



e s c o l a superior de  
enfermagem  
de coimbra

---

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA**

**Qualidade de vida da mulher com incontinência urinária  
no período pré e pós-menopausa: estudo de fatores associados**

Cláudia Patrícia Jorge Marques

Coimbra, maio de 2017





e s c o l a superior de  
enfermagem  
de coimbra

---

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA**

### **Qualidade de vida da mulher com incontinência urinária no período pré e pós-menopausa: estudo de fatores associados**

Cláudia Patrícia Jorge Marques

Orientadora: Professora Doutora Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes,

Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

para obtenção do grau de Mestre em

Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**Coimbra, maio de 2017**



***“Sem sonhos, a vida não tem brilho.***

***Sem metas, os sonhos não têm alicerces.***

***Sem prioridades, os sonhos não se tornam reais.”***

(Augusto Cury)



**À minha Princesa, Patrícia,**

**Que mesmo nos momentos que a privei da minha presença,**

**ela esteve sempre no meu coração.**



## **AGRADECIMENTOS**

A realização de um trabalho de investigação é um processo longo e com alguns obstáculos pelo caminho o que exige um grande espírito de sacrifício aliado à procura do saber. Assim, este percurso não teria sido possível sem a preciosa ajuda de várias pessoas, e desta forma, gostaria de expressar aqui os meus sinceros agradecimentos:

- À Maternidade Bissaya Barreto - CHUC, em especial ao Serviço de Ginecologia B pela disponibilidade com que colaborou, permitindo a realização deste estudo;
- A todas as mulheres que participaram no estudo, e que desta forma tornaram possível a realização deste trabalho;
- À orientadora de todo o este meu percurso, Professora Doutora Isabel Margarida, pela disponibilidade, pela sabedoria, pelos momentos de acompanhamento e partilha de saberes, pela sinceridade, pelo incentivo e confiança demonstrada, pela exigência instituída, por possibilitar o meu desenvolvimento pessoal e profissional neste meu percurso académico e pela boa disposição, com que me brindou durante todo este tempo.
- Aos Colegas de Serviço pela sua amizade, pelas palavras de motivação e incentivo e pela disponibilidade que sempre demonstraram para me ajudar.
- À minha Família pelo apoio, incentivo, ajuda e compreensão ao longo de todo este percurso.

A todos os que contribuíram para a realização deste trabalho.

**O MEU MUITO OBRIGADO!**



## **LISTA DE SIGLAS**

ANOVA – Teste da Análise de Variância Unifactorial

CES – Comissão de Ética para a Saúde

CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CONTILIFE - *Questionnaire d'évaluation de la Qualité de Vie liée à l'incontinence urinaire de la femme*

EMPP – Exercício dos Músculos do Pavimento Pélvico

EPE – Entidade Publica Empresarial

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ESMO – Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

ICN – *International Council of Nurses*

ICQ-SF – *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form*

IU - Incontinência Urinária

IUE - Incontinência Urinária de Esforço

IUU - Incontinência Urinária de Urgência

IUM - Incontinência Urinária Mista

IMC - Índice de Massa Corporal

MBB – Maternidade Bissaya Barreto

OMS - Organização Mundial de Saúde

QdV - Qualidade de Vida

QVRS - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

RN – Recém-Nascido

SIC - Sociedade Internacional de Continência

SNC – Sistema Nervoso Central

SNP – Sistema Nervoso Periférico

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

TP – Trabalho de Parto

V.D. – Variável dependente

V.I. – Variável independente

## RESUMO

**Problemática:** O estudo da Incontinência Urinária (IU) e do seu impacto na qualidade de vida (QdV) das mulheres tem vindo a assumir progressivamente relevância na área da saúde sexual e reprodutiva. **Objetivos:** Descrever a QdV das mulheres com IU no período pré e pós-menopausa; analisar em que medida variáveis sociodemográficas, obstétricas, ginecológicas e estilo de vida influenciam a QdV das mulheres com IU no período pré e pós-menopausa; analisar a influência do tipo de IU na QdV das mulheres no período pré e pós-menopausa; e analisar a influência do impacto da IU na QdV das mulheres no período pré e pós-menopausa. **Metodologia:** Estudo quantitativo, transversal do tipo descritivo-correlacional, com uma amostra não probabilística acidental constituída por 91 mulheres com IU internadas num serviço de ginecologia, após autorização da Comissão de Ética da referida Instituição. A recolha de dados consistiu na aplicação de um questionário por autopreenchimento, após consentimento informado das participantes, constituído por questões de caracterização sociodemográfica, obstétrica, ginecológica, estilos de vida e a versão portuguesa do “*Questionnaire d’évaluation de la Qualité de Vie liée à l’incontinence urinaire de la femme*” CONTILIFE® de Paiva, Silva e Robalo, (2010). **Resultados:** Salienta-se que a IU teve um **impacto moderado** na QdV global das mulheres (5,38 em 10), sendo que as perdas de urina tiveram **impacto elevado** na QdV nas dimensões “qualidade de vida em geral” com (4,25 em 10), “situações de esforço” com (4,43 em 10) e o “impacto emocional” com (4,6 em 10), e um **impacto moderado** na qualidade de vida nas dimensões “auto-imagem” com (5,2 em 10), “sexualidade” com (5,95 em 10) e “atividades quotidianas” com (6,4 em 10). A evidência gerada pelo estudo revela a QdV das mulheres com IU é influenciada pelo estado civil, situação profissional, tipo de parto, lesões pélvicas no parto, peso do recém-nascido à nascença, anos de perda de urina; primeira instancia a que recorreu (profissional de saúde), o momento da vida de início de perda de urina, prática de exercício físico, medicação realizada, frequência perda de urina, quantidade perda de urina; interferência da perda de urina, situações de perda de urina e tipo de IU. **Conclusão:** A amostra em estudo demonstrou que as mulheres com IUE apresentam melhor QdV que as mulheres com IUM, sendo que a IU tem um maior impacto na sua QdV das mulheres em pré-menopausa (<= a 49 anos) ao contrário do que se verificou nas mulheres em pós-menopausa (>= a 50 anos) em que a IU tem menor impacto.

**Palavras-chave:** Incontinência Urinária, Qualidade de Vida, Saúde da mulher, Cuidados de Enfermagem



## ABSTRACT

**Problematic:** The study of Urinary Incontinence (UI) and its impact on the quality of life (QoL) of women has become progressively relevant in the area of sexual and reproductive health **Objectives:** To describe the quality of life (QoL) of women with UI in the pre and postmenopausal period; To analyze to what extent sociodemographic, obstetric, gynecological and lifestyle variables influence the QoL of women with UI in the pre and postmenopausal period; And to analyze the influence of the impact of UI on the QoL of pre and postmenopausal women. **Methodology:** a descriptive-correlational cross-sectional study with a non-probabilistic sample of 91 women with UI admitted to a gynecology service, after authorization from the Institution's Ethics Committee. The data collection consisted of the application of a questionnaire by self-completion, after informed consent of the participants, consisting of sociodemographic, obstetric, gynecological, lifestyle and Portuguese version of the "*Questionnaire d'évaluation de la Qualité de Vie liée à l'incontinence urinaire de la femme*" CONTILIFE® (Paiva, Silva & Robalo, 2010). **Results:** It was observed that UI had a moderate impact on women's overall QoL (5.38 out of 10), with urine losses having a high impact on QoL in the "overall quality of life" dimensions with (4.25 in 10), "stress situations" with (4.43 out of 10) and the "emotional impact" with (4.6 out of 10), And a moderate impact on QoL in the "self-image" dimensions with (5.2 in 10), "sexuality" with (5.95 in 10) and "daily activities" with (6.4 in 10). The evidence generated by the study reveals that the various dimensions of QoL of women with UI are influenced by marital status, professional status, pelvic injuries in labor, birth weight of the newborn, years of urine loss; First instance to which recourse (health professional), the time of life of onset of urine loss, practice of physical exercise, medication performed, frequency of loss of urine, amount of urine loss; interference of urine loss, urine leakage situations and UI type. **Conclusion:** The study sample showed that women with emergency UI had better QoL than women with mix UI, UI having a greater impact on their QoL in premenopausal women ( $\leq 49$  years) than in postmenopausal women ( $> = 50$  years) in which the UI had less impact.

**Key words:** Urinary Incontinence, Quality of Life, Women's Health, Nursing Care



**LISTA DE FIGURAS**

**Pág.**

**Figura 1** – Esquema Conceptual de base do desenho da investigação.....58



## LISTA DE QUADROS

	<b>Pág.</b>
<b>Quadro 1</b> - Resultados de testes de normalidade com correção de significância de Lilliefors.....	75
<b>Quadro 2</b> - Valores de $\alpha$ encontrados para cada dimensão.....	76
<b>Quadro 3</b> - Distribuição da amostra tendo em conta a idade.....	79
<b>Quadro 4</b> - Distribuição da amostra em função da idade no período pré e pós menopausa.....	80
<b>Quadro 5</b> - Caracterização da amostra tendo em conta a raça.....	80
<b>Quadro 6</b> - Caracterização da amostra total tendo em conta a Profissão.....	81
<b>Quadro 7</b> - Estatística relativa ao peso da amostra total.....	82
<b>Quadro 8</b> - Estatística relativa ao peso no período pré e pós menopausa.....	83
<b>Quadro 9</b> - Estatística relativa ao IMC da amostra total.....	83
<b>Quadro 10</b> - Caracterização relativa ao IMC tendo em conta a classificação da OMS.....	83
<b>Quadro 11</b> - Estatística relativa ao número de gestações da amostra total.....	84
<b>Quadro 12</b> - Estatística relativa ao número de filhos da amostra total.....	84
<b>Quadro 13</b> - Caracterização da amostra quanto ao tipo de parto.....	85
<b>Quadro 14</b> - Estatística relativa ao número de horas em trabalho de parto da amostra total.....	86
<b>Quadro 15</b> - Caracterização da amostra quanto às lesões pélvicas no trabalho de parto.....	86
<b>Quadro 16</b> - Caracterização da amostra quanto ao peso da criança á nascença.....	87
<b>Quadro 17</b> - Caracterização da amostra quanto ao local do parto.....	87
<b>Quadro 18</b> - Estatística relativa ao número de horas sentada por dia.....	87
<b>Quadro 19</b> - Estatística relativa aos anos de perda de urina.....	89
<b>Quadro 20</b> - Caracterização da amostra quanto ao Tipo de Incontinência Urinária....	90

<b>Quadro 21</b> - Caracterização da amostra quanto ao tempo que levou a pedir ajuda...90	90
<b>Quadro 22</b> - Estatística relativa às Infecções Vaginais/Dermatites.....90	90
<b>Quadro 23</b> - Caracterização da amostra quanto á cirurgia de correção de incontinência urinária.....91	91
<b>Quadro 24</b> - Caracterização da amostra quanto ao uso de pensos absorventes.....92	92
<b>Quadro 25</b> - Caracterização da amostra quanto ao início da perda de urina associado a momento da vida.....92	92
<b>Quadro 26</b> - Caracterização da amostra quanto ao conhecimento dos exercícios de Kegel .....93	93
<b>Quadro 27</b> - Caracterização da amostra quanto ao transporte de pesos superiores a 3 kg.....94	94
<b>Quadro 28</b> - Estatística relativa às horas de sono.....95	95
<b>Quadro 29</b> - Caraterização se a quantidade de urina que perde interfere na vida da mulher.....98	98
<b>Quadro 30</b> - Classificação de como interfere a perda de urina na vida da mulher.....98	98
<b>Quadro 31</b> - Estatística relativa ao impacto da incontinência urinária.....99	99
<b>Quadro 32</b> - Estatística relativa à dimensão atividade quotidiana.....103	103
<b>Quadro 33</b> - Estatística descritiva relativa à dimensão situações de esforço.....105	105
<b>Quadro 34</b> - Estatística descritiva relativa à dimensão auto-imagem.....108	108
<b>Quadro 35</b> - Estatística descritiva relativa à dimensão impacto emocional.....111	111
<b>Quadro 36</b> - Estatística descritiva relativa à dimensão sexualidade.....112	112
<b>Quadro 37</b> - Estatística descritiva relativa à pontuação final global das 5 dimensões.....113	113
<b>Quadro 38</b> - Estatística descritiva relativa à dimensão Qualidade de Vida em Geral.....114	114

## SUMÁRIO

Pág.

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>Parte I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	
<b>1. ANATOMIA E FIOLOGIA DO SISTEMA URINÁRIO.....</b>	<b>29</b>
1.1 - ANATOMIA DO SISTEMA URINÁRIO.....	29
1.2 - FIOLOGIA DA MICÇÃO.....	30
<b>2. INCONTINÊNCIA URINÁRIA.....</b>	<b>33</b>
2.1 - TIPOS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA.....	36
2.2 - FATORES DE RISCO PARA A INCONTINÊNCIA URINÁRIA.....	37
<b>3. ABORDAGENS TERAPÊUTICAS DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA.....</b>	<b>43</b>
3.1 - ABORDAGEM CONSERVADORA.....	43
3.2 - ABORDAGEM FARMACOLÓGICA E CIRÚRGICA.....	45
<b>4. QUALIDADE DE VIDA DA MULHER COM IU.....</b>	<b>47</b>
<b>5. PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA MULHER COM IU BASEADO NO MODELO TEÓRICO DE DOROTHEA OREM .....</b>	<b>51</b>
<b>Parte II: ESTUDO EMPÍRICO</b>	
<b>1. METODOLOGIA.....</b>	<b>57</b>
1.1 - PROBLEMÁTICA, OBJECTIVOS E A NATUREZA DO ESTUDO.....	59
1.2 - QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	61
1.3 - POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	63
1.4 - OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	65
1.5 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	71
1.6 - PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS.....	74
1.7 - MEDIDAS ESTATÍSTICAS UTILIZADAS.....	74
1.8 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	77

	Pág.
<b>2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</b>	<b>79</b>
2.1 - ANÁLISE DESCRITIVA.....	79
2.1.1 – Caracterização sociodemográfica da amostra.....	79
2.1.2 – Caracterização Obstétrica.....	82
2.1.3 – Caracterização Ginecológica.....	89
2.1.4 – Caracterização dos Estilos de Vida.....	95
2.1.5 – Caracterização do Impacto da Incontinência Urinária – ICIQ-SF <i>Short Form</i> .....	97
2.1.6 – Dimensões de avaliação da qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária (CONTILIFE®).....	101
2.2 - ANÁLISE INFERENCIAL.....	121
<b>3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>135</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>159</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>165</b>

## **ANEXOS**

**ANEXO I** – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

**ANEXO II** – Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências de Saúde: Enfermagem

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I** - Consentimento livre e informado

**APÊNDICE II** - Instrumento de recolha de dados

**APÊNDICE III** – Resposta ao pedido de autorização para uso da versão portuguesa do questionário CONTILIFE®

**APÊNDICE IV** – Resultados descritivos da caracterização sociodemográfica das participantes

**APÊNDICE V** – Resultados descritivos da caracterização obstétrica das participantes

**APÊNDICE VI** – Resultados descritivos da caracterização ginecológica das participantes

**APÊNDICE VII** – Resultados descritivos da caracterização dos estilos de vida das participantes

**APÊNDICE VIII** – Resultados descritivos da caracterização do impacto da incontinência urinária – ICIQ-SF *Short Form*

**APÊNDICE IX** – Resultados descritivos das dimensões de avaliação da qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária (CONTILIFE®)

**APÊNDICE X** – Resultados da Análise Inferencial - **Qual a influência das variáveis sociodemográficas, em estudo, na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária no período pré e pós-menopausa?**

**APÊNDICE XI** – Resultados da Análise Inferencial - **Qual a influência das variáveis obstétricas, em estudo, na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária no período pré e pós-menopausa?**

**APÊNDICE XII** – Resultados da Análise Inferencial - **Qual a influência das variáveis ginecológicas, em estudo, na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária no período pré e pós-menopausa?**

**APÊNDICE XIII** – Resultados da Análise Inferencial - **Qual a influência das variáveis estilos de vida, em estudo, na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária no período pré e pós-menopausa?**

**APÊNDICE XIV** – Resultados da Análise Inferencial - **Qual a influência do impacto da IU na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária no período pré e pós-menopausa?**

**APÊNDICE XV** – Resultados da Análise Inferencial - **Qual a influência do tipo de IU na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária no período pré e pós-menopausa?**

**APÊNDICE XVI** – Resultados da Análise Inferencial - **De que modo a IU influencia a qualidade de vida das mulheres no período pré e pós-menopausa nas várias dimensões?**



## INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) na mulher é uma patologia muito frequente, tendo repercussões significativas na sua qualidade de vida, sendo largamente conhecido o impacto negativo que esta tem nas diversas esferas da vida da mulher como, o social, o psicológico, o físico e o económico, podendo afetar mulheres de todas as idades, quer ao nível da sua saúde, quer ao nível da sua qualidade de vida.

Segundo a literatura a incontinência urinária de esforço (IUE) é o tipo de incontinência mais relevante nas mulheres, tendo um grande impacto ao nível pessoal e social, estando esta associada ao aumento da pressão intra-abdominal sobre a bexiga, causando limitações na realização de atividades de vida diárias como levantar pesos, fazer exercício físico, tossir, espirrar ou rir (Fernandes, 2012).

As mulheres com IU ficam frequentemente afetadas pela condição física o que pode limitar as suas atividades no âmbito social. Isto é, a perda de urina de forma involuntária, provoca alterações fisiológicas ao nível da pele, mucosa genital e do próprio aparelho urinário, levando muitas vezes a um sofrimento físico pelas alterações cutâneas que provoca no indivíduo. A este nível a urina provoca maceração, erosões, gretas, edema e pequenas hemorragias. Este mal-estar leva a que as mulheres adotem muitas vezes mudanças contínuas de posição, necessidade múltipla de cuidados de higiene, e em última instância leva a absentismo ao trabalho e ao isolamento social. Existem ainda várias utentes que perdem o emprego, bem como, as atividades sociais com os amigos e com a família podendo estar restringidas devido aos seus receios relacionados com o cheiro e a disponibilidade de casas de banho, tendo com o consequência a ansiedade, depressão a perda de autoestima. Isto leva a que se desencadeie uma auto-marginalização com efeitos desgastantes e automutilação social. Deste modo, a auto-imagem das mulheres vai-se progressivamente deteriorando sentindo-se pouco atraentes, porque tem tendência a usar roupas mais largas e escuras que não lhes assentam bem. As roupas justas são evitadas, porque podem revelar o uso de absorventes (Azevedo, 2005).

Também no relacionamento sexual a perda de urina, leva a que este seja evitado pelo casal, a qual aliado ao odor próprio da urina, ocasiona muitas vezes repulsa pela proximidade do casal e pelo contacto (Silva, 2008).



De acordo com a pesquisa bibliográfica, é consensual que a IU afeta uma grande percentagem de mulheres e muitas ainda não procuram os cuidados de saúde adequados por influência de tabus e preconceitos já enraizados, em que as mulheres são influenciadas pela vergonha e falta de informação, evitando falar sobre o problema. A IU é um processo que de um modo geral é tratável, mas o facto de grande parte das pessoas acreditar que faz parte do processo natural de envelhecimento e a par com a relutância em falar sobre o assunto, não procuram ajuda para a resolução do problema, não são tratadas e assim acabam por se isolar quer a nível familiar como social (Silva, 2008).

Assim cabe aos profissionais de saúde mudar mentalidades, daí pertinência em estudar a problemática da IU e as suas repercussões na qualidade de vida das mulheres, neste trabalho de investigação, tendo como finalidade uma melhor compreensão de como a IU interfere na QdV da mulher e assim desenvolver estratégias para melhorar os cuidados enfermagem prestados a estas mulheres.

Deste modo, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EESMO), fundamentado nas suas competências, no seu saber, experiência e evidência científica, assume um papel decisivo na prestação de cuidados específicos na prevenção e tratamento da IU, assim como, na melhoria da qualidade de vida das mulheres com esta patologia, com a implementação de intervenções de enfermagem centradas na pessoa.

A forma como a IU afeta a vivência diária das mulheres, os seus projetos de vida e a forma como os percebem é transversal a muitas mulheres. Assim torna-se particularmente importante conhecer as características das mulheres com IU, como forma de se poder adaptar e ajustar as respostas e os apoios necessários para que estas consigam enfrentar a patologia e os efeitos negativos que dela decorrem.

Com base na revisão bibliográfica, das vivências em contexto profissional da investigadora e da necessidade de contribuir para a melhoria da prática dos cuidados emergiu a problemática de investigação: **“Que fatores influenciam a qualidade de vida da mulher com incontinência urinária no período pré e pós-menopausa”**.

Assim de forma a dar resposta à problemática da incontinência urinária e a forma como esta afeta a qualidade de vida das mulheres definiram-se as seguintes **questões de investigação**:

- Qual a influência das variáveis sociodemográficas, obstétricas, ginecológicas e estilos de vida, em estudo, na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária no período pré e pós-menopausa?

- Qual a influência do impacto da IU na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária no período pré e pós-menopausa?
- Qual a influência do tipo de IU na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária no período pré e pós-menopausa?
- De que modo a IU influencia a qualidade de vida das mulheres no período pré e pós-menopausa nas várias dimensões?

Assim, os **objetivos** deste estudo, de natureza quantitativa de cariz descritivo-correlacional, passam por:

- Descrever a qualidade de vida das mulheres com IU no período pré e pós-menopausa;
- Analisar em que medida variáveis sociodemográficas, obstétricas, ginecológicas e estilo de vida influenciam a qualidade de vida das mulheres com IU no período pré e pós-menopausa;
- Analisar a influência do tipo de IU na qualidade de vida das mulheres no período pré e pós-menopausa;
- Analisar a influência do impacto da IU na qualidade de vida das mulheres no período pré e pós-menopausa.

Deste modo, pretende-se, com este trabalho, aprofundar conhecimentos na área da qualidade de vida das mulheres com IU de modo a fundamentar a tomada de decisão em enfermagem, delineando assim intervenções mais ajustada às necessidades das mulheres com IU permitindo assim ajudá-las nos seus projetos de saúde ao longo do seu ciclo de vida melhorando a sua qualidade de vida.

Para a consecução do estudo, procedeu-se à avaliação da qualidade de vida (QdV) de mulheres com IU que passaram pelo serviço de Ginecologia B da Maternidade Bissaya Barreto - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (CHUC) entre abril e setembro de 2016, mediante aplicação de um questionário constituído pelas seguintes partes: caracterização sociodemográfica, obstétrica, ginecológica, estilos de vida, impacto da Incontinência Urinária – ICIQ – SF *Short Form* e questionário de avaliação da qualidade de vida em mulheres com Incontinência Urinária (CONTILIFE®), escala constituída por 6 dimensões distintas que têm como finalidade avaliar o impacto da IU na QdV das mulheres e permite a quantificação que o impacto da IU tem na sua QdV. Da amostra do estudo fizeram parte 91 mulheres com diagnóstico de IU, que após terem conhecimento dos objetivos e finalidade da

investigação, aceitaram participar no mesmo e assinaram o consentimento informados.

No decorrer deste trabalho foram respeitados todos os preceitos éticos inerentes à investigação científica, tendo sido o projeto submetido à Comissão de Ética para a Saúde (CES) do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (CHUC), visto ter sido a instituição escolhida pela investigadora para a recolha dos dados a qual emitiu um parecer favorável à realização da investigação, através do ofício nº CES/O46.

Para a realização deste trabalho, procedeu-se a pesquisa bibliográfica em bases científicas e escrita em livros e periódicos, à recolha de dados da amostra e ao respetivo tratamento estatístico. Deste modo, o presente trabalho encontra-se dividido em duas partes distintas, a primeira parte é constituída pelo enquadramento teórico, que engloba aspetos que permitem um enquadramento à temática da incontinência urinária e sua implicação na sua qualidade de vida da mulher, procurando abranger de forma objetiva e sistematizada as áreas em estudo, e a segunda parte onde é apresentado o estudo empírico, onde consta a parte metodológica, apresentação e análise dos resultados obtidos e respetiva discussão dos mesmos. Finaliza-se este estudo com as considerações finais e sugestões tendo em conta os resultados obtidos.



## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## 1 – ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA URINÁRIO

Para ajudar a uma adequada compreensão dos mecanismos da continência urinária torna-se necessário ter alguns conhecimentos da anatomia e fisiologia do sistema urinário, ou seja, entender o ato da micção normal e a anatomia das estruturas nele envolvidas.

### 1.1 - ANATOMIA DO SISTEMA URINÁRIO

O aparelho urinário é composto por dois rins onde a urina é produzida, depois passa por dois ureteres até à bexiga, onde é armazenada até à sua expulsão pela uretra saindo pelo meato urinário. A bexiga é um órgão muscular, forrado por um epitélio de transição, denominado de urotélio e encontra-se na parte inferior abdominal, anteriormente à púbis. As paredes vesicais são compostas pelo músculo detrusor, onde as fibras musculares têm a capacidade de distender e contrair de forma concêntrica (de cima para baixo) (Ashton-Miller & Delancey, 2007 citado por Silva, 2012). Um outro músculo de forma triangular, presente na bexiga é o trígono vesical, tendo como vértices os dois ureteres e o colo vesical, localiza-se na base da bexiga e desempenha um papel importante nos mecanismos fisiológicos da região. É no colo vesical, que se inicia a uretra e onde as fibras musculares do detrusor que são predominantemente circulares, se dispõem no seio de tecido mesênquimatoso que confere a esta zona a sua firmeza característica (Silva, 2008; Gomes & Hisano, 2010).

Na mulher há diferenças anatómicas em relação ao homem, ao nível do aparelho urinário inferior, sendo o detrusor mais fino e a capacidade da bexiga maior, mas é ao nível da uretra que as diferenças são mais evidentes (Silva, 2008). A uretra feminina é um órgão tubular que se estende desde o colo vesical até ao meato urinário, orifício de excreção de urina, sendo mais curta que a masculina e segue um trajeto reto descendente para o exterior, possuindo diferentes estruturas musculares associadas. A camada interna da uretra é constituída por tecido muscular liso, e a mais externa por músculo estriado denominado, rabdoesfíncter, sendo que, a camada muscular lisa estende-se desde o colo vesical até ao meato urinário. Junto ao colo vesical não há fibras circulares, estas surgem na porção mais externa, onde se entrecruzam e misturam com as do músculo estriado. As fibras do músculo estriado dispõem-se de forma circular e formam uma bainha que é mais espessa no terço médio da uretra, e nesta zona rodeia o canal completamente. As fibras deste músculo estendem-se às porções proximal e distal da uretra, mas são muito pouco desenvolvidas na face

posterior. Este esfíncter é capaz de se manter contraído prolongadamente, e provocar, assim, um aumento eficaz da pressão uretral, sobretudo no seu terço médio (Silva, 2012).

A correta posição anatômica da uretra é muitas vezes difícil de entender na mulher incontinente. A convergência pélvica do aparelho urinário, genital e intestinal, bem como das estruturas que os suportam, tornam difícil a interpretação da fisiopatologia da incontinência. Todavia, sabe-se que para além dos órgãos envolvidos, estruturas como o pavimento pélvico, o arco tendinoso, as estruturas ligamentares (pubouretrais, uretropelvicos, vesicopelvicos e cardinais), bem como os elevadores do ânus e suas fâscias, são fundamentais no suporte da uretra feminina. O colo vesical e a uretra devem estar de tal forma posicionados que, durante situações de esforço, a transmissão de pressão abdominal deve realizar-se sobre o terço inicial da uretra. Desta forma, deve-se proceder ao seu enceramento e oscilação, também com o encerramento do ângulo vesico-uretral posterior criando um efeito tipo válvula ao nível do colo vesical impedindo a perda de urina. Esta correta transmissão de pressões sobre o mecanismo anatômico da continência depende das estruturas ligamentares e de suporte que, quando estão fragilizadas, originam um incorreto posicionamento com transmissão de pressão abdominal apenas à bexiga, conduzindo incontinência urinária (Silva, 2012).

## 1.2 - FISILOGIA DA MICÇÃO

A função excretora renal é essencial para a manutenção da vida e uma das suas características particulares é a capacidade de adaptação a grandes variações de carga hídrica, tendo como principais fatores intervenientes, os hábitos de vida de cada indivíduo.

A unidade funcional do sistema urinário é o nefrónio, existindo cerca de um milhão de nefrónios em cada rim. Cada nefrónio é constituído por glomérulo, onde após a passagem de sangue, se inicia o processo de formação de urina. Ao longo deste processo algumas substâncias são reabsorvidas e outras excretadas, sendo estas últimas transportadas através dos ureteres para a bexiga, onde ficam temporariamente armazenadas.

Apesar de a micção ser um ato aparentemente simples envolve a interação de estruturas complexas como o Sistema Nervoso Central (SNC), Sistema Nervoso Periférico (SNP) e estruturas do trato urinário. Isto é, a bexiga, a uretra, os esfíncteres, os músculos envolventes, o SNC, o SNP e os neurotransmissores, são peças

fundamentais cuja interação e equilíbrio coordenado e harmonioso determina a continência urinária.

A dinâmica da continência urinária é composta por duas fases: fase de enchimento/armazenamento e a micção (Juc, Colombari & Sato, 2011). A primeira fase corresponde ao período em que a urina vinda dos rins passa pelos ureteres e vai confluír na bexiga onde se acumula e à qual se segue a micção. Para que se processe a fase de enchimento/ armazenagem é preciso que determinados mecanismos o permitam. Esses mecanismos têm como função evitar a saída involuntária da urina para o exterior, isto é, a contenção da urina na bexiga, denominados mecanismos de continência (Gomes & Hisano, 2010).

A fase de enchimento/armazenamento ocorre quando a bexiga consegue acumular quantidades crescentes de urina no seu interior, sem variações significativas de pressão, enquanto os esfíncteres urinários permanecem contraídos, o que estabelece uma pressão no interior da uretra maior que a pressão na bexiga. Nesta fase, o músculo detrusor está em repouso, permitindo que isso aconteça. Essa fase é desencadeada pela estimulação simpática dos recetores beta adrenérgicos dentro da parede vesical, causando relaxamento do detrusor. Ao mesmo tempo, a atividade nervosa simpática inibe a atividade parassimpática, promovendo ainda, um estado de relaxamento. A estimulação simpática de recetores alfa adrenérgicos presente no colo vesical e uretra proximal causa a constrição, com conseqüente aumento da pressão uretral. O esfíncter externo e os músculos elevadores do ânus funcionam como suporte para os mecanismos de continência, embora em permanente estado de contração, podem contrair-se ainda mais para impedir a perda de urina sob condições de stress. Assim que a bexiga atinja a sua capacidade máxima (350 - 650 ml), os recetores do interior do músculo detrusor emitem sinais ao cérebro para se iniciar a fase de esvaziamento. Esta ocorre quando existe contração do músculo detrusor, relaxamento esfíncteriano e relaxamento dos músculos elevadores do ânus. Para iniciar o processo da micção é necessário que o córtex cerebral reconheça o pleno enchimento vesical e decida o momento para desencadear o esvaziamento da bexiga (Juc, Colombari & Sato, 2011).

O esvaziamento acontece com a estimulação da contração do detrusor associada ao relaxamento do esfíncter e dos músculos elevadores do ânus, permitindo que a bexiga elimine o seu conteúdo através de uma inversão do gradiente de pressão, enquanto o córtex inibe o relaxamento simpático da bexiga. Assim, a bexiga liberta o seu conteúdo sob controlo voluntário, que depende diretamente duma atividade coordenada da uretra e do músculo detrusor, este contrai-se devido à estimulação por parte dos

recetores colinérgicos parassimpáticos, sendo, o reflexo da micção um reflexo completamente autónomo da espinal-medula, mas que pode ser inibido ou facilitado por centros cerebrais, isto é, com perfeito conhecimento do indivíduo (Juc, Colombari & Sato, 2011).

O correto funcionamento desta dinâmica de enchimento e de esvaziamento vesical exige integridade de todas as estruturas, nomeadamente, coordenação vesico-esfincteriana, sendo fundamental a integridade das vias nervosas. Assim, a IU surge quando as forças de esvaziamento superam as forças de armazenamento e não existe uma interação harmoniosa e coordenada entre as estruturas anatómicas do sistema urinário e os neurotransmissores envolvidos.

Assim, para que exista continência, a uretra tem que exercer forças que se oponham ao livre esvaziamento da bexiga e as forças de resistência da uretra são relativamente precárias na mulher visto que a mesma é curta e muito sujeita a traumatismos obstétricos, também o tónus uretral se altera com a idade principalmente após a menopausa.

## 2 - INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A IU tem impacto significativo na qualidade de vida, e afeta milhões de mulheres, contudo, continua a ser subestimada. Os dados apontam para que afete 1 em cada 4 mulheres adultas, afetando 10% das mulheres com 20 anos, 35% com 50 anos, podendo alcançar os 60% em mulheres com mais de 70 anos (Teixeira, Nogueira & Mascarenhas, 2014).

A IU é considerada como um problema de saúde, que deve ser valorizado pelo impacto multidimensional que assume na vida de uma pessoa. As múltiplas ocorrências e o embaraço associado a esta condição comprometem não só aspectos físicos, mas influenciam também o bem-estar psicológico, as funções sociais e as interações afetivas, bem como os relacionamentos sexuais e familiares o que de um modo geral, afeta a percepção das mulheres acerca do seu estado de saúde, com influência direta na qualidade de vida (Paiva, Silva & Robalo, 2010).

Devido ao aumento da esperança média de vida a IU têm-se vindo a tornar uma das novas “epidemias” do século XXI. Apesar das perdas involuntárias de urina interferirem de forma devastadora na qualidade de vida da pessoa, a incontinência urinária feminina continua a ser “sub-diagnosticada” e “sub-tratada”. Estima-se que apenas uma em cada quatro mulheres sintomáticas procura ajuda médica, já que é considerada de forma errónea uma consequência natural da idade, sem tratamento eficaz, sendo por isso uma epidemia silenciosa (Botelho, Silva & Cruz, 2007).

Segundo a *International Continence Society*, a IU corresponde à queixa pela perda involuntária de urina, sendo também definida pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) como um tipo de eliminação vesical como características específicas: fluxo involuntário de urina, incapacidade de controlo de esfíncteres vesical e uretral. A incontinência urinária é um problema de saúde devido à sua alta prevalência. A Organização Mundial de Saúde identifica-a como um problema major de saúde pública isto porque esta patologia afeta mais de 200 milhões de pessoas em todo o Mundo. A IU existe em todos os grupos etários, nas mulheres jovens e em idade adulta a prevalência é de 20 a 30% aumentando com a idade. Um estudo realizado por Donovan, 2001 citado por Rodrigues, 2011 revela que a incontinência urinária perturba a vida de 20% das mulheres adultas, sendo que a prevalência entre os 15 e os 64 anos é de 10 a 25% e após os 60 anos de 15 a 30%.



Outro estudo do mesmo autor vem reforçar esta informação com valores de prevalência no início da idade adulta de 20 a 30%, um pico de 30 a 40% na meia-idade e um acréscimo na mulher idosa de 30 a 50%.

De acordo com a definição da *International Continence Society*, a prevalência estimada da IU para Portugal Continental foi de 21,4% nas mulheres (Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2008). Num estudo realizado por Hunskaar e seus colaboradores (2000), verificou-se que aproximadamente 50% das mulheres incontinentes são classificadas com incontinência urinária de esforço (IUE), sendo este tipo de IU mais prevalente em mulheres mais jovens (Chadha, 2006 citado por Senra, 2012).

Já Mascarenhas (2009) refere valores de prevalência da IU de 25 a 45%, sendo que chegou à conclusão que 30% constitui uma estimativa aceitável para a prevalência de algum grau de IU. Relativamente ao tipo de IU, estudos sugerem que a IUE representa 49% de prevalência e a incontinência urinária de urgência e mista, 22 a 29% respetivamente. No que diz respeito à prevalência da IU durante a gravidez, a autora refere que existem estudos que revelam uma prevalência de 32 a 64% para todos os tipos de IU. Relativamente ao pós-parto refere taxas de prevalência entre 0,7 e 34%.

O facto de as mulheres não poderem realizar todas as tarefas em casa, como simplesmente lavar a loiça, devido ao facto de mexer com água ser condição suficiente para perder urina, isto leva a que a sua qualidade de vida seja influenciada negativamente (Azevedo, 2005).

Desta forma, este problema tem um impacto negativo e significativo na qualidade de vida da pessoa e pode predispor-la a estados emocionais negativos, que em nada favorecem o restabelecimento da sua homeostasia. São vários os autores que afirmam que a gravidade do problema advém do facto de a incontinência urinária impor sentimentos de angústia, alteração do seu estilo de vida, restrições à vivência habitual das pessoas, acarretando perdas ou modificações a nível do estatuto profissional e de outros papéis sociais (Fernandes, 2012).

Segundo Wyman (1994) citado por Azevedo (2005), refere que a incontinência urinária pode ser uma causa da restrição nas atividades sociais. Leva a uma alteração dos estilos de vida resultando num isolamento social secundário, ao evitarem lugares públicos, alegando não se sentirem bem onde quer que estejam, pelo receio de perderem urina e ficarem molhadas.

Outro estudo de Lam, Foldspang, Elving e Mommsen (1992) citado por Azevedo (2005), já referiam que 19% das mulheres incontinentes evitam algumas atividades

sociais como visitar amigos, fazer desporto, ir às compras ou mesmo ir para o trabalho. Também Norton, McDonald, Sedgwick e Stanton (1988) salientam o facto de as mulheres recusarem a prática do exercício por medo de perda de urina. A mulher, desde a altura que começa a perder algumas gotas de urina até ter que usar grandes pensos absorventes, experimenta sentimentos como tristeza, falta de gosto de viver, depressão, medo de perder o cônjuge e sentimentos negativos quanto à sua aparência. Também o desinteresse pela atividade sexual é frequente dado o receio das perdas durante o ato sexual. Deste modo, as mulheres com IU preocupam-se com a possibilidade de serem rejeitadas ou evitadas pelos outros devido ao cheiro, e com o que os outros possam pensar acerca do seu aspeto. Tentam controlar manifestações da sua incontinência, através da utilização de proteções mecânicas recorrendo a pensos e fraldas, ou ajustando os seus hábitos de vida – não ingerem líquidos, não viajam, movimentam-se apenas em redor da sua residência, frequentando apenas estabelecimentos comerciais ou locais onde têm acesso fácil à casa de banho (Azevedo, 2005).

A incontinência urinária é um problema orgânico, altamente incapacitante, com consequências nefastas para a pessoa tanto em termos físicos (mau odor, vestuário molhado), psicológicos (baixa autoestima e autoconceito, aumentando os níveis de stresse e conduzindo a humor depressivo ou mesmo depressão), socioculturais (isolamento social, empobrecimento da vida relacional, recurso a atestado, menor produtividade, alteração radical dos ritmos de trabalho e dos hobbies) e económico/financeiros (despesa crescida em pensos, fraldas e medicação) (Rodrigues & Mendes, 2008 citado por Fernandes 2012). Assim, a mulher com incontinência urinária não se sente só deprimida, como também se vê confrontada com questões que interferem com o seu corpo, a sua sexualidade e de um modo geral com a sua personalidade.

Como refere a literatura as perdas de urina interferem na qualidade de vida da mulher a vários níveis como atividades vida diárias, sociais e na perceção da própria saúde, levando a consequências nefastas sob o ponto de vista psicológico, físico, profissional, sexual e social.

## 2.1 - TIPOS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Dependendo da sintomatologia existem diferentes tipos de Incontinência Urinária:

A **incontinência urinária de esforço (IUE)** caracteriza-se por uma perda involuntária de urina no esforço ou exercício, espirro ou tosse sendo mais comum na mulher, tendo estas perdas repercussões a nível social e económico. A idade tem sido muitas vezes apontada como um dos fatores que mais diretamente está relacionado com este tipo de IU. No entanto, como refere Rolo (1999), numa análise de dez estudos de prevalência, foram encontrados valores que variam entre 14 e 41% em mulheres com idades compreendidas entre 30 e 60 anos, de 4,5 a 44% em mulheres com mais de 60. O mesmo autor refere que para além da idade, a prevalência da IUE está também associada à multiparidade, obstipação, tosse crónica, obesidade, tabagismo, cirurgia ginecológica e a fatores hereditários. Num estudo efetuado por Hörding et al. (1986) citado por Montez (2008) com 515 mulheres revelou que 30% apresentavam IUE depois de uma histerectomia e 21% após cirurgia de correção de prolapso uterino.

A IUE é o tipo mais comum de IU, representa um problema de saúde pública em larga escala, afetando 26% das mulheres com idade de 30 a 59 anos, e um pico na faixa etária dos 40 aos 49 anos (Cardozo & Stanton, 1980 citado por Roza, 2011)

Para diagnosticar a categoria da IUE devem-se realizar exames urodinâmicos para implementar o tratamento mais adequado. O tratamento da IUE é essencialmente cirúrgico, embora possam ser utilizados tratamentos mais conservadores, especialmente em situações de IU ligeira (Rodrigues, 2011).

A **Incontinência urinária de urgência (IUU)** definida como perda involuntária de urina associada a uma vontade forte e repentina de urinar, podendo estar acompanhada ou não de urge-incontinência, ocorre na presença da contração vesical durante a fase de enchimento, desencadeada espontaneamente ou em resposta a estímulos. Isto é, 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 pessoa, 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. Assim, 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 citado por Freire, 2011).

A **incontinência urinária mista (IUM)** resulta da combinação de sintomas da incontinência urinária de esforço e da incontinência urinária de urgência. Neste tipo de IU o indivíduo desenvolve alterações anatômico vesicais e contrações não-inibidas do detrusor. Os principais sintomas apresentados são: a urgência em urinar, mas nem sempre realizada, urinar frequentemente à noite, gotejamento urinário constante, sensação de não esvaziamento da bexiga e jato urinário fraco (Freire, 2011).

A **incontinência urinária por regurgitação** é uma perda de urina associada à hiperdistensão vesical. Tem como causas mais frequentes, o aperto da uretra, doenças do colo vesical, prolapso ginecológico ou patologias congénitas. Trata-se de situações patológicas que causam obstrução ao esvaziamento da bexiga ou de bexigas a contráteis, com grande capacidade de urina residual, verificando-se a perda de urina quando a pressão intravesical excede a pressão uretral máxima (Silva, 2008).

A **Enurese** é uma micção involuntária, cuja situação mais vulgar é a enurese noturna da criança. As causas são várias e ainda não estão completamente explicadas. As principais hipóteses de causa estão relacionadas com fatores psicológicos, com uma associação de fatores biológicos e o padrão do sono, bem como, com a ação da hormona anti-diurética (Rolo, 1999; Santos, 1999; Carmo & Castro, 2000).

Assim é, possível concluir que a complexidade desta patologia se manifesta desde a sua fisiopatologia, passando pelos fatores envolvidos na sua etiologia, até aos mecanismos anatômicos que determinam o funcionamento do sistema urinário.

## 2.2 - FATORES DE RISCO PARA A INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Segundo Ferreira e Monteiro (1993) citado por Azevedo (2005) existem múltiplos fatores associados à Incontinência Urinária, tais como:

**Anomalias Esfincterianas** - é aqui que temos a IUE, acontece por falência esfincteriana ou traumatismos neurológicos.

**Contrações involuntárias do detrusor** – a IU por instabilidade do detrusor apresenta como sintoma a urgência miccional, a qual ao acontecer antes do enchimento da bexiga, leva ao aumento do número de micções, logo a polaquiúria e a noctúria. Estando relacionada com lesões neurológicas, obstrução infra-vesical ou sem etiologia aparente.

**Bexiga de pequena capacidade** – uma bexiga normal deve acomodar volumes de urina entre os 350ml e os 650ml, volumes inferiores a 200ml podem causar sintomas vesicais irritativos e provocar incontinência vesical por instabilidade do detrusor ou por regurgitação.

**Urgência sensorial** – as pacientes com urgência idiopática sensorial, se não urinarem, têm polaquiúria ou urgência por dor ou desconforto supra-púbico, que não estão relacionadas com contrações involuntárias do detrusor nem com cistite aguda. Estas mulheres têm desequilíbrios psiquiátricos que tanto podem ser causa como consequência da doença.

**Trajetos anómalos** – a IU também pode dever-se à existência de um trajeto fistuloso que ultrapassa o mecanismo esfinteriano. A principal característica da incontinência vesico-vaginal é a perda contínua de urina e a ausência de micções contínua de urina associada com micções normais.

É importante a identificação de fatores de risco na incontinência urinária na mulher, pois pode ser uma forma eficaz de desenvolver medidas preventivas ao seu aparecimento. Segundo Bump (1997) citado por Azevedo (2005) os fatores de risco para a incontinência urinária classificam-se como:

- **Predisponentes** - o género, a carga genética, a raça, a cultura, as alterações neurológicas ou do colagénio e a anatomia;
- **Desencadeantes** – o parto, cirurgia pélvica e a radiação com lesão dos músculos e nervos pélvicos;
- **Promotores** – os estilos de vida, o nível de atividade física desenvolvida, os hábitos, a ingestão de líquidos, os hábitos e horários de esvaziamento da bexiga ou do intestino, irritantes ingeridos nas dietas e no álcool, bebidas gasosas, chocolate, café e determinados frutos;
- **De descompensação** – a idade e todas as situações degenerativas a ela ligadas.

Como vimos na classificação anterior existem vários fatores de risco que estão associados à IU feminina e que podem atuar de forma multifatorial no desencadear desta situação, deste modo, iremos abordar de forma mais detalhada estes fatores de risco:

## **Idade**

Na mulher as alterações nas estruturas que apoiam a bexiga e a diminuição na pressão do mecanismo de encerramento da uretra próprias do processo de envelhecimento podem despoletar algum grau de IU. A autora Silva, 2008 refere que nas mulheres portuguesas com IU a frequência e a gravidade dos episódios estão diretamente relacionadas com o aumento da idade, sendo esta uma conclusão também adiantada por outros investigadores.

Segundo Higa, Lopes e Reis (2008) o principal fator de risco para a IU feminina é a idade, que afeta significativamente as mulheres mais idosas, por norma, a partir do climatério, com índices de 43% na faixa etária dos 55 aos 81 anos. Na população em geral, a prevalência de IU aumenta em proporção com o aumento da idade, atingindo um pico na meia-idade que cresce continuamente com o decorrer do tempo. Alguns dos distúrbios urinários nas mulheres podem ser causados pela diminuição da capacidade da bexiga, que passa de 500 a 600ml para 250 a 300ml, resultando no aumento de frequência urinária e na noctúria, em resultado da descida dos níveis de estrogénio, doenças crónicas e aumento do índice de massa corporal.

Porém, a IU não constitui uma consequência direta do processo de envelhecimento (Azevedo, 2005), porque também afeta as mulheres mais jovens, mesmo na ausência de fatores de risco (Higa et al., 2008).

## **Paridade/Tipo de Parto**

A paridade é um dos fatores que mais se associa ao desenvolvimento da IU. Comumente a IU aparece durante a gravidez, e a prevalência é elevada com o aumento de paridade, favorecendo assim o desenvolvimento da IU.

A multiparidade é também um fator de risco para a IU, tal como demonstra um estudo realizado por Silva, Mateus e Barros (1999), através do qual demonstrou que em Portugal há uma associação positiva entre a ocorrência de IU e o número de partos, o que se deve à maior probabilidade de surgir lesões a nível do pavimento pélvico. Também Higas et al., 2008 concluiu através do seu estudo que o parto vaginal aumenta o número de casos de IU quando comparado com partos por cesariana.

