9	31	18,1	29	17,0	171	100,0					
IU de urgência	Sem	58	33,9	13	7,6	11	6,4	82	48,0	,7	-,5	-,8	2,439	,295
	Com	53	31,0	18	10,5	18	10,5	89	52,0%	-,6	,5	,7		
	Total	111	64,9	31	18,1	29	17,0	171	100,0					

## 2.2. Análise inferencial

Neste ponto faz-se o tratamento estatístico inferencial que é direcionado para testar a significância dos factores susceptíveis de influenciar variável dependente. Desta forma, procuramos traduzir o enunciado do problema para uma previsão precisa e clara dos resultados esperados, respondendo às questões de investigação formuladas.

**Em que medida a idade, o IMC, a IU de esforço, a IU de urgência e a vulnerabilidade ao stress têm influência na QDV das mulheres com IU?**

Para determinar os fatores preditores da QDV das mulheres com IU foi utilizada uma regressão múltipla stepwise que é um procedimento que permite explicar o comportamento da variável dependente a partir do comportamento das variáveis independentes.

### Percepção da saúde

No seguimento desta análise (cf. Tabela 49) notamos que as correlações entre a sub-escala da percepção da saúde e as variáveis independentes oscilando entre ( $r=-0,004$ ) na IU de urgência e ( $r=0,270$ ) no IMC. Verificamos, ainda, que a percepção da saúde estabelece **correlações significativas inversas** com a IU de esforço ( $p=0,027$ ), com o perfeccionismo ( $p=0,004$ ), condição de vida ( $p=0,030$ ), dramatização ( $p=0,046$ ), subjugação ( $p=0,044$ ), deprivação ( $p=0,049$ ) e no score global da vulnerabilidade ao stresse ( $p=0,003$ ). A percepção da saúde estabelece, ainda, **correlações significativas positivas** com o IMC ( $p=0,000$ ) e com a carência ( $p=0,042$ ).

Tabela 49. Coeficiente de correlação de Pearson da percepção da saúde em função da idade, do IMC, da IU de esforço e urgência e da vulnerabilidade ao stresse.

Percepção da saúde / a idade, o IMC, a IU de esforço e urgência e a vulnerabilidade ao stresse	r	p
Idade	,105	,069
IMC	,270	,000
IU esforço	-,137	,027
IU urgência	-,004	,479
Perfeccionismo	-,187	,004
Inibição	-,055	,218
Carência	,123	,042
Condição de vida	-,133	,030
Dramatização	-,119	,046
Subjugação	-,121	,044
Deprivação	-,117	,049
Score global QVS	-,195	,003

Para averiguar o peso preditivo de alguns indicadores sobre a QDV das mulheres com IU utilizou-se, como já foi referido, o modelo de regressão múltipla *stepwise*. A primeira variável independente a entrar no modelo é aquela que apresenta maior coeficiente de correlação (cf. Quadro 4). Com efeito, evidenciou um modelo significativo ( $F=9,795$ ;  $p=0,000$ ) onde entraram três variáveis com um peso preditivo de 13% ( $R^2=0,130$ ) sobre a percepção da saúde: IMC, perfeccionismo e a IU de esforço.

Analisando o peso preditivo de cada uma das variáveis pudemos observar, através do coeficiente  $\beta$  (0,276) que existe uma associação linear positiva significativa entre o **IMC** e a percepção da saúde ( $p=0,000$ ). A percepção da saúde varia diretamente com o nível do IMC. Elevando o coeficiente  $R=0,270$  ao quadrado obtém-se o coeficiente de determinação  $R^2=0,073$  indicando uma variação de 7,3% da percepção da saúde em função do IMC.

Seguindo a análise com a entrada da segunda variável, observa-se que o peso preditivo do **perfeccionismo** ( $\beta=-0,188$ ) evidencia uma associação linear negativa significativa entre esta variável e a percepção da saúde ( $p=0,005$ ). A percepção da saúde varia de forma inversa com o perfeccionismo sendo que o incremento de  $R^2=0,035$  indica que esta variável contribui com 3,5% para a percepção da saúde (o incremento é o valor que corresponde ao aumento do coeficiente de determinação  $R^2$  quando esta variável entra no modelo).

Relativamente ao peso preditivo da **IU de esforço** ( $\beta=-0,151$ ) encontra-se uma associação linear negativa significativa entre esta variável e a percepção da saúde ( $p=0,025$ ). A percepção da saúde varia inversamente com a IU de esforço. O incremento de  $R^2=0,023$  indica que a IU de esforço permite uma variação de 2,3% na percepção da saúde.

**Em síntese:** a percepção da saúde das mulheres com IU é influenciada por 7,5% do nível do IMC, 3,5% pelo perfeccionismo e 2,3% pelo impacto da IU de esforço, num total de variação de 13%.

Quadro 4. Regressão múltipla entre a percepção da saúde e as variáveis independentes.

Variável dependente = Percepção da saúde					
R = 0,361					
$R^2 = 0,130$					
$R^2$ Ajustado = 0,117					
Erro padrão da estimativa = 10,993					
Incremento de $R^2 = 0,023$					
F = 5,104					
p = 0,025					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente Padronizado Beta	t	p	
Constante	39,639				
IMC	0,773	0,276	4,140	0,000	
Perfeccionismo	-0,636	-0,188	-2,830	0,005	
IU de esforço	-1,491	-0,151	-2,259	0,025	
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	3551,242	3	1183,747	9,795	,000
Residual	23686,258	196	120,848		
Total	27237,500	199			

### Impacto de IU

No que concerne às correlações entre o impacto da IU e as variáveis independentes (cf. Tabela 50) verificamos que variam entre ( $r=-0,026$ ) para o IMC e ( $r=-0,224$ ) para a vulnerabilidade ao stresse. Pode, também, observar-se que o impacto da IU tem **correlações significativas inversas** com a inibição ( $p=0,029$ ), a carência ( $p=0,042$ ), a dramatização ( $p=0,004$ ), a subjugação ( $p=0,012$ ) e no score global da QVS ( $p=0,001$ ). O impacto da IU apresenta **correlações significativas positivas** com a IU de urgência ( $p=0,003$ ).



Tabela 50. Coeficiente de correlação de Pearson do impacto da IU em função da idade, do IMC, da IU de esforço e urgência e da vulnerabilidade ao stresse.

Impacto da IU / a idade, o IMC, a IU de esforço e urgência e a vulnerabilidade ao stresse	r	p
Idade	-,035	,314
IMC	-,026	,357
IU esforço	,046	,260
IU urgência	<b>,192</b>	<b>,003</b>
Perfeccionismo	,028	,345
Inibição	<b>-,134</b>	<b>,029</b>
Carência	<b>-,123</b>	<b>,042</b>
Condição de vida	-,094	,093
Dramatização	<b>-,190</b>	<b>,004</b>
Subjugação	<b>-,159</b>	<b>,012</b>
Deprivação	-,068	,170
Score global QVS	<b>-,224</b>	<b>,001</b>

No que concerne à regressão efetuada entre o impacto da IU e as variáveis independentes pôde observar-se um modelo significativo ( $F=8,924$ ;  $p=0,000$ ) onde entraram três variáveis com um peso preditivo de 12% ( $R^2=0,120$ ): score global da vulnerabilidade ao stresse, a IU de urgência e a dramatização (cf. Quadro 5).

A vulnerabilidade ao stresse tem um peso preditivo de  $\beta$  (-0,223) que revela uma associação linear negativa significativa com o impacto da IU ( $p=0,001$ ). O impacto da IU varia de forma inversa com a **vulnerabilidade ao stresse**. Elevando o coeficiente  $R=0,224$  ao quadrado obtém-se o coeficiente de determinação  $R^2=0,050$  que indica uma variação de 5% no impacto da IU devido à vulnerabilidade ao stresse.

O peso preditivo da **IU de urgência** ( $\beta=0,198$ ) indica uma associação linear positiva significativa entre esta variável e o impacto da IU ( $p=0,003$ ). O impacto da IU varia diretamente com a IU de urgência. O incremento de  $R^2=0,042$ , com a entrada da segunda variável, indica que 4,2% da variação do impacto da IU é determinada pela IU de urgência.

No que diz respeito ao peso preditivo da **dramatização** ( $\beta=-0,168$ ) encontra-se uma associação linear negativa significativa entre esta variável e o impacto da IU ( $p=0,013$ ). O impacto da IU varia inversamente com à dramatização. O incremento de  $R^2=0,028$ , com a entrada da terceira variável, diz-nos que 2,8% da variação da percepção da saúde é determinada pela dramatização.

**Em síntese:** o impacto da IU é influenciado 5% pela vulnerabilidade ao stresse, 4,2% pela IU de urgência e 2,8% pela dramatização, num total de variação de 12%.

Quadro 5. Regressão múltipla entre o impacto da IU e as variáveis independentes.

Variável dependente = Impacto da IU					
R = 0,347					
R <sup>2</sup> = 0,120					
R <sup>2</sup> Ajustado = 0,107					
Erro padrão da estimativa =26,013					
Incremento de R <sup>2</sup> = 0,028					
F = 6,272					
p = 0,013					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente Padronizado Beta	t	p	
Constante	89,530				
Vulnerabilidade ao stresse	-,639	-,223	-3,321	,001	
IU de urgência	4,874	,198	2,957	,003	
Dramatização	-1,897	-,168	-2,504	,013	
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	18117,564	3	6039,188	8,924	,000
Residual	132637,991	196	676,724		
Total	150755,556	199			

### Limitação no desempenho das tarefas

Relativamente às correlações entre a limitação no desempenho das tarefas e as variáveis independentes (cf.Tabela 51) verificamos que variam entre (r=0,020) para o IMC e (r=0,334) para a IU de urgência. As limitações no desempenho das tarefas têm **correlações significativas inversas** com o perfeccionismo (p=0,001), com a dramatização (p=0,003) e com o score global da QVS (p=0,000). As limitações no desempenho das tarefas apresentam, ainda, **correlações significativas positivas** com a IU de urgência (p=0,000).

Tabela 51. Coeficiente de correlação de Pearson das limitação nas tarefas em função da idade, do IMC, da IU de esforço e urgência e da vulnerabilidade ao stresse.

Limitação no desempenho das tarefas/ a idade, o IMC, a IU de esforço e urgência e a vulnerabilidade ao stresse	r	p
Idade	,099	,083
IMC	,020	,391
IU esforço	,081	,126
IU urgência	<b>,344</b>	<b>,000</b>
Perfeccionismo	<b>-,229</b>	<b>,001</b>
Inibição	-,059	,205
Carência	-,096	,089
Condição de vida	-,044	,269
Dramatização	<b>-,197</b>	<b>,003</b>
Subjugação	-,103	,073
Deprivação	-,077	,140
Score global QVS	<b>-,244</b>	<b>,000</b>

No seguimento dos resultados da regressão efetuada entre as limitações no desempenho das tarefas e as variáveis independentes emergiu um modelo

significativo ( $F=13,746$ ;  $p=0,000$ ) onde entraram cinco variáveis com um peso preditivo de 26,2% ( $R^2=0,262$ ): a IU de urgência, o score global da vulnerabilidade ao stresse, subjugação, dramatização e perfeccionismo (cf. Quadro 6).

A **IU de urgência** tem um peso preditivo de  $\beta$  (0,347) que revela uma associação linear positiva significativa com as limitações no desempenho das tarefas ( $p=0,000$ ). Assim, as limitações no desempenho das tarefas variam de forma direta com a IU de urgência. Elevando o coeficiente  $R=0,344$  ao quadrado obtém-se o coeficiente de determinação  $R^2=0,118$  que indica um incremento de 11,8% na limitação do desempenho das tarefas devida à IU de urgência.

O score da **vulnerabilidade ao stresse** tem um peso preditivo de  $\beta$  (-0,148) que revela uma associação linear negativa significativa com as limitações no desempenho das tarefas ( $p=0,032$ ). Assim, as limitações no desempenho das tarefas variam de forma inversa com a vulnerabilidade ao stresse. O incremento de  $R^2=0,069$  indica uma variação de 6,9% na limitação do desempenho das tarefas devida à vulnerabilidade ao stresse.

A **dramatização** tem um peso preditivo de  $\beta$  (-0,246) que revela uma associação linear negativa significativa com as limitações no desempenho das tarefas ( $p=0,032$ ). Assim, as limitações no desempenho das tarefas variam de forma inversa com a dramatização. O incremento de  $R^2=0,030$  indica uma variação de 3% na limitação do desempenho das tarefas devida à dramatização.

O **perfeccionismo** tem um peso preditivo de  $\beta$  (-0,247) que revela uma associação linear negativa significativa com as limitações no desempenho das tarefas ( $p=0,001$ ). Assim, as limitações no desempenho das tarefas variam de forma inversa com o perfeccionismo. O incremento de  $R^2=0,021$  indica uma variação de 2,1% na limitação do desempenho das tarefas devida ao perfeccionismo.

**Em síntese:** a limitação no desempenho das tarefas é influenciado 11,8% pela IU de urgência, 6,9% pela vulnerabilidade ao stresse, 3% pela dramatização e 2,1% pelo perfeccionismo, num total de variação de 26,2%.

Quadro 6. Regressão múltipla entre a limitação no desempenho das tarefas e as variáveis independentes.

Variável dependente = Limitação no desempenho nas tarefas					
R = 0,511					
R <sup>2</sup> = 0,262					
R <sup>2</sup> Ajustado = 0,243					
Erro padrão da estimativa =25,744					
Incremento de R <sup>2</sup> = 0, 023					
F = 6,135					
p = 0,014					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente Padronizado Beta	t	p	
Constante	59,374				
IU de urgência	9,169	,347	5,630	,000	
Vulnerabilidade ao stresse	-,455	-,148	-2,158	,032	
Dramatização	-2,982	-,246	-3,747	,000	
Perfeccionismo	-2,103	-,247	-3,459	,001	
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	45371,344	4	11342,836	17,178	,000
Residual	128760,600	195	660,311		
Total	174131,944	199			

### Limitação física

Sobre as correlações entre a limitação física e as variáveis independentes (cf.Tabela 52) verificamos que variam entre (r=0,021) para a condição de vida e (r=-0,230) para o score global da vulnerabilidade ao stresse. As limitações físicas têm **correlações significativas inversas** com o perfeccionismo (p=0,031), com a dramatização (p=0,032), com a subjugação (p=0,013) e com o score global da QVS (p=0,001). As limitações físicas apresentam, ainda, **correlações significativas positivas** com a IU de urgência (p=0,004).

Tabela 52. Coeficiente de correlação de Pearson das limitações físicas em função da idade, do IMC, da IU de esforço e urgência e da vulnerabilidade ao stresse.

Limitação física/ a idade, o IMC, a IU de esforço e urgência e a vulnerabilidade ao stresse	r	p
Idade	-,057	,213
IMC	,095	,090
IU esforço	,103	,074
IU urgência	<b>,185</b>	<b>,004</b>
Perfeccionismo	<b>-,132</b>	<b>,031</b>
Inibição	-,086	,113
Carência	-,105	,070
Condição de vida	,021	,385
Dramatização	<b>-,131</b>	<b>,032</b>
Subjugação	<b>-,158</b>	<b>,013</b>
Deprivação	-,054	,222
Score global QVS	<b>-,230</b>	<b>,001</b>

Analisando os dados da regressão efetuada entre as limitações físicas e as variáveis independentes observa-se um modelo significativo ( $F=9,914$ ;  $p=0,000$ ) onde entraram duas variáveis com um peso preditivo de 9,1% ( $R^2=0,091$ ): o score global da vulnerabilidade ao stresse e a IU de urgência (cf. Quadro 7).

O score da **vulnerabilidade ao stresse** tem um peso preditivo de  $\beta$  (-0,240) que revela uma associação linear negativa significativa com as limitações físicas ( $p=0,001$ ). Assim, as limitações físicas variam de forma inversa com a vulnerabilidade ao stresse. O incremento de  $R^2=0,053$  indica uma variação de 5,3% na limitação física devida à vulnerabilidade ao stresse.

Na **IU de urgência** o peso preditivo de  $\beta$  (0,197) revela uma associação linear positiva significativa com as limitações físicas ( $p=0,004$ ). Assim, as limitações físicas variam de forma direta com a IU de urgência. O incremento de  $R^2=0,039$  informa sobre uma variação de 3,9% na limitação física devida à IU de urgência.

**Em síntese:** a limitação física é influenciado 5,3% pela vulnerabilidade ao stresse e 3,9% pela IU de urgência, num total de 9,1%.

Quadro 7. Regressão múltipla entre a limitação física e as variáveis independentes.

Variável dependente = Limitação física					
R = 0,302					
$R^2 = 0,091$					
$R^2$ Ajustado = 0,082					
Erro padrão da estimativa =27,844					
Incremento de $R^2 = 0,039$					
F = 8,406					
p = 0,004					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente Padronizado Beta	t	p	
Constante	63,760				
Vulnerabilidade ao stresse	-0,724	-0,240	-3,527	0,001	
IU de urgência	5,113	0,197	2,899	0,004	
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	15372,331	2	7686,165	9,914	,000
Residual	152737,392	197	775,317		
Total	168109,722	199			

### Limitação social

No que diz respeito às correlações entre a limitação social e as variáveis independentes (cf. Tabela 53) verificamos que variam entre ( $r=-0,005$ ) para a subjugação e ( $r=0,290$ ) para a IU de urgência. As limitações sociais têm **correlações significativas inversas** com o perfeccionismo ( $p=0,002$ ), dramatização ( $p=0,007$ ), deprivação ( $p=0,005$ ) e com o score global da QVS ( $p=0,013$ ). As limitações sociais apresentam, ainda, **correlações significativas positivas** com a IU de urgência ( $p=0,000$ ).

Tabela 53. Coeficiente de correlação de Pearson das limitação social em função da idade, do IMC, da IU de esforço e urgência e da vulnerabilidade ao stresse.

Limitação social/ a idade, o IMC, a IU de esforço e urgência e a vulnerabilidade ao stresse	r	p
Idade	,052	,231
IMC	,104	,072
IU esforço	,102	,076
IU urgência	<b>,290</b>	<b>,000</b>
Perfeccionismo	<b>-,206</b>	<b>,002</b>
Inibição	-,041	,282
Carência	-,085	,115
Condição de vida	-,051	,238
Dramatização	<b>-,174</b>	<b>,007</b>
Subjugação	-,005	,473
Deprivação	<b>-,184</b>	<b>,005</b>
Score global QVS	<b>-,158</b>	<b>,013</b>

Relativamente aos dados da regressão efetuada entre as limitações sociais e as variáveis independentes observa-se um modelo significativo ( $F=13,946$ ;  $p=0,000$ ) onde entraram quatro variáveis com um peso preditivo de 22,2% ( $R^2=0,222$ ): a IU de urgência, a deprivação, a dramatização e o perfeccionismo (cf. Quadro 8).

Na **IU de urgência** o peso preditivo de  $\beta$  (0,320) revela uma associação linear positiva significativa com as limitações sociais ( $p=0,000$ ). Assim, as limitações sociais variam de forma direta com a IU de urgência. O incremento de  $R^2=0,084$  informa sobre uma variação de 8,4% na limitação social devida à IU de urgência.

Na **deprivação** o peso preditivo de  $\beta$  (-0,205) revela uma associação linear negativa significativa com as limitações sociais ( $p=0,002$ ). Assim, as limitações sociais variam de forma indireta com a deprivação. O incremento de  $R^2=0,055$  informa sobre uma variação de 5,5% na limitação social devida à deprivação.

Na **dramatização** o peso preditivo de  $\beta$  (-0,250) revela uma associação linear negativa significativa com as limitações sociais ( $p=0,000$ ). Assim, as limitações sociais variam de forma indireta com a dramatização. O incremento de  $R^2=0,035$  informa sobre uma variação de 3,5% na limitação social devida à dramatização.

No **perfeccionismo** o peso preditivo de  $\beta$  (-0,235) revela uma associação linear negativa significativa com as limitações sociais ( $p=0,001$ ). Assim, as limitações sociais variam de forma indireta com o perfeccionismo. O incremento de  $R^2=0,048$  informa sobre uma variação de 4,8% na limitação social devida ao perfeccionismo.

**Em síntese:** a limitação social é influenciado 8,4% pela IU de urgência, 5,5% pela deprivação, 3,5% pela dramatização e 4,8% pelo perfeccionismo, num total de 22,2%.

Quadro 8. Regressão múltipla entre a limitação social e as variáveis independentes.

Variável dependente = Limitação social					
R = 0,472					
R <sup>2</sup> = 0,222					
R <sup>2</sup> Ajustado = 0,206					
Erro padrão da estimativa =16,849					
Incremento de R <sup>2</sup> = 0,048					
F = 12,139					
p = 0,001					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente Padronizado Beta	t	p	
Constante	32,559				
IU de urgência	5,393	,320	4,991	,000	
Deprivação	-1,858	-,205	-3,115	,002	
Dramatização	-1,939	-,250	-3,796	,000	
Perfeccionismo	-1,281	-,235	-3,484	,001	
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	15837,405	4	3959,351	13,946	,000
Residual	55362,595	195	283,911		
Total	71200,000	199			

### Relações pessoais

No que concerne às correlações entre as relações pessoais e as variáveis independentes (cf.Tabela 54) verificamos que variam entre ( $r=-0,003$ ) para o IMC e ( $r=-0,214$ ) para a inibição. As relações pessoais têm **correlações significativas inversas** com a idade ( $p=0,046$ ), com a inibição ( $p=0,002$ ) e com a deprivação ( $p=0,025$ ). As relações pessoais apresentam, ainda, **correlações significativas positivas** com a IU de urgência ( $p=0,036$ ).

Tabela 54. Coeficiente de correlação de Pearson das relações pessoais em função da idade, do IMC, da IU de esforço e urgência e da vulnerabilidade ao stresse.

Relações pessoais/ a idade, o IMC, a IU de esforço e urgência e a vulnerabilidade ao stresse	r	p
Idade	<b>-,128</b>	<b>,046</b>
IMC	-,003	,484
IU esforço	,042	,290
IU urgência	<b>,137</b>	<b>,036</b>
Perfeccionismo	,065	,199
Inibição	<b>-,214</b>	<b>,002</b>
Carência	-,039	,304
Condição de vida	,035	,323
Dramatização	-,040	,301
Subjugação	,011	,444
Deprivação	<b>-,149</b>	<b>,025</b>
Score global QVS	-,055	,237

No que se refere aos dados da regressão entre as relações pessoais e as variáveis independentes observa-se um modelo significativo ( $F=6,192$ ;  $p=0,001$ ) onde

entraram três variáveis com um peso preditivo de 9,9% ( $R^2=0,099$ ): inibição, idade e a IU de urgência (cf. Quadro 9).

Na **inibição** o peso preditivo de  $\beta$  (-0,271) revela uma associação linear negativa significativa com as relações pessoais ( $p=0,000$ ). Assim, as relações pessoais variam de forma indireta com a inibição. O incremento de  $R^2=0,046$  informa sobre uma variação de 4,6% nas relações pessoais devida à inibição.

Na **idade** o peso preditivo de  $\beta$  (-0,160) revela uma associação linear negativa significativa com as relações pessoais ( $p=0,036$ ). Assim, as relações pessoais variam de forma indireta com a idade. O incremento de  $R^2=0,032$  informa sobre uma variação de 3,2% nas relações pessoais devida à idade.

Na **IU de urgência** o peso preditivo de  $\beta$  (0,148) revela uma associação linear positiva significativa com as relações pessoais ( $p=0,049$ ). Assim, as relações pessoais variam de forma direta com a IU de urgência. O incremento de  $R^2=0,021$  informa sobre uma variação de 2,1% nas relações pessoais devida à IU de urgência.

**Em síntese:** as relações pessoais são influenciadas 4,6% pela inibição, 3,2% pela idade e 2,1% pela IU de urgência, num total de 9,9%.

Quadro 9. Regressão múltipla entre as relações pessoais e as variáveis independentes.

Variável dependente = Relações pessoais					
R = 0,314					
$R^2 = 0,099$					
$R^2$ Ajustado = 0,083					
Erro padrão da estimativa =30,475					
Incremento de $R^2 = 0,021$					
F = 3,923					
p = 0,049					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente Padronizado Beta	t	p	
Constante	77,756				
Inibição	-2,608	-,271	-3,605	,000	
Idade	-,465	-,160	-2,119	,036	
IU de urgência	4,386	,148	1,981	,049	
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	17254,047	3	5751,349	6,192	,001
Residual	157892,824	170	928,781		
Total	175146,871	173			

### Emoções

Quanto às correlações entre as emoções e as variáveis independentes (cf. Tabela 55) verificamos que variam entre ( $r=0,010$ ) para a idade e ( $r=-0,225$ ) para a inibição. As emoções têm **correlações significativas inversas** com o perfeccionismo ( $p=0,018$ ), com a inibição ( $p=0,001$ ), com a carência ( $p=0,023$ ) com a privação ( $p=0,001$ ) e com o score global da vulnerabilidade ao stresse ( $p=0,001$ ). As emoções



apresentam, ainda, **correlações significativas positivas** com a IU de urgência ( $p=0,036$ ).

Tabela 55. Coeficiente de correlação de Pearson das emoções em função da idade, do IMC, da IU de esforço e urgência e da vulnerabilidade ao stresse.

Emoções / a idade, o IMC, a IU de esforço e urgência e a vulnerabilidade ao stresse	r	p
Idade	,010	,444
IMC	,075	,147
IU esforço	,067	,174
IU urgência	<b>,178</b>	<b>,006</b>
Perfeccionismo	<b>-,148</b>	<b>,018</b>
Inibição	<b>-,225</b>	<b>,001</b>
Carência	<b>-,141</b>	<b>,023</b>
Condição de vida	-,095	,091
Dramatização	-,109	,063
Subjugação	-,037	,300
Deprivação	<b>-,218</b>	<b>,001</b>
Score global QVS	<b>-,220</b>	<b>,001</b>

Relativamente aos dados da regressão entre as emoções e as variáveis independentes observa-se um modelo significativo ( $F=8,409$ ;  $p=0,000$ ) onde entraram cinco variáveis com um peso preditivo de 18,8% ( $R^2=0,178$ ): inibição, IU de urgência, deprivação, dramatização e carência (cf. Quadro 10).

Na **inibição** o peso preditivo de  $\beta$  (-0,207) revela uma associação linear negativa significativa com as emoções ( $p=0,004$ ). Assim, as emoções variam de forma indireta com a inibição. O incremento de  $R^2=0,050$  informa sobre uma variação de 5% nas emoções que é devida à inibição.

Na **IU de urgência** o peso preditivo de  $\beta$  (0,216) revela uma associação linear positiva significativa com as emoções ( $p=0,001$ ). Assim, as emoções variam de forma direta com a IU de urgência. O incremento de  $R^2=0,042$  informa sobre uma variação de 4,2% nas emoções que é devida à IU de urgência.

Na **deprivação** o peso preditivo de  $\beta$  (-0,232) revela uma associação linear negativa significativa com as emoções ( $p=0,001$ ). Assim, as emoções variam de forma indireta com a deprivação. O incremento de  $R^2=0,032$  informa sobre uma variação de 3,2% nas emoções que é devida à deprivação.

Na **dramatização** o peso preditivo de  $\beta$  (-0,177) revela uma associação linear negativa significativa com as emoções ( $p=0,001$ ). Assim, as emoções variam de forma indireta com a dramatização. O incremento de  $R^2=0,027$  informa sobre uma variação de 2,7% nas emoções que é devida à dramatização.

Na **carência** o peso preditivo de  $\beta$  (-0,166) revela uma associação linear negativa significativa com as emoções ( $p=0,014$ ). Assim, as emoções variam de forma indireta com a carência. O incremento de  $R^2=0,026$  informa sobre uma variação de 2,6% nas emoções que é devida à carência.