Os dados estatísticos revelaram que um terço das mulheres experiencia a IUE cinco anos após o primeiro parto normal, pois este está associado a lesões e traumatismo da região pélvica, o que causa danos no suporte pélvico da bexiga, fazendo com que a uretra perca a sua posição normal acima do diafragma pélvico. Assim a uretra encurta e o angulo uretrovesical normal importante para o encerramento do esfíncter uretral

desaparece. Deste modo, o parto vaginal constitui um fator de risco da IU comparativamente ao parto por cesariana (Higa et al., 2008). Contudo o parto vaginal isoladamente não é gerador da IU, apenas quando surge associado a lesões e traumas do pavimento pélvico.

### **Peso do Recém-Nascido**

Os recém-nascidos com peso superior a 4kg influenciam o aumento da prevalência da incontinência IU, tanto na gravidez como no parto vaginal. Este fator pode estar relacionado com o aumento da pressão intra-abdominal, e conseqüentemente, com o aumento da pressão intravesical. Por conseguinte, existe um alto risco de lesão das estruturas pélvicas durante o parto vaginal.

### **Menopausa**

As mudanças hormonais durante a menopausa afetam as estruturas pélvicas, pois a diminuição dos valores de estrogénio levam conseqüentemente à atrofia e alteração de posição da uretra o que predispõem a mulher à IU (Albuquerque, Micussi, Soares, Lemos, Brito, Silva & Maranhão, 2008 citado por Freire 2012).

### **Obesidade**

A obesidade é igualmente um fator de risco para o aparecimento da IU, na medida em que o excesso de peso pode acarretar tensão crónica nos tecidos, estiramento e enfraquecimento dos músculos, dos nervos e das estruturas do pavimento pélvico. Os níveis elevados de Índice de Massa Corporal estão relacionados com a IUE, o que se deve a razões mecânicas, conforme refere (Silva, 2008). Assim, a obesidade contribui para o desenvolvimento da IU em que, a prevalência aumenta com o aumento de peso. Dos estudos de Higa et al., 2008 presume-se que a associação da IU com a obesidade seja consequência da elevada pressão intra-abdominal provocada pelo aumento de peso na região pélvica, e conseqüentemente o aumento da pressão intravesical altera o mecanismo do trato urinário.

### **Raça**

Existem vários estudos que mostram que a raça pode estar associada com a IU. Autores como Brown, Sawaya, Thom e Grady, 2000 citado por Roza, 2011 relatam diferenças significativas na prevalência da IU entre as mulheres negras, hispânicas e brancas. As mulheres brancas têm maior prevalência de IU em relação às de raça negra, acredita-se que isso se deva a fatores genéticos que protegem a raça negra ou devido à diferença de pressão e do comprimento da uretra, bem como a força do músculo pubococcígeo.

## **Cirurgias Ginecológicas**

As cirurgias ginecológicas mostram-se fortemente relacionadas com a IU. Alguns autores, tal como Ramos, Donatel e Passos, 2010 citado por Freire, 2012, 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 suportam a bexiga e a uretra.

## **Obstipação Intestinal**

A obstipação crónica tem sido estudada como um fator que aumenta o risco de IU nas mulheres, isto é, ocorre um estreitamento do reto comprimindo a bexiga, contribuindo assim, para a retenção urinária, causando infeções do trato urinário. No entanto, a força realizada durante a eliminação intestinal pode lesar a musculatura pélvica e através da distensão traumatizar e causar isquémia muscular (Sousa, 2013).

## **Doenças Crónicas**

Fatores coexistentes como diabetes *mellitus*, hérnias disciais e doenças neurológicas (doenças de Parkinson, acidentes vasculares cerebrais ou doença de Alzheimer) são fatores de risco para a IU. A associação entre diabetes e IU é bastante, pois provoca lesões nas inervações neuropáticas da bexiga, aumenta a frequência urinária causada pela hiperglicemia. As doenças neurológicas afetam a eliminação vesical causando contrações desinibidas na bexiga das mulheres (Silva, 2008).

## **Uso de Medicamentos**

O uso de medicamentos é um fator que contribui para a IU, isto porque alguns medicamentos aumentam a frequência e a urgência em urinar. Certas drogas, como sedativos ou hipnóticos, diuréticos, anticolinérgicos, agonistas e antagonistas dos recetores adrenérgicos, bloqueadores dos canais de cálcio e inibidores das enzimas conversoras da angiotensina, atuam no trato urinário inferior, podendo alterar a função vesical contribuindo assim para o aumento da frequência da perda urinária (Higa et al., 2008).

Outros fatores que podem também contribuir para que haja perda de urina involuntária são a **atividade física intensiva**, sobretudo na zona abdominal, o **consumo de tabaco, de cafeína e de álcool** (Higa et al., 2008).

Os sintomas da IU repercutem-se nas atividades de vida diária e na participação social, ocasionando constrangimento, limitando desta forma o papel profissional e social das mulheres (Piccoli, Sebben & Guedes, 2012). Deste modo, é importante que

as mulheres tenham conhecimento sobre os tipos de tratamento que existem para solucionar o problema da IU.



### 3 – ABORDAGENS TERAPÊUTICAS DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Muitas pessoas que sofrem flagelo da incontinência urinária sentem relutância em falar com os profissionais de saúde, uma vez que a IU, até recentemente, mereceu pouca atenção, por parte destes, em virtude de não ter uma representatividade considerável de risco de vida, e ter sido considerada, durante muito tempo como um problema menor e era interpretada como processo natural do envelhecimento (Azevedo, 2005). Assim, e apesar da prevalência da IU ser elevada e acarretar graves consequências em vários aspectos, esta é ainda um problema negligenciado pelos profissionais de saúde. A intervenção utilizada como tratamento da IU vai depender do tipo e da causa da mesma. Os tratamentos existentes para a IU vão desde mudanças comportamentais e programas de reabilitação da musculatura pélvica, que não envolvem risco para os pacientes, a uso de medicação e cirurgia.

#### 3.1 ABORDAGEM CONSERVADORA

O tratamento conservador engloba exercícios dos músculos do pavimento pélvico (EMPP), estimulação elétrica, estimulação eletromagnética, *biofeedback* e dispositivo intravaginal. Os EMPP são contrações voluntárias repetidas dos músculos do pavimento pélvico, sendo a primeira linha de tratamento da IU. As restantes são usadas em mulheres incapazes de contrair os músculos do pavimento pélvico (44% das mulheres) (Teixeira, Nogueira & Mascarenhas, 2014).

O tratamento conservador mais importante para IU é **os exercícios dos músculos do pavimento pélvico**, descrita por Kegel, pois permitem aumentar o apoio do períneo, aumentando a pressão de encerramento uretral durante um aumento da pressão intrabdômica. Esta técnica compreende a identificação por parte da mulher dos músculos responsáveis pela contração do esfíncter urinário e anal, apercebendo-se dos músculos que contrai para interromper uma dejeção e uma micção. A mulher deverá contraí-los voluntariamente durante 5 a 10 segundos cerca de 10 a 15 vezes ao dia, durante pelo menos 6 meses. Os exercícios de Kegel pela sua simplicidade e reduzido custo devem ser sempre recomendados como tratamento inicial das incontinências ligeiras e moderadas, e como medida preventiva após o parto vaginal ou cirurgias sobre a região pélvica. Deste modo os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica devem promover o ensino e a prática dos exercícios de Kegel incentivando as mulheres a exercitar a musculatura pélvica como forma de minorar a IU (Rodrigues, 2011).



Segundo Teixeira et al. (2014) as mulheres que praticam os (EMPP) apresentam taxas de sucesso subjetiva a curto prazo de 56 a 70% e objetiva de 47%. Segundo as mesmas autoras para manter os resultados, é essencial praticar os exercícios regularmente sendo recomendada a supervisão por um especialista, pelo menos no início, para garantir a aquisição de hábitos corretos. Ainda é referido que é importante alertar a mulher mesmo que já tenha tratado as perdas de urina que deverá continuar a realizar os exercícios. O elemento chave para que a mulher não abandone o tratamento é a motivação, sendo de extrema importância associar um programa de educação.

A **estimulação elétrica** estimula diretamente os nervos referentes à musculatura periuretral, melhorando a função muscular. O eletrodo é colocado na superfície corporal, na vagina ou no ânus e é usado durante 20 minutos, 2 a 3 vezes por semana, durante 6 semanas, sendo que a taxa de sucesso subjetiva, a curto prazo, é de 56 a 60% e a objetiva é de 47 a 50%. Mas existe uma certa relutância por parte da mulher no uso desta técnica, porque devido ao uso de uma sonda vaginal pode haver sensação de desconforto e até dor.

A **estimulação magnética** permite uma despolarização dos nervos do pavimento pélvico e uma contração muscular. Esta técnica utiliza uma intensidade menor que a estimulação elétrica, sem causar dor ou desconforto e atravessa a roupa. Bakar, Cinar Ozdemir, Ozengin e Duran (2011) citado por Teixeira et al. (2014) num ensaio clínico utilizando a estimulação magnética apenas em doentes com IUE, mostrou que é eficaz, melhorando a força dos músculos do pavimento pélvico e diminuindo significativamente a intensidade da incontinência. Esta deve ser realizada 2 vezes por semana, durante 6 semanas. Sendo que a sua eficácia a longo prazo não está bem estudada não existindo consenso quanto à manutenção.

O **biofeedback** fornece a consciência da ação fisiológica dos músculos do pavimento pélvico por meios visuais, auditivos e táteis, ensinando a pessoa a realizar uma contração correta. Sendo que esta técnica é desajustada para pessoas idosas devido à incapacidade visual e auditiva (Teixeira et al. 2014).

Os **dispositivos vaginais** são dispositivos com diferentes pesos (20 a 150g), usados de forma ativa ou passiva (com ou sem contração dos músculos do pavimento pélvico) durante 15 a 20 minutos, 2 vezes por semana, durante 4 a 5 meses. Deverá iniciar-se com o de menor peso e ir progressivamente aumentando o peso. Sendo que a taxa de sucesso subjetiva a curto prazo é de 56 a 60% e a objetiva é de 47 a 50%.

As complicações mais frequentes incluem desconforto e dor e aumento do corrimento vaginal, que diminuem após a adaptação ao dispositivo (Teixeira et al., 2014).

### 3.2. ABORDAGEM FARMACOLÓGICA E CIRÚRGICA

O **tratamento farmacológico** da IU é limitado e contempla os agonistas dos recetores  $\alpha$ 1-adrenérgicos, os inibidores da recaptção da serotonina e noradrenalina e a terapia com estrogénios tópicos (Teixeira et al., 2014). O uso estrogénios tópicos vaginais para o tratamento da IU apresentam uma eficácia muito baixa na melhoria da IU. No entanto pelo seu baixo custo e outros benefícios que proporcionam à mulher em idade pós-menopausica, são uma opção terapêutica adjuvante neste grupo etário (Haslam, 2003 citado por Rodrigues 2011).

O **tratamento cirúrgico** usa-se essencialmente na IUE e consiste na colocação de fitas sintéticas ou *slings* pubo-vaginais em posição retropúbica ou trans-obturadora sendo atualmente as técnicas mais utilizadas. Este tipo de técnicas foi introduzido na década de 90, tendo como objetivo a estabilização da uretra média com uma fita de tensão, que perante um aumento da pressão intra-abdominal provocado por um esforço, como por exemplo, pela tosse, contraria a hiper mobilidade do colo vesical, impedindo a perda de urina sendo o desconforto pós-operatório mínimo e o tempo de internamento curto (Rodrigues 2011; Teixeira et al., 2014).

No estudo realizado por Bernardo (2010) revelou que a prevalência da IU é maior no sexo feminino, concluindo ainda com o estudo que 29,9% das mulheres incontinentes procuraram ajuda de um profissional de saúde, sendo que 5,4% efetuavam medicação, 3,7% realizavam exercícios pélvicos e 1,7% ambos os tratamentos.



#### 4 - QUALIDADE DE VIDA DA MULHER COM IU

O conceito de qualidade de vida (QdV) tem vindo a aumentar a sua importância na última década. Desde a antiguidade que a QdV é vista como resultante de percepções individuais, variando conforme a experiência da pessoa num determinado momento. Contudo, tendo em conta o desenvolvimento das definições em relação ao termo QdV, pode-se dizer que, até ao século passado, este foi pouco abordado, altura em que se começou a notar que a “felicidade ou bem-estar” das pessoas podem ser consequência da sua QdV (George Bernard Shaw, 1990 citado por Fernandes, 2012).

Deste modo, a OMS definiu qualidade de vida como “a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, considerando os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” citado por Robalo et al.,2010.

Segundo Ribeiro, 2005 a QdV é descrita como uma percepção individual sobre a própria posição na vida num determinado contexto cultural e sistema de valores nos quais o indivíduo vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, metas e preocupações e interesses. Assim, a qualidade de vida assume uma perspectiva individual, variável e discutível, dependendo da compreensão do indivíduo acerca do conceito, das suas prioridades, do seu *status* sociocultural e político, bem como da forma como percebe e vivencia a sua condição de saúde, ou seja, a QdV é um conceito multidimensional que incorpora aspetos sociais, físicos e mentais do indivíduo.

Em utentes com IU a avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS), permite compreender os aspetos específicos que afetam a vida das utentes e a sua percepção face ao impacto subjacente. A QVRS é descrita como um constructo que engloba componentes do bem-estar e funções físicas, emocionais, mentais, sociais e comportamentais, como são percebidas pelos próprios e pelos outros (Gaspar, Matos, Ribeiro & Leal, 2005).

O reconhecimento de que a avaliação da IU deve integrar a perspectiva da mulher, bem como a forma como vivencia a sua condição clínica, tem sido amplamente considerado, por se tratar de critérios igualmente determinantes na avaliação do impacto, na monitorização da condição bem como no sucesso da intervenção. A importância dada à perspectiva da mulher sobre si própria relaciona-se não só com o conceito de QdV anteriormente mencionado, mas também com o conceito de saúde atual, que enfatiza o que o indivíduo valoriza para atingir um estado completo de bem-

estar, em prol da ausência de doença e com o desenvolvimento dos modelos de saúde atuais como o modelo biopsicossocial, que para além da dimensão bio que remete à manifestação física, contempla de igual forma e de maneira indissociável, a dimensão psíquica e social e o modelo centrado na pessoa que prioriza os interesses e o ponto de vista do indivíduo (Robalo et al., 2010).

De acordo com Dallosso, Matthews, McGrother e Donaldson, 2001 citado por Silva, 2008 é importante considerar a gravidade da IU não apenas em relação à gravidade da sintomatologia, mas também ao impacto psicológico e social, que está relacionado com a forma como a IU afeta as atividades de vida diárias e sociais, as relações e as emoções de uma forma geral. Esta noção vai de encontro às ideias de Thom, 2000 citado por Silva, 2008 segundo o qual os efeitos da IU abrangem muito mais do que aspetos físicos, influenciando o bem-estar psicológico, as funções sociais e interações afetivas, bem como os relacionamentos sexuais e familiares. De acordo com o mesmo autor existem aspetos em relação à QdV que são afetados pela IU, tais como: **Domésticos** – necessidade de roupa interior e de cama adequadas, bem como de cuidados especiais com a mesma (uso de roupas mais escuras para esconder sinais de perdas de urina). Podem ainda existir alterações na relação conjugal por afastamento e rejeição de contacto sexual. **Ocupacionais** – faltas ao emprego e/ou problemas no cumprimento dos horários devido à necessidade frequente de idas á casa de banho. **Atividade física** – limitação e/ou cessação de atividades físicas/exercícios por receio de perdas frequentes e em abundante quantidade. **Psicológicos** – diminuição da autoestima e autoconceito, sentimento de perda de controlo e de nojo pelo próprio corpo. Surge também o receio e ansiedade de que os outros sintam o cheiro a urina. **Sexuais** – rejeição de contacto mais íntimo, o que inclui relações sexuais, com o companheiro. **Sociais** – limitação e/ou cessação de atividades de tempos livres, limitação de viagens e passeios e diminuição de interações sociais e familiares. **Médicos** - maior risco de problemas cutâneos relacionados com a exposição frequente à urina, assim como infeções urinárias.

Segundo a literatura devido à IU nos estudos realizados têm-se observado interferências da IU na atividade profissional, nas relações sociais, familiares e na diminuição da atividade sexual das mulheres incontinentes, bem como têm sido descritos traumas psicológicos relacionados com a IU, resultando em sentimentos de humilhação, de ansiedade, de solidão e de culpa. Estas mulheres cultivam o medo de serem ridicularizadas, consideradas velhas e inúteis (Fonseca et al., 2005).

A IU é uma doença que afeta 15 a 30% das mulheres de todas as idades ao nível da vida social, ocupacional, doméstica, física e sexual. O efeito psicossocial pode ser

mais devastador do que as consequências sobre a saúde, com variados efeitos que influenciam as atividades diárias, a interação social e a auto percepção do estado de saúde, resultando em sentimentos, como a vergonha, o medo, o nervosismo e a depressão. A intensidade com que ocorre a IU poderá influenciar a QdV da mulher incontinente, dado que quanto maior o volume urinário perdido, maiores serão as implicações negativas (Lopes & Higa, 2006).

No estudo, Knorst, Resende e Goldim (2010) estes observaram que os sintomas que mais afetaram a QdV das mulheres foram a urgência miccional, a IUE, a frequência urinária e a urge-incontinência, estas apresentaram modificações comportamentais para se adaptar à IU e reduzir o impacto dos sintomas. Entre estas modificações verificou-se o aumento da frequência urinária, a diminuição da ingestão de líquidos, a limitação da atividade física e, muitas vezes, a limitação de atividades sociais, podendo resultar em isolamento. Além das modificações no comportamento, a IU tem consequências sobre a modulação do humor. Assim no estudo referido anteriormente verificou-se a presença de sentimentos de humilhação, ansiedade, solidão, culpa e depressão entre as participantes, pelo impacto negativo da IU na QdV. Estas apresentavam-se mais deprimidas, psicologicamente stressadas, com distúrbios emocionais e socialmente isoladas, quando comparadas com mulheres continentas (Knorst, Resende & Goldim, 2010).

Em suma, a IU é um problema de saúde pública quer pela sua epidemiologia, quer pelo seu elevado impacto físico, psíquico e social interferindo assim de forma abrupta na QdV das mulheres e que carece de uma intervenção mais proactiva por parte dos profissionais de saúde.



## **5 - PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA MULHER COM IU BASEADO NO MODELO TEÓRICO DE DOROTHEA OREM**

A Enfermagem, enquanto disciplina da área da saúde, visa a prestação de cuidados de qualidade, com o objetivo de ajudar o cliente a atingir um elevado nível de bem-estar. Enquanto ciência enquadra-se em modelos conceptuais e visões filosóficas do mundo, que orientam os cuidados e ajudam a criar novo conhecimento.

Para o *Royal College of Nursing* (2003), a Enfermagem usa o juízo clínico na prestação de cuidados para que as pessoas possam melhorar, manter ou recuperar a saúde, para lidar com problemas de saúde, e para conseguir a melhor qualidade de vida possível, independentemente da doença ou deficiência.

O *International Council of Nurses* (2008) define a Enfermagem como os cuidados, autónomos e interdependentes, que se prestam as pessoas, famílias, grupos e comunidades, sãos ou doentes, em todos os contextos, aos três níveis de prevenção.

Este conceito orienta a definição de Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2002), quando considera que a intervenção se centra na relação entre o enfermeiro e uma pessoa ou um grupo, num quadro de respeito pelo seu cliente, pelas suas capacidades e pelo estabelecimento de parcerias.

De acordo com o estudo de Petronilho (2012), o autocuidado é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, com tradução positiva na promoção da saúde e no bem-estar através do aumento de conhecimentos da pessoa e habilidades onde os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros têm um papel decisivo.

Para Orem (2001), a enfermagem é exigida quando a pessoa necessita de incorporar medidas de autocuidado recentemente prescritas e complexas ao sistema de autocuidado, cuja realização necessita de conhecimentos e habilidades especializadas, adquiridas pelo treino e experiência, ou quando a pessoa recupera da doença ou da lesão para enfrentar os efeitos.

Segundo Petronilho (2012) o autocuidado tem sido reconhecido como um recurso para a promoção da saúde e gestão dos processos saúde-doença, acrescentando ainda, baseado em Meleis, que o autocuidado representa uma base teórica para as intervenções educacionais, cognitivas e comportamentais, envolvendo o planeamento

de atividades de aprendizagem que aumentem os conhecimentos da pessoa no momento de tomar decisões decorrente das transições, ao longo do ciclo vital.

Ainda segundo o mesmo autor, este reforça que o desafio dos Enfermeiros face à necessidade de apoio nos processos de transição, é entender o processo de transição e planejar intervenções que prestem ajuda às pessoas, com vista à estabilidade e sensação de bem-estar. Segundo Meleis citado por Abreu (2008) considera que “assistir utentes em processos de transição constitui o papel mais relevante da disciplina de enfermagem”.

O domínio da transição abrange mudanças que requerem ajustamento e adaptação. Ao experienciar novos conhecimentos e situações novas surge um potencial de desajustamento, cabendo à enfermagem promover um ajustamento ou adaptação à nova situação ou circunstância (Abreu, 2008).

Assim a enfermagem, portadora de um corpo de conhecimentos, sistematizado em saber disciplinar, desenvolve-se e sustenta-se numa prática, onde os Enfermeiros facilitam os processos de transição tendo em vista o bem-estar da pessoa (Queirós, 2011).

A atividade de autocuidado é uma capacidade complexa adquirida para atingir a maturidade e amadurecer as pessoas para saber e colmatar as suas necessidades contínuas de ação deliberada, intencional para regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento humano (Taylor, 2004).

Petronilho (2012) acrescenta que a ação do autocuidado envolve o domínio cognitivo (habilidades cognitivas para ação do autocuidado), domínio físico (capacidade física), domínio emocional ou psicossocial (valores, motivação e perceção de competências) e o domínio do comportamento (habilidades para efetuar os comportamentos de autocuidado).

Foster e Janssens (1993) referem que a teoria do défice do autocuidado é a essência da teoria geral de enfermagem, especifica quando há necessidade de Enfermeiro intervir no autocuidado ao indivíduo.

Taylor (2004) acrescenta que Orem identificou cinco métodos de ajuda: agir ou fazer para outra pessoa; guiar e orientar; proporcionar apoio psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; e ensinar.

O Enfermeiro avalia o défice de autocuidado, adequa a sua intervenção, sendo que esta surge quando as necessidades terapêuticas são superiores à capacidade de autocuidado da pessoa. As atividades em que o Enfermeiro participa podem ser

usadas para descrever o território da enfermagem. Nesta linha, Orem identifica ainda cinco áreas de atividade para a prática de enfermagem: iniciar e manter um relacionamento enfermeiro-doente, pessoa/família até que a pessoa não necessite de cuidados de enfermagem; determinar como os doentes podem ser ajudados pelos cuidados de enfermagem; responder aos desejos, solicitações, necessidades do doente face ao contato e assistência do enfermeiro; prescrever e proporcionar ajuda aos doentes numa perspetiva de enfermagem; coordenar e integrar os cuidados de enfermagem na vida diária do doente, com outros cuidados de saúde necessários com outros serviços de caráter social/educativo (Foster & Janssens, 1993).

A teoria de Orem possibilita à pessoa, família e comunidade tomar iniciativa, assumir responsabilidades, assim como empenhar-se no desenvolvimento do seu caminho, com vista à saúde e ao bem-estar. Assim o modelo assume a pessoa como responsável pelo seu autocuidado. Quando a pessoa não é capaz de se auto cuidar, a enfermagem compensa o défice de autocuidado.

No que diz respeito à problemática da incontinência urinária, o Enfermeiro Especialista pelo seu conhecimento e saber tem um papel central na identificação do problema através da avaliação progressiva da mulher identificando tudo o que ela sente, os seus medos, necessidades e significados da IU. Deste modo, é necessário que se estabeleça uma relação de ajuda para que as mulheres se sintam apoiadas e esclarecidas no processo de acompanhamento pelos profissionais de saúde, promovendo e desenvolvendo estratégias que aumentem a sua satisfação sexual e o bem-estar físico e psicológico tendo em vista, a mulher sentir-se menos ansiosa e angustiada ajudando-a a aceitar e a encontrar estratégias que melhorem a sua qualidade de vida (Azevedo, 2005).

A intervenção da enfermagem junto das mulheres com IU baseia-se no sistema de apoio-educação, que implica que a pessoa seja potencialmente capaz de satisfazer as suas necessidades de autocuidado, assim, o papel do Enfermeiro Especialista reporta-se á escuta ativa, ensino e apoio à mulher de modo a promover uma forma saudável e eficaz de satisfazer as necessidades detetadas.

A educação para a saúde é promotora de bem-estar e de ganhos em saúde para a pessoa e comunidade. Na carta de *Ottawa*, a promoção da saúde é vista como um processo que capacita as pessoas a aumentar o controlo de forma a melhorar a sua saúde. É entendido como algo que abrange a educação para a saúde, a prevenção e a reabilitação da doença. Fomenta ainda o *empowerment* dos utentes e das famílias

com a finalidade de promover a sua saúde física, mental, social e o bem-estar (Organização Mundial de Saúde,1986).

A educação para a saúde é praticada segundo uma norma, em que na fase de avaliação é determinada a natureza da necessidade, assim como a motivação para aprender, as metas a atingir, estabelecidas conjuntamente com a pessoa e ou família. O processo de ensino aprendizagem contempla várias etapas, sendo que a avaliação faz parte dum processo integral, com vista a determinar as capacidades das pessoas para a aprendizagem (Redman, 2003). A educação para a saúde pode ser utilizada como forma de aumentar os conhecimentos da pessoa e paralelamente promover a sua autonomia. As intervenções de enfermagem devem incidir na identificação do problema, nos seus fatores de risco e na implementação de medidas para a prevenção, diagnóstico e tratamento da incontinência urinária (Higa, Lopes & Reis, 2008). Deste modo, segundo Lopes e Higa (2005), o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica tem um papel fundamental junto das mulheres com IU na prevenção, no diagnóstico e na adequação do comportamento da mulher, evitando condutas como por exemplo, a restrição prolongada de líquidos e a micções pouco frequentes que podem causar complicações e danos na saúde destas mulheres.

## **PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO**



## 1- METODOLOGIA

A investigação científica é um método de aquisição de conhecimentos que permite encontrar respostas para questões precisas, esta consiste em descrever, em explicar, em prever e em verificar factos, acontecimentos ou fenómenos, distinguindo-se de outros tipos de aquisição de conhecimentos pelo seu carácter sistemático e rigoroso (Fortin, 2009).

Seaman (1987) citado por Fortin (2009) definiu a investigação científica como um processo sistemático de colheita de dados observáveis e verificáveis no mundo empírico, isto é, que é acessível aos nossos sentidos, com vista a descrever, explicar, prever ou controlar fenómenos.

A investigação em determinada disciplina possibilita a obtenção de um conjunto de conhecimentos que permitem fundamentar a prática e assegurar a credibilidade dessa disciplina, facilitando assim o seu desenvolvimento como ciência. Um dos objetivos da investigação é a descoberta e aumento dos saberes específicos e este é conseguido através do estudo sistemático dos fenómenos (Fortin, 2003).

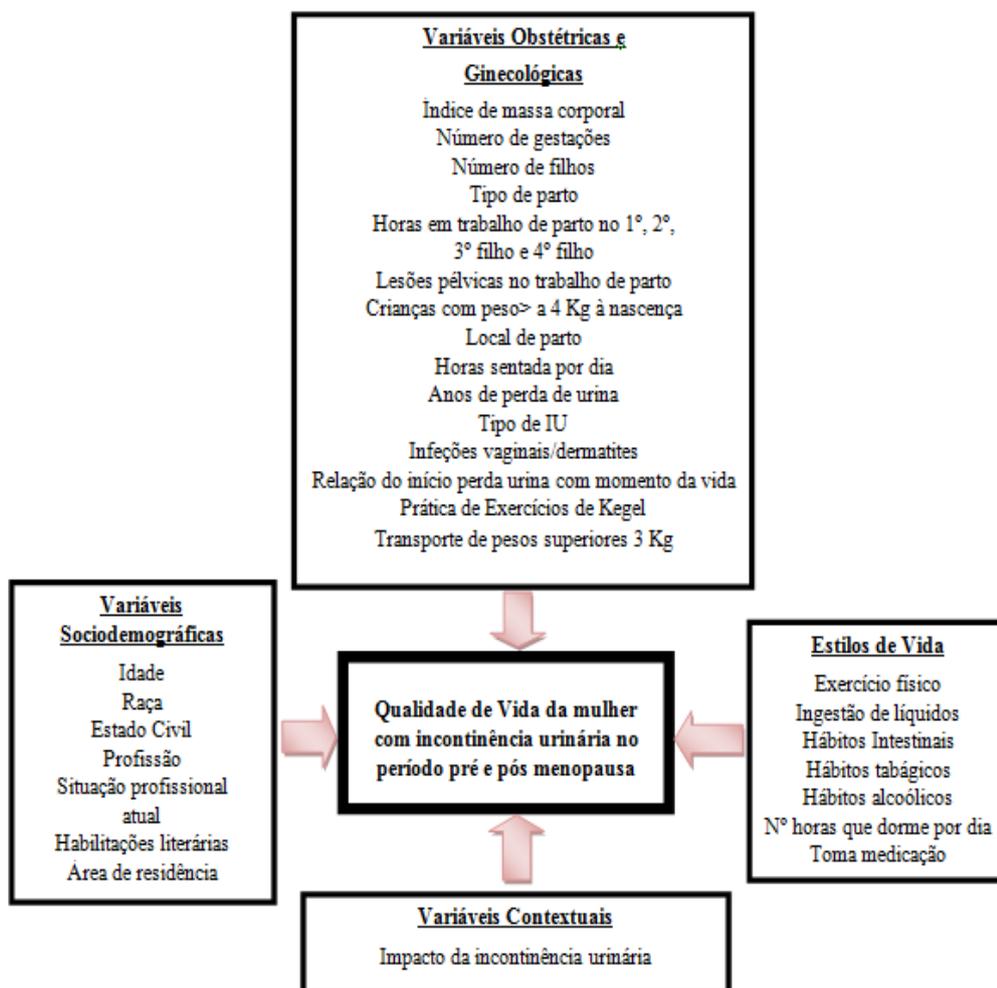
A pesquisa em enfermagem é uma investigação sistemática que utiliza diversos métodos para responder a questões ou resolver problemas. Especificamente, visa desenvolver conhecimentos sobre temas como a prática, o ensino e a administração em enfermagem (Polit et al, 2004).

A investigação é necessária a qualquer disciplina para produzir conhecimentos que directa ou indirectamente, terão incidência sobre a prática (Fortin, 2009).

O desenho da investigação é um conjunto de diretivas que estão associadas ao tipo de estudo a desenvolver e é um plano lógico criado pelo investigador com o objetivo de dar resposta às questões ou hipóteses de investigação colocadas (Fortin, 2003).



**Figura 1** – Esquema Conceptual de base do desenho da investigação



Através da figura apresentada procura-se dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis independentes e a variável dependente. Neste estudo considera-se como variável dependente a qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária no período pré e pós-menopausa, operacionalizada através do questionário de “*Questionnaire d’évaluation de la Qualité de Vie liée à l’incontinence urinaire de la femme (CONTILIFE®)*”. As variáveis independentes incluem as variáveis sociodemográficas, variáveis obstétricas e ginecológicas, estilos de vida e variáveis contextuais. É com base nestes propósitos que se pretende prosseguir o desenvolvimento da investigação.

No decorrer deste capítulo, abordar-se-á aspetos relacionados com a metodologia de investigação utilizada. Pretende-se ainda descrever o tipo de estudo, os objetivos, as questões de investigação, seguindo-se a população e a amostra selecionada, as variáveis em estudo e o instrumento de colheita de dados, bem como o processo de recolha e o procedimento estatístico dos dados. Finaliza-se com os aspetos formais e éticos tidos em conta durante a investigação.

## 1.1 - PROBLEMÁTICA, OBJECTIVOS E A NATUREZA DO ESTUDO

A Incontinência Urinária (IU) é uma condição que afeta negativamente a vida das mulheres e, como tal, tem vindo a assumir progressivamente maior relevância à medida que a sociedade desmitifica a ideia preconcebida de que esta é uma consequência natural do envelhecimento.

A incontinência urinária tem implicações na qualidade de vida da mulher, abrangendo o âmbito físico, social, sexual e psíquico. A mulher restringe as atividades sociais e físicas, com repercussões a nível emocional como a baixa autoestima, depressão, vergonha e isolamento (Ferreira & Santos, 2012).

A vida das mulheres é visivelmente condicionada do ponto de vista das suas atividades de vida diárias, resultando num afastamento social, alterando a forma como encaram as suas rotinas fora de casa, a perceção que têm do seu corpo e a maneira como se relacionam com o outro (Silva, 2008).

Tendo em conta problemática da incontinência urinária e a forma como esta afeta a qualidade de vida das mulheres, pretende-se com o estudo atingir os seguintes objetivos:

Descrever a qualidade de vida das mulheres com IU no período pré e pós-menopausa.

Analisar em que medida variáveis sociodemográficas, obstétricas, ginecológicas e estilo de vida influenciam a qualidade de vida das mulheres com IU no período pré e pós-menopausa.

Analisar a influência do tipo de IU na qualidade de vida das mulheres no período pré e pós-menopausa.

Analisar a influência do impacto da IU na qualidade de vida das mulheres no período pré e pós-menopausa.

O objetivo de um estudo de investigação enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer num estudo para obter respostas às suas questões

de investigação. Esse objetivo indica o fim do investigador e inclui as variáveis-chave, a população e a orientação da investigação através de um enunciado declarativo (Fortin, 2003).

Para a compreensão da problemática a investigar e os objetivos traçados, utilizou-se a metodologia de investigação quantitativa. Segundo Paiva e Simões (2004) citado por Marques (2012), a utilização de métodos quantitativos está associada à investigação experimental ou quase experimental o que pressupõe a observação de fenómenos, a formulação de hipóteses explicativas desses mesmos fenómenos, o controlo de variáveis, a seleção aleatória dos sujeitos de investigação, a verificação ou rejeição das hipóteses mediante uma recolha rigorosa de dados, posteriormente sujeitos a uma análise estatística e uma utilização de modelos matemáticos para testar essas mesmas hipóteses. O seu objetivo é a generalização dos dados de uma determinada população em estudo a partir da amostra, o estabelecimento de relação causa-efeito e a previsão do fenómeno.

A investigação quantitativa ou objetiva interessa-se pelas causas objetivas dos fenómenos e faz abstração da situação própria de cada indivíduo, apela à dedução, às regras da lógica e da medida, baseando-se na observação de factos, de acontecimentos e de fenómenos objetivos e comporta um processo sistemático de recolha de dados observáveis e mensuráveis (Fortin, 2009). Deste modo, a objetividade, a predição, o controlo e a generalização são características distintas da metodologia quantitativa.

O método de investigação quantitativo assenta no paradigma positivista e caracteriza-se pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos passíveis de serem generalizados a outras populações e contextos, faz ainda apelo a explicações, a predições e apoia o estabelecimento de relações causa efeito sendo os fenómenos humanos previsíveis e controláveis (Fortin, 2009).

No paradigma quantitativo, a investigação é um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador e tem como características a objetividade, a predição, o controlo e a generalização (Fortin, 2003). Segundo Polit e Hugler (1995) citado por Duarte (2011), a pesquisa quantitativa envolve a recolha sistemática de informação numérica, normalmente mediante condições de muito controle, além da análise dessa informação, utilizando procedimentos estatísticos.

Para Sampieri et al. (2006) a investigação quantitativa oferece a possibilidade de generalizar os resultados de maneira mais ampla, concedendo um controle sobre os fenómenos e um ponto de vista de contagem e magnitude em relação a eles, dando ainda a possibilidade de réplica e um enfoque sobre os pontos específicos de tais fenómenos, além de possibilitar a comparação entre estudos similares.

Assume também carácter descritivo-correlacional uma vez que pretende descrever o universo de uma determinada população ou fenómeno e estabelecer relação entre variáveis. De acordo com (Fortin, 2003) no estudo descritivo-correlacional, o investigador tenta explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações. O principal objetivo do estudo descritivo-correlacional é a descoberta de fatores ligados a um fenómeno.

Um estudo descritivo consiste em descrever, nomear ou concretizar um fenómeno, uma situação ou um acontecimento, de modo a torna-lo conhecido (Fortin,1999). Os estudos descritivos podem distinguir-se em três categorias: descritivo simples, estudos de caso e inquéritos. O estudo em causa é descritivo simples na medida em que pretende, denominar, classificar, descrever uma população ou conceptualizar uma situação (Fortin, 2003).

Para Polit e Hungler (2004) os estudos descritivos têm como principal objetivo o retrato preciso das características de indivíduos, situações ou grupos e de frequência com que decorrem determinados fenómenos.

Deste modo, tendo em conta os objetivos e as características do estudo, o tempo e recursos disponíveis para a investigação, enveredou-se por um estudo transversal, do tipo descritivo-correlacional. Denominou-se como transversal porque não apresentam período de seguimento, os dados são recolhidos num único ponto no tempo e representam um corte transversal ou fotografia das características da população em estudo.

## 1.2 - QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A investigação quantitativa assenta na crença de que os seres humanos são compostos por partes que podem ser medidas, isto é, as características fisiológicas, psicológicas e sociais podem ser medidas e controladas, abstraindo-se da situação em que se encontram os participantes (Fortin, 2009).

A conceptualização do assunto de estudo numa investigação quantitativa começa com a formulação clara das questões de investigação o que pressupõem um exame de verificação das relações entre os conceitos ou a verificação das diferenças entre

grupos. Assim, o objetivo da investigação quantitativa é estabelecer factos, pôr em evidência relações entre variáveis por meio da verificação de hipóteses, prever resultados de causa efeito ou verificar teorias ou preposições teóricas (Fortin, 2009). Um trabalho de investigação, qualquer que seja a sua área de conhecimento, tem como fundamento uma ou várias questões de investigação, ou seja, aquilo para o qual o investigador não tem resposta, mas procura encontrá-la. A questão de investigação constitui o elemento fundamental do início de uma investigação (Fortin, 2003).

Estas precisam o objetivo, incluem as variáveis de investigação e as suas relações mútuas assim como a população em estudo. As questões de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação (Fortin, 2003). O enunciado de uma questão é interrogativo, escrito no presente e inclui uma ou duas variáveis, as relações entre elas e a população em estudo (Fortin, 2003; Polit, Beck & Hungler, 2004). Sendo o tipo de estudo a desenvolver determinado pela problemática de investigação e a ela deve dar resposta, deste modo e no sentido de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados às mulheres com IU emergiu a **problemática de investigação**:

**“Que fatores influenciam a qualidade de vida da mulher com incontinência urinária no período pré e pós-menopausa?”.**

De modo a dar resposta ao problema de investigação e aos objetivos delineados, foram traçadas as seguintes **questões de investigação**:

Qual a influência das variáveis sociodemográficas, obstétricas, ginecológicas e estilos de vida, em estudo, na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária no período pré e pós-menopausa?

Qual a influência do impacto da IU na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária no período pré e pós-menopausa?

Qual a influência do tipo de IU na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária no período pré e pós-menopausa?

De que modo a IU influencia a qualidade de vida das mulheres no período pré e pós-menopausa nas várias dimensões?

### 1.3 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

Segundo (Fortin, 2009), a primeira etapa do processo de amostragem consiste em precisar a população que será estudada, isto é, é um conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de seleção previamente definidos, permitindo fazer generalizações e deve ser representativa da população-alvo.

As informações que o investigador pretende obter em determinada investigação, relativa a determinado fenómeno, direcionam-se para determinada população. Visto que a recolha de informação na população transforma a recolha de dados em algo moroso e, por vezes, difícil de concretizar, procede-se ao processo de amostragem. Este tipo de procedimento em que é escolhido um grupo de pessoas, um subconjunto da população que a represente e que permita a obtenção de informação sobre o fenómeno em estudo (Fortin, 2003).

Ao fazer a delimitação da investigação, o investigador determina o seu universo de estudo. É raro tratar-se da totalidade do universo, para isso o investigador opta pela escolha de uma amostra, selecionada por procedimentos científicos, que tem de ser representativa do universo/população em estudo. Segundo Fortin (2009), a população é definida como um conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação. No estudo apresentado a população é composta por mulheres com diagnóstico de IU no período pré e pós menopausa.

Segundo Fortin (2009), a amostra é um subconjunto de uma mesma população, isto é, uma réplica em miniatura da população alvo e deve ser representativa da população visada, ou seja, as características da população devem estar presentes na amostra selecionada. A amostragem refere-se ao processo de seleção de uma parte da população para representar a sua totalidade, constituindo assim uma etapa importante do processo de pesquisa.

A população foi constituída por mulheres com IU em pré e pós-menopausa, o estudo realizou-se na Ginecologia B – Polo MBB do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC). A recolha de dados decorreu de abril de 2016 a setembro de 2016, obtendo-se uma amostra total de 91 participantes com idades compreendidas entre os 34 e os 67 anos.

Da amostra que foi constituída e após verificação dos processos clínicos constatou-se que o grupo de mulheres em pré-menopausa correspondia às mulheres com idade

inferior ou igual a 49 anos e que o grupo em pós-menopausa correspondia a mulheres com idade superior ou igual a 50 anos.

Deste modo, a **Menopausa** é um período do desenvolvimento com as características específicas: cessação da capacidade reprodutora da mulher, climatério, marcado pelo fim do ciclo menstrual e da produção de hormonas e que começa normalmente entre os 45 e os 60 anos de idade, podendo, no entanto, surgir num período mais precoce da vida devido a doença ou remoção cirúrgica do útero e de ambos os ovários (CIPE, 2006).

De acordo com Cavadas (2010), define-se:

- **Pré-menopausa** – como sendo toda a fase reprodutiva anterior à menopausa.
- **Menopausa Precoce** – quando a menopausa ocorre numa idade menor da idade média de menopausa (40 anos de idade), pode ocorrer espontaneamente, como manifestação de doença autoimune, induzida por patologia médica, alterações genéticas, medicação, radiação ou cirurgia.
- **Climatério ou Perimenopausa** - tem início quando o período menstrual se torna irregular e termina um ano após a última menstruação. Pode ter a duração de 2-3 anos ou estender-se até 7-8 anos.
- **Pós-menopausa** - é o período que se segue à menopausa. Nesta altura a menstruação é já inexistente e, em consequência disso, nascem as complicações e os sintomas, fruto da ausência de estrogénios.

A abordagem às participantes que constituem a amostra foi realizada no decorrer do contacto das utentes com o Serviço de Ginecologia B – Polo MBB onde, após assinatura do consentimento informado apresentado em (Apêndice I), foi aplicado um questionário de caracterização sociodemográfica, obstétrica, ginecológica, estilos de vida, questionário de impacto da IU e o questionário de avaliação da qualidade de vida da mulher com IU (CONTILIFE®) em (Apêndice II).

- **CrITÉRIOS de Inclusão e Exclusão na Amostra**

Segundo Fortin (2009) a amostra em estudo define-se através de critérios de inclusão, que correspondem às características essenciais da população visada no estudo. Também os critérios de exclusão servem para determinar quais os indivíduos que não farão parte da amostra selecionada.

Assim, este estudo tem como critérios de inclusão:

- Mulheres adultas em idade pré e pós-menopausa,

- Presença de sintomatologia IU,
- Saber ler e escrever,
- Não possuísem nenhuma doença do foro mental e
- Terem concedido autorização para participar no estudo depois de devidamente informadas e esclarecidas.

E como critérios de exclusão:

- Mulheres grávidas.

A importância de definir a amostra a ser estudada e o processo de seleção da mesma é crucial para o estudo, pois é através da amostra escolhida que se pretende representar uma determinada população, neste caso, as mulheres em período pré e pós-menopausa com sintomatologia de IU que tivessem contacto com a Ginecologia B – Polo MBB.

#### 1.4. OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

As variáveis de investigação constituem uma das etapas fundamentais do processo de investigação através do processo de seleção e operacionalização, uma vez que estas são propriedades ou características que permitem responder, de forma objetiva, ao problema em estudo. Uma variável pode definir-se com todas as qualidades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação que variam ou assumem um valor diferente num determinado fenómeno, e que podem ser observadas, registadas ou mesmo mensuradas. Sendo assim, a variável é algo que varia (Polit e Hungle, 1993 citado por Cruz, 2014)

A variável é uma qualidade, propriedade ou característica de pessoas, de objetos ou de situações estudadas numa investigação, a que se pode atribuir diversos valores. De acordo com a sua utilização na investigação, as variáveis podem ser classificadas de diferentes formas, algumas podem ser manipuladas, outras controladas. Os tipos de variáveis usualmente utilizadas com maior frequência no percurso metodológico são: as variáveis dependentes e independentes e as variáveis atributo (Fortin, 2003).

Num estudo quantitativo o investigador esclarece e define as variáveis da pesquisa, indicando como ela será observada e medida no mesmo (Polit, Beck & Hungler, 2004).

Segundo Fortin (2003), a variável dependente é aquela que é influenciada pela variável independente. Consideram-se como variáveis dependentes aquelas que dependem dos procedimentos da investigação, conotando-se diretamente com as respostas que se procuram. São dados que se obtém e variam à medida que o investigador modifica as condições de investigação. Uma variável dependente é

aquela que procura dar resposta á pergunta. Toda a investigação tem por objetivo chegar á variável dependente, ou seja, ao resultado obtido com os procedimentos da investigação (Sousa, 2005 citado por Marques, 2012).

Segundo Polit e Hungler, 1993 citado por Cruz, 2014 as variáveis dependentes são aquelas que o investigador pretende compreender, explicar ou prever. É a que sofre o efeito da variável independente, ou seja, é o comportamento, a resposta ou o resultado que se observa devido á presença da variável dependente.

As variáveis independentes são aquelas que o investigador manipula num estudo para medir o seu efeito na variável dependente (Fortin, 2003). Assim, são aquelas que não dependem dos procedimentos da investigação, nem da investigação, constituindo, no entanto, fatores determinantes que vão influenciar, recorrendo o investigador à sua manipulação para observar os efeitos produzidos na variável dependente (Sousa, 2005 citado por Marques, 2012).

Num estudo descritivo-correlacional, o investigador tenta estabelecer relação entre as variáveis, não sabendo qual o comportamento de umas na presença de outras.

Tendo em conta os objetivos e as questões de investigação delineadas para esta investigação, as variáveis que irão ser estudadas nesta investigação serão agrupadas em dependentes, independentes e de atributo.

- **Variável Dependente**

Neste trabalho a variável dependente estudada é a qualidade de vida da mulher no período pré e pós menopausa com incontinência urinária, que se encontra operacionalizada em seis dimensões distintas (atividades quotidianas, situações de esforço, autoimagem, impacto emocional, sexualidade e qualidade de vida em geral) de acordo com o Questionário (CONTILIFE®) “*Questionnaire d’évaluation de la qualité de vie liée à l’incontinence urinaire de la femme*” (Paiva, Silva & Robalo, 2010).

- **Variáveis Independentes**

As variáveis independentes do estudo são:

- **Sociodemográficas**

- Idade – relativo á idade cronológica de cada respondente, em anos. É uma variável quantitativa discreta de resposta aberta.
- Raça – variável qualitativa, de questão fechada, operacionalizada em branca, negra e amarela.