**Em síntese:** as relações pessoais são influenciadas 5% pela inibição, 4,2% pela IU de urgência, 3,2% pela privação, 2,7% pela dramatização, 2,6% pela carência, num total de 17,8%.

Quadro 10. Regressão múltipla entre as emoções e as variáveis independentes.

Variável dependente = Emoções					
R = 0,422					
$R^2 = 0,178$					
$R^2$ Ajustado = 0,157					
Erro padrão da estimativa =24,282					
Incremento de $R^2 = 0,026$					
F = 6,138					
p = 0,014					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente Padronizado Beta	t	p	
Constante	86,856				
Inibição	-1,683	-,207	-2,912	,004	
IU de urgência	5,102	,216	3,259	,001	
Deprivação	-2,943	-,232	-3,263	,001	
Dramatização	-1,914	-,177	-2,645	,009	
Carência	-2,604	-,166	-2,478	,014	
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	24790,946	5	4958,189	8,409	,000
Residual	114388,684	194	589,632		
Total	139179,630	199			

### Sono e energia

Sobre as correlações entre o sono e a energia e as variáveis independentes (cf.Tabela 56) verificamos que variam entre ( $r=0,006$ ) para a IU de urgência e ( $r=0,193$ ) para a idade. O sono e energia têm **correlações significativas inversas** com o perfeccionismo ( $p=0,018$ ), com a carência ( $p=0,004$ ), com a condição de vida ( $p=0,019$ ), com a privação ( $p=0,008$ ) e com o score global da vulnerabilidade ao stresse ( $p=0,006$ ). O sono e energia apresentam, ainda, **correlações significativas positivas** com a idade ( $p=0,003$ ) e com a IU de esforço ( $p=0,050$ ).

Tabela 56. Coeficiente de correlação de Pearson do sono e energia em função da idade, do IMC, da IU de esforço e urgência e da vulnerabilidade ao stresse.

Sono e energia / a idade, o IMC, a IU de esforço e urgência e a vulnerabilidade ao stresse	r	p
Idade	,193	,003
IMC	,066	,176
IU esforço	,117	,050
IU urgência	,006	,468
Perfeccionismo	-,148	,018
Inibição	-,092	,096
Carência	-,187	,004
Condição de vida	-,146	,019
Dramatização	-,035	,312
Subjugação	-,043	,274
Deprivação	-,171	,008
Score global QVS	-,176	,006

No que concerne aos dados da regressão entre o sono e energia e as variáveis independentes observa-se um modelo significativo ( $F=8,187$ ;  $p=0,000$ ) onde entraram três variáveis com um peso preditivo de 11,1% ( $R^2=0,111$ ): idade, carência e deprivação (cf. Quadro 11).

Na **idade** o peso preditivo de  $\beta$  (0,179) revela uma associação linear positiva significativa com o sono e energia ( $p=0,008$ ). Assim, o sono e energia variam de forma direta com a idade. O incremento de  $R^2=0,037$  informa sobre uma variação de 3,7% nas emoções que é devida à idade.

Na **carência** o peso preditivo de  $\beta$  (-0,218) revela uma associação linear negativa significativa com o sono e energia ( $p=0,002$ ). Assim, o sono e energia variam de forma indireta com a carência. O incremento de  $R^2=0,031$  informa sobre uma variação de 3,1% no sono e energia que é devida à carência.

Na **deprivação** o peso preditivo de  $\beta$  (-0,211) revela uma associação linear negativa significativa com o sono e energia ( $p=0,002$ ). Assim, o sono e energia variam de forma indireta com a deprivação. O incremento de  $R^2=0,043$  informa sobre uma variação de 4,3% no sono e energia que é devida à deprivação.

**Em síntese:** o sono e energia são influenciados 3,7% pela idade, 3,1% pela carência e 4,3% pela deprivação, num total de 11,1%.

Quadro 11. Regressão múltipla entre o sono e energia e as variáveis independentes.

Variável dependente = Sono e energia					
R = 0,334					
R <sup>2</sup> = 0,111					
R <sup>2</sup> Ajustado = 0,098					
Erro padrão da estimativa =27,468					
Incremento de R <sup>2</sup> = 0,043					
F = 9,448					
p = 0,002					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente Padronizado Beta	t	p	
Constante	38,159				
Idade	,450	,179	2,660	,008	
Carência	-3,747	-,218	-3,177	,002	
Deprivação	-2,923	-,211	-3,074	,002	
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	18531,556	3	6177,185	8,187	,000
Residual	147890,667	196	754,544		
Total	166422,222	199			

### Medidas de gravidade

No que se refere às correlações entre as medidas de gravidade e as variáveis independentes (cf. Tabela 57) verificamos que variam entre ( $r=0,012$ ) para a inibição e ( $r=-0,314$ ) para a dramatização. As medidas de gravidade têm **correlações significativas inversas** com a carência ( $p=0,021$ ), com a condição de vida ( $p=0,042$ ), e com o score global da vulnerabilidade ao stresse ( $p=0,045$ ). As medidas de gravidade apresentam, ainda, **correlações significativas positivas** com a IU de urgência ( $p=0,036$ ), com o perfeccionismo ( $p=0,002$ ) e com a deprivação ( $p=0,043$ ).

Tabela 57. Coeficiente de correlação de Pearson das medidas de gravidade em função da idade, do IMC, da IU de esforço e urgência e da vulnerabilidade ao stresse.

Medidas de gravidade / a idade, o IMC, a IU de esforço e urgência e a vulnerabilidade ao stresse	r	p
Idade	-,116	,051
IMC	,063	,187
IU esforço	-,028	,348
IU urgência	<b>,128</b>	<b>,036</b>
Perfeccionismo	<b>,208</b>	<b>,002</b>
Inibição	,012	,435
Carência	<b>-,144</b>	<b>,021</b>
Condição de vida	<b>-,122</b>	<b>,042</b>
Dramatização	<b>-,314</b>	<b>,000</b>
Subjugação	-,114	,054
Deprivação	<b>,121</b>	<b>,043</b>
Score global QVS	<b>-,120</b>	<b>,045</b>

Relativamente aos dados da regressão entre as medidas de gravidade e as variáveis independentes observa-se um modelo significativo ( $F=9,359$ ;  $p=0,000$ ) onde

entraram quatro variáveis com um peso preditivo de 16,1% ( $R^2=0,161$ ):dramatização, carência, perfeccionismo e score global da vulnerabilidade ao stresse (cf. Quadro 12).

Na **dramatização** o peso preditivo de  $\beta$  (-0,251) revela uma associação linear negativa significativa com as medidas de gravidade ( $p=0,000$ ). Assim, as medidas de gravidade variam de forma indireta com a dramatização. O incremento de  $R^2=0,099$  informa sobre uma variação de 9,9% das medidas de gravidade que é devida à dramatização.

Na **carência** o peso preditivo de  $\beta$  (-0,139) revela uma associação linear negativa significativa com as medidas de gravidade ( $p=0,039$ ). Assim, as medidas de gravidade variam de forma indireta com a carência. O incremento de  $R^2=0,025$  informa sobre uma variação de 2,5% das medidas de gravidade que é devida à carência.

No **perfeccionismo** o peso preditivo de  $\beta$  (0,208) revela uma associação linear positiva significativa com as medidas de gravidade ( $p=0,007$ ). Assim, as medidas de gravidade variam de forma direta com o perfeccionismo. O incremento de  $R^2=0,018$  informa sobre uma variação de 1,8% das medidas de gravidade que é devida ao perfeccionismo.

No **score da vulnerabilidade ao stresse** o peso preditivo de  $\beta$  (-0,158) revela uma associação linear negativa significativa com as medidas de gravidade ( $p=0,034$ ). Assim, as medidas de gravidade variam de forma indireta com a vulnerabilidade ao stresse. O incremento de  $R^2=0,020$  informa sobre uma variação de 2% das medidas de gravidade que é devida à vulnerabilidade ao stresse.

**Em síntese:** as medidas de gravidade são influenciadas 9,9% pela dramatização, 2,5% pela carência e 1,8% pelo perfeccionismo e 2% pela vulnerabilidade ao stresse, num total de 16,1%.

Quadro 12. Regressão múltipla entre as medidas de gravidade e as variáveis independentes.

Variável dependente = Medidas de gravidade					
R = 0,401					
R <sup>2</sup> = 0,161					
R <sup>2</sup> Ajustado = 0,144					
Erro padrão da estimativa = 20,379					
Incremento de R <sup>2</sup> = 0,020					
F = 4,535					
p = 0,034					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente Padronizado Beta	t	p	
Constante	85,945				
Dramatização	-2,261	-,251	-3,577	,000	
Carência	-1,818	-,139	-2,074	,039	
Perfeccionismo	1,324	,208	2,744	,007	
Vulnerabilidade ao stresse	-,362	-,158	-2,129	,034	
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	15548,719	4	3887,180	9,359	,000
Residual	80989,823	195	415,332		
Total	96538,542	199			

### Score global da qualidade de vida

Quanto às correlações entre a qualidade de vida das mulheres com IU e as variáveis independentes (cf. Tabela 58) verificamos que variam entre (r=-0,012) para a condição de vida e (r=0,203) para a IU de urgência. A qualidade de vida tem **correlações significativas inversas** com a inibição (p=0,034), com a carência (p=0,024), com a dramatização (p=0,006), com a deprivação (p=0,026) e com o score global da vulnerabilidade ao stresse (p=0,001). A qualidade de vida apresenta, ainda, **correlações significativas positivas** com a IU de urgência (p=0,036).

Tabela 58. Coeficiente de correlação de Pearson da qualidade de vida em função da idade, do IMC, da IU de esforço e urgência e da vulnerabilidade ao stresse.

Qualidade de vida/ a idade, o IMC, a IU de esforço e urgência e a vulnerabilidade ao stresse	r	p
Idade	-,079	,149
IMC	,072	,171
IU esforço	,027	,362
IU urgência	<b>,203</b>	<b>,004</b>
Perfeccionismo	-,105	,083
Inibição	<b>-,139</b>	<b>,034</b>
Carência	<b>-,150</b>	<b>,024</b>
Condição de vida	-,012	,437
Dramatização	<b>-,192</b>	<b>,006</b>
Subjugação	-,100	,094
Deprivação	<b>-,147</b>	<b>,026</b>
Score global QVS	<b>-,228</b>	<b>,001</b>

No que diz respeito aos dados da regressão entre a qualidade de vida e as variáveis independentes observa-se um modelo significativo ( $F=8,006$ ;  $p=0,000$ ) onde entraram quatro variáveis com um peso preditivo de 15,9% ( $R^2=0,159$ ): score global da vulnerabilidade ao stresse, IU de urgência, dramatização e deprivação (cf. Quadro 13).

No **score da vulnerabilidade ao stresse** o peso preditivo de  $\beta$  (-0,206) revela uma associação linear negativa significativa com a qualidade de vida ( $p=0,005$ ). Assim, a qualidade de vida varia de forma indireta com a vulnerabilidade ao stresse. O incremento de  $R^2=0,052$  informa sobre uma variação de 5,2% da qualidade de vida que é devida à vulnerabilidade ao stresse.

Na **IU de urgência** o peso preditivo de  $\beta$  (0,251) revela uma associação linear positiva e significativa com a qualidade de vida ( $p=0,001$ ). Assim, a qualidade de vida varia de forma direta com a IU de urgência. O incremento de  $R^2=0,050$  informa sobre uma variação de 5% da qualidade de vida que é devida à IU de urgência.

Na **dramatização** o peso preditivo de  $\beta$  (-0,186) revela uma associação linear negativa significativa com a qualidade de vida ( $p=0,009$ ). Assim, a qualidade de vida variam de forma direta com a dramatização. O incremento de  $R^2=0,030$  informa sobre uma variação de 3% da qualidade de vida que é devida à dramatização.

Na **deprivação** o peso preditivo de  $\beta$  (-0,174) revela uma associação linear negativa significativa com a qualidade de vida ( $p=0,020$ ). Assim, a qualidade de vida variam de forma direta com a deprivação. O incremento de  $R^2=0,027$  informa sobre uma variação de 2,7% da qualidade de vida que é devida à deprivação.

**Em síntese:** a qualidade de vida das mulheres com IU é influenciada 5,2% pela vulnerabilidade ao stresse, 5% pela IU de urgência, 3% pela dramatização e 2,7% pela deprivação, num total de 15,9%.

Quadro 13. Regressão múltipla entre a qualidade de vida e as variáveis independentes.

Variável dependente = Qualidade de vida					
R = 0,399					
R <sup>2</sup> = 0,159					
R <sup>2</sup> Ajustado = 0,139					
Erro padrão da estimativa =16,694					
Incremento de R <sup>2</sup> = 0,027					
F = 5,478					
p = 0,020					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente Padronizado Beta	t	p	
Constante	64,639				
Vulnerabilidade ao stresse	-,380	-,206	-2,842	,005	
IU de urgência	4,223	,251	3,465	,001	
Dramatização	-1,353	-,186	-2,630	,009	
Deprivação	-1,443	-,174	-2,341	,020	
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	8925,496	4	2231,374	8,006	,000
Residual	47101,802	169	278,709		
Total	56027,298	173			

### 2.3. Análise de conteúdo

Esta secção compreende a análise de conteúdo das questões efetuadas às mulheres com IU. Tentámos averiguar quais as perceções das mulheres acerca do impacto da IU na sua vida pessoal e profissional e, ainda, se a sua vida era pautada por momento e situações stressantes.

No Quadro 14 pode observar-se que as mulheres inquiridas participam das consultas externas do hospital da Guarda (cf. Anexo 8) e de Viseu (cf. Anexo 9) com 41 e 36 anos respetivamente e enquadram profissões não qualificadas. Tiveram entre 2 a 3 gravidezes e entre 2 a 3 filhos. Os 4 partos foram eutócicos e 1 de cesariana. As situações em que as mulheres perdem urina é quando tosem, espirram, correm e quando reslizam esforço físico. A mulher (E2) que tem mais tempo de perdas de urina também tem perdas durante as relações sexuais.