- Estado civil - diz respeito à união legal entre os casais, que devem constar no registo civil. É uma variável qualitativa categórica, de questão fechada, operacionalizada em solteira, casada, divorciada, união de facto e viúva.
- Profissão – variável qualitativa, de questão fechada, operacionalizada em população não ativa e população ativa por sectores de atividade económica.
- Situação Profissional atual – é considerada a conjuntura profissional em que um indivíduo se encontra. É uma variável qualitativa dicotómica, de questão fechada, com uma escala ordinal, operacionalizada com as seguintes opções de resposta, empregada, desempregada, doméstica, estudante, trabalhador/estudante e reformada.
- Habilitações Literárias – dizem respeito ao conjunto de qualificações académicas adquiridas através do estudo. É uma variável qualitativa discreta, de questão fechada, com uma escala ordinal, operacionalizada com as seguintes opções de resposta 1º ciclo, 2º ciclo, 3º ciclo, ensino secundário (12º ano), ensino superior (bacharelato, licenciatura, mestrado, doutoramento) e curso profissional.
- Área de residência – aceita-se residência como sinónimo de domicílio. Sendo, portanto, o local de residência o sítio onde um indivíduo habita. É uma variável qualitativa categórica, de questão fechada operacionalizada em aldeia, vila e cidade.
  - **Obstétricas**
- Índice de Massa Corporal (IMC) – foi obtido pelo meio do peso e da altura das participantes. A classificação deu-se através dos parâmetros preconizados pela Organização Mundial de Saúde que são baixo-peso (< 18,5 kg/m<sup>2</sup>), normal (18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup>), sobrepeso (≥ 25kg/m<sup>2</sup>), pré-obeso (25,0 – 29,9 kg/m<sup>2</sup>), obeso I (30,0-34,9 kg/m<sup>2</sup>), obeso II (35,0-39,9 kg/m<sup>2</sup>) e obeso III (≥ 40,0 kg/m<sup>2</sup>). É um varável quantitativa, de resposta aberta.
- Número de gestações – variável quantitativa, de questão aberta.
- Número de partos – variável quantitativa, de questão aberta.
- Paridade - número de gestações em que o feto atingiu a viabilidade ao nascer. Nulípara é a mulher que nunca teve filhos, primípara é a mulher que completou uma gestação até ao estágio de viabilidade fetal e múltípara é a mulher que completou duas ou mais gestações até aquele mesmo estágio

(Bobak, Lowdermilk e Jensen, 1999). É uma variável qualitativa dicotômica, de questão aberta, com uma escala ordinal, operacionalizada com as seguintes opções de resposta nulípara (sem filhos), primípara (1 filho), múltipara com 2 até 4 filhos) e grande múltipara (com mais de 5 filhos)

- Tipo de parto – variável qualitativa, de questão fechada, operacionalizada com as seguintes opções de resposta eutócico, distócico (fórceps e ventosas) e distócico (cesariana).
- Horas de Trabalho Parto (TP) - variável qualitativa, de questão aberta, operacionalizada com as seguintes opções de resposta para o primeiro filho ( $\leq 7$  horas TP, entre 8-9 horas TP e  $\geq 10$  horas TP) e para o segundo ou mais filhos ( $\leq 4$  horas TP, entre 5-6 horas TP e  $\geq 7$  horas TP).
- Lacerações no parto – variável qualitativa, de questão fechada operacionalizada em sim ou não.
- Filhos com peso superior igual a 4 quilos - variável qualitativa, de questão fechada operacionalizada em sim ou não.
- Local de parto - variável qualitativa, de questão fechada, operacionalizada com as seguintes opções de resposta em hospital, casa e outro local.
- Horas sentada - variável quantitativa, de questão aberta, operacionalizada com as seguintes opções de resposta 0-1 hora, 2-4 horas, 5-8 horas e 9-12 horas.
  - **Ginecológica**
- Tempo de perda de urina – corresponde ao período de tempo que a mulher perde de urina. Variável quantitativa, de questão aberta relativa ao número de anos, operacionalizada com as seguintes opções de resposta 0-1 ano, 2-3 anos, 4-5 anos, 6-10 anos, 11-15 anos, 16-20 anos e  $>20$  anos.
- Tipo de IU - variável qualitativa, de questão fechada, operacionalizada com as seguintes opções de resposta IUE, IUU e IUM.
- Infecções vaginais/dermatites - variável quantitativa, de questão fechada, operacionalizada com as seguintes opções de resposta sim e não se sim operacionalizada em 1 episódio, 2 episódios e  $\geq 3$  episódios.
- Pensos absorventes - variável quantitativa, de questão fechada, operacionalizada com as seguintes opções de resposta sim e não se sim operacionalizada em 1-2 unidades/dia, 3-4 unidades/dia e  $>4$  unidades/dia.
- Associa início da perda de urina a algum momento da vida - variável qualitativa, de questão fechada, operacionalizada com as seguintes opções de resposta sim e não se sim operacionalizada em parto, desporto, esforço

no trabalho, cirurgia ginecológica, longos períodos sem ir à casa de banho e menopausa.

- Realização de cirurgia ginecológica - variável qualitativa, de questão fechada, operacionalizada com as seguintes opções de resposta sim e não se sim operacionalizada em laqueação tubar, quistectomia, miomectomia, correção de IU, polipectomia, laser vaginal e vulvar, histerectomia e histeroscopia/curetagem.
- Conhecimento e pratica de Exercícios de Kegel - variável qualitativa, de questão fechada, operacionalizada com as seguintes opções de resposta sim e não se sim operacionalizada em nunca, várias vezes por dia, uma vez por dia, duas ou três vezes por semana, uma vez por semana, de quinze em quinze dias e uma vez por mês.
- Carregar pesos superiores a 3 kg - variável qualitativa, de questão fechada, operacionalizada com as seguintes opções de resposta sim e não se sim operacionalizada em nunca, várias vezes por dia, uma vez por dia, duas ou três vezes por semana, uma vez por semana, de quinze em quinze dias e uma vez por mês.
  - **Estilos de vida**
- Prática exercício físico – é uma variável qualitativa, de questão fechada, operacionalizada com as seguintes opções de resposta nunca, várias vezes por dia, uma vez por dia, duas ou três vezes por semana, uma vez por semana, de quinze em quinze dias e uma vez por mês.
- Quantidade de água/líquidos ingere por dia - variável quantitativa, de questão fechada, operacionalizada com as seguintes opções de resposta nenhuma, até 0,5L/dia, até 1L/dia, até 1,5L/dia; até 2L/dia e mais de 2L/dia.
- Frequência de dejeções - variável qualitativa, de questão fechada, operacionalizada com as seguintes opções de resposta diariamente, de 2 em 2 dias e semanalmente.
  - **Questionário de impacto de incontinência urinária – ICIQ-SF**  
**Short Form**
- Frequência de perda de urina - variável qualitativa, de questão fechada, operacionalizada com as seguintes opções de resposta nunca, uma vez por semana, duas a três vezes por semana, uma vez por dia e constantemente.
- Quantidade de urina que perde - variável qualitativa, de questão fechada, operacionalizada com as seguintes opções de resposta nenhuma, pequena quantidade, moderada quantidade e grande quantidade.

- Quantidade de urina que perde interfere com a sua vida - variável qualitativa, de questão fechada, operacionalizada com as seguintes opções de resposta sim e não se sim operacionalizada em 0 – não interfere, 1-3 – interfere levemente, 4-6 interfere moderadamente, 7-9 interfere gravemente e 10 interfere muito.
- Situações de perda que urina - variável qualitativa, de questão fechada, operacionalizada com as seguintes opções de resposta nunca, perco antes de chegar á casa de banho, perco quando tusso ou espirro, perco quando estou a dormir, perco quando estou a fazer atividade física, perco quando terminei de urinar e estou a vestir-me, perco sem razão óbvia e perco constantemente.

As variáveis de atributo, que servem para caracterizar a amostra são:

- **Ginecológica**

- Serviço de saúde a que recorreu pela IU - variável qualitativa, de questão aberta, operacionalizada com as seguintes opções de resposta médico de família, médico ginecologista e enfermeiro.
- Período de tempo que recorreu ao serviço de saúde pela IU – corresponde ao período de tempo que a mulher recorreu ao serviço de saúde pela IU. Variável quantitativa, de questão aberta relativa ao numero de anos, operacionalizada com as seguintes opções de resposta 0-1 ano, 2-3 anos, 4-5 anos, 6-10 anos e >10 anos.
- Realização cirurgias de correção de IU – variável quantitativa, de questão fechada, operacionalizada com as seguintes opções de resposta sim e não se sim operacionalizada em 0-1 ano, 2-3 anos, 4-5 anos, 6-10 anos e >10 anos.

- **Estilos de vida**

- Hábitos tabágicos – variável qualitativa, de questão fechada, operacionalizada com as seguintes opções de resposta sim e não.
- Ingestão bebidas alcoólicas - variável qualitativa, de questão fechada, operacionalizada com as seguintes opções de resposta sim e não.
- Nº horas dorme por dia – variável quantitativa, de questão aberta, operacionalizada com as seguintes opções de resposta 5-6 horas, 7-8 horas, 9-10 horas e >10 horas.
- Realização medicação - variável qualitativa, de questão fechada, operacionalizada com as seguintes opções de resposta sim e não.

## 1.5. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Segundo Fortin (2003) o processo de recolha de dados consiste em recolher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes com ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para esse fim.

Deste modo, o investigador tem uma diversidade de instrumentos ao seu dispor que podem servir para medir as variáveis, nomeadamente, entrevistas, questionários, grelhas de observação e escalas de medida. Contudo este deve seleccionar o melhor método para responder aos objetivos do estudo.

Num trabalho de investigação, o investigador deve optar por um instrumento de recolha de dados que melhor se adequa ao problema em estudo, aos objetivos definidos, à população, ao tempo e aos recursos financeiros disponíveis.

O instrumento de colheita de dados deve ser construído por um conjunto de questões que permitam colher a informação necessária, válida e pertinente à realização da investigação (Pilot & Hungler, 1985 citado por Cruz, 2014).

A recolha de dados para este estudo foi realizada através de questionário, esta técnica de natureza quantitativa possibilita a recolha e organização de dados referentes a factos, ideias, sentimentos, pensamentos, comportamentos, atitudes e preferências dos participantes. O questionário limita o sujeito às questões formuladas, sem que ele tenha a possibilidade de as alterar ou de precisar o seu pensamento. Ajuda a normalizar, a organizar e a controlar os dados de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa. O questionário permite então um melhor controlo dos enviesamentos (Fortin, 2003).

O questionário elaborado para recolha de dados apresentado no apêndice II, é constituído pelas seguintes partes: caracterização sociodemográfica, obstétrica, ginecológica, estilos de vida, impacto da Incontinência Urinária – ICIQ – SF *Short Form* e questionário de avaliação da qualidade de vida em mulheres com Incontinência Urinária (CONTILIFE®).

A caracterização sociodemográfica engloba sete questões abertas e fechadas relativas à caracterização do perfil sociodemográfico da mulher, como a idade, raça, estado civil, profissão, situação profissional atual, habilitações literárias e área de residência.

A caracterização obstétrica inclui 10 questões abertas e fechadas e possibilita conhecer os antecedentes obstétricos da mulher como: o peso e a altura da qual resultará o índice de massa corporal, número de gestações, número de filhos, tipo de

parto, horas em trabalho de parto no 1º, 2º, 3º e 4º e mais filhos, lesões pélvicas no trabalho de parto, peso da criança à nascença superior ou igual a 4 kg, local do parto e as horas sentada por dia.

A caracterização ginecológica é composta por 11 questões aberta e fechadas onde constam os antecedentes ginecológicos da mulher, anos de perda de urina, tipo de IU (IUE, IUU, UIM), a quem se dirigiu por este problema (profissional de saúde), à quanto tempo recorreu ao serviço de saúde por este problema, presença de infeções vaginais/dermatites em caso afirmativo o número de episódios no último ano, se efetuou cirurgias para a correção da IU, uso de pensos absorventes, e em caso afirmativo o número de pensos nas 24 horas, associação do início de perda de urina com algum momento de vida, conhecimentos dos exercícios de Kegel e se conhece quantas vezes os praticam e, por fim, se carregam pesos superiores a três quilos.

A caracterização dos estilos de vida é composta por sete questões aberta e fechadas que permitem conhecer os estilos de vida da mulher, através de hábitos de: exercício físico, ingestão de líquidos, frequência das dejeções, hábitos tabágicos, hábitos alcoólicos, horas de sono e medicação habitual.

No estudo é também utilizado o questionário denominado *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)* que avalia o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida em pacientes com incontinência, que foi traduzido e validado para língua portuguesa por Tamanini *et al* (2004). Trata-se de um questionário específico e genérico, que avalia o impacto da IU na qualidade de vida (QdV) e a qualificação das perdas urinária das mulheres. Este 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), além de um grupo de oito itens relativos a causas ou situações de IU vivenciadas pelas respondentes. Esta 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- S F*) é a soma dos scores das questões um, dois e três e varia de 0 a 21, em que quanto maior for esse score, maior é a severidade da perda de urina e o impacto na qualidade de vida da mulher. O impacto na QdV foi definido de acordo com o score da questão 3: (0) não interfere; (1-3) interfere levemente; (4-6) interfere moderadamente; (7-9) interfere gravemente; (10) interfere muito.

É ainda utilizado o “*Questionnaire d’évaluation de la Qualité de Vie liée à l’incontinence urinaire de la femme* (CONTILIFE®), que se encontra traduzido para 10 línguas, estando validado internacionalmente para 6 países Europeus (Khoury & D., 2005

citado por Paiva, Silva & Robalo, 2010). Este é um questionário de autopreenchimento, com a finalidade de avaliar o impacto da IU na QdV das mulheres e permite a sua quantificação em 6 dimensões distintas: atividades quotidianas (composta por 7 questões), situações de esforço (composta por 4 questões), autoimagem (composta por 7 questões), impacto emocional (composta por 6 questões), sexualidade (composta por 3 questões) e qualidade de vida em geral (composta por 1 questão), isto é, permite que a utente atribua significado ao seu estado de saúde e quantifique o impacto da IU na sua QdV. Deste modo, é um instrumento válido e fidedigno, cuja construção conceptual se baseia e insere quer no modelo biopsicossocial quer no modelo centrado no utente (holístico) (Amarencio, et al, 2005; Khoury & D., 2005 citado por Paiva, Silva & Robalo, 2010).

Sendo um instrumento adaptado e validado para a população portuguesa consistindo em 28 itens, que se enquadram com referido anteriormente em 6 dimensões que tem um score “próprio”, sendo que, as opções de resposta consistem em escalas de *Likert* de 5 pontos, cujas opções de resposta variam de 1 a 5, e escalas de *Likert* de 6 pontos, em que as opções variam entre 0 a 5. Assim, para cada questão existem 5 ou 6 opções de respostas possíveis que em alguns itens se relacionam com indicadores de frequência (nunca, raramente, frequentemente e sempre) e noutros com indicadores de intensidade (não, um pouco, moderadamente, muito e muitíssimo).

A análise dos dados foi efetuada calculando um score por dimensão (que deve respeitar a formula em que  $\text{Min}=1$ ,  $\text{Max}=5$  e  $\text{Raw Score} = \text{média dos itens}$ ), um score global (em que é necessário respeitar os seguintes procedimentos  $\text{score Final} = 10 - \{ [ (\text{Raw score} - \text{Min}) / (\text{Max}-\text{Min}) ] * 10 \}$ ), e o somatório de todas as questões do nº1 a nº27 constitui o score final global, sendo que, a questão 28 pertence a uma dimensão independente e portanto, apresenta o seu próprio score. Os cálculos estão de acordo com as normas do respetivo questionário (Paiva, Silva & Robalo, 2010). Os resultados quer por dimensão quer relativamente ao score final global variam entre 0 a 10 pontos, em que 0 significa impacto muito elevado na qualidade de vida o que leva a uma baixa qualidade de vida e 10 representa sem impacto o que leva a uma boa qualidade de vida. Deste modo, o score final global e de cada dimensão foram agrupados em intervalos (0-2: impacto muito alto o que corresponde a uma má qualidade de vida; 3-4: impacto elevado o que corresponde a uma fraca qualidade de vida; 5-6: impacto moderado o que corresponde a uma moderada qualidade de vida; 7-8: impacto baixo o que corresponde a uma elevada qualidade de vida; 9-10: sem impacto o que corresponde a uma excelente qualidade de vida) (Paiva, Silva & Robalo, 2010; Robalo, Melo, Leiria, Rodrigues, Valente & Encarnação, 2012).

## 1.6. PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados decorreu entre abril e setembro de 2016. A amostra foi obtida através da abordagem a mulheres com sintomatologia de IU que contactavam com o Serviço de Ginecologia B – Polo MBB, esta recolha de dados foi realizada após autorização da entidade responsável (Comissão de Ética para a Saúde dos CHUC), para que a aplicação do questionário fosse possível junto daquele serviço de saúde.

O questionário foi entregue pessoalmente em envelope fechado, contendo cada um o questionário e respetivo consentimento informado anexado a cada questionário. Cada participante foi informada acerca da identidade do investigador, do tipo de estudo, dos seus objetivos e de que o tempo de preenchimento do mesmo rondaria os 20 a 30 minutos. Os questionários foram preenchidos pelas participantes com a maior sinceridade possível para que a informação recolhida fosse mais fidedigna, estes foram devolvidos em envelope fechado conjuntamente com o consentimento informado no exterior do envelope.

## 1.7. MEDIDAS ESTATÍSTICAS UTILIZADAS

Este é um estudo de carácter quantitativo cujo objetivo da investigação quantitativa consiste essencialmente em encontrar relações entre variáveis, fazer descrições recorrendo ao tratamento estatístico dos dados recolhidos e testar teorias (Paiva e Simões, 2004 citado por Marques, 2012).

O tratamento estatístico dos dados recolhidos foi efetuado através do programa informático *Statistical Psychologic and Society Science* (SPSS), versão 23.0. Da análise estatística processada, surge uma análise descritiva e uma análise inferencial.

O tratamento dos dados foi realizado com recurso a frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média, moda e mediana) e de dispersão (amplitude de variação e desvio padrão).

Na análise descritiva foram usadas distribuições de frequências (absolutas - N e relativas - %) e utilizadas medidas de tendência central (média - M, moda - Mo e mediana - Md) e de dispersão ou variabilidade (desvio padrão - Dp, valor mínimo -  $X_{\min}$  e valor máximo -  $X_{\max}$ ).

Os testes de hipótese recebem a designação de testes paramétricos se incidem explicitamente sobre um parâmetro de uma ou mais populações e se a distribuição de probabilidades da estatística de teste pressupõe uma forma particular das distribuições populacionais de onde as amostras foram recolhidas (Carvalho et al., 2005).

Assim, se algum destes pressupostos é violado, então os paramétricos não têm rigor estatístico, e deverão ser evitados, e em sua substituição dever-se-ão utilizar testes que não exigem o cumprimento de tais pressupostos. Estes testes designam-se por testes não paramétricos. Os testes não paramétricos não estão condicionados por qualquer distribuição de probabilidades dos dados em análise (Carvalho et al., 2005).

Na análise inferencial recorreu-se a testes estatísticos que permitiram analisar a relação entre as variáveis, nomeadamente os testes paramétricos (*One-WayANOVA* e teste de t *Student* para amostras independentes) quando as variáveis apresentam normalidade nas variâncias, e os testes não paramétricos (testes U *Mann-Whitney* e testes de *Kruskal-Wallis*) quando há violação da normalidade e da correlação de *Spearman*.

Para avaliar o cumprimento da normalidade da variável dependente, qualidade de vida da mulher com incontinência urinária, foi utilizado o teste de *Kolmogorov-Smirnov* com correção de significância de Lilliefors. Deste modo, verifica-se que de acordo com o nível de significância, o questionário CONTILIFE® que mede a variável dependente, apresenta uma distribuição normal ( $p=0,323$ ), sendo que, nas suas cinco dimensões excetuando-se a dimensão sexualidade todas assumem uma distribuição normal, pelo que se optou pela utilização de testes paramétricos. De seguida apresenta-se os resultados obtidos através dos testes de normalidade *Kolmogorov-Smirnov* com correção de significância de Lilliefors (Quadro 1).

Quadro 1 – Resultados de testes de normalidade com correção de significância de Lilliefors

Questionário CONTILIFE® Dimensões e Global	<i>Kolmogorov-Smirnov</i>		
	Estatística	gl	Sig.
Atividades Quotidianas	0,082	91	0,168
Situações de Esforço	0,091	91	0,098
Auto-Imagem	0,099	91	0,050
Impacto emocional	0,085	91	0,086
Sexualidade	0,161	91	0,000
Pontuação global final	0,074	91	0,323

Os critérios de decisão em relação aos testes de hipóteses são baseados no estudo das probabilidades. Na análise estatística considerou-se os seguintes valores de significância:  $p < 0,05^*$  – diferença estatística significativa;  $p < 0,01^{**}$  – diferença

estatística bastante significativa;  $p < 0,001^{***}$  – diferença estatística altamente significativa;  $p \geq 0,05$  n.s. – diferença estatística não significativa.

Tal como realizado pelo autor do instrumento original e pelas autoras da versão portuguesa, recorreu-se ao alfa de *Cronbach* ( $\alpha$ ) para avaliação da consistência interna.

O alfa de *Cronbach* é a técnica mais utilizada para a avaliação da consistência interna quando existem escolhas para o estabelecimento dos scores, como acontece na escala de *likert*. O cálculo deste coeficiente permite estimar até que ponto cada enunciado do instrumento de medida mede de forma equivalente o mesmo conceito (Fortin, 2003; Fortin, Côte e Fillion, 2009).

Os valores do coeficiente do alfa de *Cronbach* variam entre 0,00 e 1,00, entende-se então que a consistência interna é tanto maior quando se aproxima de 1,00 o valor da estatística. Sendo que uma boa consistência interna deve exceder um  $\alpha$  de 0,80, embora valores acima de 0,60 já sejam considerado aceitáveis por alguns autores (Ribeiro, 2010; Fortin, 2003; Hill e Hill, 2005). Deste modo, a consistência interna dos scores segundo o valor de  $\alpha = 0,91$  ou mais é excelente, de  $\alpha = 0,90-0,81$  bom, de  $\alpha = 0,81-0,71$  aceitável, de  $\alpha = 0,71-0,61$  questionável, de  $\alpha = 0,61-0,51$  pobre e de  $\alpha$  menor que 0,51 inaceitável (Pestana e Gageiro, 2008).

No estudo realizado os valores da consistência interna obtidos na linha de base variaram entre  $\alpha = 0,753$  e  $\alpha = 0,916$  (entre dimensões), sendo que, o valor global final foi de  $\alpha = 0,939$ , como apresentado no (Quadro 2):

Quadro 2 - Valores de  $\alpha$  encontrados para cada dimensão.

	<i>Alpha</i> <i>Cronbach</i>	Nº de Itens
Actividades Quotidianas	,864	7
Situações de Esforço	,753	4
Auto-Imagem	,825	7
Impacto Emocional	,816	6
Sexualidade	,916	3
Valor Global	,939	28

De acordo com os autores (Nunnally, 1967; Hill, 2000; Pestana e Gageiro, 2008 citado por Paiva, Silva e Robalo, 2010), os valores de  $\alpha$  encontrados para cada uma das dimensões constituintes do CONTILIFE®, bem como para a globalidade do mesmo são

considerados bons, à exceção da dimensão “situações de esforço”, cujos valores de  $\alpha$  é inferior a 0,8. Os resultados obtidos vão muito de encontro aos resultados obtidos no estudo de validação do CONTILIFE® para a versão portuguesa realizado por Paiva, Silva e Robalo em 2010, cuja amostra foi constituída por 39 participantes. No referido estudo, o valor global de  $\alpha$  foi 0,946, sendo que a dimensão que se revelou menos consistente foi a de “situações de esforço” ( $\alpha$  foi de 0,551) e “sexualidade” ( $\alpha$  foi de 0,689).

No que respeita às propriedades psicométricas deste instrumento recolha de dados, o estudo de Amarencio e seus colaboradores (2003), que validou o (CONTILIFE®) para 5 países europeus, reporta que, o valor global de consistência foi bastante favorável, apresentando um coeficiente de  $\alpha$  Cronbach de 0,94, sendo que a dimensão com uma consistência interna menos favorável foi a de “Atividades de Esforço” nos grupos francês, holandês e alemão com um Coeficientes alfa de Cronbach: 0,69, 0,56 e 0,63 (Amarencio, Arnould, Carita, Haab, Labat & Richard, 2003; Paiva, Silva & Robalo 2010).

Todos os resultados obtidos nos procedimentos estatísticos serão descritos no capítulo correspondente à apresentação e análise dos resultados e apresentados sob a forma de quadros.

## 1.8. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Toda a investigação desenvolvida com recurso a seres humanos está potencialmente a intrometer-se na vida pessoal e privada de cada indivíduo, podendo correr o risco de causar danos aos direitos e liberdades da pessoa, ferindo a sua privacidade e vida pessoal. Para que a pesquisa se desenvolva respeitando os princípios éticos, é necessário que o investigador desenvolva estratégias que permitam o respeito pela privacidade do indivíduo, no sentido da minimização dos danos causados. Não devendo esta atitude ser quebrada em nenhuma fase do processo de investigação (Fortin, 2003).

O desenvolvimento de um estudo que inclui participantes que recorrem a uma instituição de saúde, exige requisitos formais e autorização para a realização do mesmo, deste modo, e de forma a submeter a referida investigação a elevados níveis de exigência e responsabilidade ética, foi solicitado um pedido de parecer e apreciação ética do projeto de investigação nos moldes exigidos à Comissão de Ética para a Saúde (CES) do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), visto ter sido a instituição escolhida pela investigadora para a recolha dos dados a qual emitiu

um parecer favorável à realização da investigação, através do ofício nº CES/O46 (Anexo I). Para obtenção deste parecer foi necessário enviar preenchido o formulário modelo da CES do CHUC, anexando ainda *curriculum vitae* do investigador, projeto de investigação, questionário e o modelo de consentimento informado.

Foi também pedido parecer á Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, tendo sido emitido o Ofício nº P319/2015 que refere que já existindo um parecer favorável da CES dos CHUC o parecer desta comissão de ética deixa de ser relevante. (Anexo II).

No que diz respeito aos procedimentos éticos é de referir que foi entregue a todas os participantes o consentimento livre e esclarecido, foram garantidos os princípios de participação voluntária, confidencialidade dos dados e anonimato das participantes. O consentimento é livre se não existe dano e esclarecido se o investigador transmite todas as informações necessárias para que o indivíduo compreenda o contexto e objetivos do estudo em que vai participar (Fortin, 2003). Apenas assim a sua participação se pode tornar consciente e voluntária, respeitando o direito de autodeterminação dos indivíduos, o seu direito ao anonimato e a confidencialidade dos dados fornecidos.

Assim, foi realizada uma abordagem personalizada a cada a participante explicando-lhe a importância e objetivos do estudo. Foram assegurados os princípios éticos inerentes à investigação através da entrega do instrumento de recolha de dados em envelope fechado e sem identificação, obtendo autorização da utilização dos dados fornecidos no âmbito da investigação científica, sendo as participantes esclarecidas de que poderiam desistir a qualquer momento e que eram garantidos o anonimato e a confidencialidade de toda a informação.



## 2 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A estatística, enquanto ciência, permite medir praticamente tudo e em todos os domínios, sejam eles científicos ou não: dos hábitos de vida até às opiniões, dos estados de saúde até aos estados de alma. Recorrendo às estatísticas descritivas para resumir a informação numérica de uma forma estruturada, obtendo assim uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra, e às estatísticas inferenciais para determinar se as relações observadas entre as variáveis de uma determinada amostra podem ser generalizadas para a população de onde aquela foi tirada (Fortin, 2003).

No capítulo que se segue pretende-se apresentar os resultados obtidos ao longo de todo o processo de investigação, em função de toda a informação recolhida. Para a apresentação adequada dos dados, recorreu-se ao uso de tabelas com os dados estatísticos, os quais serão antecidos da respetiva análise. Numa primeira fase será feita uma análise descritiva dos dados com vista a dar resposta às questões de investigação formuladas, sendo apresentados os procedimentos estatísticos utilizados nessa verificação.

### 2.1 - ANÁLISE DESCRITIVA

A análise descritiva contempla um conjunto de procedimentos ou técnicas estatísticas que permitem a organização dos dados colhidos, possibilitando o seu agrupamento e caracterização, de forma a facilitar a interpretação por parte do investigador.

Neste ponto será realizada a análise descritiva da caracterização da amostra estudada, tendo presente as variáveis sociodemográficas, obstétricas, ginecológicas, estilos de vida, variáveis impacto e qualidade de vida da mulher com IU.

#### 2.1.1 – Caracterização sociodemográfica da amostra

- **Idade**

A idade das mulheres inquiridas varia entre um mínimo de 34 anos e um máximo de 67 anos, sendo que a medida de idades da amostra se situa nos 48,76 anos, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 8,351 (Quadro 3).

Quadro 3 - Distribuição da amostra tendo em conta a idade

	<b>N</b>	<b>Xmin</b>	<b>Xmax</b>	<b>M</b>	<b>Dp</b>
<b>Idade</b>	91	34	67	48,76	8,351



Com o intuito de uma melhor compreensão dos resultados e por forma a compreender os fatores associados à IU no período pré e pós menopausa construiu-se dois grupos empíricos: mulheres em pré-menopausa, isto é, são as mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos (varia entre um mínimo de 34 anos e um máximo de 49 anos, sendo que a medida de idades se situa nos 43,07 anos, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 3,863) e mulheres em pós menopausa com idade superior ou igual a 50 anos (varia entre um mínimo de 50 anos e um máximo de 67 anos, sendo que a medida de idades se situa nos 57,44 anos, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 5,283), sendo estas representativas da totalidade da amostra respetivamente, pelos seguintes valores percentuais de 60,4% e 39,6% (Quadro 4).

Quadro 4 - Distribuição da amostra em função da idade no período pré e pós-menopausa

	<b>N</b>	<b>Xmin</b>	<b>Xmax</b>	<b>M</b>	<b>Dp</b>
<b>Idade das mulheres em pré-menopausa (&lt;= 49anos)</b>	55	34	49	43,07	3,863
<b>Idade das mulheres em pós-menopausa (&gt; = 50anos)</b>	36	50	67	57,44	5,283

- **Raça**

Relativamente à raça das mulheres com IU pode-se referir que a maioria da amostra é de raça branca (97,8%), sendo que 98,2% tem idade inferior ou igual a 49 anos e 97,2% tem idade superior ou igual a 50 anos. De referir que apenas 2,2% são de outra raça, isto é, 1,1% de raça negra e 1,1% de raça amarela (Quadro 5).

Quadro 5 - Caracterização da amostra tendo em conta a raça

<b>Raça</b>	<b>&lt;= 49anos</b>		<b>&gt;=50anos</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Branca	54	98,2	35	97,2	89	97,8
Negra	1	1,8	0	0,0	1	1,1
Amarela	0	0,0	1	2,8	1	1,1

- **Estado Civil**

No que se refere ao estado civil, verificou-se que a maioria das mulheres com IU é casada (85,7%), seguindo-se as divorciadas (7,7%), viúvas (3,3%), união de facto (2,2%) e solteiras (1,1%). As mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos (verificou-se que a maioria são casadas (85,5%), seguindo-se as divorciadas (9,1%), viúvas (1,8%), união de facto (1,8%) e solteiras (1,8%) e as mulheres com idade superior ou igual a 50 anos (verificou-se que a maioria das mulheres com IU são casadas (86,1%),

seguindo-se as divorciadas e as viúvas com percentagens para cada de (5,6%) e união de facto (2,8%) (Apêndice IV).

- **Profissão**

Fazendo uma análise da profissão das mulheres inquiridas a maior percentagem observa-se nas mulheres que exercem profissões ao nível do setor terciário (59,3%), seguindo-se as mulheres que exercem profissões ao nível do setor secundário (16,5%), as domésticas com uma percentagem de (18,7%) e as reformadas numa percentagem de (5,5%) (Quadro 6).

Quadro 6 - Caracterização da amostra total tendo em conta a Profissão.

Profissão	Total	
	N	%
Setor Secundário	15	16,5
Setor Terciário	54	59,3
Doméstica	17	18,7
Reformada	5	5,5

- **Situação Profissional Atual**

Relativamente á situação profissional atual das mulheres com IU inquiridas verificou-se que a maioria das mulheres se encontra empregada (71,4%), sendo que destas a maioria tem idade inferior ou igual a 49 anos (85,5%), analisando ainda que do total da amostra (7,7%) encontram-se desempregadas, (13,2%) são domésticas, (6,6%) são reformadas e (1,1%) é trabalhadora/estudante (Apêndice IV).

- **Habilitações Literárias**

No que se refere às habilitações literárias das mulheres inquiridas verificou-se que 38,5% das mulheres possui o ensino secundário, sendo que a maioria tem idade inferior ou igual a 49 anos (47,3%), continuando a analisar o total da amostra 19,8% das mulheres possui o 1º ciclo, 17,6% possuem o 3º ciclo, 14,3% possui o ensino superior, 6,6% possui o 2º ciclo e 3,3% possui curso profissional. De referir ainda nas mulheres com idade superior ou igual a 50anos verificou-se que 44,4% tem como habilitações literárias o 1º ciclo (Apêndice IV).

- **Área de Residência**

Analisando a área de residência das mulheres inquiridas, verificou-se que a maioria reside numa aldeia (41,8%), face a 30,8% que vive numa vila e 27,8% que reside numa cidade. Sendo que nas mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos observou-se que 41,8% vive em aldeia, 30,9% vive numa vila e 27,3 vive na cidade.

Para as mulheres com idade superior ou igual a 50 anos verificou-se que 41,7% vivem na aldeia, 30,6% vivem na vila e 27,8% vivem na cidade (Apêndice IV).

**Em Suma:**

- A amostra do estudo é constituída por 91 mulheres com IU com idade compreendidas entre os 34 e os 67anos, sendo 48,76 anos a média de idades e apresentando um desvio padrão de 8,351 anos.
- A maioria das mulheres da amostra são de raça branca (97,8%), casadas (85,7%), residem numa aldeia (41,8%), 71,4% encontram-se empregadas e a maioria exerce funções no setor terciário (42,9%) e possuem habilitações literárias situadas ao nível do ensino secundário (38,5%).

**2.1.2 – Caracterização Obstétrica**

Segue-se a apresentação dos resultados referentes às variáveis relativas à história obstétrica, de modo a complementar o estudo e posteriormente verificar a sua relação com a qualidade de vida das mulheres com IU. As variáveis obstétricas descritas são o peso, à altura, o índice massa corporal (IMC), o número de gestações, o número de filhos, o tipo de parto, as horas em trabalho de parto no primeiro, segundo e terceiro filho, as lesões pélvicas decorrentes do parto, o peso da criança à nascença, o local do parto e as horas sentadas por dia.

- **Peso**

O peso das mulheres inquiridas varia entre um mínimo de 51 Kg e um máximo de 98 Kg sendo que a média do peso da amostra se centra nos 70,70 Kg, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 11,854 Kg (Quadro 7).

Quadro 7 - Estatística relativa ao peso da amostra total

	Total amostra				
	N	Xmin	Xmax	M	Dp
<b>Peso</b>	91	51	98	70,70	11,854

Em relação ao grupo de mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos o peso varia entre um mínimo de 51 Kg e um máximo de 98 kg sendo que a média é de 69,36 Kg, com um desvio padrão de 12,782 Kg. Para o grupo de mulheres com idade superior ou igual a 50 anos o peso varia entre um mínimo de 55 Kg e um máximo de 95 Kg sendo a média de 72,75 Kg com um desvio padrão de 10,106 Kg (Quadro 8).

Quadro 8 - Estatística relativa ao peso no período pré e pós-menopausa

	<= 49anos					>=50anos				
	N	Xmin	Xmax	M	Dp	N	Xmin	Xmax	M	Dp
<b>Peso</b>	55	51	98	69,36	12,782	36	55	95	72,75	10,106

- **Altura**

Quanto á altura das mulheres inquiridas varia entre um mínimo de 145 cm e um máximo de 190 cm, sendo que a média se situa nos 160,89 cm, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 6,632cm (Apêndice V).

Em relação ao grupo de mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos a altura varia entre um mínimo de 145 cm e um máximo de 178 cm sendo que a média é de 161,35 cm, com um desvio padrão de 6,438 Kg. Para o grupo de mulheres com idade superior ou igual a 50 anos o peso varia entre um mínimo de 150 cm e um máximo de 180 cm sendo a média de 160,19 Kg com um desvio padrão de 6,952 cm (Apêndice V).

- **Índice de massa corporal**

Com o peso e com a altura obteve-se o índice de massa corporal (IMC) das mulheres inquiridas que varia entre um valor mínimo de 18,9 kg/m<sup>2</sup> o máximo de 37,3 kg/m<sup>2</sup>, sendo que a média se situa nos 27,30 kg/m<sup>2</sup>, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 4,216 kg/m<sup>2</sup> (Quadro 9)

Quadro 9 - Estatística relativa ao IMC da amostra total

	Total amostra				
	N	Xmin	Xmax	M	Dp
<b>IMC</b>	91	18,9	37,3	27,30	4,216

Fazendo a análise estatística relativamente ao IMC verificou-se que 45,1% das mulheres inquiridas se encontra na classificação de Pré-Obeso, sendo que 52,8% tem idade superior ou igual a 50 anos, face a 40,0% com idade inferior ou igual a 49 anos. A percentagem de mulheres inquiridas que possui peso normal é de 26,4%, sendo que 32,7% dessas mulheres tem idade inferior ou igual a 49 anos (Quadro 10).

Quadro 10 – Caracterização relativa ao IMC tendo em conta a classificação da OMS

IMC	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Normal</b>	18	32,7	6	16,7	24	26,4
<b>Pré-obeso</b>	22	40,0	19	52,8	41	45,1
<b>Obeso grau I</b>	13	23,6	7	19,4	20	22,0
<b>Obeso grau II</b>	2	3,6	4	11,1	6	6,6

- **Número de gestações**

O número de gestações das mulheres inquiridas varia entre um mínimo de 0 e um máximo de 6 gestações, ao que corresponde a uma média de 2,164, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 1,003 (Quadro 11).

Quadro 11 - Estatística relativa ao número de gestações da amostra total

	Total amostra				
	N	Xmin	Xmax	M	Dp
<b>Número de gestações</b>	91	0	6	2,164	1,002

É de referir que mais de metade das mulheres da amostra esteve grávida duas vezes (51,6%), sendo que (52,8%) são mulheres com idade superior ou igual a 50 anos enquanto que 50,8% são mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos.

De referir que nas mulher com idade inferior ou igual a 49 anos 21,8% estiveram gravidas apenas um vez, face a 19,4% no grupo das mulheres com idade superior ou igual a 50anos. Continuando a análise relativo ao grupo de mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos 21,8% esteve grávida três vezes enquanto no grupo das mulheres com idade superior ou igual a 50 anos foram 19,4% que estiveram gravidas três vezes (Apêndice V).

- **Número de Filhos**

A estatística relativa ao número de filhos das mulheres inquiridas varia entre um mínimo de 0 até um máximo de 5 filhos, sendo que a média da amostra se situa nos 1,978, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 0,843 (Quadro 12).

Quadro 12 - Estatística relativa ao número de filhos da amostra total

	Total amostra				
	N	Xmin	Xmax	M	Dp
<b>Número de filhos</b>	91	0	5	1,978	0,843

Pode-se ainda referir que 57,1%, isto é, mais de metade das mulheres com IU teve 2 filhos, seguindo-se as que tiveram apenas um filho (22,0%) e apenas 18,7% tiveram três ou mais filhos. Em relação á idade verificou-se que das mulheres que tiveram dois filhos tinham maioritariamente idade igual ou inferior a 49 anos (60,0%), seguindo-se 1 filho com uma percentagem de 23,6%, sendo que a maior percentagem de mulheres que tiveram três ou mais (25,0%) se verificou no grupo das mulheres com idade superior ou igual a 50 anos (Apêndice V).

- **Tipo de Parto**

Analisando quanto ao tipo de parto observou-se que maioritariamente as mulheres inquiridas tiveram um parto normal (eutócico) (72,6%), seguindo-se as mulheres que tiveram um parto vaginal instrumentado (16,8%), sendo que apenas (10,6%) da amostra teve filhos por cesariana. De referir que as mulheres que tiveram parto eutócico a maioria tem idade igual ou superior a 50 anos (84,2%) e das mulheres que tiveram o filho por parto vaginal instrumentado (distócico por fórceps, ventosa ou cesariana) a percentagem foi mais elevada no grupo das mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos (19,4% e 16,5%) (Quadro 13).

Quadro 13 – Caracterização da amostra quanto ao tipo de parto

Tipo de Parto	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Eutócico	66	64,1	64	84,2	130	72,6
Distócico (Fórceps ou Ventosa)	20	19,4	10	13,2	30	16,8
Distócico (Cesariana)	17	16,5	2	2,6	19	10,6

- **Número de Horas em Trabalho de Parto**

O número de horas que as mulheres estiveram em trabalho de parto no **primeiro filho** varia entre um mínimo de 1 horas e um máximo de 24 horas, ao que corresponde a uma média de 8,22 horas, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 4,982 (Quadro 19).

Da análise realizada verifica-se que a maioria das mulheres esteve em trabalho de parto 7 ou menos horas (49,5%). Tendo em conta a idade pode-se referir que a maioria das participantes com duração trabalho de parto inferior ou igual a 7 horas (58,2%) e com duração entre 8-9 horas (18,2%) tinham idade inferior ou igual a 49 anos e as mulheres com duração de trabalho de parto igual ou superior a 10 horas tinham na maioria idade igual ou superior a 50 anos (41,7%) (Quadro 14, Apêndice V).

Relativamente ao número de horas que as mulheres estiveram em trabalho de parto no **segundo filho** varia entre um mínimo de 1 horas e o máximo de 15 horas, sendo que a média se situa nas 5,44 horas, com um desvio padrão em torno da média de 3,202 (Quadro 14).

Verificou-se ainda que a maioria das mulheres esteve em trabalho de parto 4 ou menos horas (38,5%). Tendo em conta a idade pode-se referir que a maioria das

participantes com duração de trabalho de parto de 4 ou menos horas tinha idade superior ou igual a 50 anos (38,9%) face a 38,2% com idade inferior ao igual a 49 anos (Apêndice V).

Quanto ao número de horas que as mulheres inquiridas estiveram em trabalho de parto no **terceiro filho** varia entre um mínimo de 1 horas e o máximo de 12 horas, sendo que a média se situa nas 5,27 horas, com um desvio padrão em torno da média de 3,011 (Quadro 14).

Quadro 14 - Estatística relativa ao número de horas em trabalho de parto da amostra total

	Total amostra				
	N	Xmin	Xmax	M	Dp
<b>Número horas em trabalho de parto no 1º filho</b>	85	1	24	8,22	4,982
<b>Número horas em trabalho de parto no 2º filho</b>	66	1	15	5,44	3,202
<b>Número horas em trabalho de parto no 3º filho</b>	15	1	12	5,27	3,011
<b>Número horas em trabalho de parto no 4º filho</b>	3	3	10	6,33	3,512

Verifica-se também que a maioria das mulheres esteve em trabalho de parto menos que 6 horas (13,2%). Em relação á idade pode dizer-se que a maioria das mulheres com duração de trabalho igual ou inferior a 4 horas (11,1%) e com duração de 5-6 horas (11,1%) têm na maioria idade igual ou superior a 50 anos (Apêndice V).

Relativamente ao número de horas do quarto e quinto filho verifica-se que a maioria das mulheres esteve em trabalho de parto 7 ou menos horas (3,3%) (Apêndice V).

- **Lesões Pélvicas no Trabalho de Parto**

Analisando a existência de lesões pélvicas como lacerações, rasgaduras ou cortes no parto observou-se na amostra que 68,1% das mulheres respondeu afirmativamente, sendo que a maioria das mulheres possuía idade igual ou superior 50 anos (80,6%), de referir que 29,7% respondeu negativamente tendo a maioria das mulheres uma idade inferior ou igual a 49 anos (38,2%) (Quadro 15).

Quadro 15 – Caracterização da amostra quanto às lesões pélvicas no trabalho de parto

	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Lesões pélvicas no trabalho de parto</b>						
<b>Sim</b>	33	60,0	29	80,6	62	68,1
<b>Não</b>	21	38,2	6	16,7	27	29,7

- **Filhos com peso superior a 4 Quilos**

Relativamente ao peso da criança á nascença a maioria das mulheres inquiridas teve filhos com peso inferior a 4 Kg (78,0%) sendo que (19,8%) das participantes teve filho com peso superior ou igual a 4 kg, sendo que a maioria possui idade igual ou superior a 50 anos (25,0%) (Quadro 16).

Quadro 16 – Caracterização da amostra quanto ao peso da criança á nascença

	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Peso da criança á nascença</b>						
<b>Peso superior ou igual a 4 Kg</b>	9	16,4	9	25,0	18	19,8
<b>Peso inferior a 4 Kg</b>	45	81,8	26	72,2	71	78,0

- **Local do Parto**

No que se refere ao local do parto verifica-se que a grande maioria dos partos foram realizados em meio hospitalar (97,8%), sendo que apenas uma das mulheres refere um parto em casa pertencendo esta ao grupo das mulheres com idade superior ou igual a 50 anos (Quadro 17).

Quadro 17 – Caracterização da amostra quanto ao local do parto

	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Local do parto</b>						
<b>Hospital</b>	54	98,2	35	97,2	89	97,8
<b>Casa</b>	0	0,0	1	2,8	1	1,1

- **Horas Sentada por Dia**

Relativamente às horas que as mulheres inquiridas estão sentadas por dia varia entre 1hora e 10 horas, sendo que a média se situa nas 4,44 horas, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 2,655 (Quadro 18).

Quadro 18 - Estatística relativa ao número de horas sentada por dia

	Total amostra				
	N	Xmin	Xmax	M	Dp
<b>Número horas sentada por dia</b>	91	1	10	4,44	2,655

Da análise realizada verificou-se que a maioria das mulheres passa entre 2 a 4 horas sentadas (48,4%), seguindo-se o intervalo entre 5 a 8 horas com 29,7%. Relativamente as mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos verifica-se que 43,6% estão sentadas ente 2 a 4 horas e 38,2 % estão sentadas entre 5 a 8 horas, sendo 10, 9% estão sentadas 9 a 12 horas e apenas 7, 3% estão sentadas 1 hora ou menos por dia. Em relação as mulheres do grupo de idade superior ou igual a 50 anos não se verifica grandes diferenças visto que 55,6 % passam 2 a 4 horas sentadas, 16,7% passam 5 a 8 horas sentadas, 16,7% passam 1 horas ou menos sentadas e 11,1% passa 9 a 12 horas sentada por dia (Apêndice V).

### **Em Suma:**

- Verificou-se que as mulheres estudadas possuem um peso compreendido entre 51Kg e os 98 Kg, centrando-se a média nos 70,70 Kg. A altura varia entre os 145 cm e os 180 cm, com um média de 160,89 cm e o índice de massa corporal apresenta um valor mínimo de 18,90 Kg/m<sup>2</sup> e um máximo de 37,3 Kg/m<sup>2</sup>, centrando-se a média nos 27,30 Kg/m<sup>2</sup>. De referir ainda que 73,9% das mulheres da amostra possui excesso de peso.
- O número de vezes que as mulheres estiveram grávidas varia ente 0 e 6, o que corresponde a uma média de 2,16 vezes, mais de metade das mulheres esteve grávida 2 vezes (51,6%).
- Verificou-se que em relação ao número de filhos, as mulheres apresentavam um mínimo de 0 e um máximo de 5 filhos, sendo que a média se situa nos 1,978 filhos, assim mais de metade das mulheres teve 2 filhos (57,1%). A maioria das participantes afirma ter tido os filhos por parto normal (72,6%).
- A maioria das mulheres esteve em trabalho de parto do primeiro filho 7 ou menos horas (49,5%); no segundo filho a maioria das mulheres afirma que esteve em trabalho de parto 4 ou menos horas (38,5%); em relação ao terceiro filho as mulheres referem que estiveram 6 ou menos horas em trabalho em trabalho de parto (13,2%); relativamente ao quarto e quinto filho as mulheres referem que estiveram em trabalho de parto 7 ou menos horas (3,3%).
- 68,1% das mulheres referiu ter tido lesões pélvicas como lacerações, rasgaduras ou cortes durante os partos.
- 78,0% das mulheres referem que tiveram filhos com peso inferior a 4 Kg.
- 97,8% dos partos foram realizados no hospital.

- Por último, 48,4% das participantes referem estar sentadas 4 ou mais horas por dia.

### 2.1.3 – Caracterização Ginecológica

Segue-se a caracterização das variáveis ginecológicas, atendendo aos anos de perda de urina, ao tipo de incontinência urinária, à ajuda que procurou (profissional saúde e instancia de saúde), ao tempo que levou para resolver o problema, às infeções vaginais/dermatites, às cirurgias para correção de incontinência urinária, ao uso de pensos absorventes, ao momento do início da perda de urina, às cirurgias ginecológicas, aos exercícios de Kegel e ao transporte de pesos superior a três quilos.

- **Anos de perda de urina**

A estatística relativa aos anos de perda de urina das mulheres varia entre um mínimo de 1 ano e um máximo de 28 anos, ao que corresponde uma média de 5,10 anos. Com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 5,665 (Quadro 19).

Quadro 19 - Estatística relativa aos anos de perda de urina

	Total amostra				
	N	Xmin	Xmax	M	Dp
<b>Anos de perda de urina</b>	91	1	28	5,10	5,665

Verificou-se ainda que 78,1% das mulheres perde urina há 5 ou menos anos, 11% perde urina entre há 6 a 10 anos, e 11% da amostra perde urina há 11 anos ou mais anos. Tendo em conta a idade verificou-se que nas mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos 76,3% perde urina à 5 ou menos anos, sendo que 14,5% perde urina á 10 ou menos anos e 9,1% perde urina á 11 ou mais anos. Nas participantes com idade superior ou igual a 50 anos observou-se que 80,5% perde urina à 5 ou menos anos, 5,6% perde urina à 10 ou menos anos e 13,9% perde urina á 11 ou mais anos (Apêndice VI).

- **Tipos de Incontinência Urinária**

Relativamente à análise quanto ao tipo de IU a maioria das mulheres inquiridas refere que tem incontinência urinária de esforço (IUE) (63,7%) face a 36,3% que refere ter incontinência urinária mista (IUM). Tendo em conta a idade as mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos 65,5% referem que tem IUE, face a 34,5% que referem ter IUM. As participantes com idade superior ou igual a 50 anos referem 61,1% referem IUE face a 38,9% que dizem ter IUM (Quadro 20).

Quadro 20 – Caracterização da amostra quanto ao Tipo de Incontinência Urinária

Tipo de Incontinência Urinária	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
IUE	36	65,5	22	61,1	58	63,7
IUM	19	34,5	14	38,9	33	36,3

- **Tempo que levou a recorrer a entidade de saúde**

Da análise realizada verificou-se que a maioria das mulheres recorreu ao médico de família para resolução do seu problema (61,5%) sendo que 37,4% recorreu a um médico especialista, neste caso ginecologista e 1,1% recorreu ao Enfermeiro.

A estatística relativa ao tempo que as mulheres inquiridas levaram a pedir ajuda para tratamento da IU varia entre um mínimo de 1 ano e um máximo de 9 anos, ao que corresponde uma média de 1,68 anos. Com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 1,381.

Verificou-se ainda que 78,0% das mulheres inquiridas levou cerca de 1 ano a pedir ajuda. Observou-se ainda que 19,8% das mulheres levou entre 2 a 5 anos a recorrer a um serviço de saúde e 2,2 % levou 6 ou mais anos a pedir ajuda (Quadro 21).

Quadro 21 – Caracterização da amostra quanto ao tempo que levou a pedir ajuda

Tempo que levou a pedir ajuda	Total	
	N	%
0-1 Ano	71	78,0
2 a 5 Anos	18	19,8
>= 6 Anos	2	2,2

- **Infeções Vaginais/Dermatites**

A estatística relativa ao número de infeções vaginais/dermatites que as mulheres inquiridas apresentaram durante o último ano varia entre um mínimo de 1 episódio e um máximo de 6, sendo que a média de infeções vaginais/dermatites se situa nos 2,19 episódios, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 1,178 (Quadro 22).

Quadro 22 - Estatística relativa às Infeções Vaginais/Dermatites

	Total da amostra				
	N	Xmin	Xmax	M	Dp
Infeções Vaginais/Dermatites	91	1	6	2,19	1,178

Em termos de valores percentuais, observou-se que 68,1% das mulheres não possui infecções vaginais/dermatites frequentes sendo que as mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos (65,5%) não tiveram qualquer episódio de infecções vaginais/dermatites face a 72,2 % das mulheres com idade superior ou igual a 50anos.

Ainda de referir que 12,1% das mulheres da amostra tiveram 2 episódios de infecções vaginais/dermatites, 9,9% tiveram 1 episódio e 9,9% tiveram 3 ou mais episódios de infecções vaginais/dermatites num ano. Relativamente á idade as mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos 12,7% referem que tiveram 3 ou mais episódios de infecções vaginais/dermatites no ano, 12,7% tiveram 2 episódios no ano e 9,1% tiveram 1 episódio no ano. Quanto ao grupo de mulheres com idade superior ou igual a 50 anos verifica-se que 11,1% teve 2 episódios de infecções vaginais/dermatites no ano (Apêndice VI).

- **Cirurgia para correção de Incontinência Urinária**

Da análise realizada quanto á cirurgia de correção de incontinência urinária verifica-se que a maioria das mulheres inquiridas não foram submetidas a cirurgia (94,5%), apresentando idades iguais ou inferiores a 49 anos (94,5%) e apenas 5,5% da amostra foi submetida a cirurgia para correção de incontinência urinária (Quadro 23).

De referir ainda que das participantes da amostra que realizaram cirurgia 2,2% realizaram-na há 1 ano e 3,3% realizaram-na há 2 ou mais anos.

Quadro 23 – Caracterização da amostra quanto á cirurgia de correção de incontinência urinária

Cirurgia de correção de IU	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Sim</b>	3	5,5	2	5,6	5	5,5
<b>Não</b>	52	94,5	34	94,4	86	94,5

- **Uso de pensos absorventes**

A estatística relativa ao número de pensos absorventes que as mulheres inquiridas usam nas 24 horas varia entre um mínimo de 1penso e um máximo de 8 pensos, ao que corresponde uma média de 2,55 pensos. Com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 1,449.

Verificou-se ainda que a maioria das mulheres da amostra usa pensos absorventes (74,7%) sendo que apenas 25,3% não usam penso absorvente. Ainda de referir que nas mulheres com idade superior ou igual 50 anos (77,8%) usam penso absorvente e

nas mulheres de idade igual ou inferior a 49 anos (72,7%) usam penso absorvente (Quadro 24).

Quadro 24 – Caracterização da amostra quanto ao uso de pensos absorventes

Uso de pensos absorventes	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	40	72,7	28	77,8	68	74,7
Não	15	27,3	8	22,2	23	25,3

Analisando o número de pensos que usam nas 24 horas a maioria usa cerca de 1 a 2 pensos por dia (42,9%), 3 a 4 pensos (23,1%) e mais de 4 pensos por dia (8,8%) (Apêndice VI).

- **Início da perda de urina**

Após a análise verificou-se que 56,0% das mulheres inquiridas associa o início da perda de urina a um momento da sua vida, face a 44,0 % que não associa a nenhum momento da sua vida. Tendo em conta à idade 63,6% as mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos associa a perda de urina a um momento da sua vida sendo que 36,4% não associa a nenhum momento da sua vida. Nas mulheres com idade igual ou superior a 50 anos 44,4% associa a perda de urina a um momento da sua vida e 56,6% não associa a perda de urina a nenhum momento da sua vida (Quadro 25).

Quadro 25 – Caracterização da amostra quanto ao início da perda de urina associado a momento da vida

Início da perda de urina associado a momento da vida	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	35	63,6	16	44,4	51	56,0
Não	20	36,4	20	55,6	40	44,0

Das 56,0% mulheres que responderam que havia um momento associado à perda de urina associaram-no: ao parto 31,9%, ao esforço no trabalho 9,9%, à cirurgia ginecológica 6,6%, à menopausa 5,5%, ao desporto 2,2% e longos períodos sem ir à casa de banho 1,1%.

- **Cirurgia Ginecológica**

As mulheres questionadas sobre antecedentes de cirurgia ginecológica, verifica-se que a 58,2% da amostra respondeu que não tinha sido submetida a qualquer cirurgia

ginecológica, enquanto 41,8% refere que foi submetida a cirurgia ginecológica, destas 19,8% foram submetida a histerectomia e 2,2% foram submetidas a cirurgia de correção de IU sendo que as restantes participantes foram submetidas a outros tipos de cirurgia ginecológica como laqueação tubar, miomectomia, quistectomia, polipectomia, laser vaginal e vulvar e histeroscopia/curetagem (19,8%) (Apendice VI).

- **Exercícios de Kegel**

Relativamente ao conhecimento dos exercícios de Kegel para fortalecimento dos músculos da vagina verificou-se que 60,4% das mulheres referiu não conhecer os exercícios, ao contrário 39,6% das mulheres referem conhecê-los. Analisando quanto á idade são as mulheres com idade superior ou igual a 50 anos (69,4%) que referem não conhecer os exercícios de kegel face a 30,6% que referem conhecê-los. Nas mulheres com idade igual ou inferior a 49 anos (54,5%) referem não conhecer os exercícios e 45,5% referem conhecer os exercícios de Kegel para fortalecimento dos músculos da vagina (Quadro 26).

Quadro 26 – Caracterização da amostra quanto ao conhecimento dos exercícios de Kegel

	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Conhecimento dos exercícios de Kegel</b>						
<b>Sim</b>	25	45,5	11	30,6	36	39,6
<b>Não</b>	30	54,5	25	69,4	55	60,4

Quando questionadas as mulheres que têm conhecimento sobre os exercícios de Kegel e relativamente à frequência da prática dos mesmos observa-se que (12,1%) das mulheres nunca os praticaram, sendo que destas a maioria tem idade igual o inferior a 49 anos (12,7%) e apenas 12,1% das mulheres praticam-nos 2 a 3 vezes por semana, das quais a maioria tem idade igual ou inferior a 49 anos (16,4%) (Apêndice VI).

- **Transporte de pesos superiores a 3 kg**

Da análise realizada verificou-se que a maioria das mulheres inquiridas transporta pesos superiores a 3 Kg (93,4%), sendo que destas possuem idade igual ou inferior a 49 anos (94,5%) (Quadro 27).

Quadro 27 – Caracterização da amostra quanto ao transporte de pesos superiores a 3 kg

	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Transporte de pesos superiores a 3 kg</b>						
<b>Nunca transporta</b>	3	5,5	3	8,3	6	6,6
<b>Transporta</b>	52	94,5	33	91,7	85	93,4

**Em Suma:**

- A maioria das mulheres inquiridas (78,1%) perde urina à 5 ou menos anos e 11% perde à 11 ou mais anos.
- Relativamente ao tipo de IU as maioria das participantes da amostra refere IUE (63,7%) e 36,3% referem IUM. Em relação á idade 65,5% das mulheres com idade igual ou inferior a 49 anos referem IUE face a 61,1% das mulheres com idade superior ou igual a 50anos.
- 61,5% das mulheres recorreu ao medico de família para resolução do problema e 37,4% recorreu a um médico especialista(Ginecologista). 78,0% das mulheres levou cerca de 1 ano a recorrer a um profissional de saúde e 19,8% levaram entre 2 a 5 anos.
- 68,1% das mulheres afirmaram não ter tido infeções vaginais/dermatites durante o último ano.
- 94,5% das mulheres inquiridas não foi submetida a nenhuma cirurgia de correção e IU.
- 74,7% das mulheres da amostra usam pensos absorventes sendo que a maioria (42,9%) usam 1 a 2 pensos por dia.
- 56,0% das mulheres associa a perda de urina a um momento da sua vida, sendo que 31,9% associam-na ao parto.
- 58,2% da amostra refere que não foi submetida a qualquer tipo de cirurgia ginecológica.
- Verificou-se que 60,4% das mulheres referiu não conhecer os exercícios de Kegel. Das 39,6% participantes que referem conhecer os exercícios de Kegel (12,1%) nunca os praticaram.
- A maioria das mulheres inquiridas transporta pesos superiores a 3Kg (93,4%).

#### **2.1.4 – Caracterização dos Estilos de Vida**

Segue-se a caracterização dos estilos de vida atendendo aos: hábitos de exercício físico, à ingestão de líquidos, à frequência das dejeções, aos hábitos tabágicos e alcoólicos, às horas de sono e à medicação realizada.

- **Hábitos Exercício Físico**

Analisando os dados relativos á prática de exercício físico das mulheres com IU verificou-se que 64,9% pratica exercício físico destas 29,7% pratica 2 a 3 vezes por semana, sendo que as que praticam 2 a 3 vezes por semana a maioria tem idade inferior ou igual a 49 anos (40,0%). Ainda de referir que das mulheres que pratica exercício físico (20,9%) o faz esporadicamente sendo 22,3% tem idade superior ou igual a 50 anos enquanto que (19,9%) tem idade igual ou inferior a 49 anos (Apêndice VII).

- **Ingestão de Líquidos**

Alusivo á quantidade de água/líquidos ingeridos por dia observou-se que 51,7% das mulheres inquirida bebe até um 1 litro de água por dia e 46,2% ingerem uma quantidade superior a 1,5 litros de água por dia. Observou-se também que das mulheres inquiridas que bebem até 1 litro de água por dia, a percentagem foi maior nas que tem idade superior ou igual a 50 anos (63,9%) e nas mulheres que ingerem uma quantidade de água superior ou igual a 1,5 litros a maior percentagem verificou-se nas mulheres com idade igual ou inferior a 49 anos (56,3%) (Apêndice VII).

- **Frequência das Dejeções**

Relativamente á frequência das dejeções da amostra inquirida observou-se que 62,6% das mulheres com IU apresentam dejeções diariamente e apenas 37,4% das mulheres apresenta dejeções de 2 em 2 dias ou mais. Em relação á idade verificou-se que as mulheres que apresentam dejeções diária têm maioritariamente idade igual ou inferior a 49 anos (69,1%) e as mulheres que apresentam dejeções de 2 em 2 dias ou mais tem na sua maioria idade igual ou superior a 50anos (47,2%) (Apêndice VII).

- **Hábitos Tabágicos**

Verificou-se que a maioria das mulheres da amostra não são fumadoras (86,8%), sendo que destas a maioria possui uma idade igual ou superior a 50 anos (91,7%) e apenas 13,2% da amostra admitem ser fumadoras, apresentando as mulheres com idade igual ou inferior a 49 anos uma maior percentagem (16,4%) (Apêndice VII).

- **Hábitos Alcoólicos**

Verificou-se em relação á ingestão de bebidas alcoólicas que 65,9% das mulheres da amostra não ingerem bebidas alcoólicas sendo que a maioria possui idade igual ou superior a 50anos (66,7%) e 34,1% ingerem bebidas alcoólicas, tendo estas maioritariamente idade igual ou inferior a 49 anos (34,5%) (Apêndice VII).

- **Horas de Sono**

A estatística relativa ao número de horas de sono que as mulheres inquiridas referem dormir por dia varia entre um mínimo de 4 horas e um máximo de 9 horas, sendo que a média de horas se situa nas 7,04 horas, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 1,105 (Quadro 28).

Quadro 28 - Estatística relativa às horas de sono

	Total amostra				
	N	Xmin	Xmax	M	Dp
<b>Horas de sono</b>	91	4	9	7,04	1,105

Relativamente às horas de sono, verifica-se que 67,0% das mulheres dorme entre 7 a 8 horas por dia e 25,3% dorme menos que 6 horas por dia. Observa-se ainda que as mulheres que dormem entre 7 a 8 horas por dia tem idade igual ou inferior a 49 anos (72,7%) e as que dormem menos de 6 horas por dia tem idade igual ou superior a 50 anos (30,6%) (Apêndice VII).

- **Medicação**

Relativamente à medicação verificou-se que 62,6% das mulheres inquiridas faz medicação, sendo que a maioria possui idade superior ou igual a 50 anos (88,9%), e 37,4% não faz qualquer tipo de medicação, tendo estas maioritariamente idade igual ou inferior a 49 anos (54,5%) (Apêndice VII).

**Em Suma:**

- Verificou-se que 64,9% praticam exercício físico, ainda de referir das que praticam exercício físico 20,9% o faz esporadicamente.
- Relativamente á ingestão de água/líquidos por dia verificou-se que 51,7% da amostra bebem até 1 litro de água por dia.
- No que se refere a frequência das dejeções, 62,6% das participantes apresenta dejeções diárias.

- A maioria das mulheres inquiridas é não fumadora (86,8%).
- A maioria da amostra não ingere bebidas alcoólicas (65,9%).
- O número de horas que a maioria das mulheres inquiridas dorme varia entre as 7 e 8 horas (67,0%).
- Relativamente á toma de medicação verificou-se que a maioria das participantes faz medicação (62, 6%), sendo que a maioria possui idade igual ou superior a 50anos (88,9%).

### **2.1.5 – Caracterização do Impacto da Incontinência Urinária – ICIQ-SF *Short Form***

O ICIQ-SF é composto por quatro questões que avaliam a frequência da perda de urina, a quantidade de perda de urina e o impacto da IU na vida da mulher, e ainda uma pergunta com um conjunto de oito itens de autodiagnóstico, relacionados com as situações em que as mulheres com IU perdem urina. Visto o impacto da incontinência urinária ser relevante para a qualidade de vida torna-se pertinente para o estudo analisar estas variáveis.

- **Frequência de perda de urina**

Relativamente á frequência de perda de urina verifica-se que a maioria das mulheres inquiridas refere que perde urina diversas vezes por dia (58,2%) e 14,3% refere que perde urina constantemente. Atendendo à idade verifica-se que as mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos (56,4%) perdem urina diversas vezes por dia enquanto que as mulheres com idade superior ou igual a 50 anos (61,1%) perde urina diversas vezes por dia (Apêndice VIII).

- **Quantidade de urina que perde**

Da análise realizada observou-se que 54,9 % das mulheres com IU referem que perdem pequena quantidade de urina e 31,9% das mulheres dizem que perdem moderada quantidade de urina, sendo que as que referem que perdem moderada quantidade de urina se encontram do grupo das mulheres com idade superior ou igual a 50 anos (47,2%). Das que referem que perdem pequena quantidade de urina a maioria encontra-se no grupo das mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos (67,3%) (Apêndice VIII).

- **A quantidade de urina que perde interfere na vida da mulher**

Verificou-se que a quantidade de urina que as mulheres inquiridas perdem interfere bastante na sua vida (86,8%) face a 13,2% da amostra que refere que não interfere na

sua vida. Relativamente às mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos (94,5%) referem que a perda de urina interfere na sua vida enquanto que nas mulheres com idade superior ou igual a 50 anos (75,0%) referem que a quantidade de urina que perdem interfere na sua vida (Quadro 29).

Quadro 29 – Caracterização se a quantidade de urina que perde interfere na vida da mulher

	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Perda de urina interfere na vida da mulher</b>						
<b>Sim</b>	52	94,5	27	75,0	79	86,8
<b>Não</b>	3	5,5	9	25,0	12	13,2

Relativamente à classificação na escala 0 (não interfere), 1 a 3 (interfere levemente), 4 a 6 (interfere moderadamente) 7 a 9 (interfere gravemente) e 10 (interfere muito) de quanto interfere a perda de urina na vida das mulheres com IU, verificou-se que 36,3% das mulheres refere que a perda de urina interfere gravemente e 29,7% diz que a perda de urina interfere moderadamente sendo que 13,2% referem que interfere muito e 12,1% referem que a perda de urina não interfere na sua vida.

No caso das mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos verificou-se que 38,2% referem que a perda de urina interfere gravemente com a sua vida, sendo que 32,7% dizem que interfere moderadamente e 12,7% referem que interfere muito com a sua vida. Para as mulheres com idade superior ou igual a 50anos verificou-se que 33,3% referem que a perda de urina interfere gravemente na sua vida enquanto que 25,0% referem que interfere moderadamente e 22,2% refere que a perda de urina não interfere com a sua vida (Quadro 30).

Quadro 30 – Classificação de como interfere a perda de urina na vida da mulher

	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Como interfere a perda de urina na vida da mulher</b>						
<b>0 (não interfere)</b>	3	5,5	8	22,2	11	12,1
<b>1 a 3 (interfere levemente)</b>	6	10,9	2	5,6	8	8,8
<b>4 a 6 (interfere moderadamente)</b>	18	32,7	9	25,0	27	29,7
<b>7 a 9 (interfere gravemente)</b>	21	38,2	12	33,3	33	36,3
<b>10 (interfere muito)</b>	7	12,7	5	13,9	12	13,2

Na análise dos resultados estatísticos referentes à pontuação final do ICIQ-SF que resulta da contabilização do somatório das questões referentes à frequência, à quantidade e interferência da perda de urina na vida diária verificou-se que os valores do impacto da incontinência urinária variam entre um mínimo de 2 e um máximo de 20, sendo que a média se situa nos 12,90, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 4,185.

Referente ao impacto da incontinência urinária na vida das mulheres e tendo em conta as idades verificou-se que nas mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos, o mínimo é de 6 e o máximo é 20, sendo que a média se situa nos 13,09, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 3,698.

Relativamente ao impacto da incontinência urinária nas mulheres com idade superior ou igual a 50 anos, o mínimo é de 2 e o máximo é 20, sendo que a média se situa nos 12,61, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 4,877 (Quadro 31).

Quadro 31 - Estatística relativa ao impacto da incontinência urinária

		Total amostra				
		N	Xmin	Xmax	M	Dp
<b>Impacto da incontinência urinária</b>		91	2	20	12,90	4,185
<b>Impacto da incontinência urinária</b>	<b>&lt;= 49anos</b>	55	6	20	13,09	3,698
	<b>&gt;=50anos</b>	36	2	20	12,61	4,877

- **Situação em que perde urina**

Quanto às situações em que as mulheres apresentam perda de urina as mais citadas foram quando “tosse ou espirra” (38,9%) seguindo-se quando “estão a fazer atividade física” (25,8%) e “antes de chegar á casa de banho” (15,8%). Outras situações de perda de urina que também foram descritas, se bem, que numa menor percentagem são situações em que “acabou de urinar e se está a vestir” (8,9%), “perde sem razão obvia” (3,7%), “perde constantemente” (3,2%), “perde quando está a dormir” (2,6%) e ainda 1,1% referem que nunca perdem.

Verificou-se ainda que a nas mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos a maioria perde urina quando “tosse ou espirra” (38,8%), depois segue-se “quando estão a fazer atividade física” (30,6%), sendo que nas mulheres com idade superior ou igual a 50 anos a percentagem que perde urina quando “tosse ou espirra” é 40,3% e a situação de perda quando estão a realizar “atividade física” é igual em termos de percentagem à situação “antes de chegar à casa de banho” (17,9%) (Apêndice VIII).

### Em Suma:

- 58,2% das mulheres inquiridas perde de urina diversas vezes por dia e 14,3% refere que perde urina constantemente;
- 54,9 % das participantes referem que perdem pequena quantidade de urina, face a 31,9% das mulheres que dizem perder moderada quantidade de urina. As que perdem moderada quantidade de urina encontram-se no grupo das mulheres com idade superior ou igual a 50 anos (47,2%). As que perdem pequena quantidade de urina a maioria encontra-se no grupo das mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos (67,3%);
- 86,8% das mulheres refere que a quantidade de urina que perde interfere na sua vida. Nas mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos (94,5%) referem que a perda de urina interfere na sua vida, face a 75,0% nas mulheres com idade superior ou igual a 50 anos. Pode-se então dizer que para a maioria das mulheres inquiridas a quantidade de urina que perdem interfere na sua vida e na escala de (0 não interfere a 10 interfere muito) as respostas variam entre um mínimo de 0 e um máximo de 10 sendo que a média se situa nos 5,91, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 3,017. Nas mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos, o mínimo é de 0 e o máximo é 10, sendo que a média se situa nos 6,13, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 2,802. Para as mulheres com idade superior ou igual a 50 anos, o mínimo é de 0 e o máximo é 10, sendo que a média se situa nos 5,58, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 3,333;
- Para 38,2% mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos a perda de urina interfere gravemente com a sua vida, sendo que para 32,7% interfere moderadamente e para 12,7% interfere muito. E, para 33,3% das mulheres com idade superior ou igual a 50anos a perda de urina interfere gravemente com a sua vida, enquanto que para 25,0% interfere moderadamente e para 22,2% a perda de urina não interfere na sua vida;
- As situações mais citadas pelas mulheres em que perdem urina foram quando “tosse ou espirra” (38,9%) seguindo-se quando “estão a fazer atividade física” (25,8%) e “antes de chegar á casa de banho” (15,8%).

### 2.1.6 – Dimensões de avaliação da qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária (CONTILIFE®).

O questionário CONTILIFE® (*Questionnaire d'évaluation de la qualité de vie liée à l'incontinence urinaire de la femme*) foi construído com a finalidade de avaliar o impacto da IU na qualidade de vida da mulher tendo em conta 6 dimensões distintas que são atividades quotidianas, situações de esforço, auto-imagem, impacto emocional, sexualidade e qualidade de vida em geral. Segue-se a análise destas seis dimensões.

- **Atividades Quotidianas**

Relativamente à avaliação da QDV das mulheres com IU e no que se refere à questão **“no decorrer das últimas 4 semanas as perdas de urina a incomodaram”**:

- **Quando estava fora de casa**

Verificou-se que 35,2% das mulheres referiu que a perda de urina as incomodou moderadamente, 26,4% diz que incomodou muito, 16,5% menciona que incomoda pouco e 13,2% afirma que incomoda muitíssimo.

Quanto á idade verificou-se que nas mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos a maioria refere que a perda urinária as incomoda moderadamente quando estão fora de casa (38,2%), a 23,6% incomoda muito e a 20,0% incomoda muitíssimo, sendo que, 30,6% das mulheres com idade superior ou igual a 50 anos a perda de urina incomoda moderadamente, a 30,6% incomoda muito e a 22,2% incomoda pouco (Apêndice IX).

- **Enquanto viajava ou conduzia**

Relativamente a esta questão 28,6% das mulheres da amostra afirmam que a perda não incomoda quando viajam ou conduzem, na mesma percentagem de 17,6% encontra-se o incomoda pouco e o moderadamente e em 12,1% incomoda muitíssimo. No que toca á idade observou-se que nas mulheres com idade superior ou igual a 50 anos 22,2% referem que as perdas de urina as incomoda moderadamente quando viajam ou conduzem, enquanto que nas com idade inferior ou igual a 49 anos 16,4% referem que as incomoda muito e 14,5% afirmam que as incomoda moderadamente (Apêndice IX).

- **Quando subia ou descia escadas**

No que se refere ao subir e descer escadas verificou-se nas mulheres inquiridas que 27,5% referem que a perda de urina as incomoda moderadamente, 23,1% incomoda pouco e a 16,5% incomoda muito. Quanto á idade observou-se que nas mulheres com

idade inferior ou igual a 49 anos a perda de urina quando descem os sobem escadas as incomoda moderadamente (30,9%), a 23,6% incomoda pouco e a 16,4% incomoda muito, sendo que, nas com idade superior ou igual a 50 anos verifica-se que 22,2% afirmam que a perda de urina ao descer e subir escadas as incómoda pouco, a 22,2% incomoda moderadamente e a 16,7% incomoda muito (Apêndice IX).

- Ao fazer compras ou outras atividades semelhantes

Da análise realizada apurou-se que as participantes referem que a perda de urina as incomoda muito ao fazer compras ou atividades semelhantes (26,4%), a 25,3% incomoda moderadamente, a 20,9% incomoda pouco e a 6,6% incomoda muitíssimo.

Atendendo à idade nas mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos dizem que a perda de urina as incomoda muito (27,3%) quando andam às compras ou a fazer uma atividade semelhante, na mesma percentagem de 23,6% encontra-se as que referem que incomoda moderadamente e incomoda pouco e 10,9% afirmam que incomoda muitíssimo. Nas participantes com idade superior ou igual a 50 anos verificou-se que 27,8% referem que a perda de urina quando fazem compras as incomoda moderadamente, a 25,0% incomoda muito e a 16,7% incomoda pouco (Apêndice IX).

- Quando esperava numa fila

Quanto ao esperar numa fila (exemplo: supermercado, autocarro, cinema) 39,6% das mulheres inquiridas refere a perda de urina não incomoda, 19,8% dizem que incomoda moderadamente, numa mesma percentagem de 15,4 % encontra-se o incomoda muito e o incomoda pouco e ainda 9,9% afirmam que incomoda muitíssimo. Analisando relativamente á idade verifica-se que nas mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos 38,2% referem que a perda de urina não as incomoda quando esperam em filas, a 20,0% incomoda moderadamente, 14,5% incomoda muito e a 10,9% incomoda muitíssimo. Nas participantes com idade superior ou igual a 50 anos constatou-se que 41,7% afirmam que a perda de urina não as incomoda quando esperam em filas, a 19,4% incomoda moderadamente e a 16,7% incomoda muito (Apêndice IX).

Relativamente à questão **“no decorrer das últimas 4 semanas, devido às perdas de urina, com que frequência”**:

- Teve que interromper o seu trabalho ou as suas atividades quotidianas

Quando questionadas se tiveram que interromper o seu trabalho ou as atividades quotidianas devido às perdas de urina 36,3% das mulheres afirmam que por vezes, 24,2% dizem raramente, 20,9% referem nunca e 16,5% afirmam que frequentemente. No que toca á idade apurou-se que nas mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos

38,6% das participantes afirma que por vezes teve que interromper o seu trabalho ou as atividades quotidianas devido às perdas de urina, 20,0% dizem que o fizeram frequentemente e 18,2% referem que o fizeram raramente. No grupo das mulheres com idade superior ou igual a 50 anos numa mesma percentagem de 33,3% encontram as mulheres que referem que tiveram que interromper raramente e as que referem que tiveram que interromper por vezes o seu trabalho ou atividades quotidianas (Apêndice IX).

- Acordou urinada

No que se refere à questão com que frequência acordou urinada 51,6% das mulheres referem que nunca acordam urinadas, 22,0% dizem que raramente e 20,9% referem por vezes. Atendendo à idade as mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos 56,4% afirmam que nunca acordam urinadas, 21,8% dizem que raramente e 16,4% referem que por vezes acordam urinadas. Nas mulheres com idade superior ou igual a 50 anos 44,4% referem que nunca acordam urinadas, 27,8% referem que por vezes e 22,2% referem que raramente acordam urinadas (Apêndice IX).

Da análise dos resultados estatísticos referentes à média final da dimensão **atividades quotidianas** que resulta da média das 7 questões referentes à avaliação da QdV das mulheres com IU nas atividades quotidiana, verificou-se que os valores variam entre um mínimo de 1 e um máximo de 5, sendo que a média se situa nos 2,44, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 0,910 (Quadro 32).

Quadro 32 - Estatística relativa à dimensão atividade quotidiana

Dimensão Atividades Quotidianas	N	Xmin	Xmax	M	Dp	Pontuação Final
Total da amostra	91	1	5	2,44	0,910	6,40
<= 49anos	55	1	5	2,54	0,892	6,15
>=50anos	36	1	4	2,27	0,926	6,83

Relativamente à **pontuação final da dimensão atividades quotidianas** verifica-se que a IU tem um **impacto moderado** na qualidade de vida das mulheres com um resultado médio de 6,4 em 10, sendo que as mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos maior impacto na qualidade de vida (6,15 em 10) do que as com idade superior ou igual a 50 anos (6,83 em 10).

Segue-se a análise da dimensão:

- **Situações de Esforço**

No que se refere à questão “**no decorrer das últimas 4 semanas as perdas de urina a incomodaram**”:

- Ao levantar ou transportar algo pesado

As mulheres quando questionadas sobre se as perdas de urina as incomodam ao levantar ou a transportar pesos, 35,2% referem que incomoda muito, 26,4% dizem que incomoda moderadamente, 15,4% incomoda muitíssimo, 11,0% incomoda pouco e a 12,1% não incomoda. Refira-se ainda que nas mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos 34,5% afirmaram que incomoda muito as perdas de urina ao levantar ou transportar algo pesado, 30,9% referem que incomoda moderadamente e 12,7% incomoda muitíssimo. Para as mulheres com idade superior ou igual a 50 anos verifica-se que 36,1% referem que incomoda muito, 19,4% incomoda muitíssimo e para 19,4% incomoda moderadamente as perdas de urina ao levantar ou transportar algo pesado (Apêndice IX).

- Ao praticar desporto

Tendo em conta a prática do desporto as mulheres inquiridas referem que as perdas de urina as incomoda muito (30,9%), a 19,8% incomoda moderadamente, a 13,2% incomoda muitíssimo e a 27,5% não incomoda. Atendendo á idade nas mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos verifica-se que 36,4% das mulheres referem que a perda de urina as incomoda muito ao praticar desporto, a 21,8% incomoda moderadamente e a 18,2% incomoda muitíssimo. Nas mulheres com idade superior ou igual a 50 anos 47,2% referem que as perdas de urina não incomodam na prática do desporto, para 22,2% incomoda muito e para 16,7% incomoda moderadamente (Apêndice IX).

- Quando se assoou, espirrou ou tossiu

No que concerne a esta questão 31,9 % das mulheres inquiridas afirmam que as perdas de urina as incomodou muito quando se assoaram, espirraram ou tossiram, 28,6% dizem que incomodou moderadamente e 27,5% referem que incomodou muitíssimo. Observa-se ainda que nas mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos 36,4% dizem que a perda de urina as incomoda muito quando se assoam, espirram ou tossem, 30,9% referem que incomoda muitíssimo e 21,8% dizem que incomoda moderadamente. No grupo das mulheres com idade superior ou igual a 50anos verifica-se que 38,9% referem que incomoda moderadamente, 25,0% dizem que

incomoda muito e 22,2% afirmam que incomoda muitíssimo a perda de urina quando se assoam, espirram ou tosem (Apêndice IX).

- Ao rir

Através da análise dos resultados verificou-se que 29,7% das mulheres inquiridas referem que as perdas de urina as incomoda moderadamente ao rir, 25,3% dizem que incomoda muito, 15,4% dizem que incomoda muitíssimo e 12,1% dizem que incomoda pouco. Atendendo á idade nas mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos constatou-se que 32,7% referenciam que as perdas de urina ao rir as incomoda moderadamente, 25,5% dizem que incomoda muito e 18,2% afirmam que incomoda muitíssimo. Para as mulheres de idade superior ou igual a 50 anos verificou-se que para 25,0% das mulheres as perdas de urina não incomodam ao rir, numa mesma percentagem de 25,0% encontra-se o incomoda muito e o incomoda moderadamente e ainda 11,1% referem que incomoda muitíssimo a perda de urina ao rir (Apêndice IX).

No que concerne aos resultados estatísticos referentes à média final da dimensão **situações de esforço** que resulta da média das 4 questões referentes à avaliação da QdV das mulheres com IU nas situações de esforço, verificou-se que os valores variam entre um mínimo 1 de e um máximo de 5, sendo que a média se situa nos 3,23, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 1,006 (Quadro 33).

Quadro 33 - Estatística descritiva relativa à dimensão situações de esforço

Dimensão Situações de Esforço	N	Xmin	Xmax	M	Dp	Pontuação Final
Total da amostra	91	1	5	3,23	1.006	4,43
<= 49anos	55	1	5	3,42	0,899	3,95
>=50anos	36	1	5	2,92	1,091	5,20

Da análise realizada relativamente à pontuação final da dimensão **situações de esforço** verifica-se que as perdas de urina têm **impacto elevado** (4,43 em 10), evidenciando-se esse impacto na qualidade de vida das mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos (3,95 em 10). Sendo que, nas mulheres com idade superior ou igual a 50 anos verifica-se que a IU tem um impacto moderado na qualidade de vida (5,20 em 10)

Segue-se a análise da dimensão:

- **Auto-Imagem**

No que se refere à questão **“no decorrer das últimas 4 semanas, devido às perdas de urina, com que frequência”**:

- Se sentiu menos atraente

Quando questionadas as mulheres com incontinência urinária relativamente a se sentirem menos atraentes devido às perdas de urina, 34,1% referem que por vezes se sentiram menos atraente, 33,0% dizem que nunca se sentiram menos atraentes, 18,7% afirmam que raramente se sentiram menos atraentes e 14,3% referem que frequentemente se sentem menos atraentes. Relativamente ao grupo de mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos, observou-se que 38,2% dizem que por vezes se sentem menos atraentes, 34,5% referem que nunca se sentiram menos atraentes, 16,4% afirmam que raramente se sentiram menos atraentes e 10,9% dizem que frequentemente se sentem menos atraentes devido às perdas de urina. Nas mulheres com idade superior ou igual a 50 anos 27,8% das mulheres refere que por vezes se sente menos atraente, 22,2% refere que raramente se sente menos atraente, 19,4% dizem que frequentemente se sentem menos atraentes e 30,6% referem que nunca se sentiram menos atraentes devido às perdas de urina (Apêndice IX).

- Teve receio de “cheirar mal”

No que concerne a esta questão sobre se as mulheres com incontinência urinária tiveram receio de “cheirar mal” 31,9% dizem que por vezes tiveram receio de “cheirar mal”, 23,1% referem que sempre, 16,5% raramente, 14,3% frequentemente e 9,9% referem que nunca tiveram receio de “cheirar mal” devido às perdas de urina. No que se refere às mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos contactou-se que 40,0% por vezes teve receio de “cheirar mal”, 23,6% frequentemente e 21,8% sempre teve receio de “cheirar mal” com as perdas de urina. As mulheres com idade superior ou igual a 50 anos 22,2% referem que sempre tem receio de “cheirar mal” com as perdas de urina, com a mesma percentagem de 19,4% encontra-se as que frequentemente tem receio de “cheirar mal” e as que por vezes tem receio de “cheirar mal” e 22,2% afirmam que nunca tem receio de “cheirar mal” com as perdas de urina (Apêndice IX).

- Teve receio de que alguém se apercebesse da sua condição

Quanto ao facto de que alguém se apercebesse da condição das mulheres com incontinência urinária 36,3% dizem que por vezes tiveram receio que alguém se apercebesse da sua condição, 23,1% referem que sempre tiveram receio, 16,5% dizem que raramente tiveram receio e 14,3% afirmam que frequentemente tiveram receio que alguém se apercebesse da sua condição de perda de urina. No que toca à idade as mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos, 47,3 % referem que por vezes tiveram receio de que alguém se apercebesse da sua condição, 20,0% sempre tiveram receio e 14,5% frequentemente tiveram receio de que se

apercebessem da sua condição. Em relação às mulheres com idade superior ou igual a 50 anos 27,8% dizem que sempre tiveram receio de que alguém se apercebesse da sua condição, 22,2% referem que raramente tiveram receio, 19,4% afirmam que por vezes tem receio e ainda 13,9% afirmam que frequentemente tem receio de que alguém se aperceba da sua condição (Apêndice IX).

- Teve receio de manchar algo na casa de outros ou no trabalho

Relativamente ao receio de manchar algo na casa de outros ou no trabalho 28,6% das mulheres inquiridas refere que por vezes, 19,8% dizem que frequentemente, 16,5% afirmam que sempre e 23,1% referem que nunca tiveram receio de manchar algo na casa de outros ou no trabalho. Verificou-se ainda que as mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos 30,9% referem que por vezes tiveram receio de manchar algo, 20,0% frequentemente tiveram receio, 18,2% sempre tiveram receio e ainda 18,2% nunca tiveram receio de manchar algo na casa dos outros ou no trabalho. Nas mulheres com idade superior ou igual a 50 anos 25,0% das mulheres por vezes teve receio de manchar algo, 19,4% frequentemente e 13,9% sempre teve receio de manchar algo na casa dos outros ou no trabalho (Apêndice IX).

- Teve de mudar de roupa

Da análise realizada verificou-se que 37,4% das mulheres tiveram que por vezes mudar de roupa devido às perdas de urina, 20,9% raramente, 15,4% frequentemente e 9,9% sempre tiveram que mudar de roupa aquando das perdas de urina. Atendendo à idade nas mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos, 38,2% referem que por vezes tiveram que mudar de roupa, 25,5% raramente, 14,5% nunca, 12,7% frequentemente e 9,1% sempre tiveram que mudar de roupa aquando das perdas de urina. No grupo das mulheres com idade superior ou igual a 50 anos 36,1% referem que por vezes tiveram que mudar de roupa, 19,4% frequentemente, 19,4% nunca e 11,1% sempre tiveram que mudar de roupa aquando das perdas de urina (Apêndice IX).

Relativamente à questão **“no decorrer das últimas 4 semanas, apesar das suas perdas de urina, com que frequência:”**

- Se sentiu bem consigo mesma

Referente a esta questão 35,2% das mulheres com IU referem que por vezes se sentem bem consigo mesmas, 27,5% dizem que frequentemente e 22,0% afirmam que raramente se sentem bem consigo mesmas apesar das perdas de urina. Aludindo à idade as mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos 41,8% referem que por vezes se sentem bem consigo mesmas, 23,6% dizem que frequentemente e 21,8% afirmam que raramente se sentem bem consigo mesmas. Nas participantes com idade superior ou igual a 50 anos, 33,3% referenciam que frequentemente se sentem bem consigo mesmas, 25,0% por vezes, 22,2% raramente e 13,9% dizem que sempre se sentem bem consigo mesmas apesar das perdas de urina (Apêndice IX).

Relativamente à questão “**no decorrer das últimas 4 semanas, devido às perdas de urina:**”

- Sentiu-se incomodada por ter de utilizar proteções (pensos)

Aludindo ao fato de as mulheres se sentirem incomodadas por ter que utilizar pensos, 37,4% afirmam que se sentem muito incomodadas, 20,9% sentem pouco incomodadas, 18,7% sentem-se moderadamente incomodadas e 9,9% sentem-se muitíssimo incomodadas por terem que usar pensos devido às perdas de urina. Atendendo á idade as mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos, 41,8% referem que se sentem muito incomodadas pelo facto de utilizar pensos de proteção, 21,8% sentem-se moderadamente incomodadas, 21,8% sentem-se pouco incomodadas e 9,1% sentem muitíssimo incomodadas por usar proteções devido às perdas de urina. Para as mulheres como idade superior a 50 anos, 30,6% afirmam que se sentem muito incomodadas por ter de usar pensos, 19,4% sentem-se pouco incomodadas, 13,9% sentem-se moderadamente incomodadas e 11,1% sentem-se muitíssimo incomodadas de terem que usar pensos de proteção devido às perdas de urina (Apêndice IX).

No que se refere aos resultados estatísticos referentes à média final da dimensão **auto-imagem** que resulta da média das 7 questões referentes à avaliação da QdV das mulheres com IU relativamente à auto-imagem, verificou-se que os valores variam entre um mínimo 1 de e um máximo de 5, sendo que a média se situa nos 2,92, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 0,863 (Quadro 34).

Quadro 34 - Estatística descritiva relativa à dimensão auto-imagem

Dimensão Auto-imagem	N	Xmin	Xmax	M	Dp	Pontuação Final
Total da amostra	91	0	5	2,92	0,863	5,20
<= 49anos	55	1	5	3,00	0,753	5,00
>=50anos	36	1	5	2,80	1,006	5,50

Dos resultados obtidos da pontuação final da dimensão **auto-imagem** verifica-se que as perdas de urina têm **impacto moderado** na qualidade de vida das mulheres (5,20 em 10), sendo que as mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos apresentam nesta dimensão um resultado médio de 5,00 em 10.

Segue-se a análise da dimensão:

- **Impacto Emocional**

Tendo em conta a questão “**no decorrer das últimas 4 semanas, devido às suas perdas de urina, com que frequência**”:

- Se sentiu desmotivada

Da análise realizada verificou-se que as mulheres com IU 35,2% por vezes se sentiram desmotivadas devido às suas perdas de urina, 28,6% frequentemente, 15,4% raramente, 14,3% nunca e 6,6% sempre se sentiram desmotivadas devido às suas perdas de urina.

No que concerne à idade as mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos observou-se que 38,2% por vezes se sentiu desmotivada, 30,8% frequentemente e 16,4% raramente e sentiu desmotivada devido às suas perdas de urina. Relativamente às participantes com idade superior ou igual a 50 anos, 30,6% por vezes sentiram-se desmotivadas, 25,0% frequentemente, 13,9% raramente se sentem desmotivadas devido às suas perdas de urina (Apêndice IX).

- Perdeu a paciência

Referente à frequência com que perderam a paciência devido às perdas urinárias 39,6% das mulheres afirmam que por vezes, 22,0% dizem que frequentemente, 18,7% referem que nunca e 15,4% dizem que raramente perderam a paciência devido às perdas de urina. Denote-se ainda que relativamente à idade as mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos 36,4% dizem que por vezes perderam a paciência, 27,3% frequentemente, 20,0% raramente perderam a paciência devido às suas perdas de urina. Ainda nas mulheres com idade superior ou igual a 50 anos observou-se que 44,4% por vezes perdeu a paciência, 27,8% nunca e 13,9% frequentemente perdeu a paciência devido às perdas de urina (Apêndice IX).

- Se sentiu preocupada

Aludindo ao facto da frequência com que as mulheres se sentiram preocupadas devido às suas perdas de urina 37,4% sentiram-se por vezes preocupadas, 29,7% frequentemente, 18,7% sempre e 8,8% raramente se sentiram preocupadas devido às suas perdas de urina. Ainda de referir que nas mulheres com idade inferior a 49 anos 41,8% referem que frequentemente se sentiram preocupadas, 32,7% por vezes e 12,7% sempre se sentiram preocupadas com as suas perdas de urina. No que se refere as mulheres com idade superior ou igual a 50 anos verifica-se que 44,4% afirmam que por vezes se sentiram preocupadas, 27,8% nunca se sentiram preocupadas e 13,9% frequentemente se sentiram preocupadas com as suas perdas de urina (Apêndice IX).

- Teve a sensação de não conseguir controlar as suas reações

Quanto ao facto de as participantes terem a sensação de não conseguir controlar as suas reações devido as suas perdas de urina verificou-se que 37,4% por vezes não conseguiu controlar as suas reações, 23,1% frequentemente, 14,3% raramente e 12,1% sempre tiveram a sensação de não conseguir controlar as suas reações devido às suas perdas de urina. Em relação a senhoras com idade inferior ou igual a 49 anos observou-se que 32,7% por vezes tiveram a sensação de não conseguir controlara as suas reações, 30,9% frequentemente e 12,7% sempre tiveram a sensação de não conseguir controlar as suas reações. Verifica-se que nas mulheres com idade superior a 50 anos 44,4% refere que por vezes tiveram a sensação de não conseguir controlar as suas reações, 19,4% raramente e 11,1% sempre tiveram a sensação de não conseguir controlar as suas reações devidos às suas perdas de urina (Apêndice IX).