Quadro 14. Análise de Conteúdo das entrevistas às mulheres com IU – Dados Pessoais.

Categoria	E1 – Unidade de Registo da Consulta Externa do Hospital da Guarda	E2 – Unidade de Registo da Consulta Externa do Hospital de Viseu
Idade	41	36
Estado Civil	Casada	Divorciada
Profissão	Cozinheira	Empregada Doméstica
Nº de vezes que esteve grávida	2	3
Nº de filhos	2	3
Tipo (s) de partos	Eutócicos (2)	Eutócicos (2) e Cesariana (1);
Complicações durante o parto	Macrossómico o 1º RN	RN de 35 semanas, parto pré-termo com rutura de bolsa de águas espontâneas sem dilatação suficiente entrou em sofrimento fetal, sendo programada cesariana de emergência.
Tempo de diagnóstico da IU	1 Anos	5 Anos
Tipo de IU	Não sabe (desconhece)	Não sabe (desconhece)
Frequência com que perde urina	Constantemente	Constantemente
Situação em que perde urina	Tossir; espirrar; correr; esforço físico	Tossir; espirrar; correr; relações sexuais
Já foi submetida a intervenções? Qual (quais)?	Sim.	Sim.

Quando questionadas sobre o impacto da IU na sua vida pôde observar-se que realçam quatro níveis de impacto: emocional, físico, profissional e sexual (cf. Quadro 15).

### Nível Emocional

Em E1 pode ler-se *“Senti-me com baixa autoestima, isolando-me das pessoas e tenho vergonha de comentar o problema perante a sociedade de hoje.”* Também em E2 de pode observar o impacto emocional *“Afeta-me a nível psicológico, com a sensação de ter fracassado na vida e a vergonha de encarar este problema ao nível da sociedade dos dias de hoje.”*

### Nível Físico

Em E1 revelam cansaço nomeadamente *“Sinto-me cansada e desgastada pelo facto de ir à casa de banho recorrente e lavar as mãos frequentes com o medo de cheirar a urina.”*

### Nível Profissional

O impacto a nível profissional é visto pelas duas mulheres participantes. Em E1 *“Afetou-me ao nível do trabalho, incapacitando-me de realizar determinadas tarefas.”* E em E2, *“Causa-me uma grande instabilidade no trabalho pois desloco-me à casa de banho frequentemente e por vezes as perdas de urina são muito significativas pois não tenho tempo de urinar no WC e como trabalho em casas particulares não tenho condições de me trocar constantemente, perdendo empregos estáveis.”*

### Nível Sexual

Em E1 revelaram impacto sexual *“Afetou-me significativamente, evitando ter relações sexuais pela preocupação das perdas de urina durante o ato sexual e sentindo-me constrangida, revoltada e frustrada pelo facto de ter a “perceção” de molhar a cama, evitando o contacto com o mesmo apesar do companheirismo estabelecido entre nós dois.”* Assim como em E2, *“É frustrante e incomodativo, construindo o meu próprio stresse, pelo facto de no ato sexual perder bastante urina e sentir-me ansiosa, irritada e agitada tentando isolar-me e fugir para não me sentir uma incapacitada com o meu companheiro no ato sexual.”*

Quadro 15. Análise de Conteúdo das entrevistas às mulheres com IU sobre o Impacto da IU.

Categoria: Impacto da IU na QDV		
Subcategoria	E1 – Unidade de Registo da Consulta Externa do Hospital da Guarda	E2 – Unidade de Registo da Consulta Externa do Hospital de Viseu
Impacto a nível emocional	Senti-me com baixa autoestima, isolando-me das pessoas e tenho vergonha de comentar o problema perante a sociedade de hoje.	Afeta-me a nível psicológico, com a sensação de ter fracassado na vida e a vergonha de encarar este problema ao nível da sociedade dos dias de hoje.
Impacto a nível físico	Sinto-me cansada e desgastada pelo facto de ir à casa de banho recorrente e lavar as mãos frequentes com o medo de cheirar a urina.	
Impacto a nível profissional	Afetou-me ao nível do trabalho, incapacitando-me de realizar determinadas tarefas.	Causa-me uma grande instabilidade no trabalho pois desloco-me à casa de banho frequentemente e por vezes as perdas de urina são muito significativas pois não tenho tempo de urinar no WC e como trabalho em casas particulares não tenho condições de me trocar constantemente, perdendo empregos estáveis.
Impacto a nível sexual	Afetou-me significativamente, evitando ter relações sexuais pela preocupação das perdas de urina durante o ato sexual e sentindo-me constrangida, revoltada e frustrada pelo facto de ter a “perceção” de molhar a cama, evitando o contacto com o mesmo apesar do companheirismo estabelecido entre nós dois.	É frustrante e incomodativo, construindo o meu próprio stresse de vulnerabilidade, pelo facto de no ato sexual perder bastante urina e sentir-me ansiosa, irritada e agitada tentando isolar-me e fugir para não me sentir uma incapacitada com o meu companheiro no ato sexual.

Através dos dados do Quadro 16 constatou-se que as mulheres com IU revelam stresse no trabalho e nos afetos.

### Stresse no Trabalho

Em E1 pode observar-se que *“No trabalho sinto-me cansada e o fato de ir recorrente à casa de banho e sempre a mudar e a lavar frequentemente fico mais ansiosa, nervosa, irritada e desgastada.”* E em E2, *“No trabalho sinto stresse porque me sinto envergonhada e com medo porque estou sempre na casa de banho.”*

### Stresse nos Afetos

Também se observaram alterações nos afetos conforme descritos em E1, *“Sinto-me nervosa e ansiosa pelo facto de no ato sexual molhar a cama e esse fator retrai-me a nível sexual, evitando o contacto e permite o afastamento.”* E em E2, *“Sinto nervosismo, agitada, irritada e vulnerável com qualquer situação que me seja provocada por qualquer pessoa, aumentando a irritabilidade no dia-a-dia, conjugada com a dor na bexiga e o aumento de peso.”*

Quadro 16. Análise de Conteúdo das entrevistas às mulheres com IU sobre a Vulnerabilidade ao Stresse.

Categoria: Vulnerabilidade ao Stresse		
Subcategoria	E1 – Unidade de Registo da Consulta Externa do Hospital da Guarda	E2 – Unidade de Registo da Consulta Externa do Hospital de Viseu
Mais stresse no trabalho	No trabalho sinto-me cansada e o fato de ir recorrente à casa de banho e sempre a mudar e a lavar frequentemente fico mais ansiosa, nervosa, irritada e desgastada.	No trabalho sinto stresse porque me sinto envergonhada e com medo porque estou sempre na casa de banho.
Mais stresse nos afetos	Sinto-me nervosa e ansiosa pelo facto de no ato sexual molhar a cama e esse fator retrai-me a nível sexual, evitando o contacto e permite o afastamento.	Sinto nervosismo, agitada, irritada e vulnerável com qualquer situação que me seja provocada por qualquer pessoa, aumentando a irritabilidade no dia-a-dia, conjugada com a dor na bexiga e o aumento de peso.

No que concerne ao Quadro 17 podem observar-se as subcategorias que emergiram relativamente à intervenção dos enfermeiros no tratamento e prevenção da IU em exercício hospitalar.

As mulheres participantes consideram que os enfermeiros devem ter intervenção ao nível da informação sobre a IU, ao nível dos tratamentos, ao nível do apoio para melhoria da QDV e da autoestima e, também, referenciaram a falta de apoio por parte destes técnicos de saúde.

### Intervenção ao Nível da Informação sobre a IU

Em E1 pode ler-se *“...dar apoio emocional e apoio psicológico para ultrapassar esta barreira da ignorância com a informação sobre a IU.”* e em E2, *“...dar apoio emocional e apoio psicológico antes e após ter sido diagnosticada a doença, ao fornecer panfletos ilustrativos, informações para que as mulheres não se sintam tão desprotegidas e se sintam com mais autoconfiança.”*

### **Intervenção ao Nível do Tratamento da IU**

Em E1 pode encontrar-se um a intervenção associada aos tratamentos da IU, *“O enfermeiro ajuda nos tratamentos preventivos relativamente a exercícios pélvicos, alimentação e exercício físico para melhoria da qualidade de vida.”*, assim como em E2, *“...ajudam nos exercícios.”*

### **Intervenção ao Nível do apoio para melhorar a QDV**

Em E1 realçam o facto dos enfermeiros poderem ajudar para melhorarem a QDV, *“Penso que sim, os enfermeiros explicaram-me quais os aspetos a minimizar e a melhorar para ter uma melhor qualidade de vida.”*

### **Intervenção ao Nível do apoio para melhorar a Autoestima**

Em E1 também direcionam a intervenção para a melhoria da autoestima, *“Ensinam que a IU não é um tabu, não é necessário silêncio e um sentimento de desprezo mas algo que pode motivar na abertura de novos horizontes.”*

### **Sem intervenção**

Em E2 fizeram referencia à necessidade de uma maior intervenção por parte dos enfermeiros, *“Quando me dirijo às consultas de ginecologia, os enfermeiros estão a realizar a sua tarefa principal e esquecem-se do diálogo e da conversa informal para estabelecer uma relação de empatia para deste modo nos desinibirmos da vergonha do que são perdas de urina frequentes e podermos esclarecer dúvidas recorrentes neste caminho tão penoso e constrangedor que é para cada mulher.”*

Quadro 17. Análise de Conteúdo das entrevistas às mulheres com IU sobre a Intervenção do Enfermeiro.

Categoria: Intervenção dos enfermeiros, face à IU		
Subcategoria	E1 – Unidade de Registo da Consulta Externa do Hospital da Guarda	E2 – Unidade de Registo da Consulta Externa do Hospital de Viseu
Intervenção ao nível da informação	Dar apoio emocional e apoio psicológico para ultrapassar esta barreira da ignorância com a informação sobre a IU.	Dar apoio emocional e apoio psicológico antes e após ter sido diagnosticada a doença, ao fornecer panfletos ilustrativos, informações para que as mulheres não se sintam tão desprotegidas e se sintam com mais autoconfiança.
Intervenção ao nível dos tratamentos	O enfermeiro ajuda nos tratamentos preventivos relativamente a exercícios pélvicos, alimentação e exercício físico para melhoria da qualidade de vida.	Ajudam nos exercícios.
Intervenção na melhoria da QDV	Penso que sim, os enfermeiros explicaram-me quais os aspetos a minimizar e a melhorar para ter uma melhor qualidade de vida.	
Intervenção na melhoria da autoestima	Ensinam que a IU não é um tabu, não é necessário silêncio e um sentimento de desprezo mas algo que pode motivar na abertura de novos horizontes.	
Sem intervenção		Quando me dirijo às consultas de ginecologia, os enfermeiros estão a realizar a sua tarefa principal e esquecem-se do diálogo e da conversa informal para estabelecer uma relação de empatia para deste modo nos desinibirmos da vergonha do que são perdas de urina frequentes e podermos esclarecer dúvidas recorrentes neste caminho tão penoso e constrangedor que é para cada mulher.

## **CAPÍTULO 3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Como realçámos neste estudo a incontinência urinária é uma experiência que acomete milhões de pessoas de todas as idades, principalmente as do sexo feminino, afetando a qualidade das suas vidas. Com o aumento progressivo da expectativa de vida da população, o número de mulheres na meia-idade tende a aumentar cada vez mais e haverá um número crescente de casos e, muito deles não serão diagnosticados pela falta de procura no tratamento e por acreditarem que a IU é uma condição normal e resultado do processo de envelhecimento e não uma doença.

Por este facto, foi importante para nós a pesquisa efetuada para que, nos nossos serviços possamos motivar as mulheres para a prevenção ou tratamento.

Assim, neste capítulo far-se-á a discussão dos resultados encontrados confrontando-os com os dados existentes na literatura, nomeadamente os resultados de outros estudos semelhantes.

Face aos resultados obtidos durante a investigação realça-se aqui os dados mais evidentes dando resposta às questões da investigação.

### **3.1. Interpretação crítica dos resultados**

Os resultados deste estudo exploratório são baseados nas respostas, de 200 mulheres portuguesas com IU, a um questionário aplicado nos serviços de urologia e ginecologia dos hospitais dos distritos de Viseu, Guarda e Covilhã.

Para dar seguimento às nossas pretensões, foram utilizadas as escalas que avaliam o Impacto da IU, a Valorização da IU, a Vulnerabilidade ao Stresse e a Qualidade de Vida das mulheres participantes.

Relativamente aos dados pessoais, as mulheres da nossa amostra enquadram uma média de idades de 58 anos, entre os 29 e os 75 anos, maioritariamente são portuguesas de raça branca, casadas (86,7%) e com profissões técnicas (25%) ou não qualificadas (67,5%). A maior parte tem uma escolaridade baixa com o 1ºCEB (55,5%), vivem na aldeia (71%) e o seu nível socioeconómico é baixo apresentando rendimentos inferiores a 500 euros (46,5%).

Foi importante, para o estudo, analisar os dados pessoais das mulheres com IU dado que os investigadores consideram que a idade é um dos principais fatores de risco para a IU feminina e afeta significativamente as mais idosas. Em geral, a partir da

menopausa há índices de 40% de prevalência (Guarisi, 1997). Na população geral, a prevalência de IU aumenta com o aumento da idade (Butler et al., 1999). O grupo de mulheres em fase ativa – entre os 45 e os 65 anos – é aquele onde o problema assume um caráter mais marcante.

Apesar da prevalência da IU ser nas mulheres mais velhas realçamos que pode ocorrer até mesmo na adolescência a partir dos quinze anos. Contudo, a incidência é maior nos idosos porque com o envelhecimento a flacidez aumenta, assim como o controlo neural sobre os músculos diminui. Os músculos estão mais atrofiados e o sistema nervoso não é tão eficaz como em idades mais jovens. A própria diminuição da mobilidade e consequente dificuldade em chegar até à casa de banho pode estar relacionada com episódios de perda urinária no idoso.