- Os seus problemas urinários constituíram uma obsessão ou pavor para si

No que se refere a esta questão nas mulheres inquiridas constatou-se que 37,4% afirmam que por vezes os seus problemas urinários constituíram uma obsessão ou pavor para si, 18,7% referem que raramente, 15,4% dizem que frequentemente e 13,2% referem que sempre. De referir ainda que 30,9% das mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos afirmam que por vezes os seus problemas urinários constituíram uma obsessão ou pavor para si, 18,2% frequentemente e 14,5% referem que sempre. Ainda nas participantes com idade superior ou igual a 50anos verifica-se que 47,2% referem por vezes, 22,2% raramente e para 11,1% afirmam que sempre os seus problemas urinários constituíram uma obsessão ou problema (Apêndice IX).

- Teve que programar levar proteções (pensos) antes de sair de casa

Dos resultados obtidos verificou-se que 31,9% das mulheres inquiridas teve que levar sempre proteções (pensos) antes de sair de casa, 26,4% por vezes e 25,3% frequentemente. Na amostra das mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos observou-se que 36,4% sempre tiveram que programar levar pensos antes de sair de casa e 27,3% frequentemente assim como o por vezes (27,3%). Para as mulheres com idade superior a 50 anos constatou-se que numa mesma percentagem de 25,0% sempre tiveram que programar levar pensos antes de sair de casa, assim como o por vezes (25,0%) e 22,2% frequentemente (Apêndice IX).

No que se refere aos resultados estatísticos referentes à média final da dimensão **impacto emocional** que resulta da média das 6 questões referentes à avaliação da QdV das mulheres com IU relativamente ao impacto emocional que as perdas têm na sua vida, verificou-se que os valores variam entre um mínimo 1 de e um máximo de 5,

sendo que a média se situa nos 3,16, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 0,870 (Quadro 35).

Quadro 35 - Estatística descritiva relativa à dimensão impacto emocional

Dimensão Impacto Emocional	N	Xmin	Xmax	M	Dp	Pontuação Final
Total da amostra	91	1	5	3,16	0,870	4,60
<= 49anos	55	1	5	3,26	0,844	4,35
>=50anos	36	1	5	3,01	0,900	4,98

Através do cálculo da pontuação final para a dimensão do **impacto emocional** verifica-se que as perdas de urina têm **impacto elevado** na qualidade de vida das mulheres (4,60 em 10), evidenciando-se mais esse impacto nas mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos (4,35 em 10).

A análise que se segue refere-se à dimensão da:

- **Sexualidade**

Tendo em conta a questão “**no decorrer das últimas 4 semanas, devido às suas perdas de urina**”:

- **Sentiu-se ansiosa com a ideia de ter relações sexuais**

No que se refere a esta questão 38,5% das mulheres com IU inquiridas afirmam que não se sentiram ansiosas com a ideia de ter relações sexuais, 23,1% referem que pouco, 17,6% dizem que muito e 13,2% afirmam que se sentem pouco ansiosas. No que concerne á idade nas mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos observou-se que 30,9% referem não se sentiram ansiosas com a ideia de ter relações sexuais, 27,3% pouco, 20,0% moderadamente, 16,4% referem que se sentiram muito ansiosas com a ideia de ter relações sexuais e terem perdas de urina. Para o grupo das senhoras com idade superior ou igual a 50 anos 50,0% referem que não se sentiram ansiosas, 19,4% sentiram-se muito ansiosas e ainda 11,1% dizem que se sentiram muitíssimo ansiosas com a ideia de ter relações sexuais e terem perdas de urina (Apêndice IX).

- **Alterou o seu comportamento sexual**

No que concerne a esta questão verificou-se que nas mulheres com IU inquiridas a maioria refere que não alterou o seu comportamento sexual (52,7%), 15,4% dizem que

alteram em muito o seu comportamento, 12,1% dizem que alteraram muitíssimo, 12,1% alteraram pouco e 7,7% alteraram moderadamente o seu comportamento. Analisando tendo em conta as idades nas mulheres com idade inferior a 49 anos observou-se que 50,9% não alterou o seu comportamento sexual, 18,2% dizem que alteraram muito, 12,7% afirmam que alteram pouco e ainda 9,1% referem que alteraram muitíssimo o seu comportamento sexual devido às perdas de urina. Nas mulheres com idade superior ou igual a 50 anos 55,6% referem que não alteraram o comportamento sexual, 16,7% dizem que alteraram muitíssimo e 11,1% afirmam que alteraram muito o seu comportamento sexual devido as perdas de urina (Apêndice IX).

- Receou ter perdas de urina durante as relações sexuais

Relativamente a esta questão constatou-se que 37,4% das mulheres não receou ter perdas de urina durante o ato sexual, 22,0% recearam muito, 17,6% recearam pouco, 15,4% recearam muitíssimo e 7,7% recearam moderadamente. Atendendo ao grupo de idades nas mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos observou-se 27,3% não receou ter perdas de urina durante a relação sexual, 25,5% receou pouco, 23,6% receou muito, 12,7% receou muitíssimo e 10,9% receou moderadamente. Para o grupo das mulheres com idade superior ou igual a 50 anos verificou-se 52,8% não receou ter perdas de urina no ato sexual, numa mesma percentagem encontra-se o muito e o muitíssimo (19,4%) e ainda 5,6% recearam pouco ter perdas de urina durante a relação sexual (Apêndice IX).

No que se refere à estatística descritiva referente à média final da dimensão **sexualidade** que resulta da média das 3 questões referentes à avaliação da QdV das mulheres com IU relativamente ao impacto que as perdas têm na sua vida sexual, verifica-se que os valores variam entre um mínimo 1 de e um máximo de 5, sendo que a média se situa nos 2,62, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 1,125 (Quadro 36).

Quadro 36 - Estatística descritiva relativa à dimensão sexualidade

Dimensão Sexualidade	N	Xmin	Xmax	M	Dp	Pontuação Final
Total da amostra	91	1	5	2,62	1,125	5,95
<= 49anos	55	1	5	2,64	1,048	5,90
>=50anos	36	1	5	2,58	1,248	6,05

Através da análise dos resultados da pontuação final para a **dimensão da sexualidade** realizada verifica-se que as perdas de urina têm **impacto moderado** na

qualidade de vida das mulheres, não se verificando grandes diferenças nos dois grupos de mulheres (<= 49 anos – 5,90 em 10; >= 50 anos – 6,05 em 10).

Analisando a média final global das 5 dimensões (atividades quotidianas, situações de esforço, auto-imagem, impacto emocional e sexualidade) verifica-se que os valores variam entre um mínimo 1 de e um máximo de 5, sendo que a média se situa nos 2,85, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 0,780 (Quadro 37).

Quadro 37 - Estatística descritiva relativa à pontuação final global das 5 dimensões

Pontuação global das médias das 5 dimensões	N	Xmin	Xmax	M	Dp	Pontuação Final Global
Total da amostra	91	1	5	2,85	0,780	5,38
<= 49anos	55	1	5	2,95	0,718	5,13
>=50anos	36	1	4	2,70	0,854	5,75

No que se refere á **pontuação final global** que resulta do **somatório das 5 dimensões** (atividades quotidianas, situações de esforço, auto-imagem, impacto emocional e sexualidade) verifica-se que as perdas de urina têm **impacto moderado** na qualidade de vida global das mulheres inquiridas com um resultado médio de 5,38 em 10, sendo que as mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos apresentam um valor de 5,13 em 10, o que corresponde a uma pior qualidade de vida relativamente às mulheres com idade superior ou igual a 50 anos.

No que se refere à dimensão da:

- **Qualidade de Vida em Geral**

E relativamente à questão **“tendo em conta as suas perdas de urina, como avalia atualmente a sua Qualidade de Vida?”**

No que concerne à qualidade de vida das mulheres com IU inquiridas verificou-se que 49,5% apresenta uma qualidade de vida moderada, 23,1% referem ter uma qualidade de vida de fraca, 13,2% dizem ter uma qualidade de vida de boa e 12,1% avaliam a sua qualidade de vida de má tendo em conta as suas perdas de urina. Ainda fazendo a análise tendo em conta a idade as senhoras com idade inferior a 49 anos 52,7% referem uma qualidade de vida moderada, 27,3% dizem ter uma qualidade de vida fraca, 9,1% afirmam ter uma qualidade de vida boa e 7,3% referem ter uma qualidade de vida má. Nas mulheres com idade superior ou igual a 50 anos verificou-se que 44,4% dizem ter uma qualidade de vida moderada, 16,7% referem ter uma qualidade

de vida fraca e 19,4% afirmam ter uma qualidade de vida má devido às perdas de urina (Apêndice IX).

Relativamente à estatística descritiva referente à dimensão **qualidade de vida em geral** nas mulheres com IU, verificou-se que os valores variam entre um mínimo 1 de e um máximo de 5, sendo que a média se situa nos 3,30, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 0,925 (Quadro 38).

Quadro 38 - Estatística descritiva relativa à dimensão Qualidade de Vida em Geral

Dimensão Qualidade de Vida em Geral	N	Xmin	Xmax	M	Dp	Pontuação Final
Total da amostra	91	1	5	3,30	0,925	4,25
<= 49anos	55	1	5	3,25	0,865	4,38
>=50anos	36	1	5	3,36	1,018	4,10

Através da análise realizada à pontuação final da **dimensão qualidade de vida em geral** verifica-se que as perdas de urina têm **impacto elevado** na qualidade de vida das mulheres inquiridas, sendo que não se evidenciam grandes diferenças em ambos os grupos em relação à dimensão qualidade de vida em geral.

#### Em Suma:

- Na dimensão **atividades quotidianas** verificou-se que as perdas de urina:
  - incomodam “moderadamente” 35,2% das mulheres quando estas estão fora de casa, sendo que, 38,2 % tem idade  $\leq 49$  anos e 30,6% tem idade  $\geq 50$  anos;
  - “não” incomodam 28,6% das mulheres quando viajam ou conduzem, sendo que 22,2% das mulheres com idade  $\geq 50$  anos referem que incomoda “moderadamente” e 16,5% das participantes com idade  $\leq 49$  anos referem que incomoda “muito”;
  - incomodam “moderadamente” 27,7% das mulheres ao subir e descer escadas, sendo que, 30,9% das mulheres tem idade  $\leq 49$  anos e 22,2% tem idade  $\geq 50$  anos;
  - incomodam “muito” 26,4% das participantes ao fazer compras ou outras atividades semelhantes, sendo que, 27,3% das mulheres com idade  $\leq 49$  anos referem que “incomoda muito” e 27,8% das participantes com idade  $\geq 50$  anos dizem que “incomoda moderadamente”;

- “não” incomodam 39,6% das mulheres inquiridas quando esperam numa fila, sendo que, 38,2% das mulheres tem idade  $\leq$  49 anos e 41,7% tem idade  $\geq$  50 anos;
- 36,3% das mulheres afirmam que “por vezes” tiveram que interromper o seu trabalho ou as suas atividades quotidianas e 16,5% afirmam que “frequentemente”, sendo que, 38,6% das mulheres que afirmam “por vezes” tem idade  $\leq$  49 anos e ainda 20,0% destas afirma que “frequentemente” e das mulheres com idade  $\geq$  50 anos 33,3% referem que “frequentemente” tem de interromper o trabalho ou as suas atividades;
- 51,6% das mulheres inquiridas referem que “nunca” acordam urinadas e 20,9% dizem que “por vezes”, de referir que as mulheres com idade  $\leq$  49 anos 56,4% afirmam que “nunca” e 21,8% “raramente” para as mulheres com idade  $\geq$  50 anos 44,4% dizem que “nunca” e 27,8% referem que “por vezes” acordam urinadas;
- A média final da dimensão atividades quotidianas para a amostra total que resulta da média de 7 questões, verifica-se que os valores variam entre um mínimo de 1 e um máximo de 5, o que corresponde a uma média 2,44 com um desvio padrão de 0,910;
- A **pontuação final** da dimensão “**atividades quotidianas**” revela que as perdas de urina têm um **impacto moderado** na qualidade de vida das mulheres da amostra (6,40 em 10).
- Na dimensão **situações de esforço** verificou-se que as perdas de urina:
  - “incomodam muito” 35,2% e 26,4% “incomodam moderadamente” ao levantar ou transportar pesos. De referir que 34,5% das mulheres com idade  $\leq$  49 anos dizem que “incomoda muito” e para 30,9% “incomoda moderadamente”, sendo que, para 36,1% das mulheres com idade  $\geq$  50 anos “incomoda muito” e para 19,4% “incomoda muitíssimo” ao levantar ou transportar pesos;
  - “incomodam muito” 30,9% e 19,8% “incomoda moderadamente” as mulheres ao praticar desporto. Sendo que 36,4% das participantes com idade  $\leq$  49 anos dizem que “incomoda muito” e 47,2 % das mulheres com idade  $\geq$  50 anos referem que as perdas de urina “não incomodam” na prática de desporto;

- “incomodam muito” 31,9% das mulheres quando se assoam, espirram ou tosse. Para 36,4% das mulheres com idade  $\leq 49$  anos “incomoda muito” e para 30,9% “incomoda muitíssimo”, sendo que, nas mulheres com idade  $\geq 50$  anos 38,9% referem que “incomoda moderadamente” e 25,0% dizem que “incomoda muito”;
- “incomodam moderadamente” 29,7% das participantes ao rir e para 25,3% “incomoda muito”. De referir que para 32,7% das mulheres com idade  $\leq 49$  anos as perdas de urina “incomodam moderadamente” ao rir, sendo que, para 25,0% das mulheres com idade  $\geq 50$  anos “incomoda muito” ao rir;
- A média final da dimensão situações de esforço para a amostra total, que resulta da média de 4 questões, verifica-se que os valores variam entre um mínimo de 1 e um máximo de 5, o que corresponde a uma média 3,23 com um desvio padrão de 1,006;
- A **pontuação final** da dimensão “**situações de esforço**” revela que as perdas de urina têm um **impacto elevado** na qualidade de vida das mulheres da amostra (4,43 em 10).
- Na dimensão **auto-imagem** verificou-se que devido às perdas de urina:
  - 34,1% das mulheres referem que “por vezes” se sentiram menos atraentes e 33,0% dizem que “nunca”, no grupo das mulheres com idade  $\leq 49$  anos observou-se que 38,2% “por vezes” se sentiu menos atraente e 34,5% dizem que “nunca”, sendo que as participantes com idade  $\geq 50$  anos 27,8% afirmam que “por vezes” se sentiram menos atraentes e 30,6% dizem que “nunca”;
  - 31,9% referem que “por vezes” tiveram receio de cheirar mal e 23,1% afirmam “que sempre”. Tendo em conta os grupos de idades 40,0% das participantes com idade  $\leq 49$  anos “por vezes” teve receio de cheirar mal, 26,3% “frequentemente” e 21,8% “sempre”, nas mulheres com idade  $\geq 50$  anos 22,2% “sempre” tiveram receio de cheirar mal e 19,4% “frequentemente”;
  - 36,3% das mulheres dizem que “por vezes” tiveram receio que alguém se apercebesse da sua condição e 23,1% tiveram “sempre”, as mulheres com idade  $\leq 49$  anos 47,3% referem que “por vezes” e nas mulheres com

idade  $\geq 50$  anos 27,8% dizem que “sempre” tiveram receio que alguém se apercebesse da sua condição;

- 28,6% das mulheres refere que “por vezes” teve receio de manchar algo na casa dos outros ou no trabalho e 19,8% afirmam que “frequentemente”. No que concerne às idades as participantes com idade  $\leq 49$  anos 30,9% dizem que “por vezes” tiveram receio de manchar algo e nas com idade  $\geq 50$  anos 25,0% afirmam que “por vezes” e 19,4% “frequentemente”;
- 37,4% das mulheres tiveram que “por vezes” mudar de roupa, sendo que 38,4% das participantes com idade  $\leq 49$  anos tiveram que “por vezes” mudar de roupa e para as mulheres com idade  $\geq 50$  anos 36,1% “por vezes” tiveram que mudar de roupa e 19,4% “frequentemente”;
- 35,2% das mulheres inquiridas “por vezes” sentem-se bem consigo mesmas e 27,5% “frequentemente”. Relativamente às mulheres com idade  $\leq 49$  anos 41,8% afirmam que “por vezes” se sentem bem consigo mesmas e 23,6% “frequentemente” e as mulheres com idade  $\geq 50$  anos 33,3% afirmam que “frequentemente” se sentem bem consigo mesmas e 25,0% por vezes;
- 37,4% das mulheres da amostra sentem-se “muito” incomodadas por terem que utilizar proteções e 20,9% sentem-se “pouco” incomodadas. Nas mulheres com idade  $\leq 49$  anos 41,8% afirmam que se sentem “muito” incomodadas, e nas mulheres com idade  $\geq 50$  anos 30,6% dizem que se sentem “muito” incomodadas e 19,4% referem que se sentem “pouco” incomodadas;
- A média final da dimensão auto-imagem para a amostra total, que resulta da média de 7 questões, verifica-se que os valores variam entre um mínimo de 1 e um máximo de 5, o que corresponde a uma média 2,92 com um desvio padrão de 0,863;
- A **pontuação final** da dimensão “**auto-imagem**” revela que as perdas de urina têm um **impacto moderado** na qualidade de vida das mulheres inquiridas (5,20 em 10).
- Na dimensão **impacto emocional** verificou-se que devido às perdas de urina:
  - 35,2% das participantes “por vezes” sentiram-se desmotivadas devido às perdas de urina e 28,6% “frequentemente”. As mulheres com idade  $\leq 49$

anos 38,2% “por vezes” sentiram-se desmotivadas e 30,8% “frequentemente” e as mulheres com idade  $\geq 50$  anos 30,6% “por vezes” sentiram-se desmotivadas e 25,0% “frequentemente”;

- 39,6% das mulheres afirma que “por vezes” perdeu a paciência devido às perdas de urina e 22,0% afirma que “frequentemente”. Para as participantes com idade  $\leq 49$  anos 36,4% dizem que “por vezes” perderam a paciência e 27,3% “frequentemente” nas mulheres com idade  $\geq 50$  anos 44,4% “por vezes” perdeu a paciência e 27,8% “nunca”;
- 37,4% das participantes da amostra sentiram-se “por vezes” preocupadas devido às perdas de urina e 29,7% “frequentemente”, nas mulheres de idade  $\leq 49$  anos 41,7% referem “frequentemente” e 32,7% “por vezes” nas mulheres com idade  $\geq 50$  anos 44,4% afirmam “por vezes” e 27,8% dizem que “nunca” se sentiram preocupadas;
- 37,4% das mulheres refere que “por vezes” tiveram a sensação de não conseguir controlar as suas reações e 23,1% “frequentemente”. Nas participantes com idade  $\leq 49$  anos 32,7% referem “por vezes” e 30,9% dizem “frequentemente” e nas de idade  $\geq 50$  anos 44,4% referem que “nunca” tiveram a sensação de não conseguir controlar as suas reações e 19,4% “raramente”.
- 37,4% referem que “por vezes” os problemas urinários constituíram uma obsessão ou pavor para si, sendo que para as mulheres com idade  $\leq 49$  anos 30,9% afirmam que “por vezes” e 18,2% “frequentemente” no grupo das mulheres com idade  $\geq 50$  anos 47,2% dizem que “por vezes” e 22,2% “raramente”;
- 31,9% das mulheres referem que tiveram que levar “sempre” pensos antes de sair de casa e 25,3% “frequentemente”. Nas com idade  $\leq 49$  anos 36,4% referem que “sempre” e 27,3% “frequentemente” e no grupo com idade  $\geq 50$  anos 25,0% afirmam que “sempre” e 22,2% “frequentemente”;
- A média final da dimensão impacto emocional para a amostra total, que resulta da média de 6 questões, verificou-se que os valores variam entre um mínimo de 1 e um máximo de 5, o que corresponde a uma média 3,16 com um desvio padrão de 0,870;

- A **pontuação final** da dimensão “**impacto emocional**” revela que as perdas de urina têm um **impacto elevado** na qualidade de vida das mulheres inquiridas (4,60 em 10).
- Na dimensão **sexualidade** verificou-se que devido às perdas de urina:
  - 38,5% das mulheres afirmam “não” se sentiram ansiosas com a ideia de ter relações sexuais e 23,1% “pouco” na amostra de mulheres com idade  $\leq$  49 anos 30,9% referem “não” e 27,3% “pouco” nas com idade  $\geq$  50 anos 50,0% afirmam “não” e 19,4% dizem que se sentiram “muito” ansiosas.
  - 52,7% das mulheres “não” alterou o seu comportamento sexual e 27, 5% alteraram o seu comportamento (15,4% “muito” e 12,1% “muitíssimo”). Nas mulheres com idade  $\leq$  49 anos 50,9% “não” alterou e 27,3% alteraram (18,2% “muito” e 9,1% “muitíssimo”) e as participantes com idade  $\geq$  50 anos 55,6% dizem que “não” alteraram e 27,8% afirmam que alteraram (16,7% “muitíssimo” e 11,1% “muito”);
  - 37,4% das inquiridas “não” receou ter perdas de urina durante as relações sexuais e 45,1% receou ter perdas de urina (22,0% “muito”, 15,4% “muitíssimo” e 7,7% “moderadamente”). As mulheres com idade  $\leq$  49 anos 47,2% receou ter perdas de urina nas relações sexuais (23,6% “muito”, 12,7% “muitíssimo” e 10,9% “moderadamente”) e 27,3% “não” receou ter perdas de urina e nas participantes com idade  $\geq$  50 anos 52,8% “não” receou ter perdas de urina nas relações sexuais e 19,4% receou “muitíssimo”;
  - A média final da dimensão sexualidade para a amostra total, que resulta da média de 3 questões, verificou-se que os valores variam entre um mínimo de 1 e um máximo de 5, o que corresponde a uma média 2,62 com um desvio padrão de 1,125;
  - A **pontuação final** da dimensão “**sexualidade**” revela que as perdas de urina têm um **impacto moderado** na qualidade de vida das mulheres da amostra (5,95 em 10).
- Na dimensão **qualidade de vida em geral** verificou-se que tendo em conta as perdas de urina:
  - 49,5% das mulheres avalia a sua qualidade de vida como “moderada”, 23,1% avalia como “fraca” e 12,1% como “má”. Sendo que 52,7% das mulheres com idade  $\leq$  49 anos avalia a qualidade de vida com

“moderada”, 27,3% “fraca” e 7,3% “má”, para as inquiridas com idade  $\geq 50$  anos 44,4% avalia a QdV como “moderada”, 19,4% “má” e 16,7% “fraca”;

- A média final da dimensão qualidade de vida em geral para a amostra total, verifica-se que os valores variam entre um mínimo de 1 e um máximo de 5, o que corresponde a uma média 3,30 com um desvio padrão de 0,925.
- A **pontuação final** da dimensão “**qualidade de vida em geral**” revela que as perdas de urina têm um **impacto elevado** na qualidade de vida das mulheres da amostra (4,35 em 10).
- Relativamente à **pontuação final global** que resulta do **somatório das 5 dimensões** (atividades quotidianas, situações de esforço, auto-imagem, impacto emocional e sexualidade) verifica-se que as perdas de urina têm um **impacto moderado** na qualidade de vida das mulheres da amostra (5,38 em 10).

Terminada a análise descritiva da amostra em estudo, importa analisar agora os dados conforme a formulação das questões de investigação, tendo em consideração as seis dimensões do questionário CONTILIFE® e a pontuação final das dimensões.

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

Como referido anteriormente, no sentido de complementar o presente estudo, pretende-se conhecer o tipo de relação existente entre as variáveis sociodemográficas, obstétricas, ginecológicas, estilos de vida e impacto da IU com a qualidade de vida da mulher com IU.

**Qual a influência das variáveis sociodemográficas, em estudo, na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária no período pré e pós-menopausa?**

➤ **Associação entre a idade e a qualidade de vida**

No sentido de testar a associação entre a qualidade de vida das mulheres com IU e a idade utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson. A sua utilização permitiu, através da leitura dos dados obtidos, verificar que existe uma correlação muito fraca e positiva para todas as dimensões (Apêndice X).

No cruzamento entre a idade e as dimensões da escala da qualidade de vida das mulheres com IU constata-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) (Apêndice X).

➤ **Associação entre o estado civil e a qualidade de vida**

Para aplicar o Teste de One-Way ANOVA é suposto que as frequências absolutas não sejam inferiores a 5. No entanto apesar da frequência absoluta para “viúva” ser 3, manteve-se o Teste de One-Way ANOVA, uma vez que o teste não paramétrico correspondente (Teste de Kruskal-Wallis) os resultados são iguais.

Através da análise dos resultados obtidos, observou-se que as médias são maioritariamente mais altas nas mulheres casadas/união de facto ( $n=82$ ) em todas as dimensões. No entanto, na análise entre o estado civil e a qualidade de vida verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões da escala ( $p > 0,05$ ), à exceção da dimensão “atividades quotidianas” em que existe diferença estatisticamente significativa ( $p=0,003$ ) (Apêndice X).

➤ **Associação entre a situação profissional e a qualidade de vida**

Para verificar a associação entre a situação profissional e a qualidade de vida das mulheres com IU utilizou-se o Teste de One-Way ANOVA. Observa-se que as mulheres desempregadas apresentam médias superiores em todas as dimensões da escala, à exceção da dimensão “sexualidade” em que as mulheres empregadas apresentam maior média (M= 6,72; Dp=3,280) e na dimensão “qualidade de vida em geral” em que são as mulheres reformadas apresentam maior média (M= 4,16; Dp=1,329) (Apêndice X).

Pelos dados obtidos verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas para todas dimensões da escala ( $p > 0,05$ ), à exceção da dimensão “qualidade de vida em geral” e que existem diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,034$ ) (Apêndice X).

#### ➤ **Associação entre o nível de escolaridade e a qualidade de vida**

Como foi referido anteriormente para aplicar o teste de One-Way ANOVA as frequências absolutas não devem ser inferiores a 5, mas apesar da frequência “ensino profissional” ser 3, manteve-se o teste, uma vez que o teste não paramétrico correspondente (teste de Kruskal-Wallis) os resultados são iguais.

Pela análise dos dados obtidos constata-se que mulheres com um nível de escolaridade “1º ciclo” apresentam médias superiores em todas as dimensões, à exceção da dimensão “qualidade de vida em geral” em que as mulheres com um nível de escolaridade “3º ciclo” apresentam maior média (Apêndice X).

No entanto pode-se ainda referir que do cruzamento entre o nível de escolaridade e as dimensões da escala de avaliação da qualidade de vida das mulheres com IU não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) (Apêndice X).

#### ➤ **Associação entre a área de residência e a qualidade de vida**

Para verificar a influência da área de residência na qualidade de vida das mulheres com IU, aplicou-se o teste de One - Way ANOVA. Da análise dos dados obtidos verifica-se que as mulheres que residiam na cidade apresentam médias mais elevadas nas dimensões “situações de esforço”, “auto-imagem”, “impacto emocional”, “sexualidade” e “CONTILIFE® total”, sendo que nas dimensões “atividades quotidianas” e “qualidade de vida em geral” as mulheres que residiam na aldeia apresentam médias mais elevadas.

Pelos resultados obtidos constata-se que na amostra não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) ao nível da qualidade de vida das mulheres com IU consoante a sua área de residência (Apêndice X).



## **Qual a influência das variáveis obstétricas, em estudo, na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária no período pré e pós-menopausa?**

### **➤ Associação entre o peso e a qualidade de vida**

Para testar a associação entre o peso e a qualidade de vida das mulheres com IU, recorreu-se à aplicação do coeficiente de Pearson. Os dados obtidos permitem verificar que existe uma correlação muito fraca e negativa para todas as dimensões, exceto para as dimensões “atividades quotidianas”, “situações de esforço” e total da escala “CONTILIFE® total” onde existe uma correlação muito fraca e positiva (Apêndice XI).

Pelos dados obtidos verifica-se ainda que não existem diferenças estatisticamente significativas para todas as dimensões da escala ( $p > 0,05$ ) ao nível da qualidade de vida das mulheres com IU consoante o peso (Apêndice XI).

### **➤ Associação entre o índice de massa corporal e a qualidade de vida**

De modo a perceber a influência do índice de massa corporal na qualidade de vida das mulheres com IU, aplicou-se o Teste de One- Way ANOVA. Através da análise dos resultados obtidos constatou-se que as médias mais elevadas se verificaram nas mulheres “obesas grau II” nas dimensões “atividades quotidianas”, “imagem corporal”, “sexualidade”, “qualidade de vida em geral” e total da escala “CONTILIFE® Total”, e para a dimensão “situações de esforço” a média mais elevada observou-se nas mulheres “obesas grau I” e na dimensão “impacto emocional” a média mais elevada verificou-se nas mulheres com peso considerado normal.

Constata-se ainda que na amostra não existe diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) ao nível da qualidade de vida das mulheres com IU e o Índice de Massa Corporal (Apêndice XI).

### **➤ Associação entre a paridade e a qualidade de vida**

Conforme já referenciado anteriormente é suposto que para utilizar o Teste de One- Way ANOVA as frequências absolutas não sejam inferiores a 5, apesar da frequência absoluta para “nulípara” e “grande múltípara” ser 2, manteve-se o teste de One – Way ANOVA, uma vez que para o teste não paramétrico correspondente (Teste de Kruskal-Wallis) os resultados são iguais.

Pelos resultados obtidos não se verificou diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) relativamente à qualidade de vida das mulheres com IU e a paridade (Apêndice XI).

➤ **Associação entre o tipo de parto e a qualidade de vida**

Para testar a associação entre o tipo de parto e a qualidade de vida das mulheres com IU, recorreu-se à aplicação do Teste de One – Way ANOVA. Dos resultados obtidos pode-se inferir que as mulheres que tiveram partos normais por via vaginal apresentam médias superiores em todas as dimensões da escala de avaliação da qualidade de vida, à exceção da dimensão “atividades quotidianas” e “situações de esforço” em que as mulheres que tiveram partos distócicos por fórceps e ventosas apresentam médias superiores.

De referir que da análise realizada em relação ao tipo de parto e à qualidade de vida os resultados revelam que não existe diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) em todas as dimensões, à exceção da dimensão “situações de esforço” onde existe diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,031$ ) (Apêndice XI).

➤ **Associação entre as horas em trabalho de parto no 1º filho e a qualidade de vida**

Para relacionar a influência das horas de trabalho de parto com a qualidade de vida das mulheres com IU, utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson. Da leitura dos dados obtidos verificou-se que existe uma correlação muito fraca e positiva nas dimensões “atividades quotidianas”, “situações de esforço”, “impacto emocional”, “sexualidade” e total da escala “CONTILIFE® Total”, exceto para a dimensão “auto imagem” e “qualidade de vida em geral” onde existe uma correlação muito fraca e negativa (Apêndice XI).

Contudo através da análise dos resultados, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre a qualidade de vida e as horas em trabalho de parto no primeiro filho (Apêndice XI).

➤ **Associação entre lesões pélvicas no trabalho de parto e a qualidade de vida**

Para relacionar a influência das lesões pélvicas no trabalho de parto na qualidade devida das mulheres com IU, usou-se o Teste de *t* de *Student*. É salientar na análise realizada as mulheres que tiveram lesões pélvicas no trabalho de parto apresentam médias superiores em todas as dimensões, à exceção da dimensão “qualidade de vida em geral” em que as mulheres que não apresentaram lesões pélvicas no parto têm médias superiores.

Contudo, as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ), à exceção da dimensão “impacto emocional” onde existe diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,046$ ) (Apêndice XI).

➤ **Associação entre o peso do recém-nascido e a qualidade de vida**

Para conhecer a influência do peso do recém-nascido à nascença na qualidade de vida das mulheres com IU, aplicou-se o Teste de *t* de *Student*. De referir que as mulheres que não tiveram filhos com peso inferior a 4 quilos apresentam médias mais elevadas nas dimensões “situações de esforço”, “autoimagem”, “impacto emocional” e no total da escala “CONTILIFE® Total”, é ainda de salientar que as mulheres que tiveram filhos com peso superior a 4 quilos obtiveram médias superiores nas dimensões “atividades quotidianas”, “sexualidade” e “qualidade de vida em geral” (Apêndice XI).

Da leitura dos resultados da amostra em relação ao peso do recém-nascido à nascença e à qualidade de vida das mulheres com IU, estes revelam que não existe diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) em todas as dimensões, à exceção da dimensão “sexualidade” onde existe diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,001$ ) (Apêndice XI).

➤ **Associação entre as horas sentada por dia e a qualidade de vida**

No sentido de perceber se existe ou não influência do número de horas sentadas por dia e a qualidade de vida, utilizou-se o Teste de One – Way ANOVA. A sua utilização permite observar que as mulheres que passam 9 a 12 horas sentadas por dia apresentam médias superiores em todas as dimensões, à exceção da dimensão “situações de esforço” em que as que apresentam maiores médias são as que estão sentadas 2 a 4 horas por dia e a dimensão “sexualidade” em que as mulheres que apresentam maiores médias são as que estão sentadas 5 a 8 horas por dia (Apêndice XI).

Contudo através da análise dos resultados constata-se que não existe diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre a qualidade de vida e o número de horas sentadas por dia (Apêndice XI).

**Qual a influência das variáveis ginecológicas, em estudo, na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária no período pré e pós-menopausa?**

➤ **Associação entre os anos de perda de urina e a qualidade de vida**

Para conhecer a influência entre os anos de perda de urina e a qualidade de vida das mulheres com IU, utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson. Da análise dos dados obtidos, verificou-se que existe uma correlação fraca e negativa em todas as dimensões de avaliação da qualidade de vida, à exceção da dimensão “qualidade de vida em geral” onde existe uma correlação fraca e positiva (Apêndice XII).

Os resultados obtidos revelam que existe diferença estatisticamente significativa em todas as dimensões ( $p < 0,05$ ) em relação aos anos de perda de urina e à qualidade de vida das mulheres com IU, à exceção da dimensão “sexualidade” onde não existe diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) (Apêndice XII).

➤ **Associação entre a primeira instância de saúde a que recorreu e a qualidade de vida**

Para analisar se existe associação entre a primeira instância de saúde a que recorreu e a qualidade de vida das mulheres com IU, aplicou-se o Teste de *t* de *Student*. Da leitura dos dados pode-se inferir que as mulheres que recorreram ao médico ginecologista apresentam médias mais elevadas em todas as dimensões da qualidade de vida, à exceção da dimensão “qualidade de vida em geral” em que as mulheres que recorreram ao médico de família obtiveram médias superiores.

A leitura dos resultados da amostra revela que em relação à primeira instância de saúde a que recorreu e a qualidade de vida das mulheres com IU não existe diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) em todas as dimensões, à exceção da dimensão “sexualidade” onde existe diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,017$ ) (Apêndice XII).

➤ **Associação entre o tempo que levou a recorrer aos serviços de saúde e a qualidade de vida**

Com o intuito de conhecer se existe ou não influência entre o tempo que levou a recorrer aos serviços de saúde e a qualidade de vida, utilizou-se o Teste de One – Way ANOVA. A sua utilização permite observar que as mulheres que levaram 2 a 3 anos a recorrer aos serviços de saúde apresentam médias superiores em todas as dimensões da qualidade de vida, à exceção da dimensão “sexualidade” em que as que apresentam maiores médias são as que levaram 4 ou mais anos a recorrer aos serviços de saúde e a dimensão “qualidade de vida em geral” em que as mulheres que apresentam médias mais elevadas são as que levaram até um ano a recorrer aos serviços de saúde (Apêndice XII).

Através da análise dos resultados constata-se que não existe diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre a qualidade de vida e o tempo que as mulheres levaram a recorrer aos serviços de saúde (Apêndice XII).

➤ **Associação entre as infecções vaginais/dermatites e a qualidade de vida**

De modo a perceber a se existe associação ou não entre as infecções vaginais/dermatites e a qualidade de vida das mulheres com IU, aplicou-se o Teste de *t* de *Student*. De salientar que as mulheres que não tiveram infecções vaginais/dermatites apresentam médias mais elevadas nas dimensões “auto imagem”, “impacto emocional”, “sexualidade” e no total da escala “CONTILIFE® Total”, é ainda de referir que as mulheres que tiveram infecções vaginais/dermatites obtiveram médias superiores nas dimensões “atividades quotidianas”, “situações de esforço” e “qualidade de vida em geral” (Apêndice XII).

Os dados obtidos revelam que não existe diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) em todas as dimensões de avaliação da qualidade de vida das mulheres com IU em relação a existência de infecções vaginais/dermatites (Apêndice XII).

➤ **Associação entre o uso de pensos absorventes e a qualidade de vida**

De modo a perceber a associação entre o uso de pensos absorventes e a qualidade de vida, efetuou-se o Teste de *t* de *Student*. Da análise realizada salienta-se que as mulheres que não usam pensos absorventes apresentam as médias mais elevadas em todas as dimensões da avaliação da qualidade de vida (Apêndice XII).

Verifica-se ainda que não existe diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) em todas as dimensões de avaliação da qualidade de vida das mulheres com IU em relação ao uso de pensos absorventes (Apêndice XII).

➤ **Associação entre o início da perda de urina em algum momento da vida da mulher e a qualidade de vida**

De modo a analisar se existe ou não associação entre o início da perda de urina em algum momento da vida da mulher e a qualidade de vida das mulheres com IU, usou-se o teste de One-Way ANOVA. Através da análise dos resultados verificou-se que as mulheres que não relacionam o início das perdas de urina com nenhum momento da sua vida são as que apresentam médias superiores em todas as dimensões da escala, à exceção das dimensões “sexualidade” e “qualidade de vida em geral” em que são as mulheres que associam o início da perda de urina á menopausa que obtiveram médias superiores (Apêndice XII).

Da leitura dos resultados não existe diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) em todas as dimensões, à exceção da dimensão “auto imagem” onde existe diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,048$ ) (Apêndice XII).

➤ **Associação entre a frequência da prática dos exercícios de Kegel e a qualidade de vida**

Por forma a perceber se existe associação ou não entre a frequência da prática dos exercícios de Kegel e a qualidade de vida das mulheres com IU, usou-se o teste de One-Way ANOVA. Através da leitura dos dados, observou-se que as mulheres que apresentam médias superiores em todas as dimensões são aquelas que praticam os exercícios de Kegel 1 a 3 vezes por semana, à exceção da dimensão “situações de esforço que onde se verifica maiores médias é nas mulheres que nunca praticam os exercícios e na dimensão “qualidade de vida em geral” que as que apresentam médias mais elevadas são as que praticam os exercícios 1 a várias vezes por dia (Apêndice XII).

De referir que da análise realizada não existe diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) em todas as dimensões em relação à frequência da prática dos exercícios de Kegel e a qualidade de vida das mulheres com IU (Apêndice XII).

➤ **Associação entre o carregar pesos superiores a 3Kg e a qualidade de vida**

Para perceber se existe ou não associação entre o carregar pesos superiores a 3Kg e a qualidade de vida das mulheres com IU, utilizou-se o Teste de One – Way ANOVA. A sua utilização permite observar que as mulheres que carregam pesos uma vez por semana apresentam médias superiores em todas as dimensões da escala da qualidade de vida, à exceção da dimensão “atividades quotidianas”, “sexualidade” e “CONTILIFE® Total” em que as que apresentam maiores médias são as que nunca transportam pesos superiores a 3 quilos (Apêndice XII).

Através da análise dos resultados constata-se que não existe diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre a qualidade de vida e o carregar pesos superiores a 3Kg (Apêndice XII).

**Qual a influência das variáveis estilos de vida, em estudo, na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária no período pré e pós-menopausa?**

➤ **Associação entre a prática de exercício físico e a qualidade de vida**

Com a finalidade de avaliar se existe ou não associação entre a prática de exercício físico e a qualidade de vida das mulheres com IU, utilizou-se o Teste de One-Way ANOVA, pela análise dos dados observa-se que majoritariamente as mulheres que praticam exercício físico 1 vez por semana apresentam médias superiores em todas as dimensões da escala, à exceção do domínio situações de esforço” e “qualidade de vida em geral” (Apêndice XIII).

No entanto pode-se ainda referir que do cruzamento entre a prática de exercício físico e a qualidade de vida das mulheres com IU existe diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) em todas as dimensões da escala, à exceção das dimensões “sexualidade” ( $p = 0,137$ ) e “qualidade de vida em geral” ( $p = 0,077$ ) em não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) (Apêndice XIII).

➤ **Associação entre a quantidade de água/líquidos ingeridos e a qualidade de vida**

Para analisar a associação entre a quantidade de líquidos ingeridos e a qualidade de vida das mulheres com IU, utilizou-se o Teste de One-Way ANOVA, verificando-se que as mulheres que bebem até 500ml de água por dia obtêm médias superiores em todas as dimensões da escala e total da escala, à exceção da dimensão “qualidade de vida em geral” em que a média é ligeiramente inferior. Contudo, as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) (Apêndice XIII).

➤ **Associação entre a frequência das dejeções e qualidade de vida**

Com o intuito de avaliar se existe ou não associação entre a frequência das dejeções e a qualidade de vida das mulheres com IU, aplicou-se o Teste de One-Way ANOVA. Da análise dos dados verifica-se que as mulheres que apresentam dejeções diariamente apresentam média superior na dimensão da escala “situações de esforço” enquanto que na dimensão “qualidade de vida em geral” são as mulheres que apresentam dejeções de 2 em 2 dias que têm média superior (Apêndice XIII).

Nos dados obtidos verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) em relação à frequência das dejeções e a qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária (Apêndice XIII).

➤ **Associação entre os hábitos tabágicos e a qualidade de vida**

Para perceber se existe ou não associação entre os hábitos tabágicos e a qualidade de vida das mulheres com IU, recorreu-se á aplicação do teste de *t* de *Student*. Da análise realizada verifica-se que as mulheres não fumadoras apresentam médias superiores em todas as dimensões da escala, á exceção das dimensões “atividades quotidianas” e “sexualidade” em que as mulheres fumadoras apresentam médias ligeiramente superiores (Apêndice XIII).

Dos dados obtidos verifica-se que na amostra não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) ao nível da qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária e os hábitos tabágicos (Apêndice XIII).

➤ **Associação entre os hábitos alcoólicos e a qualidade de vida**

Para perceber se existe ou não associação entre os hábitos alcoólicos e a qualidade de vida das mulheres com IU, aplicou-se o Teste de *t* de *Student* (Apêndice XIII). De referir que as mulheres que não têm hábitos alcoólicos apresentam médias mais elevadas em todas as dimensões da escala e no total da escala “CONTILIFE® Total”, é ainda de salientar que na dimensão “qualidade de vida em geral” foram as mulheres que têm hábitos alcoólicos obtiveram médias superiores.

Da leitura dos resultados da amostra em relação aos hábitos alcoólicos e à qualidade de vida das mulheres com IU, estes revelam que não existe diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) em todas as dimensões da escala e no total da escala (Apêndice XIII).

➤ **Associação entre o número de horas que dorme por dia e a qualidade de vida**

No sentido de estudar se existe ou não associação entre o número de horas que dorme por dia e a qualidade de vida das mulheres com IU, aplicou-se o Teste de One-Way ANOVA. Ao analisar os dados constatou-se que as mulheres que dormem entre 7 a 8 horas obtiveram médias mais elevadas em todas as dimensões da escala e no total da escala, à exceção da dimensão “sexualidade” e “qualidade de vida em geral” em que as que obtiveram médias superiores foram as que dormem 9 a 10 horas (Apêndice XIII).

No cruzamento entre o número de horas que dorme por dia e a qualidade de vida verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões da escala e no total da escala (Apêndice XIII).

➤ **Associação entre a medicação realizada e a qualidade de vida**

Para relacionar a associação entre a medicação realizada e a qualidade de vida das mulheres com IU, usou-se o Teste de *t* de *Student*. É salientar na análise realizada as mulheres que tomam medicação apresentam médias mais elevadas em todas as dimensões da escala e no total da escala, à exceção da dimensão “sexualidade” em que as mulheres que não fazem medicação têm médias superiores (Apêndice XIII).

Contudo, as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ), à exceção da dimensão “sexualidade” onde existe diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,038$ ) (Apêndice XIII).

### **Qual a influência do impacto da IU na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária no período pré e pós-menopausa?**

#### **➤ Associação entre o impacto da IU e a qualidade de vida**

Para testar a associação entre a frequência com que perde urina e a qualidade de vida das mulheres com IU, recorreu-se à aplicação do coeficiente de Pearson. Os dados obtidos permitem verificar que existe uma correlação fraca e negativa para todas as dimensões da escala e para o total da escala “CONTILIFE® total”, exceto para a dimensão “qualidade de vida em geral” onde existe uma correlação fraca e positiva (Apêndice XIV).

Pelos dados obtidos verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas para todas as dimensões da escala e total da escala ( $p < 0,05$ ) ao nível da qualidade de vida das mulheres com IU consoante a frequência com que perdem urina (Apêndice XIV).

Para conhecer a associação entre a quantidade de urina que perde e a qualidade de vida das mulheres com IU, utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson. Da análise dos dados obtido, verificou-se que existe uma correlação fraca e negativa em todas as dimensões da escala de avaliação da qualidade de vida e total da escala, à exceção da dimensão “qualidade de vida em geral” onde existe uma correlação fraca e positiva (Apêndice XIV).

Os resultados obtidos revelam que existe diferença estatisticamente significativa em todas as dimensões da escala ( $p < 0,05$ ) em relação à quantidade de urina que perdem e à qualidade de vida das mulheres com IU (Apêndice XIV).

Para verificar se a perda de urina interfere na qualidade de vida das mulheres com IU, utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson. Dos dados obtidos, verificou-se

que existe uma correlação fraca e positiva em todas as dimensões da escala e total da escala “CONTILIFE® Total”, exceto para as dimensões “impacto emocional” e “qualidade de vida em geral” onde existe uma correlação fraca e negativa.

Contudo através da análise dos resultados, verificam-se diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões da escala e total da escala “CONTILIFE® Total”, ( $p < 0,01$ ), exceto no domínio “sexualidade” onde não se verificam diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,113$ ) (Apêndice XIV).

No sentido de estudar a influência do impacto da IU (ICIQ\_SF total) na qualidade de vida das mulheres com IU, recorreu-se à aplicação do coeficiente de Pearson. Os dados obtidos permitem verificar que existe uma correlação fraca e negativa para todas as dimensões da escala e para o total da escala “CONTILIFE® total”, exceto para a dimensão “qualidade de vida em geral” onde existe uma correlação fraca e positiva (Apêndice XIV).

Da análise dos dados obtidos, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas para todas as dimensões da escala ( $p > 0,05$ ), à exceção da dimensão “atividades quotidianas” ( $p = 0,046$ ) e para o total da escala “CONTILIFE® total” ( $p = 0,036$ ) (Apêndice XIV).

➤ **Associação entre as situações em que perde urina e a qualidade de vida**

Com a finalidade de avaliar se existe ou não associação entre as situações em que a mulher perde urina e a qualidade de vida, utilizou-se o Teste de One-Way ANOVA. Pela análise realizada, observa-se que as mulheres que perdem urina quando estão a “fazer atividade física” apresentam médias mais elevadas em todas as dimensões da escala e total da escala “CONTILIFE® Total”, à exceção da dimensão “qualidade de vida em geral” (Apêndice XIV).

No entanto pode-se ainda referir que do cruzamento entre as situações em que as mulheres perdem urina e a qualidade de vida das mesmas existe diferença estatisticamente significativa nas dimensões “atividades quotidianas” ( $p = 0,001$ ), “qualidade de vida em geral” ( $p = 0,042$ ) e no total da escala “CONTILIFE® Total” ( $p = 0,049$ ), de frisar que nas restantes dimensões da escala em não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) (Apêndice XIV).

### **Qual a influência do tipo de IU na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária no período pré e pós-menopausa?**

#### **➤ Associação entre os tipos de Incontinência Urinária e a qualidade de vida**

Para compreender a associação entre os tipos de incontinência urinária e a qualidade de vida das mulheres com IU, usou-se o Teste de *t* de *Student*. É salientar na análise realizada pode-se constatar que as mulheres que têm incontinência urinária de esforço (IUE) apresentam médias superiores em todas as dimensões da escala e total da escala, à exceção da dimensão “qualidade de vida em geral” em que as mulheres que apresentam incontinência urinária mista (IUM) têm médias mais elevadas (Apêndice XV).

Contudo, da análise realizada verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativa nas dimensões “atividades cotidianas” ( $p= 0,015$ ), “situações de esforço” ( $p= 0,041$ ), “auto-imagem” ( $p= 0,050$ ) e no total da escala “CONTILIFE® Total” ( $p= 0,015$ ), sendo que nas restantes dimensões não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p> 0,05$ ) (Apêndice XV).

### **De que modo a IU influencia a qualidade de vida das mulheres no período pré e pós-menopausa nas várias dimensões?**

#### **➤ Associação entre o grupo pré e pós-menopausa e a qualidade de vida**

Para compreender se existe ou não associação entre o grupo pré e pós-menopausa e a qualidade de vida das mulheres com IU, usou-se o Teste de *t* de *Student*. Da análise realizada pode-se dizer que as mulheres que pertencem ao grupo da pós-menopausa (idade superior ou igual a 50 anos) apresentam médias mais elevadas em todas as dimensões da escala e no total da escala “CONTILIFE® Total” em relação às mulheres em pré-menopausa (idade inferior ou igual a 49 anos) (Apêndice XVI).

Contudo, pode-se ainda referir-se que do cruzamento entre as mulheres em pré-menopausa e em pós-menopausa e a qualidade de vida das mesmas não existem diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões da escala e total da escala “CONTILIFE® Total” ( $p> 0,05$ ), exceto na dimensão “auto-imagem” ( $p= 0,023$ ) onde existe diferença estatisticamente significativa (Apêndice XVI).

**Em Suma:**

- As dimensões da escala da qualidade de vida são influenciadas pelas seguintes variáveis:
  - **Dimensão Atividades Quotidiana** é influenciada por: estado civil; anos de perda de urina; prática de exercício físico; frequência com que perde urina; quantidade de urina que perde; a interferência da perda de urina no dia-a-dia; impacto da incontinência urinária; e o tipo de IU.
  - **Dimensão Situações de Esforço** é influenciada por: tipo de parto; anos de perda de urina; prática de exercício físico; frequência com que perde urina; quantidade de urina que perde; a interferência da perda de urina no dia-a-dia; situações de perda de urina; e o tipo de IU.
  - **Dimensão Auto-Imagem** é influenciada por: anos de perda de urina, momento da vida de início de perda de urina; prática de exercício físico; frequência com que perde urina; quantidade de urina que perde; a interferência da perda de urina no dia-a-dia; e o tipo de IU.
  - **Dimensão Impacto Emocional** é influenciada por: lesões pélvicas no trabalho de parto; anos de perda de urina; prática de exercício físico; frequência com que perde urina; quantidade de urina que perde; e a interferência da perda de urina no dia-a-dia.
  - **Dimensão Sexualidade** é influenciada por: peso do recém-nascido à nascença; primeira instância a que recorreu (profissional de saúde); medicação realizada; frequência com que perde urina; e a quantidade de urina que perde.
  - **Dimensão Qualidade de Vida em Geral** é influenciada por: situação profissional; anos de perda de urina; frequência com que perde urina; quantidade de urina que perde; a interferência da perda de urina no dia-a-dia; e as situações de perda de urina.
  - **Pontuação CONTILIFE® total** é influenciada por: anos de perda de urina; prática de exercício físico; frequência com que perde urina; quantidade de urina que perde; a interferência da perda de urina no dia-a-dia; impacto da incontinência urinária; situações de perda de urina; e o tipo de IU.

### 3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Finalizada a apresentação dos resultados torna-se imprescindível a sua análise e interpretação, pelo que o capítulo que se segue permite à investigadora refletir sobre o estudo efetuado, realçando os dados mais significativos e estabelecer a ligação com literatura existente na área e confrontá-los ainda com os estudos já existentes.

A amostra em estudo é constituída por 91 mulheres com incontinência urinária com idades compreendidas os 34 e os 67 anos, sendo a média das idades se situa nos 48,76 com um desvio padrão de 8,351.

Os dados referentes à idade indicam que a incontinência urinária é um problema que assola as mulheres independentemente da idade. A incontinência urinária é uma patologia frequente nas mulheres sendo expectável que a incidência aumente concomitantemente com a idade. A idade é considerada o principal fator de risco da IU e afeta significativamente a vida de 43% das mulheres entre os 35 e os 81 anos (Higa, Lopes & Reis, 2008). A incontinência urinária de esforço (IUE) é um problema comum, com uma prevalência que varia entre 20 a 40% das mulheres, com idades compreendidas entre 15 e 64 anos (Cordeiro & Grilo, 2010 citado por Sousa, Jesus, Carvalho, Carvalho, Marques, Falcão & Torgal, 2014). A IUE é mais frequente no sexo feminino e mais prevalente na população idosa (Teixeira, Nogueira & Mascarenhas, 2014).

Deste modo, a IU é uma doença que afeta milhões de mulheres e continua a ser subestimada. Os dados da literatura estimam que a IU afeta uma em cada quatro mulheres adultas, isto é, afeta cerca de 10% das mulheres com 20 anos, 35% com 50 anos, podendo chegar aos 60% em mulheres com mais de 70 anos (Teixeira, Nogueira & Mascarenhas, 2014).

A maioria das participantes da amostra são de raça branca (caucasiana) (97,8%), estes dados vão de encontro á realidade portuguesa visto que a maioria da população portuguesa pertence á raça caucasiana. Segundo a literatura a IU é mais prevalente em mulheres hispânicas e de raça branca de origem Europeia, comparativamente com as de raça negra ou asiáticas (Lavy, Sand, Kaniel & Hochner-Celnikier, 2011 citado por Abreu 2012).

Na amostra (87,9%) das participantes são casadas/união de facto e quanto às habilitações literárias estão representados todos os níveis de escolaridade, exceto o analfabetismo, o que vem ao encontro às taxas crescentes de alfabetização no nosso país, sendo que a maioria possuem habilitações literárias situadas ao nível secundário (38,5%). Existem estudos que correlacionam a qualidade de vida das mulheres com IU

com o nível de escolaridade, e que indicam que um nível mais elevado de escolaridade é conseqüentemente um maior grau de intelectualidade, podendo aumentar os recursos das mulheres para lidar de forma positiva com a IU (Laudann, Paik & Rosen, 1999; Castro, Caiuby, Draibe & Canziani, 2003 citado por Rodrigues, 2011).

A maioria das inquiridas está empregada (71,4%) e quanto à profissão o sector terciário é o que têm maior representatividade na amostra (42,9%), sendo que a maioria das mulheres reside em aldeias (41,8%).

Relativamente à **caracterização antropométrica** da amostra em estudo, constatou-se que possui um peso compreendido entre os 51 e os 98 Kg sendo que o peso médio da amostra se centra nos 70,7 Kg, a altura varia entre os 145 cm e os 180 cm, com uma média de 160,89cm e o índice de massa corporal apresenta um valor mínimo de 18,9 Kg/m<sup>2</sup> e um máximo de 37,3 Kg/m<sup>2</sup>, sendo a média de 27,3 Kg/m<sup>2</sup>. Assim a maioria das mulheres da amostra possui excesso de peso (73,7%).

No que concerne ao **excesso de peso**, está descrito que este favorece o aparecimento da IU. A obesidade é considerada um importante fator de risco principalmente na IUE sendo que existe benefícios comprovados com perdas de 5 a 10% conforme é descrito por Teixeira et al., (2014) citado por Cruz, (2015). O ganho repentino de peso e a obesidade provocam uma sobrecarga na região do períneo, levando à manifestação da IU (Dellú, Zácara & Schmitt, 2008 citado por Freire, 2012). Segundo Castro, Sabotcka, Baretta e Freitas (2012) as mulheres com excesso de peso têm maior probabilidade de desenvolver incontinência urinária, especialmente quando relacionada com o esforço, teoricamente, a obesidade leva ao aumento crónico da pressão intra-abdominal e intra-vesical, o que leva ao estiramento e enfraquecimento da musculatura, nervos e estruturas do pavimento pélvico, facilitando a perda de urina.

O **número de gestações** das mulheres inquiridas varia entre 0 e 6 vezes, o que corresponde a uma média de 2,164 vezes sendo que, a maioria das participantes esteve grávida 2 vezes (51,6%). Relativamente ao **número de filhos**, as mulheres apresentam um mínimo de 0 filho e um máximo de 5 filhos. Mais de metade das mulheres teve 2 filhos (57,1%). A maioria da amostra teve um parto eutócico (72,6%). Na amostra observou-se ainda que 68,1% das mulheres referiu ter **lesões pélvicas como lacerações, rasgaduras ou cortes no parto**. A maioria teve filhos com peso inferior a 4Kg (78,0%) e constatou-se que 97,8% dos partos foram realizados no hospital.

Para Federice, Amaral e Ferreira (2011) a gravidez e o parto são fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios do pavimento pélvico nos quais está incluída como consequência a IU, especificamente o tempo prolongado de trabalho de parto e do período expulsivo, o uso de episiotomia e macrosomia fetal. Também, Phillips e Monga, 2005 citado por Lopes, 2011 corroboram da mesma opinião referindo que os principais fatores que se relacionam com lesão neuromuscular do pavimento pélvico são a paridade, a aplicação de fórceps, o período expulsivo prolongado e a macrosomia fetal.

A **gravidez e o parto** implicam alterações significativas, nomeadamente o aumento de peso, relaxamento muscular do pavimento pélvico, bem como, alterações hormonais que favorecem o aparecimento da IU no pós-parto. O peso do feto provoca uma sobrecarga durante a gestação sobre o pavimento pélvico materno, existe aumento da pressão intra-abdominal e alterações no posicionamento da porção proximal da uretra (Rodrigues, Oliveira & Almeida, 2008).

Durante o **trabalho de parto**, as fibras do músculo elevador do ânus podem alongar-se cerca de metade do seu comprimento, para circundar a cabeça fetal. Deste modo, existem vários mecanismos de lesão do pavimento pélvico durante o parto vaginal – lesão muscular direta (decorrente da distensão do próprio músculo), lesão neuronal (o nervo pudendo é particularmente suscetível a compressão e lesão) e lesão do tecido conjuntivo de suporte, este traumatismo mecânico pode ser provocado por parto instrumentado, com potencial lesão dos esfíncteres urinário e anal (Dietz, 2006; Dietz, Arrue, Ibanez, Murgiondo, Paredes & Sarasqueta, 2010).

Vários estudos evidenciam que mulheres que tiveram partos vaginais apresentam maior risco de IU do que as nulíparas e das que tiveram partos por cesariana (Chaliha, 2009; Wesnes, Hunskaar, Bo Kari & Rortveit, 2009 citado por Lopes, 2011). Ainda de referir que num estudo com 204 mulheres nigerianas as primíparas apresentavam uma prevalência menor de IU, sendo notório que esta aumentava à medida que a paridade ia sendo maior (Adaji, Shittu, Bature, Nasir & Olatunji, 2010 citado por Lopes, 2011).

Outro estudo realizado por Chaliha (2009) e colaboradores citado por Lopes, 2011 que resultou da comparação de uma amostra de mulheres com 3 partos vaginais com mulheres com 3 partos por cesariana, para ver a prevalência de IU ou fecal estes concluíram que houve sintomas de IU ou fecal em ambos os grupos. Mas, a prevalência de IU aumentou significativamente após múltiplos partos vaginais, sugerindo que o parto por cesariana reduz o seu risco (Lopes, 2011).

As **lesões do períneo**, espontâneas, secundárias a intervenções como episiotomia ou em associação com parto distócico, afetam cerca de 85% das mulheres que passam por um parto vaginal (Lavy et al., 2012). A episiotomia é praticada em 10 a 90% das parturientes, em função do local do mundo onde ocorre o parto. Alguns autores consideram-na um fator de risco para lesão perineal e recomendam que se evite o seu uso rotineiro enquanto outros a veem como protetora (Abreu, 2012).

Relativamente **às horas que as mulheres passaram sentadas por dia** varia entre um mínimo de 1 hora e um máximo de 10 horas, o que corresponde a uma média de 4,44 horas, de referir que 48,4% das mulheres está sentada 2 a 4 horas por dia. Segundo Virtuoso (2012), o sedentarismo associado a um longo período de permanência na posição de sentada causa diminuição na força da musculatura do períneo, constituindo-se, como tal, num fator de risco da incontinência Urinária.

A incontinência urinária afeta também a **prática de atividades físicas** de mulheres que apresentam essa doença, principalmente atividades físicas que exijam muito esforço e alto impacto. Deste modo, encontra-se descrito na literatura que a atividade física de alto impacto pode afetar o mecanismo de continência graças à alteração da quantidade de força transmitida para o pavimento pélvico e pelo aumento excessivo da pressão intra-abdominal. Essas alterações comprometem os mecanismos de sustentação, suspensão e contenção do pavimento pélvico, que sofre sobrecarga intensa e repetida, promovendo o seu enfraquecimento. Entende-se como atividade de alto impacto aquela que ocasiona aumento excessivo da pressão intra-abdominal, sobrecarregando os órgãos pélvicos e empurrando-os para baixo, como por exemplo, atividades com atletismo, saltos, exercícios que exijam contrações abdominais repetidas e desportos com mudanças abruptas de movimento (Caetano, Tavares & Lopes, 2007 citado por Virtuoso, 2012).

A incontinência urinária de esforço é o tipo de IU mais frequente entre mulheres fisicamente ativas. Assim, alguns estudos sugerem que a prática de exercícios físicos excessivo é um fator de risco importante para o desenvolvimento da IU na mulher (Thyssen, Clevin, Olesen & Lose, 2002, citado por Virtuoso, 2012). No entanto, esses estudos foram realizados com mulheres jovens e nulíparas, afastando fatores de risco também importantes na génese da IU, como a idade e a paridade.

De referir que Smith, Wang, Anger, Mangione, Trejo, Rodríguez e Sakisian (2010) encontraram associação entre a prática de exercícios físicos e menores taxas de IU. De acordo com os autores, exercícios de intensidade moderada devem ser incentivados, a fim de promover a continência urinária. Ree, Nygaard e Bø (2007)

citado por Virtuoso (2012) justificam esse facto quando afirmam que o exercício físico pode aumentar o volume dos músculos do pavimento pélvico, tornando-os capazes de se contrair durante o aumento da pressão intra-abdominal, diminuindo os episódios de IU.

Também Virtuoso (2012) no seu estudo observou que o grupo de mulheres que praticavam ginástica de intensidade moderada apresentava menores taxas de IU. Para enfatizar o descrito anteriormente Wilson, Berghmans, Hagen, Hay-Smith, Moore e Nygaard (2009) citado por Virtuoso (2012) descreve na ICI (*International Consultation Incontinence*), que o exercício físico de baixa e moderada intensidade diminui a incidência de IU em mulheres de meia-idade e idosas. Relativamente á amostra em estudo constatou-se que 64,9% das mulheres pratica exercício físico sendo que 20,9% só o faz esporadicamente.

Observou-se também que a maioria das mulheres **não tem conhecimento sobre os exercícios de Kegel** (60,4%). Exercícios da musculatura pélvica, também conhecidos por exercícios de Kegel, têm nível máximo de evidência para todas as mulheres com IU (Deng, 2011). É melhor fazer exercícios de Kegel do que não tratar e esta deve ser a primeira medida terapêutica, quer na IUE quer na IUU (Fritel et al., 2010). De facto, as taxas de cura e melhoria, em estudos randomizados e controlados que incluem IUE e IUM, variam entre 56 e 70% (Bo, 2004 citado por Abreu, 2012). Daí, os exercícios do pavimento pélvico serem considerados uma das primeiras opções no tratamento da IU feminina. Este tipo de exercícios pela sua simplicidade e reduzido custo devem ser recomendados como tratamento inicial das incontinências ligeiras e como medida preventiva após o parto vaginal ou cirurgias sobre a região pélvica. O programa de treino dos músculos do pavimento pélvico é uma técnica que permite aumentar a resistência uretral através do aumento da tensão do músculo periuretral, através de sequências de contrações e relaxamentos (Liao, Dougherty, Liou & Tseng, 2006 citado por Lopes, 2011).

Os resultados sugerem que as mulheres que fazem exercícios do pavimento pélvico intensivos e supervisionados durante a gravidez reduzem a probabilidade da ocorrência de perdas de urina no primeiro ano de pós-parto. No caso de primíparas, os exercícios do pavimento pélvico no período pré-natal parecem reduzir a prevalência de IU no fim da gravidez (34 semanas de gravidez ou mais) e no início do pós-parto (menos de 12 semanas). Um programa de treino dos músculos do pavimento pélvico deve compreender, pelo menos, 8 contrações, levadas a cabo 3 vezes por dia (Price, Dawood & Jackson, 2010 citado por Lopes 2011). Há estudos que mostram que os exercícios de Kegel podem ser suficientes em mulheres com IUE, reduzindo

suficientemente a severidade dos sintomas de modo a permitir uma qualidade de vida satisfatória em até 40% das mulheres (Shaban, Drake & Hashim, 2010 citado por Abreu, 2012).

A **prevalência da IU** feminina sofre variação de acordo com a metodologia adotada em cada estudo: fatores como a diferença na definição do caso, na seleção da amostra, na composição etária, no número de partos, no índice de massa corporal das mulheres, bem como as variações da carga genética ou ambiental poderão estar implicados e ser a causa para a variabilidade da prevalência encontrada da IU (Fernandes, 2012).

No que se refere aos dados urológicos, **o número de anos de perda de urina** das mulheres inquiridas enquadra-se entre um mínimo de 1 ano e um máximo de 28 anos, ao que corresponde uma média de 5,10 anos. A IU continua a ser um problema pouco reconhecido e tratado, visto que, a maioria das doentes não procura ajuda por vergonha, medo dos tratamentos, pela ideia errónea de que se trata de um problema intratável e é uma inevitável consequência do envelhecimento ou da história de partos vaginais prévios ou pela ideia que a IU pode precipitar a sua institucionalização (Silva, Almeida, Aguiar, Neves & Teles, 2013). Por outro lado os profissionais de saúde contribuem de igual forma para o subdiagnóstico e subtratamento, facto pelo qual a OMS chamou à IU o “derradeiro tabu médico” contribuindo para isto diversos fatores como: o medo da invasão da privacidade e dignidade da mulher, ao questionar esta problemática; défice de informação e formação sobre o diagnóstico e tratamentos disponíveis; falsa premissa de que os tratamentos são fúteis e dependentes de fatores psicológicos da própria utente; receio dos efeitos colaterais das opções terapêuticas e a IU ser encarada como uma consequência inevitável da idade (Yip & Cardoso, 2007; Higa, Lopes & Turato, 2008 citado por Silva et al., 2013). Das mulheres em estudo 78,1% perde urina à 5 ou menos anos e 22,0% perde urina à 6 ou mais anos.

Todos os factos enumerados anteriormente podem estar associados à relutância na **procura de ajuda parte das mulheres**, pois verificou-se também na questão “quanto tempo levou a recorrer aos serviços de saúde devido à IU?” que 78,0% das mulheres levaram cerca de 1 ano a pedir ajuda sendo que 32,0% levaram 2 ou mais anos a pedir ajuda. **A primeira instância a que recorreram** a maioria das mulheres para resolução do seu problema foi ao médico de família (61,5%) e 37,4% recorreram a médico especialista.

A maioria das mulheres com IU não procura ajuda profissional, mas a razão deve-se ao facto de desconhcerem que a sua condição pode ser curada ou controlada. Estas

sentem-se demasiado constrangidas para procurar apoio do profissional de saúde e tentam integrar a doença no seu quotidiano diário. De acordo com estudos realizados, 60% das mulheres com IU não contactam com o médico (Haslam, 2005 citado por Rodrigues, 2011), enquanto Dugan e colaboradores (2000) citado pelo mesmo autor referem que entre 30 a 50% das mulheres com IU mencionam esse facto espontaneamente ao profissional de saúde, mas só procuram o serviço de saúde após o primeiro ano com sintomas, por considerarem que a perda de urina está associada ao envelhecimento, o que vai de encontro aos dados apresentados neste estudo, visto que a maioria das mulheres levou cerca de um 1 ano a pedir ajuda.

Já Botelho, Silva e Cruz (2007) descrevem que apenas uma em cada quatro mulheres sintomáticas procura ajuda médica, já que é considerada de forma errónea uma consequência natural da idade, sem tratamento eficaz sendo por isso considerada uma epidemia silenciosa. Um estudo realizado por Silva et al. (2013) revelou que apenas um terço das mulheres aborda o problema da IU com o seu médico. A literatura referencia também que um momento oportuno para abordagem desta problemática seria aquando da realização da consulta de planeamento familiar ou rastreio do cancro do colo do útero. Evidencia ainda que a abordagem da problemática poderia ocorrer através de intervenções comunitárias, com distribuição de panfletos informativos e realização de sessões de educação para a saúde, visto que a perceção que a mulher tem sobre a IU pode ser um fator fulcral para ela procurar ajuda ou, então, desvalorizar o problema e não o abordar com os profissionais de saúde (Silva et al., 2013).

Um dos mitos associados à IU é de que é próprio da idade, os tratamentos não são eficazes a cirurgia é complicada e apresenta deficientes resultados. Este facto faz com que 56% das mulheres com IU não procurem ajuda de um profissional, 71% dos casos consideram o problema como algo normal e 9,7% destes acreditam que o mesmo, não tem solução (Silva & Lopes, 2009).

Segundo a literatura, a IU constitui um problema de saúde que pode ter repercussões físicas, socioeconómicas e psicológicas consideráveis (Silva et al., 2013). Segundo Tamanini, Dambros, D'Ancona, Palma e Netto (2003); Fleck, Leal, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos e Pinzon (2000) citado por Fernandes (2012) a evolução da sintomatologia da IU pode originar isolamento social, perda da função sexual e problemas psicossociais, sendo esta uma doença de alta prevalência na população feminina apresentando repercussões físicas, mentais e sociais em várias faixas etárias.

Quanto **ao número de infecções vaginais/dermatites** que as mulheres em estudo apresentaram durante o último ano, foi de 1 a 6 episódios, centrando-se a média em 2,19 o que está em conformidade com o mencionado por Botelho, Silva e Cruz (2007), que salientam que as morbidades associadas à IU incluem infecções do trato urinário, complicações devido ao uso prolongado de cateteres uretrais e as dermatites de contacto. No estudo realizado verificou-se ainda que 68,1% das mulheres inquiridas não teve infecções vaginais/dermatites no último ano.

Neste estudo, a maioria das mulheres inquiridas nunca foi submetida **a cirurgias para correção da IU** (94,5%), sendo que 74,7% das mulheres da amostra usa pensos absorventes, sendo que num estudo realizado por Cordeiro (2008) a percentagem de mulheres que utiliza algum tipo de absorvente varia entre os 13 e os 40,8%, de referir que nas mulheres em estudo 42,9% usa 1 a 2 pensos nas 24 horas, 56,0% das mulheres associa o início da perda de urina a algum momento da sua vida, e ainda 41,8% tem antecedentes de cirurgia ginecológica.

Os dados do estudo corroboram com os encontrados na literatura relativamente razões para a demora ou não na procura de tratamento da IU, isto é, o fato da IU ser considerada como algo associado ao processo de envelhecimento, a falta de conhecimento sobre os seus sintomas, vergonha, hesitação e medo de consultar os profissionais de saúde e o receio que os tratamentos acarretem dor ou necessidade de disponibilidade temporal constituem-se como os principais fatores para que a doença seja escondida ao longo dos tempos (Henkes, Fiori, Carvalho, Tavares & Frare, 2015).

Alguns dos fatores relacionados com o aparecimento da IU feminina são a idade, menopausa, etnicidade e raça, obesidade e adiposidade, paridade, gravidez e tipo de parto, peso do recém-nascido, terapêutica hormonal de substituição, alterações cognitivas e funcionais, demência moderada a severa, doenças neurológicas (doença de Parkinson, doença de Alzheimer ou demência vascular, Esclerose Múltipla), diabetes, exercício físico, obstipação, predisposição genética, uso de drogas, consumo de cafeína, tabagismo e antecedentes de cirurgia ginecológica. A histerectomia permanece como um possível fator de risco para IU tardia (Higa, Lopes & Reis, 2008; Abram, Cardozo, Khoury & Wein, 2013). Ainda Higa, Lopes e Reis (2008) referem que a excisão ou o prolapso do útero comprometem as funções do pavimento pélvico, visto que, este órgão suporta parte deste pavimento e a sua remoção pode causar danos nas estruturas que sustentam a bexiga e a uretra.

Na amostra constatou-se que a maioria das mulheres **transporta pesos** superiores a 3Kg (93,4%), podendo estes dados estar relacionados com a IU esforço, visto que

63,7% das mulheres apresenta IUE, que diz respeito à perda de urina em situações de esforço, isto é, na incontinência urinária de esforço a mulher perde urina involuntariamente quando aumenta a pressão intra-abdominal em atividades como tossir, rir, levantar objetos ou fazer esforço físico. Há uma associação nítida entre os esforços e as perdas de urina (Botelho, Cruz & Silva, 2007).

A continência nas situações de esforço é mantida através de importantes mecanismos anatômicos e funcionais de encerramento da mucosa uretral (músculos esfinterianos uretrais e peri-uretrais, correto posicionamento anatômico do mecanismo de continência) verificando-se que, na IUE, ocorre a falência dos mecanismos de encerramento, ou seja, da uretra, durante o aumento súbito da pressão abdominal, isto é, a pressão intra-vesical ultrapassa a pressão uretral, originando perda de urina (Haslam, 2004 citado por Freire, 2012).

Em relação aos **estilos de vida** das mulheres inquiridas verificou-se que a 51,7% ingere até 1 litro de água por dia, no que se refere à frequência das dejeções, 62,6% apresenta dejeções diariamente, relativamente aos hábitos tabágicos constatou-se que 86,8% são não fumadoras, bem como as que não ingerem bebidas alcoólicas são 65,9%, sendo que 62,6% fazem algum tipo de medicação e 67,0% das mulheres da amostra dormem em média 7 a 8 horas por noite.

Segundo a literatura a **obstipação** crónica é um fator que aumenta o risco de IU em mulheres, afetando a função urológica: o estiramento do reto pode comprimir a bexiga, contribuindo para a retenção urinária, causando infeção do trato urinário e, frequentemente, a força realizada durante a evacuação intestinal pode lesar a musculatura pélvica e, através da distensão, traumatizar e causar isquemia muscular (Higa, Lopes & Reis, 2008).

De acordo com os estudos existentes as mulheres que têm **hábitos tabágicos** apresentam tosse mais violenta, causando efeito direto ou indireto na bexiga ou na uretra podendo danificar os componentes e o mecanismo esfinteriano da uretra propiciando a IU e piorando a frequência e a intensidade da IU existente. As fumadoras apresentam aumento significativo na pressão vesical com a tosse, quando comparadas com as não fumadoras. Os componentes do tabaco (monóxido de carbono e nicotina) causam diminuição no estrogénio o que pode causar uma menopausa natural mais precoce (Higa, Lopes & Reis, 2008).

O **uso de medicamentos** também é fator que pode contribuir para a IU transitória. Alguns medicamentos atuam no trato urinário inferior e podem alterar a função vesical aumentando a frequência e a urgência urinária. O **consumo de bebidas**

**estimulantes** como a cafeína tem uma ação diurética nos rins aumentando o volume urinário. A ingestão da cafeína em alta concentração pode causar instabilidade do músculo detrusor e, conseqüentemente, perda involuntária de urina. Num estudo realizado por Arya, Myers e Jackson (2000) citado por Higa, Lopes e Reis (2008) verificou-se que a hiperatividade vesical apresentou associação estatisticamente significativa com o consumo de cafeína, idade e tabagismo. A cafeína pode determinar hiperatividade vesical devido ao fato de ter efeito excitante sobre a musculatura lisa do detrusor (Higa, Lopes & Reis, 2008).

O perfil das participantes inquiridas relativamente às respostas obtidas no questionário *Internacional Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form* demonstrou que 58,2% das mulheres perde urina diversas vezes por dia, considerando a quantidade de urina que perde verificou-se que 54,9% perdem pequena quantidade de urina sendo que 31,9% perdem moderada quantidade de urina. No que se refere à interferência da perda urinária na qualidade de vida das mulheres 86,8% referem que a IU tem interferência na sua qualidade de vida.

Até 1998, a IU era considerada apenas um sintoma e, a partir dessa data até os dias atuais, passou a ser classificada como doença (CID/OMS). A nova definição de IU ocorreu a partir da valorização da baixa qualidade de vida, relatada principalmente por mulheres afetadas por essa problemática.

A qualidade de vida é um conceito multidimensional, relacionada com o grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social, ambiental e valores existenciais. Para a Organização Mundial da Saúde, a QdV reflete a posição da pessoa na vida, no contexto da cultura onde vive, no seu sistema de valores, objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

A IU inclui-se entre um dos problemas que afeta a QdV das mulheres, pelo comprometimento na vida sexual, social, doméstica, ocupacional, com danos físicos, psicossociais e económicos, deixando-as vulnerável a vários problemas pelas restrições que impõe nas suas atividades de vida diária, tornando-se num grande problema de saúde pública.

No presente estudo encontram-se descritas **perdas de urina** em todas as situações enumeradas no questionário sendo que as mais prevalentes são as perdas quando a mulher “tosse ou espirra” (38,9%), onde se verifica um aumento da pressão intra-abdominal. Sendo referenciado na literatura que este tipo de perdas de urina por esforço são as mais relatadas, abrangendo de 50 a 83% das mulheres incontinentes

(Zhu, Lang, Liu, Han, Huang & Li (2009); Siracusano, Pregazzi, d'Aloia, Sartore, Di Benedetto & Pecorari, 2003 citado por Almeida & Machado, 2012).

No que se refere ao **impacto da IU na qualidade de vida** das mulheres inquiridas tendo em conta as 6 dimensões do questionário CONTILIFE® verificou-se que a qualidade de vida das participantes se encontra comprometida nas 6 dimensões.

Relativamente à **dimensão atividades quotidianas** as perdas de urina afetam qualidade de vida das mulheres inquiridas, quando estão fora de casa (74,8%); a conduzir ou viajar (33%); quando sobem ou descem escadas (49,5%); ao fazer compras (58,3%); ou quando esperam em filas (45,1%). Destas mulheres 55% tiveram que em algum momento interromper o seu trabalho ou as atividades quotidianas devido às perdas de urina e ainda 26,3% acordaram urinadas o que se reflete num impacto negativo na vida destas mulheres. Ainda de referir que segundo as mulheres inquiridas a IU teve um **impacto moderado** na qualidade de vida (6,4 em 10) ao nível da dimensão **atividades quotidianas**. Sendo que no estudo desenvolvido por Silva et al. (2013) revela que a mulheres com IUU as perdas de urina têm um impacto moderado na qualidade de vida (6,95 em 10) enquanto que nas com IUE o impacto na qualidade de vida é baixo (7,71 em 10) ao nível das atividades quotidianas.

Num estudo realizado por Cordeiro (2008), 87% das mulheres com IU referiram algum grau de limitação no desempenho das tarefas domésticas, enquanto 77% referiram limitações em relação ao trabalho e realização das tarefas fora do domicílio. Outros aspetos do quotidiano que são afetados, são os de cariz ocupacional, faltas ao emprego e problemas no cumprimento dos horários devido à necessidade frequente de ir à casa de banho, limitação ou até eventual cessação da atividade física por receio de perdas urinárias frequentes e em abundante quantidade, uma redução ou cessação de atividades de tempos livres, limitação de viagens e passeios, diminuição das interações sociais e familiares, adaptando hábitos de vida através da eliminação de atividades potencialmente embaraçosas (Evans, 2007; McGrother et al., 2004 citado por Rodrigues, 2011). A incapacidade de conter urina tem impacto negativo na vida e saúde das mulheres, podendo refletir-se na sensação de bem-estar na sua relação com família e amigos. Num estudo realizado por Silva e Lopes (2009) as consequências sociais verificaram-se em 8 a 74% da sua amostra, havendo moderado a severo impacto da IU nas atividades sociais em 10 a 20% das mulheres.

No que se refere à **dimensão situações de esforço** as perdas de urina afetam a vida das mulheres ao levantar ou transportar pesos (77%); ao praticar desporto (63,8%); quando se assoam, espirram ou tossem (88%); ou quando se riem (70,4%). Os dados

revelam ainda que as perdas de urinas na **dimensão situações de esforço** têm um **impacto elevado** na qualidade de vida das mulheres da amostra (4,43 em 10). Sendo que no estudo desenvolvido por Silva et al. (2013) a IU interfere de forma moderada na qualidade de vida das mulheres ao nível das situações de esforço (6,2 em 10).

Em função das limitações físicas e psicológicas impostas pela incontinência urinária, estas mulheres alteram a sua rotina diária, alteram o seu comportamento no que diz respeito à ingestão de líquidos e uso de medicamentos, o sono passa a ser perturbado, 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 (Simonetti, Bruschini, Truzzi, Lelis & Glashan, 2001; Azevedo, 2005).

No que concerne à **dimensão auto-imagem** devido as perdas de urina levou a que 48,4% das mulheres inquiridas em algum momento da sua vida se sentissem menos atraentes, 75,9% teve receio de cheirar mal, 73,7% teve receio que em algum momento alguém se apercebesse da sua condição; 64,9% teve receio de manchar algo em casa dos outros ou no trabalho; 62,7% teve que mudar de roupa; 37,4% nunca ou raramente se sentiram bem consigo mesmas; e 66% sentiram-se incomodadas por ter que usar pensos de proteção. Relativamente à **dimensão auto-imagem** os dados do estudo revelam que as perdas de urina têm um **impacto moderado** na qualidade de vida das mulheres da amostra (5,2 em 10), estes dados corroboram com os resultados encontrados no estudo de Silva et al. (2013) em que as perdas de urina interferem moderadamente na qualidade de vida das mulheres (6,2 em 10).

Estes dados vão de encontro ao descrito na literatura, visto que, as mulheres com IU evitam encontros sociais e reuniões familiares por terem receio que um incidente, relacionado com a incapacidade de conter urina, revele a sua condição aos outros (Simonetti et al.,2001; Azevedo, 2005).

Na **dimensão impacto emocional** verificou-se que devido às perdas de urina as mulheres na sua maioria sentiram-se desmotivadas (35,2%); perderam a paciência (26,4%); sentiram-se preocupadas (48,4%); tiveram a sensação de não conseguir controlar as suas reações (35,2%); os seus problemas urinários constituíram uma obsessão ou pavor (18,6%) e tiveram que programar levar pensos de proteção quando saíram de casa (57,2%) o que se reflete num impacto negativo na qualidade de vida das mulheres com IU ao nível emocional. No que concerne à **dimensão impacto emocional** as perdas de urina têm um **impacto elevado** na qualidade de vida das

mulheres inquiridas (4,6 em 10). Já no estudo desenvolvido por Silva et al. (2013) diz-nos que a IU teve um impacto moderado na qualidade de vida das mulheres (5,9 em 10).

Estes dados corroboram com os descritos na literatura, deste modo, a mulher restringe as suas atividades sociais e físicas, com repercussões a nível emocional o que conduz a uma baixa autoestima, depressão, vergonha e isolamento (Ferreira & Santos, 2012).

Relativamente à **dimensão Sexualidade** verificou-se as perdas de urina tiveram **impacto moderado** na qualidade de vida das mulheres inquiridas (5,95 em 10) visto que, 38,5% das participantes se sentiu ansiosa com a ideia de ter relações sexuais; 35,2% alterou o seu comportamento sexual; e 45,1% em algum momento receou ter perdas durante a relação sexual. Já no estudo de Silva et al. (2013) os dados revelam que ao nível da dimensão sexualidade tanto as mulheres com IUE ou com IUU as perdas de urina têm um impacto baixo na qualidade de vida (8,24 em 10 e 8,78 em 10).

Sendo o sexo parte da vida de qualquer ser humano, as mulheres que sofrem com a incontinência urinária evitam este ato por se sentirem sujas devido aos odores a urina, têm medo das perdas urinárias que possam ocorrer durante a relação sexual e cultivam o receio de que o parceiro/a não as considere dignas ou desejáveis (Honório & Santos, 2009; Silva, 2008 citado por Rodrigues, 2011). Silva e Lopes (2009) no seu estudo referem que a IU interfere na vida conjugal e sexual em 7,5% a 33% dos sujeitos.

Em relação à **dimensão qualidade de vida em geral** das mulheres com IU verificou-se que 49,5% tem uma qualidade de vida que classifica como moderada, sendo que 35,2% das participantes classifica a sua qualidade de vida em fraca/má. No que se refere à **pontuação final** da **dimensão qualidade de vida em geral** esta mostra que as perdas de urina têm um **impacto elevado** na qualidade de vida das mulheres da amostra com um resultado médio de (4,35 em 10). Contrapondo estes dados, o estudo de Silva et al. (2013) diz-nos que a IU interfere de forma moderada na qualidade de vida em geral das mulheres, tendo elas IUE ou IUU (6,77 em 10 e 6,81 em 10).

Os dados do estudo vão de encontro ao descrito na literatura visto que a incontinência urinária é um fator limitante para a pessoa, e está relacionada diretamente com a sua qualidade de vida, estudos já realizados mostram que a IU causa impacto negativo e substancial sobre a QdV das mulheres.

Assim, num estudo realizado com 101 mulheres com IU por Melo, Robalo, Leiria, Rodrigues, Valente e Encarnação (2012) relativamente ao impacto da IU na QdV das

mulheres, avaliado pelo questionário CONTILIFE<sup>®</sup>, 46,5% das mulheres não revelaram impacto, 30,7% das mulheres revelaram baixo impacto e 18,8% médio impacto.

Para concluir, os resultados da amostra estudada revelam através da **pontuação final global** do CONTILIFE<sup>®</sup> (**somatório das 5 dimensões** - atividades quotidianas, situações de esforço, auto-imagem, impacto emocional e sexualidade) que IU têm um **impacto moderado** na qualidade de vida das mulheres da amostra (5,38 em 10). Estes dados vão de encontro aos divulgados por Silva et al. (2013) no seu estudo em que afirma que a IU interfere de forma moderada na qualidade de vida global das mulheres com um resultado médio de 6,7 em 10.

De seguida serão discutidos os dados referentes às quatro questões de investigação formuladas no início do estudo, de acordo com os dados obtidos e descritos no capítulo anterior, contrapondo estes com a literatura e estudos já existentes.

### **Qual a influência das variáveis sociodemográficas, em estudo, na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária no período pré e pós-menopausa?**

Relativamente à associação entre a **idade** das mulheres com IU e a sua qualidade de vida, determinada pelo Coeficiente de Correlação de Pearson, verifica-se que, embora exista uma ligeira tendência para a idade estar positivamente correlacionada com a qualidade de vida em todas as dimensões, esta correlação não é estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ). Pode-se assim afirmar que, dentro da amostra, a qualidade de vida das mulheres com IU não está correlacionada com a idade.

Num estudo realizado por Melo, Robalo, Leiria, Rodrigues, Valente e Encarnação (2012) estas verificaram que o impacto na QdV das mulheres com IU e a idade revelaram uma associação interpretada como quanto maior a idade da mulher menor é o impacto da IU na QdV. Observaram ainda que existia uma correlação entre a idade e a dimensão qualidade de vida em geral ( $p=0,001$ ).

Noutro estudo realizado por Silva, Almeida, Aguiar, Neves e Teles (2013) relativo à “Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida da mulher” estes constataram que não se verificam diferenças significativas ao nível da pontuação total do CONTILIFE<sup>®</sup> ( $p=0,89$ ), mas na avaliação isolada das dimensões do CONTILIFE<sup>®</sup> foram encontradas diferenças estatisticamente significativa ( $p = 0,003$ ), entre idade e QdV na dimensão “situações de esforço” e ainda entre idade e QdV na dimensão “sexualidade” ( $p = 0,001$ ). Deste modo, a idade associou-se a um impacto negativo na QdV, no que diz respeito às dimensões “situações de esforço” e à “sexualidade”.

Ainda, Fernandes, Coutinho, Duarte, Nelas, Chaves e Amaral (2015) num estudo relativo à “Qualidade de Vida das Mulheres com IU” verificaram que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o total da qualidade de vida das mulheres com IU ( $p=0,071$ ).

No que se refere à associação do **estado civil** das mulheres com IU e a sua qualidade de vida, verifica-se que as médias são maioritariamente mais elevadas nas mulheres casadas/união de facto ( $n=82$ ) em todas as dimensões e a aplicação do Teste de One-Way ANOVA permitiu constatar que existe apenas diferenças estatisticamente significativas na dimensão “atividades quotidianas” ( $p=0,003$ ). Assim, o estado civil associa-se a um impacto negativo na QdV, no que diz respeito à dimensão “atividades quotidianas”.

No estudo de Silva et al. (2013) no que se refere à relação entre o estado civil e a qualidade de vida das mulheres com IU, estes não encontraram numa associação estatisticamente significativa quer com as dimensões estudadas, quer pelo score total CONTILIFE®.

Da análise da qualidade de vida das mulheres com IU e a sua **situação profissional**, observa-se através da aplicação do Teste de One-Way ANOVA que existe diferenças estatisticamente significativas apenas na dimensão “Qualidade de Vida em Geral” ( $p=0,034$ ). Assim, a situação profissional associou-se a um impacto negativo na QdV, no que diz respeito à dimensão “Qualidade de Vida em Geral”. Sendo que esta situação poderá ser explicada pelo tipo de profissão que as mulheres desempenham, visto que a maioria tem IUE e uma profissão associada a esforços poderá propiciar um impacto negativo na qualidade de vida destas mulheres.

Já no estudo de Melo et al. (2012) relativamente à profissão e ao impacto na qualidade de vida das mulheres com IU estas encontraram uma associação da profissão com a dimensão auto-imagem ( $p=0,004$ ).

No que concerne à associação entre o **nível de escolaridade** das mulheres com IU e a qualidade de vida, observou-se que as mulheres com um nível de escolaridade “1ª ciclo” apresentam médias superiores em todas as dimensões, à exceção do domínio “qualidade de vida em geral” em que as mulheres com “3º ciclo” de escolaridade apresentam maiores médias e com a aplicação do teste de One-Way ANOVA verifica-se que as diferenças não são estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ). Num estudo realizado por Silva et al. (2013) estes concluíram que a escolaridade não se associa a um impacto significativo no score total CONTILIFE® da QdV na amostra estudada ( $p = 0,06$ ), mas é de referir que foi identificada uma associação significativa negativa entre

a escolaridade e a dimensão “atividades diárias” ( $r = -0,30$  para  $p < 0,001$ ), deste modo, concluíram que quanto maior a escolaridade, menor a QdV neste domínio.

A literatura ainda refere que as pessoas com maior escolaridade podem possuir recursos intelectuais capazes de uma melhor gestão emocional relativamente às consequências da IU (Laumann, Paik e Rosen, 1999 citado por Sousa, 2013), sendo que Castro et al. (2003) citado pela mesma autora referencia no seu estudo acerca da qualidade de vida que os indivíduos que possuíam maior nível de escolaridade adaptaram-se melhor à IU.

No que se refere à distribuição das mulheres da amostra com IU em relação à sua **área de residência** e a sua qualidade de vida, verifica-se que as mulheres que residiam em cidades apresentam médias mais elevadas em todas as dimensões à exceção das dimensões “atividade quotidianas” e “qualidade de vida em geral” em que são as mulheres que residem na aldeia que apresentam médias mais elevadas. Os resultados obtidos após a aplicação do teste de One-Way ANOVA verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre a área de residência e a qualidade de vida, estes resultados evidenciam que não existe associação entre a área de residência e a qualidade de vida das mulheres com IU.

### **Qual a influência das variáveis obstétricas, em estudo, na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária no período pré e pós-menopausa?**

No que diz respeito à associação entre o **peso** das mulheres com IU e a sua qualidade de vida, determinada pelo Coeficiente de Correlação de Pearson, verifica-se que, existe uma correlação muito fraca e negativa em todas as dimensões, à exceção das dimensões “atividades quotidianas”, “situações de esforço” e pontuação total do CONTILIFE® onde existe uma correlação muito fraca e positiva, verifica-se ainda que não existe diferenças estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ). Pode-se assim afirmar que, dentro da amostra, a qualidade de vida das mulheres com IU não está correlacionada com o peso.

Relativamente ao **índice de massa corporal** e a qualidade de vida pode-se constatar através da análise que as mulheres obesas de grau II apresentam médias mais elevadas em todas as dimensões à exceção da dimensão “situações de esforço” em que as mulheres que apresentam médias mais elevadas são as obesas grau I e na dimensão “impacto emocional” são as mulheres com peso normal que têm média mais elevada, conclui-se ainda com a aplicação do teste de ONE-Way ANOVA que não existe diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ), ao contrário do que

aconteceu no estudo de Silva et al. (2013) relativamente à QdV da mulher com IU e o IMC, em que existiam diferenças estatisticamente significativas no score total do CONTILIFE® ( $p = 0,04$ ), e na dimensão “atividades diárias” ( $p = 0,004$ ), concluíram ainda que, quanto maior o IMC, menor a QdV.

No que se refere à **paridade** das mulheres com IU e a sua qualidade de vida constatou-se através da aplicação do Teste de One-Way ANOVA não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) em todas as dimensões da escala da qualidade de vida. Os resultados obtidos por Silva et al. (2013) no seu estudo revelam que ter filhos associou-se de forma negativa à QdV total em comparação com as mulheres que nunca tiveram filhos, de forma estatisticamente significativa ( $p = 0,021$ ), com maior expressão a nível das dimensões “situações de esforço” ( $p = 0,004$ ) e “sexualidade” ( $p < 0,001$ ).

Relativamente ao **tipo de parto** das mulheres com IU e a qualidade de vida verificou-se que as mulheres que tiveram partos eutócicos apresentam médias superiores em todas as dimensões da escala e na pontuação total do CONTILIFE®, exceto na dimensão “atividades quotidianas” e “situações de esforço” em que são as mulheres com partos distócicos por fórceps e ventosas que apresentam médias superiores, isto talvez pelo facto de os parto por fórceps, serem mais traumatizantes e deixarem maiores sequelas. Sendo que a aplicação do Teste de One –Way ANOVA permitiu constatar que existe apenas diferenças estatisticamente significativas na dimensão “situações de esforço” ( $p = 0,003$ ). Assim pode-se concluir que o tipo de parto influencia negativamente a qualidade de vida das mulheres com IU.

Segundo o descrito na literatura tanto a gestação como o parto são momentos de grandes mudanças anatómicas e fisiológicas para o organismo materno, em especial, para o trato urinário, podendo resultar em alteração na função, manifestada por incontinência urinária de esforço (LAL et al., 2003 como referido Nascimento, Freire, Cabeleira, Braz, Pivetta e Folleto (2012). Segundo Oliveira, Zuliani, Ishicava, Silva, Albuquerque, Sousa, e Barbosa (2010) refere que o trauma perineal provocado pelo o parto por fórceps ocasiona maiores danos ao pavimento pélvico e aos mecanismos continência urinária, tendo posteriormente implicações na qualidade de vida da mulher.