No que concerne à caracterização obstétrica encontrou-se uma média de IMC reveladora de pré-obesidade. As mulheres abaixo dos 57 anos têm 27,58Kg/m<sup>2</sup> e acima dos 58 anos é de 27,72 Kg/m<sup>2</sup> contudo, as diferenças não são significativas.

De realçar que a obesidade é, também, um fator que agrava ou contribui para o desenvolvimento da IU (Santos et al., 1994) e a prevalência aumenta com o aumento do peso. Presume-se que a associação da IU com a obesidade seja consequência da alta pressão intra-abdominal provocada, principalmente, pelo aumento de peso na região da cintura-quadril e, consequentemente, do aumento da pressão intravesical alterando o mecanismo do trato urinário (Brown et al., 1999).

Seguindo a análise obstétrica, observou-se que a maioria das mulheres esteve grávida 2 vezes ou mais (85,5%) e a maior parte teve 2 filhos ou mais (82,5%). Alguns autores (Elving et al., 1989) consideram a paridade um dos fatores que mais se procura associar com o desenvolvimento de IU. Comumente a incontinência aparece durante a gravidez e a prevalência eleva-se com o aumento da paridade, favorecendo a IU.

Contudo, também, foram encontrados estudos (Brown et al., 1996) que não evidenciam um aumento significativo da ocorrência de IU com o aumento da paridade. Para estes autores, muitas mulheres deixaram de apresentar queixa de IU após o parto, não ocorrendo elevação do risco com o aumento do número de partos.

Pôde constatar-se que a maioria das mulheres inquiridas teve partos normais (84,7%) e este fator, para alguns investigadores, pode ser desencadeador de IU devido ao risco de lesões nos músculos de suporte da zona pélvica e nas estruturas vasculares do trato urinário (Burgio et al., 2007).

O parto normal pode ocorrer com ou sem episiotomia (corte feito na região perineal para auxiliar a saída do bebé). Neste estudo, 78% das mulheres questionadas indicam que não tiveram laceração, rasgadura ou corte durante o parto.

Muitas vezes no decorrer do parto podem surgir situações que impliquem a saída do bebê por outros meios. A falta de capacidade da mãe de expulsar o bebê, por cansaço ou por analgesia excessiva ou outro motivo qualquer que obrigue o bebê a ser expulso com uma maior rapidez, como por exemplo o sofrimento fetal que pode conduzir a situações de emergência.

No nosso estudo 15% das mulheres teve um parto distócito com auxílio instrumental, tais como fórceps, ventosa ou cesariana. A este propósito encontramos autores que referem que cerca de metade dos casos de IU em mulheres primíparas poderia ser prevenido se a cesariana fosse realizada. Contudo, a realização de cesarianas como estratégia preventiva desse problema não é justificável, já que esse tipo de parto associa-se a maiores índices de morbidade e mortalidade materna e neonatal (Arrue et al., 2010).

No que concerne ao tempo de espera durante o trabalho de parto, no 1º filho estiveram 10 horas (60,2%), no 2º filho estiveram 6 horas (56,9%) e no 3º filho estiveram 5 horas (54%). De salientar que apenas 25% das mulheres tiveram o 3º filho e quanto maior o número de gestações e quanto mais peso a mulher ganhar durante a gravidez, maior poderá ser a flacidez desses músculos.

Outro fator que pode desencadear a IU é o peso dos filhos no momento do parto mas, neste estudo, a maior parte das mulheres (76,5%) não teve filhos com peso superior a 4Kg. E o local preferencial para a realização do parto foi o hospital mas, ainda, se observou uma percentagem de 14% que fizeram os partos em casa.

O peso do recém-nascido, tanto durante a gravidez como durante o parto vaginal, pode influenciar o aumento da 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 para lesão do assoalho pélvico durante o parto vaginal (Persson et al., 2000).

Porém, outro estudo não encontrou associação significativa entre o parto de crianças com peso maior que 4Kg e a presença de IU (Krue et al., 1997) ou de lesões no assoalho pélvico após o parto vaginal, fator considerado como risco para IU (Moalli et al., 2003).

No que diz respeito à caracterização ginecológica, 99% das mulheres desta amostra perdem urina de forma involuntária e já têm perdas entre 3 a 8 anos (41,4%).

Outra característica é que costumam estar sentadas por dia menos de 3 horas (69,5%). Contudo, há diferenças significativas quanto à idade pois a maior parte das mulheres acima dos 58 anos estão sentadas mais de 3 horas por dia.

Sobre as infecções vaginais ou dermatites vaginais a maioria já teve pelo menos 2 infecções vaginais ou dermatites (42,9%) e Botelho et al. (2007) realça que as



infecções do trato urinário e as dermatites de contacto são morbilidades que podem estar associadas à incontinência urinária.

Apesar das mulheres inquiridas apresentarem IU há alguns anos a maioria (75%) não recorreu à cirurgia de correção. Sobre a relação entre este tipo de cirurgias e as cirurgias ginecológicas foram encontrados estudos que referem esta associação. Milsom et al. (1993) e Brown et al. (2000) também encontraram resultados significativos entre a histerectomia e a IU. Acredita-se que a excisão ou o prolápio do útero comprometem as funções do assoalho pélvico, visto que, este órgão suporta parte deste assoalho e a sua remoção pode causar danos nas estruturas que sustentam a bexiga e a uretra (Brown et al., 2000).

Em sentido contrário, alguns estudos mostraram resultados divergentes, pois, Parazzini et al. (2000) não observou aumento significativo de IU após a remoção do útero.

Existem, ainda, outros aspetos concretos do quotidiano das mulheres com IU que são afetados, devido à necessidade frequente de ir à casa de banho e por receio de perdas urinárias frequentes. Por vezes surgem situações potencialmente embaraçosas levando-as a utilizar pensos absorventes diariamente.

Neste estudo, as mulheres com menos de 57 anos usam diariamente mais de 4 pensos absorventes e as mulheres com mais de 58 anos usam menos de 4 pensos absorventes. Também as mulheres do estudo de Cordeiro (2008) descrevem o uso de algum tipo de absorventes (40,8%) e da mesma forma Leon (2001) evidencia que 50% das mulheres incontinentes consideram a utilização de um resguardo como parte da estratégia adotada para controlar as perdas urinárias.

Outro aspeto importante para minimizar as consequências da IU é a utilização dos exercícios de Kegel pois, como refere a OMS para evitar que a IU venha a afetar a qualidade de vida devem combater o sedentarismo e aprender exercícios adequados. Das mulheres inquiridas, 53,6% fazem estes exercícios diariamente na tentativa de fortalecer os músculos da vagina. Quando os exercícios de Kegel são executadas, os músculos do pavimento pélvico são reforçados minimizando o problema de incontinência urinária.

Algumas pesquisas da OMS indicam que 50 a 70% das mulheres que sofrem de IU pode acontecer por esforço (IUE) nomeadamente quando carregam pesos, correm ou tosem e, neste estudo, as mulheres com idades inferiores a 57 anos transportam pesos superiores a 3Kg várias vezes por dia e as que têm mais de 58 anos raramente o fazem.

No que concerne à caracterização do estilo de vida pôde observar-se que 68% das mulheres nunca praticam exercício físico e encontrámos diferenças quanto à

idade ( $\chi^2=5,882$ ;  $p=0,015$ ) pois, a maior parte das mulheres acima dos 58 anos nunca pratica exercício físico.

Constatou-se, ainda, que 61% das mulheres têm uma frequência de consumo diário de água de menos de 1L e 39% bebem mais de 1L. Sobre o consumo de água e ingestão de líquidos, Reis et al. (2003) refere que a ingestão excessiva de líquidos pode causar incontinência urinária pelo aumento da produção de urina.

Relativamente aos hábitos de sono observou-se que 81% das mulheres dormem menos de 8 horas por dia enquanto 19% dormem mais de 8 horas. Esta distribuição revela diferença estatisticamente significativa entre as classes de idade ( $\chi^2=4,678$ ;  $p=0,031$ ). Uma percentagem significativa de mulheres abaixo dos 57 anos que dormem mais de 8 horas.

Depois de analisadas as características ginecológicas, obstétricas e do estilo de vida das mulheres com IU passou-se à análise do impacto de IU surgindo uma média de  $\bar{x}=14,27$ . A análise comparativa da distribuição entre classes de idade revelou diferenças estatisticamente significativas face aos níveis de IU ( $\chi^2=11,338$ ;  $p=0,010$ ) encontrou-se uma percentagem significativa de mulheres acima dos 58 anos com IU moderada.

Alguns autores (Guarisi et al., 1997) consideram que a idade pode ser considerada o principal fator de risco para a IU feminina e afeta significativamente as mais idosas, em geral a partir da menopausa, com índices de 43% na faixa etária de 35 a 81 anos. No mesmo sentido, Brown et al. (1996) realça que a prevalência de IU, na população geral, aumenta com o aumento da idade e os distúrbios urinários podem ser causados pela diminuição da capacidade da bexiga e pelo baixo nível de estrógeno após a menopausa (Fantl et al., 1994), contribuindo para o aumento da frequência urinária e da noctúria (Penn et al., 1996).

Não foram encontradas diferenças significativas entre o impacto da IU e o estado civil, área de residência, IMC, nº de gravidezes, nº de filhos.

No que diz respeito à valorização da IU (esforço e urgência) denota-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre as classes de idade na IU de urgência ( $t=2,165$ ;  $p=0,032$ ) pois, as mulheres abaixo dos 57 anos tendem a apresentar valores mais altos de IU de urgência (2,37).

Também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos profissionais na IU de esforço ( $\chi^2=6,101$ ;  $p=0,047$ ). A maior parte das mulheres com profissões intelectuais (80%) e técnicas (70%) apresentam IU de esforço.

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas quanto ao tipo de parto na IU de urgência ( $\chi^2=6,434$ ;  $p=0,011$ ). As mulheres com IU de urgência tiveram maioritariamente parto normal (40,8%) comparativamente a 11,2% de cesarianas.

Quanto ao tipo de parto evidenciaram-se diferenças estatisticamente significativas quer na IU de esforço ( $\chi^2=16,026$ ;  $p=0,001$ ) quer na IU de urgência ( $\chi^2=37,023$ ;  $p=0,000$ ). A maior parte das mulheres com IU grave têm IU de esforço (34%) e, também, IU de urgência (26,5%).

Não foi encontrada associação entre a IU de esforço e a IU de urgência quanto ao estado civil, área de residência, IMC, nº de gravidezes e nº de filhos.

No que concerne à vulnerabilidade ao stresse as mulheres com IU globalmente apresentam médias de 39,37 identificando-as como não vulneráveis contudo, as mulheres entrevistadas referiram a existência de stresse nomeadamente no trabalho “... no trabalho sinto-me cansada e o facto de ir recorrente à casa de banho, sempre a mudar e a lavar frequentemente, fico mais ansiosa, nervosa, irritada e desgastada” (E1). Referiram, ainda, que “... no trabalho sinto stresse porque me sinto envergonhada e com medo porque estou sempre na casa de banho” (E2).

Estes dados estão em conformidade com as diferenças encontradas na vulnerabilidade ao stresse em função da profissão ( $\chi^2=8,288$ ;  $p=0,016$ ). Em termos proporcionais as mulheres com profissões intelectuais tendem a ser mais vulneráveis ao stresse.

Foram, também, observadas alterações nos afetos conforme descritos em E1, “Sinto-me nervosa e ansiosa pelo facto de no ato sexual molhar a cama e esse fator retrai-me a nível sexual, evitando o contacto e permite o afastamento.” E em E2, “Sinto nervosismo, agitada, irritada e vulnerável com qualquer situação que me seja provocada por qualquer pessoa, aumentando a irritabilidade no dia-a-dia, conjugada com a dor na bexiga e o aumento de peso.”

Comparando, ainda, os resultados da vulnerabilidade ao stresse entre as classes de idade. As mulheres abaixo dos 57 anos apresentam maior vulnerabilidade **no** perfeccionismo ( $t=2,649$ ;  $p=0,009$ ); na inibição ( $t=2,357$ ;  $p=0,019$ ); na condição de vida ( $t=2,207$ ;  $p=0,028$ ); na subjugação ( $t=2,724$ ;  $p=0,007$ ). Também as que residem em zona urbana revelaram ser mais vulneráveis do que as que residem em zona rural ( $\chi^2=3,918$ ;  $p=0,048$ ).

Com efeito, Gee e Payne-Sturges (2004) apontam o stresse como fator importante para o desencadeamento de uma série de doenças sendo que é pesquisado na sua relação com o desenvolvimento de variadas patologias, como também na compreensão dos níveis de adaptação do indivíduo a um dado contexto. O

conhecimento prévio de que alguns indivíduos poderão ser mais susceptíveis à doença, através da identificação do seu grau de vulnerabilidade ao stress, poderá propiciar o desenvolvimento de estratégias de intervenção que visem a promoção de uma maior resistência ao stress.

Desta forma, este conhecimento poderá ser útil no desenvolvimento de políticas de saúde eficazes e programas para prevenir as doenças relacionadas com o stress, redução dos custos dos serviços de saúde e promoção da saúde na população (Folkman & Greer, 2000).

Depois de analisar a vulnerabilidade ao stress passou-se para a análise da qualidade de vida das mulheres com IU que, como definimos no início do nosso estudo, é um dos objetivos principais.

Pode verificar-se que o score global da QDV oscila entre 14 e 91 pontos com uma média de  $\bar{x}=46,03$ . Constatou-se que as mulheres abaixo dos 57 anos apresentam uma QDV de  $\bar{x}=48,65$  e acima dos 58 anos  $\bar{x}=42,59$  com diferenças estatisticamente significativas na limitação física ( $t=2,847$ ;  $p=0,005$ ); nas medidas de gravidade ( $t=2,746$ ;  $p=0,007$ ) e no score global da QDV ( $t=2,224$ ;  $p=0,027$ ). As mulheres com IU acima dos 58 anos têm melhor QDV face à sua limitação física e às suas medidas de gravidade.

Foram, ainda, observadas diferenças estatisticamente significativas na QDV em função da profissão ( $\chi^2=11,338$ ;  $p=0,023$ ). Existe uma percentagem significativa de mulheres com profissões técnicas com QDV moderada.

No que diz respeito à QDV face o nº de filhos foram observadas diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2=16,615$ ;  $p=0,000$ ). Há uma percentagem significativa de mulheres com 1 filho com QDV moderada.

Também quanto ao tipo de parto as diferenças observadas são estatisticamente significativas ( $\chi^2=10,652$ ;  $p=0,005$ ). Há uma percentagem de mulheres que fizeram cesariana que têm QDV fraca.

O impacto da IU revelou associação com a QDV ( $\chi^2=33,869$ ;  $p=0,000$ ). A maioria das mulheres com impacto da IU moderada têm QDV elevada e as mulheres com impacto da IU muito grave têm QDV moderada. Estes resultados, vêm no seguimento de outros estudos existentes apontando o impacto da incontinência urinária como fator que provoca importantes alterações na vida da pessoa acometida, sejam elas de aspeto social ou psicológico. Tais mudanças nos hábitos de vida puderam também ser percebidas no grupo das pacientes acompanhadas. Muitas delas referiram várias alterações nas suas emoções, valendo aqui destacar que a perda de urina dificulta a sua vida de forma elevada.

Foram, ainda, encontrados outros fatores com peso preditivo sobre a QDV das mulheres com IU nomeadamente:

A variação da percepção da saúde deve-se ao nível do IMC, ao perfeccionismo e ao impacto da IU de esforço. De facto, os estudos apontam para os efeitos psicossociais da IU que podem ser assoladores com múltiplos e abrangentes sobre a percepção do estado de saúde, as atividades diárias e a interação social (Vigod e Stewart, 2006).

O impacto da IU é por sua vez influenciado pela vulnerabilidade ao stresse, pela IU de urgência e pela dramatização. E como refere Cordeiro (2008), o impacto da IU demonstra-se em vários aspetos do quotidiano como os de cariz ocupacional, mediante faltas no local de trabalho e dificuldade no cumprimento de horários. Também podem ocorrer limitações físicas impondo a cessação das atividades de lazer, interações sociais e diminuição do convívio familiar.

Por sua vez a limitação no desempenho das tarefas é influenciado pela IU de urgência, pela vulnerabilidade ao stresse, pela dramatização e pelo perfeccionismo.

A propósito da limitação das tarefas as mulheres entrevistadas, também, referiram alguma limitação no que respeita ao impacto a nível profissional. Em E1 pode ler-se: *“Afetou-me ao nível do trabalho, incapacitando-me de realizar determinadas tarefas.”* E em E2, *“Causa-me uma grande instabilidade no trabalho pois desloco-me à casa de banho frequentemente e por vezes as perdas de urina são muito significativas pois não tenho tempo de urinar no WC e como trabalho em casas particulares não tenho condições de me trocar constantemente, perdendo empregos estáveis.”*

De acordo com estudo de Simonetti et al. (2001), a partir do momento em que o impacto da incontinência é suficiente para limitar as atividades físicas e consequentemente a capacidade de trabalhar, a mulher com IU sente que a sua saúde é afetada.

Quanto à limitação física das mulheres com IU observou-se um peso preditivo de 9,1% devido à vulnerabilidade ao stresse e à IU de urgência.

Em conformidade com estes resultados realçamos a informação recolhida na E1 onde as mulheres entrevistadas revelam cansaço nomeadamente *“Sinto-me cansada e desgastada pelo facto de ir à casa de banho recorrente e lavar as mãos frequentes com o medo de cheirar a urina.”*

A severidade de medidas a serem tomadas, como o uso de pensos absorventes, a quantidade de água ingerida, a troca de roupa húmida com urina ou a possibilidade de cheirar a urina, trazem consigo sentimentos de impotência e humilhação mediante a incapacidade de controlar a perda de urina. Estas medidas

tornam-se indicadores de saúde, de funcionamento físico, função social e conseqüentemente da saúde mental, ocorrendo uma alteração do papel social independente da vontade destas mulheres que se sentem cada vez mais vulneráveis e deprimidas (Simonetti et al, 2001).

Também de observou um peso preditivo de 22,2% na limitação social devido ao impacto da IU de urgência, à deprivação, à dramatização e ao perfeccionismo.

Também Azevedo (2004) realça as limitações sociais impostas pela incontinência urinária pois, existem mulheres que evitam encontros sociais e reuniões familiares por terem receio que um incidente, relacionado com a incapacidade de conter urina, revele a sua condição. Ainda, segundo este autor, por vezes deixam de frequentar bailes, cinemas, festas, evitam transportes coletivos e viagens longas, o convívio social deixa de ser agradável e passa a caracterizar-se por algo inseguro e desconfortável.

Relativamente às relações pessoais observou-se uma influência de 9,9% devido à inibição, à idade e à IU de urgência.

Um dos aspetos referenciado pelas mulheres entrevistadas foram as relações com o companheiro, nomeadamente o aspeto sexual. Em E1 pode constar-se que “... *afetou-me significativamente, evitando ter relações sexuais pela preocupação das perdas de urina durante o ato sexual e sentindo-me constrangida, revoltada e frustrada pelo facto de ter a “perceção” de molhar a cama, evitando o contacto com o mesmo apesar do companheirismo estabelecido entre nós dois.*” Assim como em E2, “... *é frustrante e incomodativo, construindo o meu próprio stresse, pelo facto de no ato sexual perder bastante urina e sentir-me ansiosa, irritada e agitada tentando isolar-me e fugir para não me sentir uma incapacitada com o meu companheiro no ato sexual.*”

As emoções por sua vez são influenciadas pela inibição, pela IU de urgência, pela deprivação, pela dramatização, pela carência, num total de 17,8%.

Da mesma forma as mulheres entrevistadas referenciam a parte emocional como um aspeto afetado pela IU pois, em E1 pode ler-se “... *senti-me com baixa autoestima, isolando-me das pessoas e tenho vergonha de comentar o problema perante a sociedade de hoje.*” Também em E2 de pôde observar o impacto emocional “... *afeta-me a nível psicológico, com a sensação de ter fracassado na vida e a vergonha de encarar este problema ao nível da sociedade dos dias de hoje.*”

Para Simonetti et al. (2001) quanto maior a severidade da IU maior o impacto nas emoções e, também, nas limitações das atividades diárias, mantendo um estreito relacionamento com a saúde mental destas mulheres. Estes autores referem, ainda, que quanto maior a gravidade da IU, maior o impacto nas relações pessoais estabelecidas, estando estas relacionadas, em particular, com o companheiro.

---

O sono e energia sofrem influência pela idade, pela carência e pela deprivação, num total de 11,1%. O padrão sono pode ser perturbado devido às limitações impostas pela IU nomeadamente as idas à casa de banho durante a noite influenciando na capacidade de alerta durante o dia e afetando de forma geral todas as atividades desenvolvidas e a sua capacidade emocional (Simonetti et al, 2001).

Relativamente às medidas de gravidade são influenciadas pela dramatização, pela carência, pelo perfeccionismo e pela vulnerabilidade ao stresse. Como referem Rett et al. (2007) o desconforto higiénico é tanto maior quanto maior as medidas de gravidade pois, o medo das perdas de urina e o cheiro da mesma desenvolve uma necessidade de utilizar protetores absorventes e trocar frequentemente de roupa.

Em síntese a qualidade de vida das mulheres com IU é influenciada pelas dimensões associadas à vulnerabilidade ao stresse, nomeadamente a deprivação e dramatização, e, ainda, pelo impacto da IU de urgência. Com efeito, existem diversos estudos que demonstram que a incapacidade de conter urina, nomeadamente um elevado grau de IU de urgência, leva a sintomas de depressão (Azevedo, 2004). As mulheres cultivam o receio de serem consideradas inúteis, de se sentirem humilhadas, resultando em sentimentos de ansiedade e solidão, que culminam numa depressão (Simonetti et al, 2001; Azevedo, 2004; Vigod e Stewart, 2006; Cordeiro, 2008).

Acabamos, assim, de conhecer os fatores de risco para a IU, alguns são evitáveis e outros não. O importante é ter conhecimento do que pode aumentar o risco para pensar na prevenção. E é aqui que a intervenção do enfermeiro tem um papel fundamental.

Na assistência à saúde da mulher, é necessária a identificação do problema e de seus fatores de risco, bem como a inclusão de intervenções para prevenção, diagnóstico e tratamento relacionados à perda urinária feminina.

## CONCLUSÕES

A incontinência urinária é definida como a perda involuntária de urina que causa constrangimento social e problema higiénico, independente do sexo e idade, havendo predominância no género feminino e idade acima dos 60 anos. É importante ressaltar que a incontinência urinária não faz parte do processo natural do envelhecimento, embora este cause alterações funcionais e estruturais no trato urinário, predispondo à incontinência urinária, impacto sobre a qualidade de vida do indivíduo. Assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida de portadores de incontinência urinária.

Deste modo, tal como evidenciámos, através dos resultados do estudo empírico, embora de carácter exploratório, é possível estabelecer um certo paralelismo entre o impacto da incontinência urinária nas mulheres e alguns fatores preditores.

Efetivamente encontrámos como fatores de risco para a QDV das mulheres alguns indicadores pessoais, obstétricos, ginecológicos e estilo de vida, o impacto da IU, a valorização da IU e a vulnerabilidade ao stresse.

Caracterização sociodemográfica: as mulheres da nossa amostra enquadram uma média de idades de 58 anos, maioritariamente são portuguesas de raça branca, casadas e com profissões técnicas ou não qualificadas. A maior parte tem uma escolaridade baixa com o 1ºCEB, vivem na aldeia e o seu nível socioeconómico é baixo apresentando rendimentos inferiores a 500 euros.

Caracterização obstétrica: encontrou-se uma média de IMC reveladora de pré-obesidade. A maioria das mulheres esteve grávida 2 vezes ou mais e a maior parte teve 2 filhos ou mais. Os partos foram normais e não tiveram laceração, rasgadura ou corte. A maior parte das mulheres não teve filhos com peso superior a 4Kg.

Caracterização ginecológica: as mulheres perdem urina de forma involuntária e já têm perdas entre 3 a 8 anos. As mulheres acima dos 58 anos estão sentadas mais de 3 horas por dia. Já tiveram pelo menos 2 infeções vaginais ou dermatites e apesar de apresentar IU há alguns anos a maioria não recorreu à cirurgia de correção.

As mulheres com menos de 57 anos usam diariamente mais de 4 pensos absorventes e as mulheres com mais de 58 anos usam menos de 4 pensos absorventes. Fazem os exercícios de Kegel diariamente na tentativa de fortalecer os músculos da vagina.

As mulheres com idades inferiores a 57 anos transportam pesos superiores a 3Kg várias vezes por dia e as que têm mais de 58 anos raramente o fazem.



Caracterização do estilo de vida: a maior parte das mulheres acima dos 58 anos nunca pratica exercício físico e têm uma frequência de consumo diário de água de menos de 1L. Há uma percentagem significativa de mulheres abaixo dos 57 anos que dormem mais de 8 horas.

Impacto da IU: Há uma percentagem significativa de mulheres acima dos 58 anos com IU moderada. As mulheres abaixo dos 57 anos tendem a apresentar valores mais elevados de IU de urgência. As profissões intelectuais e técnicas apresentam IU de esforço. As mulheres com IU de urgência tiveram parto normal. As mulheres com IU grave têm IU de esforço e IU de urgência. Não foi encontrada associação entre a IU de esforço e a IU de urgência quanto ao estado civil, área de residência, IMC, nº de gravidezes e nº de filhos.

Vulnerabilidade ao stresse: As mulheres com IU são não vulneráveis contudo, as mulheres entrevistadas referiram a existência de stresse no trabalho e nos afetos. As mulheres abaixo dos 57 anos apresentam maior vulnerabilidade ao stresse face ao perfeccionismo, inibição, condição de vida e subjugação. As mulheres que residem em zona urbana com profissões intelectuais tendem a ser mais vulneráveis ao stresse.

Qualidade de vida: As mulheres com IU acima dos 58 anos têm melhor QDV face à sua limitação física e às suas medidas de gravidade.

As mulheres com QDV moderada têm profissões técnicas, têm 1 filho e têm um impacto de IU muito grave. As mulheres com QDV fraca fizeram cesariana. As mulheres com QDV elevada têm um impacto da IU moderada.

Fatores preditores das dimensões da QDV: (1) percepção da saúde - nível do IMC, perfeccionismo e impacto da IU de esforço; (2) impacto da IU - vulnerabilidade ao stresse, IU de urgência e dramatização; (3) limitação no desempenho das tarefas - IU de urgência, vulnerabilidade ao stresse, dramatização e perfeccionismo; (4) limitação física - vulnerabilidade ao stresse e IU de urgência; (5) limitação social - impacto da IU de urgência, à deprivação, à dramatização e ao perfeccionismo; (6) relações pessoais - inibição, idade e IU de urgência; (7) emoções - inibição, IU de urgência, deprivação, dramatização e carência; (8) sono e energia - idade, carência e deprivação; (9) medidas de gravidade - dramatização, carência, perfeccionismo e vulnerabilidade ao stresse.

Como nos foi dado a observar a qualidade de vida das mulheres com IU é influenciada por um conjunto de fatores nomeadamente, pela idade, profissão, nº de filhos, tipo de parto, impacto da IU, pela deprivação e dramatização associada ao stresse e, ainda, pelo impacto da IU de urgência. Neste estudo, foram identificados os fatores de risco para as mulheres desta amostra e, agora, cabe-nos a nós desenvolver

um projeto de prevenção de diagnóstico e de intervenção no tratamento relacionado com a perda urinária feminina.

## **LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

Seja qual for a natureza de um trabalho, este está sempre sujeito a limitações que o condicionam e podem afetar a sua estrutura e os seus resultados, a limitação temporal que dificulta um maior e melhor aprofundamento e abrangência do estudo e a limitação espaço-geográfica que pode ser condicionante ou impeditiva de uma generalização do estudo.

Sendo o estudo limitado à população de mulheres de três distritos do interior de Portugal, a amostra não é, relativamente, muito significativa. Deste modo, referimos a reduzida dimensão da amostra e as suas especificidades, exigindo da nossa parte, o cuidado relativamente à interpretação dos resultados e nas conclusões a extrair.

Contudo, apesar de alguns condicionalismos, conseguimos recolher os dados que pretendíamos para o estudo, embora sabendo da impossibilidade de generalização dos resultados à população em estudo.

Neste sentido, existem inúmeras potencialidades para a sua continuação e de uma confirmação dos dados obtidos por futuras investigações. Consequentemente, seria oportuno e interessante, a possibilidade de alargar a investigação a outros hospitais do litoral e zonas mais urbanas, em detrimento deste estudo, que foi realizado com uma amostra do interior. Assim, poderíamos inferir se as conclusões retiradas seriam as mesmas ou idênticas.

As respostas a estas e outras questões da mesma índole podem ajudar-nos a reconcetualizar e a reconstruir certos aspetos da investigação que, fora do alcance desta dissertação, pensaremos levar a cabo.

Consideramos que temos muito ainda a aprender, a refletir e a mudar na nossa prática de enfermagem no que diz respeito à operacionalização das nossas competências aquando dos contactos com estas mulheres com incontinência urinária. Perante todas as dúvidas e interrogações que nos suscitaram na elaboração deste trabalho, podemos afirmar convictamente que a reflexão, discussão e análise feitas contribuíram para o melhoramento do nosso conhecimento acerca das competências pessoais e profissionais, integradas num perfil de desempenho individual mas direcionado para a prevenção e educação, num trabalho colaborativo e articulado com as pacientes no hospital e em casa. Resta-nos acreditar na possibilidade desta viabilização!



## BIBLIOGRAFIA

- Agostinho, A.D.; Amaro, J.L.; Trindade, J.C.S. (2005). Epidemiologia da Incontinência Urinária Feminina. In: AMARO, J.L. *Reabilitação do assoalho pélvico nas disfunções urinárias e anorretais*. São Paulo: Segmento Farma; p.328
- Albuquerque, Carlos Manuel de Sousa (1999). *Características psicológicas associadas à saúde em estudantes do ensino superior: saúde e doença*. 1ª Ed. Coimbra.
- Allison, S. E. (2008). *Memorial to Dorothea Orem*. Self-Care, Dependent-Care & Nursing, 16(2); pp.3-4.
- Azevedo, A. A. (2005). *Incontinência Urinária: Impacto no Feminino*. Coimbra: Formasau.
- Basto, M. L. (1998). *Da Intenção de Mudar à Mudança: Um Caso de Intervenção num Grupo de Enfermeiras*. Lisboa: Rei dos Livros.
- Bernardes, N.O. et al. (2000). Métodos de tratamento utilizados na incontinência urinária de esforço genuína: um estudo comparativo entre cinesioterapia e eletroestimulação endovaginal. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*; 22(1), pp.49-54.
- Borba AMC, Lelis MACS, Bretas, ACP (2008). Significado de ter incontinência e ser incontinente na visão das mulheres. *Texto Contexto Enferm [online]*. Ago-Out [acesso 2013 Jan 11]; 17(3): Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000300014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000300014)
- Botelho F.; Silva C.; Cruz F. (2007). *Medicina Familiar*. *Acta Urológica*; 24(1); pp.79-82. Serviço de Urologia do Hospital de S. João / Faculdade de Medicina do Porto. Consultado em 25 de janeiro de 2013 em: <http://www.apurologia.pt/acta/1-2007/inc-urin-fem.pdf>

- Brown JS, Seeley DG, Fong J, Black DM, Ensrud KE, Grady D. (1996). Urinary incontinence in older women: who is at risk? *Obstet Gynecol.* 87(5 Pt 1):715-21.
- Brown JS, Grady D, Ouslander JG, Herzog AR, Varner RE, Posner SF. (1999). Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in postmenopausal women. *Obstet Gynecol.* 1999; 94(1); pp.66-70.
- Brown SJ, Sawaya G, Thom DH, Grady D. (2000). Hysterectomy and urinary incontinence: a systematic review. *Lancet.* 356(9229):535-9.
- Butler RN, Maby JI, Montella JM, Young GPH. (1999). Urinary incontinence: keys to diagnosis of the older woman. *Geriatrics.* 1999;54(10); pp.22-30.
- Caetano, A.S.; Tavares, M.C.G.C.F.; Lopes, M.H.B.M. (2007). Urinary incontinence and physical activity practice. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 13(4); pp.270-274.
- Carmo, H., e Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação. Guia para a Autoaprendizagem.* Lisboa: Universidade Aberta.
- Chalifour, J. (1989). *La Relation d'Aide en Soins Infirmiers: Une Perspective Holistique-Humaniste.* Boucherville: Gaetan Morin Editeur.
- Chiarapa, T.R.; Cacho, D.P.; Alves, A.F.D. (2007). Avaliação Cinético Funcional. Incontinência urinária feminina: assistência fisioterapêutica e multidisciplinar. São Paulo: Livraria Médica Paulista; p.236.
- Cordeiro, G. (2008). Qualidade de Vida na Perspectiva de Mulheres Climatéricas com Incontinência Urinária. São Luís – MA. Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão para a obtenção do Grau de Mestre.
- Costa, M. A. M. (1998). *Enfermeiros dos Percursos de Formação à Produção de Cuidados.* Lisboa: Fim de Século.
- Couvreur, Chantal (2001). *A Qualidade de Vida: Arte para viver no século XXI.* Loures: Lusociência.
-

- Cunha, A. I. G.; Cardoso, L. A. O.; Oliveira, V.C.T. (2005). *Autocuidado: Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem*. Sinais Vitais; (61); pp.36-40.
- Dellú, M.C.; Zácara, P.M.D.; Schmitt, A.C.B. (2008). Prevalence of urinary symptoms and associated obstetric factors in adult women. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 12(6); pp.482-87, 2008.
- Diogo, D' Élbox José Maria; Neri, Liberalesso Anita; Cachioni, Meire (2004). *Saúde e Qualidade de vida na Velhice*. Alínea Editora.
- Elving LB, Foldspang A, Lam GW, Mommsen S. (1989). Descriptive epidemiology of urinary incontinence in 3,100 women age 30-59. *Scand J Urol Nephrol Suppl.*;125:37-43.
- Fantl JA, Cardozo L, McClisch D. (1994). Estrogen therapy in the management of urinary incontinence in postmenopausal women: a meta-analysis. First report of the hormones and urogenital therapy committee. *Obstet Gynecol.* 83(1):12-8.
- Feathers, R. L. (1992). *Teoría de Enfermería de Autocuidado de Orem: Modelos conceptuales de enfermería*. Barcelona: Ediciones Doyma.
- Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos e Pinzon (2000). Avaliação da qualidade de vida. *Revista de Saúde Pública*, 34(2); pp.178-83. Consultado no dia 12 de janeiro de 2013, em [www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp)
- Folkman, S. & Greer, S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *PsychoOncology*, 9, 11-19, Folkman, S. & Moskowitz, J. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55(6), 647-654.
- Fonseca ESM, Camargo ALM, Castro RA, Sartori MGF, Fonseca MCM, Lima GR, et al. (2005). Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras. *Rev Bras Ginecol Obstet.* Mai; 27(5); pp.235-42.

- Fortin, M., F. (2003). *O processo de investigação: Da concepção à realização* (3.<sup>a</sup> Ed.). Loures: Lusociência.
- Freitas, E. V et al. (2002). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Gee, G. C., e Payne-Sturges, D. C. (2004). Environmental health disparities: A framework integrating psychosocial and environment concepts. *Environmental Health Perspectives*, 112(17); pp.1645-1653.
- Ghiglione, R. e Matalon, B. (1993). *O Inquérito. Teoria e Prática*. (2<sup>a</sup> ed.). Oeiras: Celta.
- Guarisi T, Pinto-Neto AM, Pedro AO, Faundes A. (1997). Fatores associados à prevalência de sintomas urinários em mulheres climatéricas. *Rev Bras Ginecol Obst* (19); pp. 589-96.
- Guarisi,T.; Pinto, N.A.M.; Osis, M.J.; Paiva, L.H.C.; Faúndes, A. (2001). Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública*, v. 35, pp. 428-435.
- Hanucharunkul, S. (1989). Comparative Analysis of Orem's and King's Theories. *Journal of Advanced Nursing*, 14(5), pp.365-372.
- Higa, R.; Lopes, M. H. B. M.; Reis, M.J. (2008). Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(1): pp.187-192.
- Higa, R.; Lopes, M.H.B.M. (2005). Fatores associados com a incontinência urinária na mulher. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(4); pp.422-428.
- Kikuchi, A. et al. (2007). Association between physical activity and urinary incontinence in a community-based elderly population aged 70 years and over. *European Urology*, 52(1); pp.868-875.

- Krue S, Jensen H, Agger AO, Rasmussen KL. (1997). The influence of infant birth weight on post partum stress incontinence in obese women. *Arch Gynecol Obstet.* 259(3):143-45.
- Leon, M. I. W. H. (2001). A eficácia de um programa cinesioterapêutico para mulheres idosas com incontinência urinária. *Fisioterapia Brasil*, São Paulo, ano 2, n. 2, mar./abr.
- Lopes, M.; Higa, R. (2005). Desenvolvimento de Sistema Especialista em Diagnóstico de Enfermagem relacionados à Eliminação Urinária. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 58(1); pp.27-32.
- Lautenschläger, M.; Arruda, R.; Figueiredo, R.; Ribeiro, R. (2011). Incontinência Urinária. Adaptação do livro *Clínica Médica: Dos sinais e sintomas ao diagnóstico e tratamento*. Barueli: Manolo, 2007. Consultado no dia 12 de janeiro de 2013 em [http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/3987/incontinencia\\_urinaria.htm](http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/3987/incontinencia_urinaria.htm)
- Maroco J. e Bispo, R. (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Manuais Universitários. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Milsom I, Ekelund P, Molander U, Arvidsson L, Areskoug B. (1993). The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. *J Urol.* 149(6):1459-62.
- Moalli PA, Ivy SJ, Meyn LA, Zyczynski HM. Risk factor associated with pelvic floor disorders in women undergoing surgical repair. *Obstet Gynecol.* 101(5): 869-74.
- Moreno, A.L. (2004). Avaliação Fisioterapêutica. *Fisioterapia em Uroginecologia*. São Paulo: Manole; p.187.
- Moore, J. B. [et.al.] (2007). The Effect of a Nutrition Education Program on the Nutrition Self-Care Practices of Nicaraguan Adolescent Girls and the Nutrition Dependent-Care Practices of their Mothers. *Self-Care & Dependent-Care Nursing*, 15(1);pp. 6-11.



- Pauls, J. (2002). Incontinência Urinária e Comprometimento do Assoalho Pélvico no Idosos. In: GUCCIONE, A.A. *Fisioterapia geriátrica*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p.470.
- Parazzini F, Colli E, Origgi G, Surace M, Bianchi M, Benzi G, et al. (2000). Risk factors for urinary incontinence in women. *Eur Urol*. 37(6):637-43.
- Penn C, Lekan-Rutledge D, Joers AM, Stolley JM, Amhof NV. (1996). Assessment of urinary incontinence. *J Gerontol Nurs*. 22(1):8-19.
- Persson J, Hanssen PW, Rydhstroem H. (2000). Obstetric risk factors for stress urinary incontinence: a populationbased study. *Obstet Gynecol*. 96(3):440-5.
- Pestana, M., H. e Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pickles, B. et al. (2002). *Fisioterapia na terceira idade*. 2. ed. São Paulo: Santos.
- Reis, R. B. et al. (2003). Incontinência urinária no idoso. *Acta Cirúrgica Brasileira*, São Paulo v. 18, supl. 5.
- Rett, Mariana, et al. (2007): Qualidade de vida em mulheres após tratamento da IUE com fisioterapia. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. Vol. 29, nº3, pp. 134-140.
- Rodrigues, R.; Mendes, M. (1994). Incontinência Urinária em Idosos: Proposta para a Conduta da Enfermeira. *Revista Latino-am. Enfermagem*. 2(2);pp. 5-20.
- Santos WN, Feitosa J A, Oliveira FC, Oliveira Filho M, Almeida FML, Medeiros FC. (1994). Efeitos da obesidade sobre a função urinária na mulher. *RBGO*; 16(5); pp.175-8.
- Taylor, S. (2004). *Teóricas de Enfermagem e sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª ed. Loures: Lusociência.
- Tomey, A.; Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª Edição. Loures: Lusociência.

- Sampieri, H. R.; Fernández C., C. e Baptista L., P. (1997). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Shin, C. (2007). IOS New Scholar Paper: Linking Specific Self-Care: Deficit Nursing Theory Concepts with the Literature on Family Dinner. *Self-Care & Dependent-Care Nursing*, 15(1); pp.12-20.
- Simonetti, R. [et.al.] (2001). Incontinência Urinária em Idosos: Impacto Social e Tratamento. *A Terceira Idade*. 12:23, 53-69.
- WHOQOL (1994). The Whoqol Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument. In: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; pp.41-60.
- Vala, J. (1986). *A análise de Conteúdo*. In *Metodologia das Ciências Sociais*. Santos Silva, A.; Madureira Pinho J. (Eds). Edição afrontamento. Porto.
- Vaz Serra, A. (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*. Coimbra, Vol. 21, nº4,, pp.279-308;
- Vigod, S.; Stewart, D. (2006). Major Depression in Female Urinary Incontinence. *Psychosomatics*. 47:2, 147-151.



## **ANEXOS / APÊNDICES**



## ANEXOS

### Anexo 1. Declaração da orientadora.

---

#### DECLARAÇÃO

Eu, Prof. Doutora Paula Alexandra de Andrade Batista Nelas, declaro ser orientadora da investigação subordinada ao tema "*Qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária*", da estudante Andreia catarina da Cruz Dias do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Declaro ainda que o protocolo de investigação que permite obter dados para a realização da investigação se enquadra em contexto académico.

O Orientador Científico

*Paula Alexandra de Andrade Batista Nelas*

(Prof. Doutora Paula Nelas)

## Anexo 2. Questionário/Escalas

---

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 Ginecologia

**Investigador Principal:** Professora Paula Nelas

**Investigador Colaborador:** Andreia Dias

**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 Paula Nelas, 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 questões que lhe são colocadas. As respostas são rigorosas, confidenciais e anónimas, servindo para tratamento estatístico.

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

Gratos pela sua colaboração.

Viseu 2012.

## I - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos
2. Raça/etnia: Branca  Negra  Outra  Qual? \_\_\_\_\_
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. Perde urina contra a sua vontade? Sim  Não   
Se sim, 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 dejeções? Diariamente  De 2 em 2 dias  Semanalmente
4. Fuma? Não  Sim  Se sim, quantos cigarros por dia? \_\_\_\_\_cigarros
5. Ingere 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 a cada questão, colocando uma cruz, na opção que melhor se adequa a si.

	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?   <sub>1</sub>   <sub>2</sub>   <sub>3</sub>   <sub>4</sub>   <sub>5</sub>
- Nada   Um Pouco   Mais ou Menos   Muito
2. Em que medida a perda de urina dificulta a sua vida?   <sub>1</sub>   <sub>2</sub>   <sub>3</sub>   <sub>4</sub>

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

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

**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"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
b) A perda de urina afecta a sua vida sexual?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
c) A perda de urina afecta a sua vida familiar?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

**6. Emoções**

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

**7. Sono/Energia**

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

**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"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
b) Controla a quantidade de líquidos que bebe?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
c) Necessita de trocar a sua roupa íntima (cuecas), quando fica molhada?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
d) Preocupa-se quando está a cheirar a urina?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

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

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

**9. Em que medida alguma destas situações abaixo descritas acontecem consigo? Sem sim, quantifique.**

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

Sem Sim, quais?

## IX – VULNERABILIDADE AO STRESS 23 QVS

Responda a cada questão, colocando uma cruz, na opção que considera mais adequada à sua forma de sentir

	Concordo em absoluto	Concordo bastante	Nem concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo em absoluto
1 - Sou uma pessoa determinada na resolução dos meus problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Tenho dificuldade em me relacionar com pessoas desconhecidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Quando tenho problemas que me incomodam posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Costumo dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades pessoais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Preocupo-me facilmente com os contratempos do dia-a-dia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Quando tenho um problema para resolver usualmente consigo alguém que me possa ajudar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Dou e recebo afecto com regularidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 - É raro deixar-me abater pelos acontecimentos desagradáveis que me ocorrem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 - Perante as dificuldades do dia-a-dia sou mais para me queixar do que para me esforçar para as resolver.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Sou um indivíduo que se enerva com facilidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - Na maior parte dos casos as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - Quando me criticam tenho tendência a sentir-me culpabilizado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 - As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 - Dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas do que às minhas próprias necessidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 - Prefiro calar-me do que contrariar alguém no que está a dizer, mesmo que não tenha razão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 - Fico nervosa e aborrecida quando não me saio tão bem quanto esperava a realizar as minhas tarefas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 - Há em mim aspectos desagradáveis que levam ao afastamento das outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 - Nas alturas oportunas custa-me exprimir abertamente aquilo que sinto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 - Fico nervosa e aborrecida se não obtenho de forma imediata aquilo que quero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 - Sou um tipo de pessoa que, devido ao sentido de humor, é capaz de se rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe ocorrem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 - O dinheiro de que posso dispor mal me dá para as despesas essenciais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 - Perante os problemas da minha vida sou mais para fugir do que para lutar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 - Sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## GUIÃO DA ENTREVISTA

---

### DADOS PESSOAIS

Idade: -----  
Estado Civil: -----  
Profissão: -----  
Nº de vezes que esteve grávida: -----  
Nº de filhos: -----  
Tipo (s) de partos: -----  
Complicações durante o parto: -----  
Tempo de diagnóstico da IU: -----  
Tipo de IU: -----  
Frequência com que perde urina: -----  
Situações em que perde urina: -----  
Já foi submetida a intervenções? Qual (quais)? -----

---

### DADOS SOBRE O IMPACTO DA IU

- A incontinência Urinária, com os seus sintomas associados, causa-lhe um significativo impacto na qualidade de vida? A que níveis?

### DADOS SOBRE A VULNERABILIDADE AO STRESSE

- Considera que a Incontinência Urinária a leva a estar mais predisposta a estados de stresse elevados?

### DADOS SOBRE A INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM

- Como caracteriza a intervenção do profissional de saúde sobretudo enfermeiros, face a toda a sua situação?
- A intervenção dos profissionais de saúde tem estado à altura do que espera, ajudando-a a ultrapassar este seu problema ou a minimizá-lo? De que modo?

## PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DA ESCALA 23QVS

---

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

**Assunto:** Pedido de autorização para a aplicação da Escala de Vulnerabilidade ao Stress (23 QVS).

Andreia Catarina da Cruz Dias, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, na Escola Superior de Saúde de Viseu, a realizar um trabalho de investigação intitulado: “A Qualidade de Vida das Mulheres com Incontinência Urinária”, venho por este meio solicitar a vossa autorização para a aplicação da Escala 23 QVS.

Grata pela sua disponibilidade e atenção, apresento os melhores cumprimentos e um obrigado.

Guarda, 13 de Novembro de 2012

Andreia Catarina da Cruz Dias  
-----

Professor Doutor Adriano Vaz Serra  
Rua Pinheiro Chagas, n.º 56  
3000-333 Coimbra

Ex.ma Senhora  
D. Andreia Catarina da Cruz Dias,  
Rua Rasa - Lote N.º 18;  
6300-402 Guarda.

D. Andreia Catarina,

Junto lhe envio tudo quanto é necessário respeitante à Escala 23QVS, ao Inventário Clínico de Auto-Conceito e ao Inventário Depressivo de Beck.

Quando receber tudo o que lhe mando informe-me por mail: [adriano.vazserra@gmail.com](mailto:adriano.vazserra@gmail.com) se chegou tudo em boas condições.

Desejando os melhores êxitos para o seu trabalho, aceite as melhores saudações de

Coimbra, 23 de Novembro de 2012



Anexo 6. Pedido de autorização à Direção dos Hospitais para aplicação dos questionários.

Ref.N.º/ Anó - Dt Registo  
8530 / 2012 - 06-06-2012

S. R.



Ministério da Educação e Ciência  
Instituto Politécnico de Viseu  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**

08 JUN 2012  
Prof. Doutor Miguel Castelo Branco  
Presidente do Conselho de Administração

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º102  
3500-843 VISEU  
Telf. 232 419 400  
Telem. 961 011 800  
Fax 232 428 343

Centro Hospitalar Cova da Beira  
Praxeia em reunião  
Em: 04/06/2012  
Despacho: [assinatura]

Presidente do C.A.  
Prof.ª Dra. Anabela Almeida

Mogel do C.A.  
Técnica Superior Orminda Susana

Directora Clínica  
Dra. Rosa Mário Galvão

Enfermeiro Chefe  
En.ª Anália João Rodrigues

Exmo. Senhor  
Presidente do Conselho de Administração  
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE  
Serviço de Ginecologia  
Quinta do Alvíto  
6200-251 COVILHÃ

VOSSA REFERÊNCIA

Ofício n.º: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
Processo: \_\_\_\_\_

NOSSA REFERÊNCIA

Ofício n.º 546 Data: 04/06/2012  
Processo: 70

**Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR A COLHEITA DE DADOS**

Na resposta indicar a vossa referência. Em cada ofício tratar só de um assunto

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a mestranda Andreia Catarina da Cruz Dias integrada no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia estão a desenvolver o estudo de investigação "Qualidade de Vida das Mulheres com Incontinência Urinária". Os objectivos do estudo são: Avaliar a qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária; Analisar em que medida as variáveis sociodemográficas, obstétricas e ginecológicas interferem a qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária; Verificar se os estilos de vida têm efeito significativo na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária; Analisar a influência do tipo de incontinência urinária na qualidade de vida das mulheres; Determinar se o estado depressivo influencia a qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária; Analisar se a vulnerabilidade ao stress influencia a qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª que se digne autorizar a realização da colheita de dados/informação no Serviço de Ginecologia, durante o período de Fevereiro a Julho de 2012.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados (guião da entrevista).

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside.

Mais informamos que a Professora Paula Nelas é responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível de forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes.

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV,

Prof. Doutor Carlos Pereira

PNAL





Ministério da Saúde

CENTRO HOSPITALAR TONDELA- VISEU, EPE



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

RECEBIMOS 12 JUN 12

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<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup> 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 a colaboração às utentes e informá-las do direito à recusa se assim o entenderem.

Com os melhores cumprimentos, *Assinar*

A Enf.<sup>a</sup> Directora

*Cassilda Neves*  
(Cassilda Neves)

Anexo 7. Pedido de parecer à comissão de ética para aplicação dos questionários.



[  
Exma. Senhora  
Enf. Andreia Catarina da Cruz Dias  
Serviço de Medicina A  
ULS - Guarda  
]

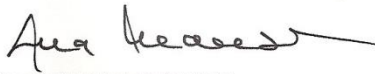
Sua referência / / Sua comunicação de Nossa referência: 5343 Data, 27/06/2012

**ASSUNTO: Pedido de parecer para aplicação de um questionário no âmbito do estudo:  
"Qualidade de Vida das Mulheres com Incontinência Urinária".**

Relativamente ao pedido de autorização de V. Exa. para aplicação de um questionário no âmbito do estudo: "Qualidade de Vida das Mulheres com Incontinência Urinária", e de acordo com o parecer da Comissão de Ética, de que nada tem a opor á sua concretização, informo que o mesmo se encontra autorizado.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente do Conselho de Administração

  
\_\_\_\_\_  
(Dra. Ana Manso)

## Anexo 8. Testemunho da participante da Guarda.

### A Incontinência Urinária:

A Incontinência Urinária é a perda involuntária de urina, nos causa um desconforto horrível, estando na ignorância do conhecimento do que é? O que tenho?

Após o aparecimento da perda de urina sofri em silêncio durante um ano, pensava que era uma doença que não tinha cura. O conhecimento do que era a IU foi com o médico, que ao me ter sido relevada a notícia foi um impacto negativo na minha vida, e após várias consultas ao me ter sido explicado o que era a IU não me sentia tão só naquele “cantinho obscuro”...

A nível pessoal, entrei em pânico pessoal por me sentir envergonhada, triste, deprimida e ocultando a verdade do problema durante este tempo, isolando-me das pessoas e sentir vergonha de comentar no assunto ainda nos dias de hoje.

A nível profissional afectou-me a vida no trabalho, a preocupação e o modo de me sentir “molhada”, cheirar a urina ao pé das outras pessoas, mentindo a mim própria sobre a realidade do dia-a-dia. Incapacitou-me de realizar determinadas tarefas sentindo-me cansada e desgastada pelo facto de ir ao WC recorrente e lavar as mãos frequentemente com o medo do cheiro.

A nível sexual afectou-me significativamente, evitando de ter relações sexuais pela preocupação das perdas de urina durante o acto sexual. Sentia-me constrangida, revoltada e frustrada pelo facto de ter a percepção de “molhar a cama”, evitando o contacto de ter relações com o meu companheiro.

A nível familiar escondi a verdade perante as filhas para ocultar a vergonha da perda de urina, improvisando desculpas para fundamentar o contacto familiar.

Em relação aos profissionais de saúde, os Enfermeiros em questão, no meu ponto de vista era dar apoio psicológico e emocional para ultrapassar a barreira da ignorância; informar e prevenir para uma melhoria da qualidade de vida das mulheres.

Em suma, a IU é um tabu do silêncio, um sentimento mono desprezado... a vergonha das mulheres nos dias de hoje...

Testemunho de doente Vila Nova de Foz Côa – F.R. (Guarda)

## Anexo 9. Testemunho da participante de Viseu.

O que é incontinência urinária: (Viseu)

Incontinência urinária é uma perda involuntária de urina, nos causa um desconforto horrível.

A nível profissional causa-nos uma instabilidade muito má, passamos a vida na casa de banho e por vezes nem temos tempo de lá chegar.

É muito incomodo porque estou sempre urinada basta um pequenino gesto para a urina sair, é sentimo-nos mal e claro para uma pessoa como eu que trabalha em casas particulares não tenho condições para estar sempre a trocar-me.

A nível profissional já perdi algum trabalho porque passava a vida a correr para a casa de banho e era um pouco gozada por colegas porque a farda ficava urinada.

Sinto – me mal perante este problema porque me afeta a vida profissional, familiar e principalmente a minha relação, fico envergonhada e psicologicamente afeta- me imenso, é uma sensação de falha fracasso.

A nível familiar é muito frustrante porque até os meus filhos comentam em casa quando reparam que perdi urina.

Em família por vezes evito passeios longos porque passo a vida a parar porque tenho que correr para a casa de banho, é saturante.

A nível sexual é frustrante porque no ato sexual perco bastante urina e deixa-me sem vontade de nada tento por vezes fugir para não ficar mal sinto-me incapaz.

Os conhecimentos que tenho sobre a doença é que primeiro devemos procurar o médico não deixando arrastar o problema, tomar a medicação que nos é dada, neste caso tomo spasmolex 3 vezes ao dia, mas não faz muito efeito e tenho que fazer os exercícios que nos mandam par tentar segurar o músculo da bexiga.

O que acho acerca dos profissionais de saúde é que por vezes nos deixam inseguros quanto á operação e deixam arrastar um pouco a situação, podiam por vezes acelerar as cirurgias ou um tratamento mais rápido porque até pelas consultas se espera muito.