No que concerne às **horas de trabalho de parto** e à qualidade de vida das mulheres com IU, verifica-se que existe uma correlação muito fraca e positiva em todas dimensões e na pontuação total do CONTILIFE®, à exceção da “auto-imagem” e “qualidade de vida em geral” onde existe uma correlação fraca e negativa, não se

verificando através da aplicação do Coeficiente de Correlação de Pearson diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ). Pode-se assim dizer que, dentro da amostra, a qualidade de vida das mulheres com IU não está correlacionada com as horas de trabalho de parto.

Usou-se o teste de *t* de *Student* para verificar se existe influência das **lesões pélvicas no trabalho de parto** na qualidade de vida das mulheres com IU, de referir que as mulheres que tiveram médias mais altas em todas as dimensões da escala e na pontuação total do CONTILIFE®, foram as que tiveram lesões pélvicas no trabalho de parto, sendo que na dimensão “qualidade de vida em geral” foram as mulheres que não tiveram lesões pélvicas no trabalho de parto que obtiveram médias superiores. Pode-se verificar através da aplicação do teste que apenas na dimensão “impacto emocional” é que existe diferença estatisticamente significativa ( $p=0,046$ ). Assim, a lesão pélvica no trabalho de parto associa-se a um impacto negativo na QdV, no que diz respeito à dimensão “impacto emocional”. Todavia a literatura referencia que o parto normal pode causar lesão do pavimento pélvico, das estruturas de sustentação, da musculatura, das estruturas vasculares, dos nervos e do trato urinário, seja pela episiotomia ou pela laceração do tecido da pelve na hora do parto. Esta lesão pode comprometer o principal grupo muscular que envolve o músculo elevador do ânus e a fáscia da pelve, sendo o músculo pubo coccígeo, a parte principal do músculo elevador do ânus que normalmente é dilatado, esta é a principal musculatura que envolve e sustenta a uretra, a vagina e o canal anal, podendo então causar disfunções do pavimento pélvico, sendo a incontinência urinária e fecal uma das principais, afetando cerca de 20 a 67% das gestantes e causando alterações a nível da qualidade de vida destas mulheres (Dib & Mejie, 2012).

Na análise comparativa entre o peso do **recém-nascido à nascença** e a qualidade de vida das mulheres com IU, foi possível encontrar uma diferença estatisticamente significativa ao nível da dimensão “sexualidade” ( $p=0,001$ ), constatando-se assim que o peso do recém-nascido (RN) à nascença influencia negativamente a qualidade de vida das mulheres na dimensão “sexualidade”. Segundo a literatura o peso elevado do RN é mais um fator associado à presença de incontinência urinária o que afeta em muito a qualidade de vida das mesmas. Assim, Eftekhar, Hajibaratali, Ramezanzadeh e Shariat, 2006 citado por Federice, Amaral e Ferreira, 2011) no seu estudo encontraram prevalência superior de IUE entre as primíparas que tiveram RN com peso superior a 3000 g, independente do tipo de parto. Enquanto, que noutro estudo realizado por Rortveit, Daltveit, Hannestad e Hunskaar, 2003 citado pelos mesmos

autores, houve aumento no risco de IUE apenas quando o peso do RN excedia 4000 g entre as mulheres que evoluíram para o parto vaginal.

Relativamente às **horas sentadas** por dia e a qualidade de vida das mulheres com IU pode-se constatar com a aplicação do teste de One-Way ANOVA que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ), podendo-se então afirmar que, dentro da amostra, a qualidade de vida das mulheres com IU não está correlacionada com as horas que estas passam sentadas por dia.

### **Qual a influência das variáveis ginecológicas, em estudo, na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária no período pré e pós-menopausa?**

No que se refere à interferência do **número de anos de perda de urina** na qualidade de vida das mulheres com IU verificou-se através da aplicação do Coeficiente de Correlação de Pearson que existe diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões da escala e na pontuação total do CONTILIFE<sup>®</sup> ( $p < 0,05$ ), à exceção da dimensão “sexualidade” em que não existe diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ). Da análise destes resultados pode-se então afirmar que à medida que os anos de perda de urina aumentam isso vai-se refletir numa diminuição da qualidade de vida das mulheres com IU. O incómodo dos sintomas da IU está associado a efeitos negativos ao nível das atividades físicas, confiança, auto percepção e atividades sociais que poderão implicar uma diminuição na qualidade de vida.

Relativamente à análise da qualidade de vida das mulheres com IU em relação à **primeira instância que recorram para resolução do problema** verifica-se que existe uma correlação estatisticamente significativa na dimensão “sexualidade” ( $p=0,017$ ) sendo que em todas as outras inclusive pontuação total do CONTILIFE<sup>®</sup> não existe diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ).

De acordo com a literatura muitas mulheres na pós-menopausa acreditam que a incontinência urinária é inerente à idade, não sendo passível de tratamento, sendo que outras mulheres ficam constrangidas pelos sintomas da doença e omitem os seus sintomas aos familiares e aos profissionais de saúde não procurando assim ajuda para a resolução do seu problema.

Da análise realizada relativamente se existe ou não associação entre o início **da perda de urina em algum momento da vida** e a qualidade de vida verificou-se através da aplicação do teste de One-Way ANOVA que apenas existe diferença estatisticamente significativa na dimensão “auto-imagem” ( $p=0,048$ ). Deste modo, o início de perda de

urina associado a um momento da vida (como por exemplo: parto, menopausa, esforço, cirurgia) influencia a qualidade de vida das mulheres.

No que concerne à análise em relação ao **tempo que levaram a recorrer aos serviços de saúde**, a ocorrência de **infecções vaginais/dermatites**, o **uso de pensos absorventes**, à **frequência da prática de exercícios de Kegel** e o **carregar pesos superiores a 3 kg**, não parece exercer qualquer influência na qualidade de vida das mulheres com IU, visto ter-se constatado que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ).

Contudo, a literatura existente contraria estes dados, visto que referencia que as infecções vaginais e do trato urinário são determinantes para a ocorrência de IU (Loureiro, 2011 & Ramos, 2007 citado por Carvalho, 2013). Os estudos revelam que as mulheres que nunca usam proteção para a perda de urina apresentam maior qualidade de vida do que as que usam sempre, assim, as mulheres que usam proteção, sentem-se incomodadas, e normalmente sentem-se menos atraentes. Deste modo, o uso de absorventes conduz à alteração da imagem corporal e, além disso, a urina na proteção provoca desconforto, e alterações fisiológicas na pele, como alergia, dor, ardor e fissuras (Azevedo, 2005). Segundo Swithinbank e colaboradores (1999) citado por Senra, (2012), a IU conduz ao isolamento social e constitui um problema de higiene e social quando as mulheres precisam mudar de roupa interior com regularidade ou usar proteção para a perda de urina. Deste modo, o problema da incontinência urinária tem um enorme impacto negativo na qualidade de vida da mulher, visto que esta tem de lidar constantemente com o receio e o constrangimento das perdas involuntárias de urina, o desconforto de roupas húmidas, o uso constante de fraldas e/ou pensos absorventes e o cheiro desagradável de urina.

De referenciar um aspeto importante mencionado na literatura para minimizar as consequências da IU é a utilização dos exercícios de Kegel pois, a OMS refere que para evitar que a incontinência urinária tenha implicações na qualidade de vida as mulheres devem evitar o sedentarismo e aprender exercícios adequados. Esta entidade refere ainda que 50 a 70% das mulheres que sofrem de incontinência urinária, esta pode ocorrer por realização de atividades que impliquem esforço como carregar ou levantar objetos pesados, correr ou até mesmo tossir, espirrar ou rir.

**Qual a influência das variáveis estilos de vida, em estudo, na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária no período pré e pós-menopausa?**

Os dados revelam que da análise realizada em relação à **prática de exercício físico** e a qualidade de vida das mulheres com IU, verificou-se através da aplicação do teste de One-way ANOVA que existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “atividades cotidianas” ( $p=0,009$ ), “situações de esforço” ( $p=0,037$ ), “auto-imagem” ( $p=0,015$ ), “impacto emocional” ( $p=0,002$ ) e pontuação total do CONTILIFE® ( $p= 0,002$ ). Dos dados obtidos podemos dizer que a prática de exercício físico influencia a qualidade de vida das mulheres com IU.

No que diz respeito á qualidade de vida das mulheres com IU da amostra e o **uso de medicação** verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da dimensão “sexualidade” ( $p=0,038$ ). A literatura refere que o uso de determinados medicamentos (como diuréticos, antidepressivos, tranquilizantes e alguns remédios para tosse, constipações e anti-histamínicos) é um fator que pode agravar ou contribuir para a ocorrência de IU de caráter repentino e temporário ou constante e de longo prazo o que pode levar a repercussões na qualidade de vida das mulheres (Dinis, 2013).

Pode-se ainda verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida das mulheres com IU em função da **quantidade de água/líquidos ingeridos**, da **frequência das dejeções**, dos **hábitos tabágicos**, dos **hábitos alcoólicos** e do **número de horas que dorme por dia**. Dados que não corroboram com os encontrados na literatura, visto que, as mulheres têm que mudar alguns dos seus hábitos de vidas, como por exemplo ingerir menos líquidos, para restringir as idas á casa de banho e as perdas de urina. Deste modo, e devido às limitações diárias e ocupacionais impostas pela IU, as mulheres são levadas a alterar as suas rotinas diárias, alterando comportamentos no que diz respeito à ingestão de líquidos e uso de medicamentos, o sono passa a ser perturbado pela idas constantes à casa de banho, deixam de frequentar espaços públicos (bailes, cinemas, festas) ou procuram espaços onde tenham conhecimento da existência de casa de banho, evitam ainda transportes coletivos e viagens longas, o convívio social deixa de ser agradável e passa a caracterizar-se por algo inseguro e desconfortável pelo receio das perdas de urina e dos odores (Azevedo, 2004 citado por Sousa, 2013).

**Qual a influência do impacto da IU na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária no período pré e pós-menopausa?**

No que diz respeito à associação entre a **frequência com que perdem urina** as mulheres da amostra e à qualidade de vida, observa-se através da aplicação do Coeficiente de Correlação de Pearson que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões da escala e pontuação total do CONTILIFE® ( $p < 0,05$ ). Com estes dados podemos concluir que a frequência com que as mulheres perdem urina interfere negativamente na sua qualidade de vida.

A literatura refere que quanto maior a frequência com que as mulheres perdem urina é maior a preocupação com a disponibilidade proximidade de casa de banho, constrangimento com o odor de urina e com a sensação de molhado e de sujidade, à uma limitação e evitam atividades físicas, domésticas e diárias pelo incomodo e cansaço de estarem sempre a perder urina e a trocar de proteção ou de roupas quando se molham, conduzindo assim a uma diminuição da qualidade de vida (Senra, 2012). Quando a quantidade de urina que perdem é maior a IU ainda se torna mais estigmatizante devido à falta de autocontrolo, assim estas mulheres tendem a evitar encontros sociais e familiares pelo medo e vergonha de perderem urina perante os outros.

Deste modo, no presente estudo o que se verifica em relação à **quantidade de urina que perde** e a qualidade de vidas das participantes é que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões da escala e pontuação total do CONTILIFE® ( $p < 0,05$ ).

Relativamente se a **perda de urina interfere** na qualidade de vida das mulheres com IU, constata-se que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões da escala e pontuação total do CONTILIFE® ( $p < 0,01$ ) à exceção da dimensão “sexualidade” em que não se verificam diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,113$ ). No estudo de Melo et al. (2012) as autoras concluíram que a quantidade de urina que mulheres perdem se relaciona com todas as dimensões avaliadas. Também estes resultados estão em consonância com os divulgados no estudo de Tamanini, Dambros, D’Ancona, Palma e Netto (2004), que referem que mesmo que a perda de urina seja pequena esta pode influenciar em muito a qualidade de vida da pessoa a vários níveis.

No que se refere **ao impacto da IU (ICIQ\_SF Total)** na qualidade de vida das participantes, observa-se que não existem diferenças estatisticamente significativas para todas as dimensões da escala ( $p > 0,05$ ), exceto a dimensão “atividades quotidianas” ( $p=0,046$ ) e pontuação total do CONTILIFE® ( $p=0,036$ ). Dos dados

obtidos pode-se concluir que a IU tem maior impacto ao nível das “atividades quotidianas” e na pontuação total do CONTILIFE®. Da pesquisa realizada pode-se constatar que quanto maior a gravidade da IU, maior o impacto na qualidade de vida das mulheres. Relativamente **às situações em que perde urina** e sua implicação na qualidade de vida verifica-se através da aplicação do teste de One-Way ANOVA que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da dimensão “atividades quotidianas” ( $p=0,001$ ), “qualidade de vida em geral” ( $p=0,042$ ) e pontuação total do CONTILIFE® ( $p=0,049$ ). Deste modo, podemos dizer que as mulheres dependendo da situação em que perdem urina, esta pode influenciar negativamente a sua qualidade de vida.

### Qual a influência do tipo de IU na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária no período pré e pós-menopausa?

No sentido de perceber associação entre **os tipos de incontinência urinária** e a qualidade de vida das mulheres com IU, usou-se o Teste de *t* de *Student* e verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativa nas dimensões “atividades quotidianas” ( $p= 0,015$ ), “situações de esforço” ( $p= 0,041$ ), “auto-imagem” ( $p= 0,050$ ) e no total da escala “CONTILIFE® Total” ( $p= 0,015$ ). Deste modo pode-se dizer que o tipo de incontinência urinária influencia a qualidade de vida das mulheres.

É de salientar da análise realizada aos dados obtidos que as mulheres que têm incontinência urinária de esforço (IUE) apresentam melhor qualidade de vida em todas as dimensões da escala e total da escala, à exceção da dimensão “qualidade de vida em geral” em que as mulheres que apresentam incontinência urinária mista (IUM) apresentam melhor qualidade de vida.

No estudo de Silva et al. (2013) foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a qualidade de vida e o tipo de IU na dimensão “atividades quotidianas” ( $p=0,04$ ) e na dimensão “situação de esforço” ( $p<0,001$ ). Também no estudo de Melo et al. (2012) está patente que o tipo de IU se correlaciona com a dimensão “autoimagem” ( $p=0,005$ ).

Os dados encontrados na literatura também referem que as mulheres com sintomas IUM têm uma percepção mais negativa sobre o impacto causado pela IU quando comparadas com mulheres com IUE e IUU, isto pode acontecer pelo facto de estas mulheres apresentarem uma fusão entre os sintomas da IUE, que incluem perda de urina ao realizar atividades que aumentem a pressão intra-abdominal, com os sintomas de urgência miccional, noctúria e aumento da frequência (Dedicação,

Haddad, Saldanha & Driusso, 2008). Ainda outros autores partilham da mesma premissa em que comparando a IUE com outros tipos de incontinência, verifica-se que a IUE se associa a um menor impacto na qualidade de vida (Ferreira & Santos, 2012).

### **De que modo a IU influencia a qualidade de vida das mulheres no período pré e pós-menopausa nas várias dimensões?**

Para a análise do **grupo das mulheres em pré-menopausa** (idade inferior ou igual a 49 anos) e **pós- menopausa** (idade superior ou igual a 50 anos) e a qualidade de vida, usou-se o Teste de *t* de *Student* e do cruzamento dos dados constata-se que não existem diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões da escala e pontuação total do CONTILIFE® ( $p > 0,05$ ), exceto na dimensão “auto-imagem” ( $p = 0,023$ ) onde existe diferença estatisticamente significativa. Dos dados obtidos pode-se dizer que as mulheres que pertencem ao grupo da pós-menopausa (idade superior ou igual a 50 anos) apresentam melhor qualidade de vida em relação às mulheres em pré-menopausa (idade inferior ou igual a 49 anos), isto parece dever-se ao facto de já perderem urina há vários anos e terem encontrado estratégias para lidar com o problema.

De acordo com a literatura as mulheres mais velhas encontram-se mais preparadas para aceitar as limitações como uma consequência inevitável do envelhecimento e com o aumento da idade, as estratégias de *cooping* começam a fazer parte das suas atividades de vida diárias daí o impacto na sua qualidade de vida ser reportado como menor (Melo et al., 2012). Um estudo realizado por Monz, Chartier-Kastler, Hampel, Samsioe, Hunskaar, Espuna-Pons, Wagg, Quail, Castro e Chinn, (2007), que avaliou a qualidade de vida em mulheres incontinentes mostraram que a gravidade da IU é um preditor de qualidade de vida das mulheres ( $p < 0,0001$ ). Este estudo mostrou também que as mulheres mais velhas com UI grave tinham a qualidade de vida relativamente menos alterada que a maioria das mulheres jovem ( $p < 0,01$ ). Isto foi explicado pelo fato de que as mulheres mais velhas estarem habituadas a viver com a doença e terem colocado em prática estratégias para aprender a viver com o problema.

Deste modo, as perdas de urina apresentam um grande impacto na qualidade de vida das mulheres seja na pré ou na pós-menopausa, podendo afetá-las aos mais diversos níveis e provocando profundas alterações nos seus hábitos diários, quer a nível profissional, familiar e principalmente a nível individual.

## **CONCLUSÃO**

A realização deste trabalho foi um processo de grande crescimento tanto ao nível pessoal quanto profissional, apesar de ter exigido grande disponibilidade e esforço, assim conseguiu-se perceber de uma forma mais aprofundada o impacto que a incontinência urinária tem nas várias dimensões da qualidade de vida das mulheres.

A incontinência urinária feminina é uma patologia muito frequente e que interfere significativamente na qualidade de vida das mulheres o que gera elevados custos para a sociedade.

Deste modo, a qualidade de vida não pode ser avaliada como um todo, visto que é um conceito que abrange várias áreas da vida das mulheres, como se pode verificar pelas dimensões em estudo, tendo os resultados mostrados diferentes níveis de influência da IU nas várias dimensões da QdV. Deste modo é importante ver a pessoa como um todo tendo em consideração os vários níveis que podem ser afetados pelas perdas de urina e perceber como estes influenciam a QdV das mulheres.

Com o estudo desenvolvido pretendeu-se descrever e analisar a associação entre a qualidade de vida das mulheres com IU no período pré e pós-menopausa e fatores de natureza sociodemográficas, obstétricas, ginecológicas e estilo de vida; analisar a qualidade de vida das mulheres com IU no período pré e pós-menopausa; analisar a associação entre o tipo de IU e a qualidade de vida das mulheres no período pré e pós-menopausa; e analisar a influência do impacto da IU na qualidade de vida das mulheres no período pré e pós-menopausa.

Assim, sob o ponto de vista empírico, este trabalho teve como base o estudo de uma amostra de 91 mulheres com incontinência urinária com idade compreendidas entre os 34 e os 67 anos, sendo que a média de idade se situa nos 48,76 anos  $\pm$  8,35, internadas no serviço de ginecologia B polo MBB do CHUC.

A maioria das mulheres da amostra são de raça branca (97,8%), casadas/união de facto (87,9%), possuem habilitações literárias ao nível do secundário (38,5%), estão empregadas (71,4%) e o setor terciário é o que tem maior representatividade (42,9%) e vivem em aldeias (41,8%).

Relativamente aos **dados obstétricos** verificou-se que as mulheres possuem um peso compreendido entre os 51kg e os 98Kg centrando-se a média nos 70,7 Kg, a altura varia entre o 145 cm e os 180 cm, com uma média de 160,89cm e um IMC com um valor mínimo de 18,90Kg/m<sup>2</sup> e um máximo de 37,3Kg/m<sup>2</sup>, com uma média 27,3Kg/m<sup>2</sup>. Importante referir que 73,9% das mulheres possui excesso de peso. Em relação ao número de filhos as mulheres apresentam um mínimo de 0 e um máximo de 5 com uma média de 1,978 filhos, mais de metade das mulheres teve 2 filhos

(57,1%) e a maioria teve um parto normal (72,6%). Referem ter tido lesões pélvicas como lacerações, rasgaduras ou cortes durante o parto (68,1%) das mulheres, 78% tiveram filhos com peso inferior a 4Kg, a maioria dos partos foi realizado no hospital (97,8%), e ainda 48,4% das participantes está sentada 4 ou mais horas por dia.

No que concerne aos dados relacionados com as **variáveis ginecológicas** observou-se que 78,1% das mulheres perde urina à 5 ou menos anos, 63,7% apresentam IUE e 36,3% IUM, sendo que 65,5% das mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos apresentam IUE face a 61,1% das mulheres com idade superior ou igual a 50 anos. Recorreram ao médico de família para resolução do problema (61,5%) das mulheres e 37,4% recorreu ao médico especialista (Ginecologista), 78% levaram cerca de um ano a recorrer a um profissional de saúde e 19,8% levaram 2 a 5 anos. Da amostra 68,1% referem não ter tido infeções vaginais ou dermatites no último ano, 94,5% das mulheres não foi submetida a nenhuma cirurgia de correção de IU, 74,7% usam pensos absorventes sendo que 42,9% usam 1 a 2 pensos por dia, 56% das mulheres associa a perda de urina a um momento da sua vida, sendo que 31,9% associam ao parto, 58,2% afirmam que não foram submetidas a cirurgia ginecológica. Da amostra estudada 60,4% referem não conhecer os exercícios de Kegel e das 39,6% que referem conhecer 12,1% nunca os praticaram e 93,4% das mulheres inquiridas transporta pesos superiores a 3Kg.

No que se refere aos dados obtidos em relação aos **estilos de vida** constatou-se que 64,9% das mulheres praticam exercício físico, sendo que 20,9% só o faz esporadicamente, 51,7% afirmam que ingerem até 1L de água por dia, 62,6% dizem ter hábitos intestinais diários, a maioria das inquiridas é não fumadora (86,8%), sendo que 65,9% não ingerem bebidas alcoólicas. Quanto ao número de horas que dormem por dia varia entre 7 e 8 horas (67%) e 62,6% referem que tomam medicação, verificando-se que a maioria possui idade igual ou superior a 50 anos (88,9%).

No que concerne às conclusões inerentes à **frequência com que perde urina** 58,2% perde urina diversas vezes por dia, quanto à **quantidade de perda de urina** 54,9% referem que perdem pequena quantidade de urina e 31,9% perdem moderada quantidade de urina, sendo que as perdem moderada quantidade de urina possuem idade superior ou igual a 50 anos (47,2%), e as que perdem pequena quantidade encontram-se no grupo das mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos (67,3%). Para 86,8% das mulheres a quantidade de urina que perde interfere na sua vida, sendo que 94,5% das mulheres com idade inferior ou igual a 49 anos referem que a quantidade de urina que perdem interfere na sua via, face a 75% das mulheres com idade superior ou igual a 50 anos. De referir ainda que para 50,9% das mulheres com

idade inferior ou igual a 49 anos a perda de urina interfere gravemente a muito com a sua vida, sendo que para 32,7% interfere moderadamente. Para as mulheres com idade superior ou igual a 50 anos a perda de urina interfere gravemente em 33,3%, para 25% interfere moderadamente e para 22,2% a perda de urina não interfere na sua vida. As **situações em que as mulheres da amostra perdem mais urina** são quando “tossem ou espirram” (38,9%), quando “estão a fazer atividade física” (25,8%) e “antes de chegar à casa de banho” (15,8%).

Relativamente aos resultados das **6 dimensões do CONTILIFE®** (atividades quotidianas, situações de esforço, auto-imagem, impacto emocional e qualidade de vida em geral) e **pontuação global final do CONTILIFE®** (que resulta do somatório das 5 dimensões - atividades quotidianas, situações de esforço, auto-imagem, impacto emocional e sexualidade) pode-se concluir que na amostra estudada a IU teve um **impacto moderado** na qualidade de vida global (5,38 em 10), sendo que as dimensões que apresentam um **impacto elevado** na qualidade de vida são a “qualidade de vida em geral” com (4,25 em 10), “situações de esforço” com (4,43 em 10) e o “impacto emocional” com (4,6 em 10), sendo que a IU tem um **impacto moderado** na qualidade de vida ao nível das restantes dimensões “auto-imagem” com (5,2 em 10), “sexualidade” com (5,95 em 10) e “atividades quotidianas” com (6,4 em 10).

Da análise inferencial pode-se constatar que as dimensões da escala que avaliam qualidade de vida são influenciadas por várias variáveis estudadas, isto é, a dimensão “**atividades quotidianas**” é influenciada pelo estado civil, anos de perda de urina; prática de exercício físico, frequência perda de urina, quantidade perda de urina; interferência da perda de urina e tipo de IU; a dimensão “**situações de esforço**” é influenciada pelo tipo de parto, anos de perda de urina, prática de exercício físico, frequência da perda de urina, quantidade de perda de urina, interferência da perda de urina e tipo de IU; a dimensão “**auto-imagem**” é influenciada pelos anos de perda de urina, momento da vida de início de perda de urina, prática de exercício físico, frequência da perda de urina, quantidade de perda de urina, interferência da perda de urina e tipo de IU; a dimensão “**impacto emocional**” é influenciada pelas lesões pélvicas no trabalho de parto, anos de perda de urina, prática de exercício físico, frequência da perda de urina, quantidade de perda de urina, e interferência da perda de urina; a dimensão “**sexualidade**” é influenciada pelo peso do recém-nascido à nascença, primeira instancia a que recorreu (profissional de saúde), medicação realizada, frequência da perda de urina e quantidade de urina que perde; a dimensão “**qualidade de vida em geral**” é influenciada pela situação profissional, anos de perda

de urina, frequência da perda de urina, quantidade de perda de urina, interferência da perda de urina, e situações de perda de urina; e **pontuação global final do CONTILIFE®** é influenciada pelos anos de perda de urina, prática de exercício físico, frequência perda de urina, quantidade de perda de urina, interferência da perda de urina, impacto da perda de urina (ICIQ-SF-total), situações de perda de urina e tipo de IU.

De salientar ainda e tendo em consideração as diferentes dimensões que avaliam a qualidade de vida que não existem relação estatisticamente significativas com a idade, nível de escolaridade, área de residência, horas de trabalho de parto, horas sentada por dia, tempo que levaram a recorrer aos serviços de saúde, ocorrência de infeções vaginais/dermatites, uso de pensos absorventes, frequência da prática de exercício Kegel, carregar pesos superiores a 3Kg, quantidade de água/líquidos ingeridos, frequência das dejeções, hábitos tabágicos, hábitos alcoólicos e número de horas que dormem e a qualidade de vida das mulheres com IU.

De referir também que dos resultados obtidos as mulheres que têm incontinência urinária de esforço (IUE) apresentam melhor qualidade de vida em todas as dimensões da escala e total da escala, à exceção da dimensão “qualidade de vida em geral” em que as mulheres que apresentam incontinência urinária mista (IUM) apresentam melhor qualidade de vida. É também importante também referir que dos dados obtidos as mulheres que pertencem ao grupo da pós-menopausa (idade superior ou igual a 50 anos) apresentam melhor qualidade de vida em relação às mulheres em pré-menopausa (idade inferior ou igual a 49 anos), isto poderá dever-se ao facto de já perderem urina há vários anos e já terem encontrado estratégias para lidar com o problema.

Poderá dizer-se então, que as mulheres que vivenciam a problemática da incontinência urinária, merecem receber um tratamento individualizado, não valorizando somente o trato urinário, mas a pessoa como um todo, com os seus medos, angústias, dúvidas, sentimentos, problemas, experiências, assim, é importante que o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica tenha uma intervenção tendo em conta a condição da pessoa particularmente na prevenção e deteção precoce do problema, minimizando o problema das mulheres com IU.

Como sugestões e com já referido anteriormente a IU provoca alterações profundas nas várias dimensões da vida diária da mulher, quer pelas limitações fisiológicas impostas pela doença, quer pelo confronto psicológico face à inibição social e familiar levando assim a implicações na sua qualidade de vida, seria necessário perspetivar

que ao nível dos cuidados de saúde primários nas consultas de planeamento familiar seria importante uma abordagem à problemática da mulher incontinente não cingindo apenas esta consulta à citologia do colo do útero e ao autoexame da mama. Não podemos estar à espera que seja a mulher a apresentar o seu problema aos profissionais de saúde, e como este é um assunto tabu para muitas por pensarem que está associado à idade e ao envelhecimento, os Enfermeiros Especialista em Saúde Materna e Obstétrica pelos conhecimentos e competências de que dispõe devem ter um papel proativo na prevenção e tratamento da incontinência urinária, visto que muitas vezes com um programa de exercícios para o fortalecimento do pavimento pélvico (exercícios de Kegel) consegue-se reverter a situação e melhorar em muito a qualidade de vida das mulheres. Outra estratégia será a sensibilização das mulheres para melhoria da vigilância de saúde e isto poderá passar por intervenções na comunidade com o propósito de esclarecer, prevenir e alertar através de sessões de educação para a saúde sobre a IU, estilos de vida saudáveis e estratégias de tratamento e distribuição de folhetos informativos.

Deste modo, é imprescindível que os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica estejam despertos para a problemática da incontinência urinária e consigam ser agentes dinamizadores de cuidados de enfermagem de excelência na área da IU para que as mulheres procurem ajuda o mais cedo possível, para que se possa prevenir e intervir o mais precocemente possível. Assim, o Enfermeiro Especialista deve ser um agente de mudança pois a condição constrangedora que a perda involuntária de urina tem poderá ter consequências devastadoras na qualidade de vida das mulheres como se pode verificar pelos resultados obtidos.

Relativamente às limitações encontradas no decorrer da realização deste trabalho de investigação, salienta-se a limitação temporal para a realização do mesmo e a recolha de dados ser limitada a um serviço de internamento e todas as mulheres da amostra terem diagnóstico de IU o que levou a que a amostra fosse reduzida para proporcionar uma efetiva representatividade levando assim à impossibilidade de generalização dos resultados. Contudo, existem inúmeras potencialidades neste trabalho, analisou-se os fatores que poderão influenciar a qualidade de vida das mulheres com IU e desta forma estarmos mais sensibilizados do quanto é importante atuar o mais precocemente possível de modo a minimizar os desconfortos provocado pela doença. Também o facto de enquanto Enfermeiros estarmos mais despertos para a deteção precoce da problemática e para as possibilidades de tratamento da IU, vai permitir às

mulheres, uma participação mais ativa e consciente no seu processo de saúde/doença.

A realização deste estudo como já referido anteriormente foi uma experiência muito gratificante, exigindo assim muita dedicação e esforço, na medida em que o processo de investigação é envolto em alguma complexidade, desta forma, além do estudo ser bastante abrangente, muitas outras variáveis poderiam ter sido exploradas e outras questões formuladas, remetendo deste modo, para a necessidade de continuar a fazer investigação nesta área da qualidade de vida das mulheres com IU. Espera-se ainda que este trabalho ajude a abrir horizontes e seja dinamizador de outros estudos de investigação ou projetos que tenham como objetivo ajudar a melhorar a qualidade de vida das mulheres que vivenciam o problema da IU.



## BIBLIOGRAFIA

Abrams P, C. L. (2013). *Incontinence*. Paris: France.

Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., van Kerrebroeck, P., Victor, A., & Wein, A. (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Am J Obstet Gynecol*, 187, 116-126.

Abreu, Joana Cristina Braz Pires e Silva (2012). *Incontinência urinária pós-parto: da fisiopatologia à prevenção e ao tratamento* (Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina). Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, Portugal.

Abreu, Wilson Correia (2008). *Transições e contextos multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidados informais*. Coimbra, Portugal: Formasau, Formação e Saúde Lda.

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

Almeida, Priscilla Pereira de & Machado, Lívia Raquel Gomes (2012). A prevalência de incontinência urinária em mulheres praticantes de jump. *Fisioter Mov*. 25(1):55-65.

Alken, Carl-Erich & Sökeland, Jurgen (1989). *Urologia: Guia de Diagnóstico e Terapêutica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Amarengo, Gérard, Arnould, Benoit, Carita, Paulo, Haab, François, Labat, Jean-Jacques & Richard François (2003). European Psychometric Validation of the CONTILIFE®: A Quality of Life Questionnaire for Urinary Incontinence. *European Urology* 43: 391-404

Auge, A.P., Zucchi, C.M., Costa, F.M.P., Nunes, K., Cunha, L.P.M., Silva, P.V.F. & Ramos, T.U. (2006). Comparação entre os índices de qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária submetidas ou não a tratamento cirúrgico, *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 28(6): 352-357.

Azevedo, Anabela Abreu (2005). *Incontinência Urinária: Impacto no Feminino*. Coimbra: Formasau.

Azevedo, Raquel Marisa Freitas (2013). *Eficácia do treino dos músculos do pavimento pélvico no tratamento da incontinência urinária de esforço em jovens atletas: um*

*estudo clínico randomizado controlado* (Dissertação de Mestrado em Fisioterapia Materno-Infantil). Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, Portugal.

Barbosa, A.M., Carvalho, L.R., Martins, A.M.V.C., Calderon, I.M.P. & Rudge, M.V.C. (2005). Efeito da via de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico. *Revista de Ginecologia*, 27 (11).

Bernardo, C. (2010). Incontinência Urinária: Um Problema Escondido. *16º Congresso Nacional de Medicina Interna*. Vilamoura.

Bernardo, Cláudia (2010). *Estudo P.I.U. - Prevalência da Incontinência Urinária no Norte de Portugal*. Porto.

Bø, K. (1995). Pelvic floor muscle exercise for the treatment of stress urinary incontinence: an exercise physiology perspective. *The International Urogynecology Journal*, 6: 282-291.

Bobak, I. M., Lowdermilk, D. L., Jensen, M. D. (1999). *Enfermagem na Maternidade* (4ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.

Borges, João Bosco Ramos, Guarisi, Telma, Camargo, Ana Carolina Marchesini de Gollop, Thomaz Rafael, Machado, Rogério Bonassi, Borges, Pítia Cárita de Godoy (2010). Incontinência urinária após parto vaginal ou cesáreo. Trabalho realizado no Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí – FMJ, Jundiaí (SP), Brasil. *Artigo Original: Einstein* 8(2 Pt 1):192-196.

Botelho, F., Silva, C. & Cruz, F. (2007). Incontinência Urinária Feminina. *Acta urológica*, 2:79-82, Serviço de Urologia do Hospital de S. João, Faculdade de Medicina do Porto.

Branco, T. (2009). Estratégias na incontinência urinária: novas abordagens. *Sinais Vitais*. Lisboa. 83: 16-23.

Caetano, A.S., Tavares, M.C. & Lopes, M.H.B. (2007). Incontinência Urinária e a Prática de Atividade, *Revista Brasileira de Medicina e Esposte*, 13 (4).

Carmo Pinto, M.J. & Castro Araújo, M.M. (2000). *Incontinência Urinária: prevalência e repercussões*. Atualização em Urologia: UPDATE: 14-25.

Carvalho, Paula Margarida Ribeiro Gonçalves (2013). *Risco de Queda em Mulheres Idosas com IU na Comunidade* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal.

Castro L. A., Castro, Larissa Araújo de Sobottka, Wagner, Baretta, Giorgio & Freitas, Alexandre Coutinho Teixeira de (2012). Efeitos da cirurgia bariátrica na função do assoalho pélvico. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. São Paulo; 5(4): 263-268.

Castro, A.P., Pereira, V.S., Serrão, P.R.M.S. & Driusso, P. (2010). *Eficácia do biofeedback para o tratamento de Incontinência Urinária de esforço: uma revisão sistemática*. Scientia Media, Porto Alegre, 20 (3): 257-263.

Cavadas, L. F., Nunes, A., Pinheiro, M. & Silva, P. T. (2010). Abordagem da Menopausa nos Cuidados de Saúde Primários. *Acta Médica do Porto*, 23: 227-236.

Coelho, M., Salvado, A., Robalo, L. (s.d.). Incontinência Urinária Feminina: Prevalência em 2006 e factores Predisponentes na População de Setubal. *ESSFISIONNLINE*, 3 (1): 3-14.

Coelho, M. & Vilaça, M. (2009). Reabilitação da Incontinência Urinária. *Actas urológicas*, 26 (1): 27-32

Conde, D. M., Pinto-Neto, A. M., Júnior, R. F., & Aldrighi, J. M. (2006). Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 28(3), 195-204.

Cordeiro, G. (2008). *Qualidade de vida na perspectiva de mulheres climatéricas com incontinência urinária* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Maranhão, São Paulo, Brasil.

Cruz, Maria de La Salette Carvalho Costa (2015). *Implicações da Incontinência urinária na Sexualidade da Mulher* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia). Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal.

Cruz, Ana Cláudia Figueiredo Ferreira da (2014). *Percepção de dificuldades e competências no autocuidado e no cuidar do recém-nascido de termo: estudo entre primíparas e múltiparas no puerpério* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

Cruz, E.B.L. (2001). *Estudo da relação entre a qualidade de vida relacionada com saúde e o bem-estar psicológico: a satisfação com a vida e o apoio social* (Dissertação de Mestrado em Sócio-Psicologia da Saúde). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal.

- Dedicação, A.C., Haddad M., Saldanha, M.E.S. & Driusso, P. (2009). Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 13 (2): 116-122.
- Dellu, M., Zácaro, P., Schmitt, A. & Ellu, M. (2008). Prevalência de sintomas e factores obstétricos associados em mulheres adultas. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 12.
- Deng DY (2011). Urinary incontinence in women. *Med Clin North Am* 95:101-109.
- Dias, Andreia Catarina da Cruz (2012). *Qualidade de Vida da Mulher Incontinente Urinária* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal.
- Dias, José Augusto Aleixo (1999). *Epidemiologia da Incontinência Urinária: Prevalência e distribuição, na população Portuguesa*. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde – Inquérito Nacional de saúde.
- Dietz, H. P. (2006). Pelvic floor trauma following vaginal delivery. *Current Opinion of Obstetrics and Gynecology*. Vol. 18: 528-537.
- Diez-Itza I, Arrue M, Ibanez L, Murgiondo A, Paredes J, and Sarasqueta C (2010). Factors involved in stress urinary incontinence 1 year after first delivery. *Int Urogynecol*. 21: 439-445.
- Dinis, Paulo (2013). *Incontinência urinária*. Lisboa: Associação Portuguesa de Urologia.
- Duarte, Helena Sofia (2013). Estado Funcional em Grávidas com e sem Hipertensão Arterial Induzida Pela Gravidez (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Duarte, A.M.B., (2010). *Climatério: O impacto sobre a condição Feminina* (Dissertação de Mestrado em Medicina). Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, Portugal.
- Faculdade de Medicina do Porto (2008). *Prevalência e Tratamento de Incontinência urinária na População Portuguesa não Institucionalizada*. Serviço de Epidemiologia do Porto.
- Federice, C. P. (2011). Sintomas urinários e função muscular do assoalho pélvico após o parto. *Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia* .
- Fernandes, Susana Filipa Pinto (2012). *Determinantes da Qualidade de Vida em Mulheres com Incontinência Urinária* (Dissertação Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal.

Ferreira, Margarida & Santos, Paula Clara (2012). Impacto dos programas de treino na qualidade de vida da mulher com incontinência urinária de esforço. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Lisboa, 30 (1): 3-10.

Fitz, F.F., Costa, T. F., Yamamoto, D. M., Resende, A. P. M., Stupp, L., Sartori, L. S. M. G. F., Girão, M. J. B. C. & Castro, R. A. (2012). Impacto do treinamento dos músculos do assoalho pélvico na qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, 58 (2): 155-159.

Fonseca, Eliana Suelotto Machado, Camargo, Adriana Luciana Moreno, Castro, Rodrigo de Aquino, Marair Sartori, Gracio Ferreira, Fonseca, Marcelo Cunio Machado, Lima, Geraldo Rodrigues de, Girão, Manoel João Batista de Castello (2005). Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. *Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia*, 27 (5): 235-42.

Forte, C. B. (2011). *Incontinência urinária de Esforço na Mulher*, Dissertação de Mestrado de Medicina, Instituto Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.

Fortin, Marie-Fabienne (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Fortin, Marie-Fabienne (2003). *O Processo de investigação*. 3ª ed. Loures: Lusociência.

Fortin, M. F.; Côté, José; Fillion, Françoise (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusodidacta.

Foster, P.; Janssens, N. (1993). Dorothea E. Orem. In: George, J. *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes médicas.

Franceschet, J., Sacomori, C. & Cardoso, F., (2009). Força dos músculos do assoalho pélvico e função sexual em gestantes, *Revista Brasileira Fisioterapia*, 13(5).

Fernandes, Susana Filipa Pinto (2012). *Determinantes da Qualidade de Vida em Mulheres com Incontinência Urinária* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal.

Freire, Raquel Carvalho Rodrigues (2012). *Perceção do Bem-Estar Sexual e Qualidade de Vida da Mulher com Incontinência Urinária* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal.

Fritel X, Fauconnier A, Bader G, Cosson M, Debodinance P, Deffieux X, Denys P, Dompeyre P, Faltin D, Fatton B. (2010). Diagnosis and management of adult female

stress urinary incontinence: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians. *Eur Obstet Gynecol Reprod Biol* 151:14-19.

Gandra, Sónia Isabel Ribeiro Carvalho (2010). *A influência das sessões de preparação para o nascimento na incontinência urinária durante a gravidez e após o parto* (Tese de Licenciatura em Fisioterapia). Instituto Politécnico de Saúde do Norte, Escola Superior de Saúde de Vale do Sousa, Portugal.

Galhardo, C., & Katayama, M. *Anatomia e Fisiologia do Trato Urinário Inferior Feminino*. In Chiarapa, T.R.; Cacho, D.P.; Alves, A.F.D. (Org.). (2007). *Incontinência urinária feminina: assistência fisioterapêutica e multidisciplinar*. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 236.

Gaspar, T., Matos, M., Ribeiro, J., & Leal, I. (2005). Saúde, qualidade de vida e desenvolvimento. In M. Matos (Eds.), *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola*. Lisboa, Portugal: Faculdade de Motricidade Humana.

Gomes, C. & Hisano, M. *Anatomia e Fisiologia da Micção*. In Júnior, A., Filho, M. Z. & Reis, R. B. (2010). *Urologia Fundamental Sociedade Brasileira de Urologia*, São Paulo, Brasil: Planmark Editora.

Gonçalves, J., Azevedo, M., Barbosa, A. & Esteves, C. (1996). Incontinência Urinária feminina – análise retrospectiva de 2 anos: avaliação do protocolo de investigação. *Ginecol-Med-Reprod*, nº21(2): 67-73.

Heitor, Filipa Alexandra Ribeiro (2015). *Estratégias não farmacológicas utilizadas pelo EESMOG no alívio da dor/desconforto no trabalho de parto* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal.

Higa, R. & Lopes, M. (2007). Porque profissionais de enfermagem com incontinência urinária não buscam tratamento. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60 (5), 503-506.

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): 187-192.

Higa, R., Tivorêto, C.R.S.F., Campos, L.K., Lopes, M.H.M. & Turato, E.R. (2010). Vivências de mulheres Brasileiras com incontinência urinária. *Texto Contexto - Enfermagem*. 19 (4).

Hill, M.; Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.

- Henkes, D. F. ( jul./dez. de 2015). Incontinência urinária: o impacto na vida de mulheres acometidas e o significado do tratamento fisioterapêutico. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, 36 (2): 45-56.
- Jacob, S.W., Francone, C.A. & Lossow, W.J. (1982). *Anatomia e Fisiologia Humana* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Juc, Rodrigo U., Colombari, Eduardo & Sato, Mónica A. (2011). Importância do sistema nervoso no controle da micção e armazenamento urinário. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, 36. (1): 55-60.
- Knorst, M. R., Resende, T. L. & Goldim, J. R. (2010). Clinical profile, quality of life and depressive symptoms of women with urinary incontinence attending a university hospital. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 15 (2): 12-23.
- Lavy Y, Sand PK, Kaniel CI, and Hochner-Celnikier D (2012). Can pelvic floor injury secondary to delivery be prevented? *Int Urogynecol J*. 23(2).
- Lopes, Marta Susana de Ascensão Maia (2011). *A Qualidade de Vida da Mulher com Incontinência Urinária de Esforço: Relação com a Paridade* (Dissertação de Mestrado de Saúde Materna e Obstétrica). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.
- Lopes, M.H.B.M. & Higa, R. (2006). Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Revista da Escola de Enfermagem*, 40 (1): 34-41.
- Lucas, M.G., Bosch, J.L.H.R., Cruz, F., Rider, D.J.M.K de Madden, T.B., Nambiar, A, Neisius, A., Pickard, R.S., Tubaro, A., Turner, W. H. (2012). Diretrizes para Incontinência Urinária. Associação Europeia de Urologia.
- Marques, Cátia Patrícia de Oliveira (2012). *Qualidade de Vida e Incontinência Urinária Feminina* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Mascarenhas, Teresa (2009). Disfunções do pavimento pélvico: incontinência urinária e prolapso dos órgãos pélvicos. In *Manual de Ginecologia*, cap. 30.
- Melo, Isabel, Robalo, Lina, Leiria Sofia, Rodrigues, Susana, Valente, Tânia & Vanessa Encarnação (2012). *Impacto de IU na qualidade der vida das utentes e a sua relação com características sociodemográficas e características da condição*. Escola Superior de Saúde do instituto politécnico de Setúbal.
- Moura, B.G. (2005). Incontinência Urinária Feminina. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21: 11-20.

Monz B, Chartier-Kastler E, Hampel C, Samsioe G, Hunskar S, Espuna-Pons M, Wagg A, Quail D, Castro R, Chinn C (2007). *Patient characteristics associated with quality of life in european women seeking treatment for urinary incontinence: results from PURE*. Eur Urol; 51(4): 1073-1081.

Nascimento, J.R, Freire, A.B, Cabeleira, M.E.P, Bras, M.M, Piveta, H.M.F. (2012). *Correlação da Incontinência Urinária de Esforço com a Via de Parto: Um Estudo Bibliográfico*. Universidade Federal de Santa Maria, Brasil.

Oliveira, J.M. (2007). *Avaliação do efeito do tipo de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico de primíparas*. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil.

Oliveira, M. S. J. (2010). *Prevalência da Incontinência Urinária e sua associação com a Obesidade em mulheres na transição menopausa e após menopausa* (Dissertação de Pós-Graduação em Saúde Pública). Universidade de São Paulo, Brasil.

Oliveira, T. & Oliveira, P. (2010). *Relação entre Sintomatologia e achados Urodinâmicos em Mulheres com Incontinência Urinária*, Actas de Urologia, 27 (2), APU.

Organização Mundial de Saúde (1986). *CARTA DE OTTAWA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE*. 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, Canadá.

Orem, Dorothea (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6ª ed). Mosby, St. Louis.

Ordem dos Enfermeiros (2010), *Regulamento das Competência Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia*. Lisboa, Portugal.

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

Pascoal, Augusto Gil (2004). *Trabalho abdominal e incontinência urinária de esforço*. Faculdade de Motricidade Humana. Departamento de Ciências da Motricidade. Laboratório de Anatomofisiologia.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa, Portugal: Sílabo.

Pestana, J.P., Esteves, D. & Conboy, J. (2007). O papel da espiritualidade na qualidade de vida do doente oncológico em quimioterapia. *Revista Cons-Ciências*, 1(27): 125 - 158.

- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. Coimbra. Formasau.
- Piccoli CT, Sebben V, Guedes JM. (2012). Prevalência da incontinência urinária em idosos institucionalizados da Sociedade Beneficente Jacinto Godoy de Erechim, RS. *EFDeportes.com*, Revista Digital nº 168.
- Pimentel, F.L. (2003). *Qualidade de vida do doente oncológico* (Dissertação de Doutoramento em Medicina). Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, Portugal.
- Polit, D.F.; Beck, C.T.; Hungler, B.P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem – métodos, avaliação e utilização*. 5ª Edição. Porto Alegre, Brasil: Artemed.
- Polit, D., Hungler, B. (1995). *Fundamentos em pesquisa em Enfermagem*. 3ª Ed. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Queirós, C. (2012). *Avaliação da perceção da autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados que tomam conta de familiares dependentes no autocuidado: estudo exploratório no concelho do Porto* (Dissertação de candidatura ao grau de mestre em ciências de enfermagem). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Portugal.
- Ramos, B.H.S.; Donadel, K.F. & Passos, T.S. (2010). *Reabilitação da musculatura pélvica aplicada ao tratamento da incontinência urinária*.
- Rett, M.T., Simões, J., Herman, V., Guegel, M.S.C. & Morais, S.S. (2007). Qualidade de vida de mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. *Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia*, 29 (3): 134-140.
- Ribeiro, José Luís Pais (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde* (2ª ed.). Lisboa: Placebo Editora LDA.
- Ribeiro, J.P. & Raimundo, A. (2005). Satisfação sexual e perceção de saúde em mulheres com incontinência urinária. *Análise Psicológica*, 3 (23): 305-314.
- Rodrigues, E., Oliveira, L. & Almeida, L. (2008). Autocontrolo da continência urinária em pessoas com traumatismo vertebro-medular, *Nursing.*, 18 (240): 16-24.
- Robalo, L. Paiva, C. e Silva A. Robalo, L. Paiva, C, Silva A (2010). Contribuição para a adaptação e validação do Instrumento de Medida: “Questionário de avaliação da Qualidade de Vida em Mulheres com Incontinência Urinária (CONTILIFE®)” para a População Portuguesa. *Ifisionline*; 1(1): 7-17.

Rodrigues, Soraia Filipa Nicola Martins (2011). *Estudo de Adaptação e Validação do King's Health Questionnaire a Mulheres com Incontinência Urinária de Esforço* (Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal.

Rodrigues, E. O. (2008). Autocontrolo da continência urinária em pessoas com traumatismo vertebro-medular. *Nursing*: 16-24.

Rolo, F. (1999). Incontinência Urinária: Definição e Classificação. *Actas Médicas Portuguesas*. 12: 87-89.

Roza, Thuane Huyer (2011). *Prevalência da Incontinência Urinária Feminina e Proposta de um protocolo de reabilitação funcional dos músculos o pavimento pélvico para mulheres atletas* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto. Faculdade de Desporto, Portugal.

Sampieri, R. H.; Collado, C. H.; Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de Pesquisa* (3<sup>o</sup> ed.) São Paulo, Brasil: McGraw-Hill.

Santos, C.R.S. & Santos, V.L.C.G. (2010). Prevalência da incontinência urinária em amostra randomizada da população urbana de Pouso Alegre, Minas Gerais, *Revista latina de Enfermagem*, 18 (5).

Santos, W.N., Feitosa, J. A., Oliveira, F.C. & Oliveira, F.M. (2006). Efeitos da obesidade sobre a função urinária na mulher. *RBGO*, 16 (5):175-178.

Santos, Vitor Vaz (1999). Incontinência Urinária. *Actas Médicas Portuguesas*. 12(1-3): 27-32.

Sebastião, L. (1999). Incontinência Urinária na Perspectiva de Enfermagem. *Actas Médicas Portuguesas*. 12: 1-11.

Seeley, Rod, Stephens, Trent & Tate, Philip (2011). *Anatomia e Fisiologia*. 8<sup>a</sup> ed. Loures: Lusociência.

Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (2008). *Prevalência e Tratamento de Incontinência Urinária na População Portuguesa Não Institucionalizada*. Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, Portugal.

Senra, Cláudia Andreia Torres (2012). *Qualidade de Vida, Satisfação Sexual, Morbilidade Psicológica e Coping em Mulheres com Incontinência Urinária* (Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde). Universidade do Minho, Portugal.

- Silva, A. I., Almeida, C., Aguiar, H., Neves, M. & Teles, M. J. (2013). Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida da mulher. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, Algés, 29 (6): 364-376.
- Silva, Ana Rita (2012). Estudo Biomecânico da Cavidade Pélvica da Mulher (Monografia de preparação para a Dissertação). Universidade do Porto. Faculdade de Engenharia, Portugal.
- Silva, A. & Oliveira, L. (2011). Exercícios de Kegel associados no tratamento de Incontinência Urinaria: estudo de caso. *Scientia Medica*, Porto Alegre, 21 (4): 173-176.
- Silva, L. & Lopes M.H.B.M. (2009). Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura de tratamento. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 43 (1): 72-78.
- Silva, Maria João Esperança da (2008). *Satisfação sexual e autoconceito na mulher com incontinência urinária* (Tese de Mestrado não publicada). Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Portugal.
- Silva, P.N., Mateus, P., Barros, H. (1999). Prevalência e Gravidade de Incontinência Urinária em Mulheres do Porto. *Revista de Epidemiologia*, 13 (supl. 5): 16-19.
- Simonetti R, Truzzi JC, Bruschini H, Glashan RQ (2001). Incontinência urinária em idosos: impacto social e tratamento. *Terceira Idade*, 12(23): 53-69.
- Sousa, Ana, Jesus, André, Carvalho, Maria, Carvalho, Gisela, Marques, João, Falcão, Francisco, Torgal, Isabel (2014). Técnicas transobturadoras na incontinência urinária de esforço feminina. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 27(4): 422-427.
- Sousa, Maria Beatriz Melo e (2013). *Efeitos de um protocolo de treino dos músculos do pavimento pélvico em atletas nulíparas com incontinência urinária: estudo comparativo entre um protocolo supervisionado e não supervisionado* (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, Portugal.
- Souza, C.E.C., Lima, R.M., Bezerra, L.M.A., Pereira, R.W., Moura, T.K.E. & Oliveira, R.J., (2009). Estudo comparativo da função do assoalho pélvico em mulheres continentas e incontinentes na pós-menopausa, *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 13 (6).
- Smith, AL, Wang, PC, Anger, JT, Mangione, CM, Trejo L, Rodríguez, LV, Sarkisian, CA (2010). Correlates of urinary incontinence in community dwelling older latinos. *J Am Geriatr Soc*. 58(6).

- Tamanini, J. T., Dambros, M., D'Ancona, C. A., Palma, P. C., & Rodrigues Netto, N., Jr. (2004). Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form" (ICIQ-SF). *Rev. Saúde Pública* 38 (3).
- Taylor, S. (2004). Teoria do déficit de autocuidado de enfermagem. In Alligood, M.; Tomey, A. *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. Lisboa: Lusociência.
- Teixeira, Carina, Nogueira, Paula, Mascarenhas, Teresa (2014). Tratamento da Incontinência Urinária de Esforço. *Acta Obstet Ginecol Port* 2014;8(1):53-64.
- Temml C, Haidinger G, Schmidbauer J, Schatzl G & Madersbacher S. (2000). *Urinary incontinence in both sexes: prevalence rates and impact on quality of life and sexual life*. *Neurourology and Urodynamics*.
- Virtuoso, Janeisa Franck, Mazo, Giovana Zarpellon, Menezes, Enaiane Cristina (2012). Prevalência, tipologia e sintomas de gravidade da incontinência urinária em mulheres idosas segundo a prática de atividade física. *Fisioter Mov*. 25(3).
- Wesnes, S. Hunskaar, Bo Kari & Rortveit (2009). The effect of urinary incontinence status during pregnancy and delivery mode on incontinence postpartum. A cohort study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116: 700-707.
- Williams, Peter L., Warwick, Roger, Dyson, Mary & Bannister, Lawrence H. (1995). *Gray Anatomia*. 37ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Ziegel, Erna E. & Cranley, Mecca S. (1985). *Enfermagem Obstétrica*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

**ANEXOS**

**ANEXO I - Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e  
Universitário de Coimbra, EPE**



**AUTORIZAÇÃO DE PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO**

CHUC	016	16
------	-----	----

**NOME DO PROJECTO:**

**QUALIDADE DE VIDA DA MULHER EM IDADE REPRODUTIVA COM  
INCONTINÊNCIA URINÁRIA: ESTUDO DE FATORES ASSOCIADOS**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:**

**Enf.<sup>a</sup> Cláudia Patrícia Jorge Marques**

Tendo por base o parecer da Comissão de Ética, é autorizada a realização, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, do Projecto de Investigação supracitado.

DATA: 31/3/11

Presidente do Conselho de Administração

  
Dr. José Martins Nunes  
Presidente do Conselho de Administração  
C.H.U.C. - EPE  
(Dr. José Martins Nunes)

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE



Visto / À U.L.D.  
para difusão

Prof. Doutor José Pedro Figueiredo  
Director Clínico  
C.H.U.C. - EPE

Exmo. Senhor  
Prof. Doutor José Pedro Figueiredo  
Digmº Director Clínico do CHUC

S/Refº	S/Comunicação	N/Ref. – Ofício n.º	Data
		CES/046	14.03.2016

Assunto: [CHUC-016-16] – *Estudo Observacional "Qualidade de vida da mulher em idade reprodutiva com incontinência urinária: estudo de fatores associados"* - Cláudia Patrícia Jorge Marques, enfermeira do Serviço de Ginecologia B da MBB e aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (estudo a ser realizado no Serviço de Ginecologia B do CHUC).

Cumpr informar Vossa Ex.ª de que a Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, reunida em 11 de Março de 2016, com a presença da maioria dos seus membros, após análise do projecto mencionado em epígrafe e ouvido o relator, emitiu parecer favorável à sua realização. Parecer aprovado por unanimidade.

Fundamentação:

O estudo tem como objectivos: Analisar os factores socio-demográficos, obstétricos, ginecológicos e estilos de vida associados à IU que influenciam a qualidade de vida da mulher em idade reprodutiva; analisar a relação entre a qualidade de vida da mulher em idade reprodutiva e a sua valorização da IU.

O método de recolha de dados será através da aplicação de um questionário por auto-preenchimento, após consentimento informado das participantes, onde constam dados socio-demográficos, obstétricos, ginecológicos e estilos de vida; e um questionário de avaliação da qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. A informação será codificada.

Contacto:

CHUC - Centro Hospitalar  
e Universitário de Coimbra  
Praça Prof. Mota Pinto,  
3000-075 Coimbra - Portugal  
Telefone: +351 239 400 400

Telefone: 239 400 408  
Telefax: 239 405 646  
E-mail: seccetica@huc.min-saude.pt

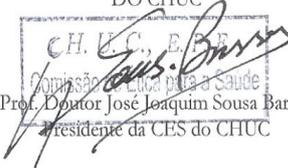
## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE



Mais se informa que a CES do CHUC deve ser semestralmente actualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada de relatório final.

Com os melhores cumprimentos.

P'A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE  
DO CHUC

  
CHUC, E.P.E.  
Comissão de Ética para a Saúde  
Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros  
Presidente da CES do CHUC

A CES do CHUC: Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros; Prof.ª Doutora Maria Fátima Pinto Saraiva Martins; Dr. Mário Rui Almeida Branco; Enf.º Adélio Tinoco Mendes; Prof. Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro; Padre José António Afonso Pais; Dr. José António Feio; Dr. José Alves Grilo Gonçalves; Enf.º Fernando Mateus; Dr. José António Pinheiro; Dra. Cláudia Santos; Dr. Paulo Figueiredo.

2

Contacto:

CHUC - Centro Hospitalar  
e Universitário de Coimbra  
Praçeta Prof. Mota Pinto,  
3000-075 Coimbra - Portugal  
Telefone: +351 239 400 400

Telefone: 239 400 408  
Telefax: 239 405 646  
E-mail: [secetica@huc.min-saude.pt](mailto:secetica@huc.min-saude.pt)

**ANEXO II** – Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em  
Ciências de Saúde: Enfermagem

## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem** (UICISA: E)  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

Ofício Nº P319/2015

**Título do Projecto:** A qualidade de vida da mulher em idade reprodutiva com incontinência urinária: estudo de fatores associados

### Identificação do Proponente

**Nome(s):** Cláudia Patrícia Jorge Marques

**Filiação Institucional:** Hospitalar e Universitário de Coimbra – Maternidade Bissaya Barreto – Serviço Ginecologia

**Investigador Responsável/Orientador:** Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes e Joana Alice da Silva Amaro de Oliveira Fabião

**Relator:** José Carlos Amado Martins

A investigadora propõe-se realizar estudo "descritivo-correlacional", tendo como objectivos: analisar os fatores sociodemográficos, obstétricos e estilos de vida associados à incontinência urinária que influenciam a Qualidade de Vida da mulher em idade reprodutiva e analisar a relação entre a qualidade de vida da mulher em idade fértil e a sua valorização da incontinência urinária.

Tal como apresentado, não é possível realizar uma apreciação do projecto. São elementos relevantes para tal:

- período previsto para a recolha de dados ultrapassado;
- não refere os locais onde será realizada a colheita de dados;
- não refere o tipo de amostragem;
- não refere quem irá identificar as potenciais participantes, quem as convida à participação no estudo, quem as informa sobre o estudo e quem obtém o seu consentimento;
- não refere as estratégias para a recolha de dados (local, momento e pressupostos para a aplicação dos questionário);
- no documento de informação às participantes é referido que o nome será substituído por um código, pelo que se coloca se em algum momento é necessário relacionar a respondente com a respectiva resposta. Se a resposta é afirmativa. Tal deverá ser devidamente explicado e fundamentado.

Percebe-se que existe já parecer favorável da Comissão de Ética do CHUC e é referido que "a recolha de dados será realizada a partir do pedido de autorização a ARS do Centro". Assim, um parecer desta Comissão de Ética deixa de ser relevante, sugerindo-se que, a manter-se a pretensão de colheita de dados em unidades de cuidados de saúde primários, a mestranda obtenha a autorização da ARS Centro e parecer da respectiva Comissão de Ética.

O relator:



Data: 17/05/16 P.1' O Presidente da Comissão de Ética: 

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I - Consentimento Livre e Informado**

## INFORMAÇÃO À PARTICIPANTE

O meu nome é Cláudia Patrícia Jorge Marques, Enfermeira no serviço Ginecologia da Maternidade Bissaya Barreto - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, a frequentar o curso de Mestrado de Saúde Materna e Obstétrica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Estou a realizar um estudo de investigação intitulado **“Qualidade de vida da mulher com incontinência urinária no período pré e pós-menopausa: estudo de fatores associados”** cujos os objetivos deste estudo são:

- Analisar fatores sociodemográficos, obstétricos, ginecológicos e estilos de vida associados à IU que influenciam a qualidade de vida da mulher;
- Analisar a relação entre a qualidade de vida da mulher em idade reprodutiva e a sua valorização da IU.

Neste sentido, solicito a sua participação no estudo, agradecendo desde já a sua colaboração, sendo deste modo pertinente esclarecer determinados aspectos que se pretendem cumprir rigorosamente.

Como Procedimentos de recolha de informação teremos dois momentos:

- 1º Momento onde se procede ao pedido o consentimento informado.
- 2º Momento de recolha de informação para o estudo onde é realizado um questionário onde constam dados sócio demográficos, obstétricos, ginecológicos e estilos de vida e também um questionário de avaliação da qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária (*CONTILIFE*®).

O uso da informação pretendida é exclusivamente para este trabalho e não estará ao acesso de terceiros. O seu nome será substituído por um código. Depois de concluída a investigação poderá ter acesso aos resultados através de consulta pública ou contactando directamente com o investigador.

**Riscos:** Não se prevêem danos físicos, emocionais ou colaterais potenciais.

**Benefícios:** Vai ter a oportunidade de colaborar no desenvolvimento do conhecimento para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à mulher com incontinência urinária.

**Alternativas:** A sua participação é voluntária e só deve aceitá-la depois de devidamente esclarecida, podendo para isso colocar quaisquer questões. Se decidir colaborar, pedir-lhe-emos que assine a folha que diz respeito ao consentimento informado, onde confirma o seu acordo em participar. Tem sempre alternativa de não responder ao questionário, recusar responder a qualquer questão, abandonando o estudo, o que não trará quaisquer consequências para si, continuando a receber os cuidados que necessita e a ser acompanhado da mesma forma que tem sido.

**Confidencialidade:** A garantia da confidencialidade será assegurada às participantes pelo anonimato quer da identidade, quer dos dados obtidos, assim como, na garantia que os dados da investigação só serão usados de tal modo que mais ninguém além do investigador conhece a fonte.

**Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas:** Se tiver qualquer dúvida ou preocupação, agora ou em qualquer altura, sobre o estudo poderá contactar-me através do número de telemóvel: 962333278.

A sua participação no estudo não terá qualquer custo para si.

O/A enfermeiro/a/ investigador/a

Cláudia Patrícia Jorge Marques ( .../.../20...)

## **APÊNDICE II - Instrumento de recolha de dados**

### Caracterização Sociodemográfico

1. Idade: \_\_\_\_ anos
2. Raça: Branca  Negra  Amarela
3. Nacionalidade: \_\_\_\_\_
4. Estado Civil: Solteira  Casada  Divorciada  Separada  Viúva
5. Profissão: \_\_\_\_\_
6. Qual a sua situação profissional atual: Empregada  Desempregada  Doméstica   
Estudante
7. Quais as suas habilitações literárias? Inferior ou igual ao 4º ano  Entre o 5 e o 6 anos   
Entre o 7 e o 9 anos  Entre o 10 e o 12 anos  Curso Técnico Profissional   
Bacharelato  Licenciatura  Mestrado  Doutoramento  Outra
8. Área de residência: Aldeia  Vila  Cidade

### Caracterização Obstétrica

1. Peso: \_\_\_\_ Kg
2. Altura: \_\_\_\_ cm
3. Número de vezes que esteve grávida: \_\_\_\_\_
4. Número de filhos: \_\_\_\_\_
5. Tipo de parto: normal  ventosa  fórceps  cesariana
6. Quantas horas teve em trabalho de parto: 1º filho \_\_\_\_ horas; 2º filho \_\_\_\_ horas; 3º filho \_\_\_\_ horas; 4º filho \_\_\_\_ horas
7. Teve alguma laceração rasgada, corte durante os seus partos? Sim  Não
8. Teve filhos com peso superior a 4 Kg? Sim  Não  Se sim, quantos filhos com peso superior ou igual a 4 Kg? \_\_\_\_\_
9. Local do parto? No Hospital  Em Casa  Outro Local
10. Quantas horas costuma estar sentada por dia? \_\_\_\_\_

### Caracterização Ginecológica

1. Há quanto tempo perde urina? \_\_\_\_ meses \_\_\_\_ anos
2. Que tipo de incontinência urinária tem? Incontinência urinária de esforço  Incontinência urinária urgência  Incontinência urinária mista
3. A quem se dirigiu numa primeira instância, por este problema? \_\_\_\_\_
4. Há quanto tempo recorreu aos serviços de saúde por este problema? \_\_\_\_\_
5. Tem infeções vaginais/dermatites frequentes? Não  Sim  Se sim, quantos episódios no último ano? \_\_\_\_\_
6. Já fez cirurgias para correção de incontinência urinária? Não  Sim  Se sim, há quanto tempo? \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_ anos
7. Usa pensos absorventes? Sim  Não  Se sim, quantos nas 24 horas? \_\_\_\_\_
8. Associa o início da perda urinária algum momento da sua vida? Sim  Não  Se sim, Qual? \_\_\_\_\_
9. Já realizou alguma cirurgia ginecológica? Sim  Não  Se sim, especifique qual \_\_\_\_\_
10. Conhece os exercícios de Kegel, para fortalecer os músculos do períneo? Sim  Não  Se sim, com que frequência pratica? Nunca  Várias vezes por dia  Uma vez por dia  duas ou três vezes por semana  Uma vez por semana  De 15 em 15 dias  Uma vez por mês
11. Costuma carregar pesos superiores a 3 Kg? Nunca  Várias vezes por dia  Uma vez por dia  Duas ou três vezes por semana  Uma vez por semana  De 15 em 15 dias  Uma vez por mês

### Estilos de vida

1. Pratica exercício Físico? Nunca  Várias vezes por dia  Uma vez por dia  Duas ou três vezes por semana  Uma vez por semana  De 15 em 15 dias  Uma vez por mês
2. Quantidade de água/líquidos que bebe por dia? Nenhuma  Até 0,5L  Até 1 litro  Até 1,5litros  Até 2 litros  Mais de 2 litros
3. Qual a frequência das suas dejeções? Diariamente  De 2 em 2 dias  semanalmente
4. Hábitos tabágicos: Não  Sim  se sim, quantos cigarros por dia? \_\_\_\_ cigarros

5. Inger bebidas alcoólicas? Não  Sim  Se sim, todos os dias  Algumas vezes   
Frequentemente  Sempre
6. Número de horas que dorme por dia? \_\_\_\_\_ horas
7. Realiza algum tipo de Medicação? Não  Sim  Se sim, qual? \_\_\_\_\_

**Questionário de impacto de incontinência urinária – ICIQ-SF Short Form**

1. Com que frequência perde urina? Nunca  Uma vez por semana  Duas a três vezes por semana  Uma vez por dia  Diversas vezes por dia  Constantemente
2. Que quantidade de urina pensa que perde? Nenhuma  Pequena quantidade  Moderada quantidade  Grande quantidade
3. Em geral a quantidade de urina que perde interfere com a sua vida? Não  Sim  Se sim, por favor, circule um numero 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 atividade física  Perco quando terminei de urinar e estou a vestir-me   
Perco sem razão obvia  Perco constantemente

## Questionário De Avaliação Da Qualidade De Vida Em Mulheres Com Incontinência Urinária (CONTILIFE)

Como preencher o questionário:

As questões que se seguem dizem respeito ao seu estado de saúde no decorrer das últimas 4 semanas.

Escolha a resposta que melhor descreve o que sente ou sentiu no decorrer das últimas 4 semanas, escolhendo apenas uma resposta por questão.

Se existirem determinadas atividades nas quais não participa ou não se aplicam ao seu caso (exemplo: incomodo ao utilizar transportes públicos sendo que não os utiliza no seu dia-a-dia), coloque uma cruz (x) no quadrado "não aplicável".

Por favor responda individualmente ao questionário.

Para responder às questões assinale com uma cruz (x) o quadrado que corresponde à sua escolha.

Exemplo: No decorrer das últimas 4 semanas...

	Não aplicável					
Questão a	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Em caso de engano, faça um círculo à volta do quadrado  que de facto se aplica ao seu caso.

Agradeço a sua colaboração.

➤ Antes de iniciar o preenchimento do questionário indique a data de hoje:

<input type="text"/>					
Dia		Mês		Ano	

## ATIVIDADES QUOTIDIANAS

No decorrer das últimas 4 semanas, as perdas de urina incomodaram-na:

(Escolha apenas uma opção por linha)

	Não Aplicável	Não	Pouco	Moderadamente	Muito	Muitíssimo
1.Quando estava fora de casa?		<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
2.Enquanto conduzia ou viajava de carro?	<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>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
3.Quando subia ou descia escadas?		<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
4.Ao fazer compras ou outras atividades semelhantes?		<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
5. Quando esperava numa fila (exemplo: autocarro, cinema ou supermercado)?		<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

No decorrer das últimas 4 semanas, devido às perdas de urina, com que frequência:

(Assinale a sua opção no quadrado correspondente)

	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
6. Teve de interromper o seu trabalho ou as suas atividades quotidianas?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

No decorrer das últimas 4 semanas, devido às perdas de urina, com que frequência:

(Assinale a sua opção no quadrado correspondente)

	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
7. Acordou urinada?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

## SITUAÇÕES DE ESFORÇO

---

No decorrer das últimas 4 semanas, as perdas de urina incomodaram-na:

(Escolha apenas uma opção por linha)

	Não Aplicável	Não	Pouco	Moderadamente	Muito	Muitíssimo
8. Ao levantar ou a transportar algo pesado?		<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
9. Ao praticar desporto? (exemplo: caminhadas, dança, ginástica)	<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>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
10. Quando se assoou, espirrou ou tossiu?		<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
11. Ao rir?		<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

---

## AUTO-IMAGEM

---

No decorrer das últimas 4 semanas, devido às perdas de urina, com que frequência:

(Escolha apenas uma opção por linha)

	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
12. Se sentiu menos atraente?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
13. Teve receio de "cheirar mal"?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
14. Teve receio de que alguém se apercebesse da sua condição?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
15. Teve receio de manchar algo na casa de outros ou no trabalho?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
16. Teve de mudar de roupa?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

No decorrer das últimas 4 semanas, apesar das suas perdas de urina, com que frequência:

(Assinale a sua opção no quadrado correspondente)

	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
17. Se sentiu bem consigo mesma?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

No decorrer das últimas 4 semanas, devido às suas perdas de urina:

(Assinale a sua opção no quadrado correspondente)

	Eu nunca utilizo proteções	Não	Pouco	Moderadamente	Muito	Multíssimo
18. Sentiu-se incomodada por ter de utilizar proteções (pensos)?	<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>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

## IMPACTO EMOCIONAL

No decorrer das últimas 4 semanas, devido às suas perdas de urina, com que frequência:

(Escolha apenas uma opção por linha)

	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
19. Se sentiu desmotivada?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
20. Perdeu a paciência?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
21. Se sentiu preocupada?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
22. Teve a sensação de não conseguir controlar as suas reações?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
23. Os seus problemas urinários constituíram uma obsessão ou um pavor para si?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
24. Teve que programar levar proteções antes de sair?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

## SEXUALIDADE

No decorrer das últimas 4 semanas, devido às suas perdas de urina:

(Escolha apenas uma opção por linha)

	Não Aplicável	Não	Pouco	Moderadamente	Muito	Muitíssimo
25. Sentiu-se ansiosa com a ideia de ter relações sexuais?		<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
26. Alterou o seu comportamento 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>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
27. Receou ter perdas durante as relações sexuais?	<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>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

## QUALIDADE DE VIDA EM GERAL

28. Tendo em conta as suas perdas de urina, como avalia atualmente a sua Qualidade de Vida?

(coloque um círculo no número correspondente à sua resposta)

1	2	3	4	5
Má				Excelente

**APÊNDICE III** – Resposta ao pedido de autorização para uso da versão portuguesa do questionário CONTILIFE®



**Assunto** Re: Pedido de autorização para aplicação da versão portuguesa do questionário CONTILIFE  
**Remetente** Lina Robalo <lina.robalo@ess.ips.pt>,  
**Para** <claudia.pjm@iol.pt>,  
**Cc** <isabelmendes@esenfc.pt>,  
**Data** 2015-11-09 16:47

Boa tarde Claudia,

Espero-lhe um ótimo trabalho e naturalmente tem autorização para a utilização do instrumento pretendido

Com os meus melhores cumprimentos,

Lina Robalo  
No dia 05/11/2015, às 15:24, [claudia.pjm@iol.pt](mailto:claudia.pjm@iol.pt) escreveu:

Boa tarde Excelentíssima Sra Professora Lina Robalo!

O meu nome é Cláudia Patrícia Jorge Marques, sou Enfermeira no serviço de Ginecologia na Maternidade Bissaya Barreto - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e estudante do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Pretendo realizar um estudo cujo o título é: "Qualidade de vida da mulher em idade reprodutiva com incontinência urinária: estudo de fatores associados" sob a orientação da Professora Doutora Isabel Margarida Mendes e Professora Doutora Joana Alice da Silva Fabião, docentes da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Os objetivos deste estudo são: Analisar fatores sociodemográficos, obstétricos, ginecológicos e estilos de vida associados à IU que influenciam a qualidade de vida da mulher; Analisar a relação entre a qualidade de vida da mulher em idade reprodutiva e a sua valorização da IU.

Neste sentido para a realização do estudo pretendo utilizar como instrumento de recolha de dados o questionário CONTILIFE.

Deste modo venho pedir a Vossa Excelência a autorização para a aplicação da versão portuguesa do instrumento do qual foi responsável pela tradução e validação para a população portuguesa.

Já enviei um e-mail à sua colega Professora Cláudia Paiva e ainda não obtive resposta, sei que existe outro elemento que elaborou esta tradução e validação do questionário CONTILIFE para a população portuguesa do qual não tenho contacto.

Aguardo resposta.

Com os melhores cumprimentos.

Cláudia Marques

**Assunto** **FW: Pedido de autorização para aplicação da versão portuguesa do questionário CONTILIFE**  
**Remetente** Cláudia Filipa Duarte Catrola Paiva <claudia.paiva@ess.ips.pt>,  
**Para** <claudia.pjm@iol.pt>,  
**Cc** <isabelmendes@esenfc.pt>,  
**Data** 2016-10-26 10:29

-----Mensagem original-----

De: Cláudia Filipa Duarte Catrola Paiva

Enviada: qui 26-11-2015 11:16

Para: [claudia.pjm@iol.pt](mailto:claudia.pjm@iol.pt)

Assunto: RE: Pedido de autorização para aplicação da versão portuguesa do questionário CONTILIFE

Bom dia,

Antes de mais obrigada pelo interesse na utilização do questionário CONTILIFE e parabéns pela investigação.

Pode utilizar o instrumento no seu estudo.

Estarei ao dispor para qualquer questão ou esclarecimento.

Cumprimentos,

Cláudia Paiva

-----Mensagem original-----

De: [claudia.pjm@iol.pt](mailto:claudia.pjm@iol.pt) [<mailto:claudia.pjm@iol.pt>]

Enviada: ter 03-11-2015 12:52

Para: Cláudia Filipa Duarte Catrola Paiva

Cc: [isabelmendes@esenfc.pt](mailto:isabelmendes@esenfc.pt); [jfabiao@esenfc.pt](mailto:jfabiao@esenfc.pt); [claudia.pjm@iol.pt](mailto:claudia.pjm@iol.pt)

Assunto: Pedido de autorização para aplicação da versão portuguesa do questionário CONTILIFE

**APÊNDICE IV** – Resultados descritivos da caracterização sociodemográfica das participantes

- Caracterização da amostra tendo em conta o estado civil
- Caracterização da amostra tendo em conta a situação profissional atual
- Caracterização da amostra tendo em conta as Habilitações Literárias
- Caracterização da amostra tendo em conta a área de residência

### Caracterização da amostra tendo em conta o estado civil

Estado Civil	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Casada	47	85,5	31	86,1	78	85,7
Divorciada	5	9,1	2	5,6	7	7,7
Viúva	1	1,8	2	5,6	3	3,3
União de Facto	1	1,8	1	2,8	2	2,2
Solteira	1	1,8	0	0,0	1	1,1

### Caracterização da amostra tendo em conta a situação profissional atual

Situação Profissional Atual	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Empregada	47	85,5	18	50,0	65	71,4
Desempregada	3	5,5	4	11,1	7	7,7
Doméstica	4	7,3	8	22,2	12	13,2
Trabalhador/Estudante	1	1,8	0	0,0	1	1,1
Reformada	0	0,0	6	16,7	6	6,6

### Caracterização da amostra tendo em conta as Habilitações Literárias

Habilitações Literárias	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
1º Ciclo	2	3,6	16	44,4	18	19,8
2º Ciclo	4	7,3	2	5,6	6	6,6
3º Ciclo	10	18,2	6	16,7	16	17,6
Ensino Secundário	26	47,3	9	25,0	35	38,5
Ensino Superior	10	18,2	3	8,3	13	14,3
Curso Profissional	3	5,5	0	0,0	3	3,3

### Caracterização da amostra tendo em conta a área de residência

Área de Residência	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Aldeia	23	41,8	15	41,7	38	41,8
Vila	17	30,9	11	30,6	28	30,8
Cidade	15	27,3	10	27,8	25	27,8

**APÊNDICE V** – Resultados descritivos da caracterização obstétrica das  
participantes

- Estatística relativa à altura da amostra total
- Estatística relativa à altura no período pré e pós menopausa
- Caracterização da amostra quanto ao número de gestações
- Caracterização da amostra quanto ao número de filhos
- Caracterização da amostra quanto às horas de parto
- Caracterização da amostra quanto às horas que passam sentadas por dia

### Estadística relativa à altura da amostra total

	Total amostra				
	N	Xmin	Xmax	M	Dp
Altura	91	145,00	180,00	160,89	6,632

### Estadística relativa à altura no período pré e pós menopausa

	<= 49anos					>=50anos				
	N	Xmin	Xmax	M	Dp	N	Xmin	Xmax	M	Dp
Altura	55	145,00	178,00	161,35	6,438	36	150,00	180,00	160,19	6,952

### Caracterização da amostra quanto ao número de gestações

Número de gestações	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
0	1	1,8	1	2,8	2	2,2
1	12	21,8	5	13,9	17	18,7
2	28	50,8	19	52,8	47	51,6
3	12	21,8	6	16,7	18	19,8
4	1	1,8	3	8,3	4	4,4
5	0	0,0	2	5,6	2	2,2
6	1	1,8	0	0,0	1	1,1

### Caracterização da amostra quanto ao número de filhos

Número de filhos	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
0 Filhos	1	1,8	1	2,8	2	2,2
1 Filho	13	23,6	7	19,4	20	22,0
2 Filhos	33	60,0	19	52,8	52	57,1
>=3 Filhos	8	14,5	9	25,0	17	18,7

### Caracterização da amostra quanto às horas de parto

	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Horas de Trabalho de Parto no 1º Filho</b>						
<=7 Horas	32	58,2	13	36,1	45	49,5
Entre 8 a 9 horas	10	18,2	7	19,4	17	18,7
>=10 Horas	12	21,8	15	41,7	27	29,7
<b>Horas de Trabalho de Parto no 2º Filho</b>						
<=4 Horas	21	38,2	14	38,9	35	38,5
Entre 5 a 6 horas	10	18,2	7	19,4	17	18,7
>=7 Horas	9	16,4	7	19,4	16	17,6
<b>Horas de Trabalho de Parto no 3º Filho</b>						
<=4 Horas	2	3,6	4	11,1	6	6,6
Entre 5 a 6 horas	2	3,6	4	11,1	6	6,6
>=7 Horas	1	1,8	1	2,8	2	2,2
<b>Horas de Trabalho de Parto no 4º Filho</b>						
<=4 Horas	0	0,0	1	2,8	1	1,1
Entre 5 a 6 horas	0	0,0	1	2,8	1	1,1
>=7 Horas	1	1,8	0	0,0	1	1,1

### Caracterização da amostra quanto às horas que passam sentadas por dia

	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Horas Sentada por Dia</b>						
0-1 Hora	4	7,3	6	16,7	10	11,0
2-4 Horas	24	43,6	20	55,6	44	48,4
5- 8 Horas	21	38,2	6	16,7	27	29,7
9-12 Horas	6	10,9	4	11,1	10	11,00

**APÊNDICE VI** – Resultados descritivos da caracterização ginecológica das participantes

- Caracterização da amostra quanto ao tempo de perda de urina
- Caracterização da amostra quanto aos episódios de Infecções Vaginais/Dermatites
- Caracterização da amostra quanto ao nº de pensos de pensos absorventes nas 24H
- Caracterização da amostra quanto a cirurgia ginecológica
- Caracterização da amostra quanto à frequência de prática dos exercícios de Kegel

### Caracterização da amostra quanto ao tempo de perda de urina

Tempo de perda de urina	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
<=5 Anos	42	76,3	29	80,5	71	78,1
6-10 Anos	8	14,5	2	5,6	10	11,0
>=11 Anos	5	9,1	5	13,9	10	11,0

### Caracterização da amostra quanto aos episódios de Infecções Vaginais/Dermatites

Infecções Vaginais/Dermatites	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
0 Episódios	36	65,5	26	72,2	62	68,1
1 Episódio	5	9,1	4	11,1	9	9,9
2 Episódios	7	12,7	4	11,1	11	12,1
>= 3 Episódios	7	12,7	2	5,6	9	9,9

### Caracterização da amostra quanto ao nº de pensos de pensos absorventes nas 24H

Nº de pensos de pensos absorventes	Amostra Total	
	N	%
1 a 2 Unidades/dia	39	42,9
3 a 4 Unidades/dia	21	23,1
>= 4 Unidades/dia	8	8,8
0 Unidades/dia	23	25,3

### Caracterização da amostra quanto a cirurgia ginecológica

Cirurgia Ginecológica	Amostra Total	
	N	%
Sim	38	41,8
Não	53	58,2

### Caracterização da amostra quanto à frequência de prática dos exercícios de Kegel

	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Prática dos exercícios de Kegel</b>						
<b>Nunca</b>	7	12,7	4	11,1	11	12,1
<b>Várias vezes por dia</b>	3	5,5	3	8,3	6	6,6
<b>1vez por dia</b>	4	7,3	2	5,6	6	6,6
<b>2 a 3 vezes por semana</b>	9	16,4	2	5,6	11	12,1
<b>1 vez por semana</b>	2	3,6	0	0,0	2	2,2
<b>Quinze em quinze dias</b>	1	1,8	0	0,0	1	1,1

**APÊNCE VII** – Resultados descritivos da caracterização dos estilos de vida das participantes

- Caracterização da amostra quanto aos hábitos de exercício físico
- Caracterização da amostra quanto à ingestão de líquidos
- Caracterização da amostra quanto à frequência das dejeções
- Caracterização da amostra quanto aos hábitos tabágicos
- Caracterização da amostra quanto aos hábitos alcoólicos
- Caracterização da amostra quanto às horas de sono
- Caracterização da amostra quanto à toma de medicação

### Caracterização da amostra quanto aos hábitos de exercício físico

	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Hábitos de exercício físico						
Nunca	15	27,3	17	47,2	32	35,2
1 vez por dia	7	12,7	6	16,7	13	14,3
2 a 3 vezes por semana	22	40,0	5	13,9	27	29,7
Esporadicamente	11	19,9	8	22,3	19	20,9

### Caracterização da amostra quanto à ingestão de líquidos

	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ingestão de líquidos						
Nenhuma	0	0,0	2	5,6	2	2,2
Até 1 L por dia	24	43,6	23	63,9	47	51,7
>=1,5L por dia	31	56,3	11	30,5	42	46,7

### Caracterização da amostra quanto à frequência das dejeções

	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Frequência das dejeções						
Diariamente	38	69,1	19	52,8	57	62,6
De 2 em 2 dias ou mais	17	30,9	17	47,2	34	37,4

### Caracterização da amostra quanto aos hábitos tabágicos

	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Hábitos tabágicos						
Sim	9	16,4	3	8,3	12	13,2
Não	46	83,6	33	91,7	79	86,8

### Caracterização da amostra quanto aos hábitos alcoólicos

Hábitos alcoólicos	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	19	34,5	12	33,3	31	34,1
Não	36	65,5	24	66,7	60	65,9

### Caracterização da amostra quanto às horas de sono

Horas de sono	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
<= 6 Horas	12	21,8	11	30,6	23	25,3
7 a 8 Horas	40	72,7	21	58,3	61	67,0
>= 9Horas	3	5,5	4	11,1	7	7,7

### Caracterização da amostra quanto à toma de medicação

Toma de medicação	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	25	45,5	32	88,9	57	62,6
Não	30	54,5	4	11,1	34	37,4

**APÊNDICE VIII** – Resultados descritivos da caracterização do impacto da  
incontinência urinária – ICIQ-SF *Short Form*

- Caracterização da amostra quanto à frequência de perda de urina
- Caracterização da amostra quanto à quantidade de urina que perde
- Situação em que perde urina

### Caracterização da amostra quanto à frequência de perda de urina

Frequência de perda de urina	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Nunca	1	1,8	2	5,6	3	3,3
1 vez por semana	4	7,3	4	11,1	8	8,8
2 a 3 vezes por semana	4	7,3	1	2,8	5	5,5
Um vez por dia	7	12,7	2	5,6	9	9,9
Diversas vezes por dia	31	56,4	22	61,1	53	58,2
Constantemente	8	14,5	5	13,9	13	14,3

### Caracterização da amostra quanto à quantidade de urina que perde

Frequência de perda de urina	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Nenhuma	1	1,8	3	8,3	4	4,4
Pequena quantidade	37	67,3	13	36,1	50	54,9
Moderada quantidade	12	21,8	17	47,2	29	31,9
Grande quantidade	5	9,1	3	8,3	8	8,8

### Situação em que perde urina

Situação em que perde urina	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Nunca	1	0,8	1	1,5	2	1,1
Antes de chegar à casa de banho	18	14,9	12	17,9	30	15,8
Quando tusso ou espirro	47	38,8	27	40,3	74	38,9
Quando estou a dormir	2	1,7	3	4,5	5	2,6
Quando estou a fazer atividade física	37	30,6	12	17,9	49	25,8
Quando terminei de urinar e estou a vestir-me	9	7,4	7	10,4	17	8,9
Perco sem razão óbvia	3	2,5	2	3,0	7	3,7
Perco constantemente	4	3,3	3	4,5	6	3,2

**APÊNDICE IX** – Resultados descritivos das dimensões de avaliação da qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária (CONTILIFE®)

- Caracterização da Dimensão Atividades Quotidianas
- Caracterização da Dimensão Situações de Esforço
- Caracterização da Dimensão Auto-Imagem
- Caracterização da Dimensão Impacto Emocional
- Caracterização da Dimensão Sexualidade
- Caracterização da Dimensão Qualidade de Vida

## Caracterização da Dimensão Atividades Quotidianas

	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N=55	%	N=36	%	N=91	%
<b>As perdas de urina incomodaram-na quando estava fora de casa</b>						
Não	3	5,5	5	13,9	8	8,8
Pouco	7	12,7	8	22,2	15	16,5
Moderadamente	21	38,2	11	30,6	32	35,2
Muito	13	23,6	11	30,6	24	26,4
Muitíssimo	11	20,0	1	2,8	12	13,2
<b>As perdas de urina incomodaram-na enquanto conduzia ou viajava de carro</b>						
Não	26	47,3	19	52,8	26	28,6
Pouco	10	18,2	6	16,7	16	17,6
Moderadamente	8	14,5	8	22,2	16	17,6
Muito	9	16,4	2	5,6	11	12,1
Muitíssimo	2	3,6	1	2,8	3	3,3
<b>As perdas de urina incomodaram-na quando subia ou descia escadas</b>						
Não	12	21,8	13	36,1	25	27,5
Pouco	13	23,6	8	22,2	21	23,1
Moderadamente	17	30,9	8	22,2	25	27,5
Muito	9	16,4	6	16,7	15	16,5
Muitíssimo	4	7,3	1	2,8	5	5,5
<b>As perdas de urina incomodaram-na ao fazer compras ou outras actividades semelhantes</b>						
Não	8	14,5	11	30,6	19	20,9
Pouco	13	23,6	6	16,7	19	20,9
Moderadamente	13	23,6	10	27,8	23	25,3
Muito	15	27,3	9	25,0	24	26,4
Muitíssimo	6	10,9	0	0	6	6,6
<b>As perdas de urina incomodaram-na quando esperava numa fila (exemplo: autocarro, cinema ou supermercado)</b>						
Não	21	38,2	15	41,7	36	39,6
Pouco	9	16,4	5	13,9	14	15,4
Moderadamente	11	20,0	7	19,4	18	19,8
Muito	8	14,5	6	16,7	14	15,4
Muitíssimo	6	10,9	3	8,3	9	9,9
<b>Com que frequência teve de interromper o seu trabalho ou as suas atividades</b>						
Nunca	11	20,0	8	22,2	19	20,9
Raramente	10	18,2	12	33,3	22	24,2
Por vezes	21	38,2	12	33,3	33	36,3
Frequentemente	11	20,0	4	11,1	15	16,5
Sempre	2	3,6	0	0	2	2,2
<b>Com que frequência acordou urinada</b>						
Nunca	31	56,4	16	44,4	47	51,6
Raramente	12	21,8	8	22,2	20	22,0
Por vezes	9	16,4	10	27,8	19	20,9
Frequentemente	2	3,6	0	0,0	2	2,2
Sempre	1	1,8	2	5,6	3	3,3

## Caracterização da Dimensão Situações de Esforço

	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N=55	%	N=36	%	N=91	%
<b>As perdas de urina incomodaram-na ao levantar ou transportar algo pesado?</b>						
Não	4	7,3	7	19,4	11	12,1
Pouco	8	14,5	2	5,6	10	11,0
Moderadamente	17	30,9	7	19,4	24	26,4
Muito	19	34,5	13	36,1	32	35,2
Muitíssimo	7	12,7	7	19,4	14	15,4
<b>As perdas de urina incomodaram-na ao praticar desporto (ex: caminhadas, dança, ginástica)?</b>						
Não	8	14,6	17	47,2	25	27,5
Pouco	5	9,1	3	8,3	8	8,8
Moderadamente	12	21,8	6	16,7	18	19,8
Muito	20	36,4	8	22,2	28	30,8
Muitíssimo	10	18,2	2	5,6	12	13,2
<b>As perdas de urina incomodaram-na quando se assoou, espirrou ou tossiu?</b>						
Não	1	1,8	4	11,1	5	5,5
Pouco	5	9,1	1	2,8	6	6,6
Moderadamente	12	21,8	14	38,9	26	28,6
Muito	20	36,4	9	25,0	29	31,9
Muitíssimo	17	30,9	8	22,2	25	27,5
<b>As perdas de urina incomodaram-na rir?</b>						
Não	7	12,7	9	25,0	16	17,6
Pouco	6	10,9	5	13,9	11	12,1
Moderadamente	18	32,7	9	25,0	27	29,7
Muito	14	25,5	9	25,0	23	25,3
Muitíssimo	10	18,2	4	11,1	14	15,4

## Caracterização da Dimensão Auto-Imagem

	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N = 55	%	N = 36	%	N = 91	%
<b>Devido às perdas de urina, com que frequência se sentiu menos atraente?</b>						
Nunca	19	36,5	11	30,6	30	33,0
Raramente	9	15,4	8	22,2	17	18,7
Por vezes	21	38,5	10	27,8	31	34,1
Frequentemente	6	9,6	7	19,4	13	14,3
Sempre	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Devido às perdas de urina, com que frequência teve receio de "cheirar mal"?</b>						
Nunca	4	7,3	8	22,2	12	13,2
Raramente	4	7,3	6	16,7	10	11,0
Por vezes	22	40,0	7	19,4	29	31,9
Frequentemente	13	23,6	7	19,4	20	22,0
Sempre	12	21,8	8	22,2	20	22,0
<b>Devido às perdas de urina, com que frequência teve receio de que alguém se apercebesse da sua condição?</b>						
Nunca	3	5,5	6	16,7	9	9,9
Raramente	7	12,7	8	22,2	15	16,5
Por vezes	26	47,3	7	19,4	33	36,3
Frequentemente	8	14,5	5	13,9	13	14,3
Sempre	11	20,0	10	27,8	21	23,1

<b>Devido às perdas de urina, com que frequência teve receio de manchar algo na casa de outros ou no trabalho?</b>						
Nunca	10	18,2	11	30,6	21	23,1
Raramente	7	12,7	4	11,1	11	12,1
Por vezes	17	30,9	9	25,0	26	28,6
Frequentemente	11	20,0	7	19,4	18	19,8
Sempre	10	18,2	5	13,9	15	16,5
<b>Devido às perdas de urina, com que frequência teve de mudar de roupa?</b>						
Nunca	8	14,5	7	19,4	15	16,5
Raramente	14	25,5	5	13,9	19	20,9
Por vezes	21	38,2	13	36,1	34	37,4
Frequentemente	7	12,7	7	19,4	14	15,4
Sempre	5	9,1	4	11,1	9	9,9
<b>Apesar das perdas de urina, com que frequência se sentiu bem consigo mesma?</b>						
Nunca	4	7,3	5	13,9	9	9,9
Raramente	13	23,6	12	33,3	25	27,5
Por vezes	23	41,8	9	25,0	32	35,2
Frequentemente	12	21,8	8	22,2	20	22,0
Sempre	3	5,5	2	5,6	5	5,5
<b>Devido às perdas de urina sentiu-se incomodada por ter de utilizar proteções (Pensos)?</b>						
Não	3	5,4	9	25,0	12	13,2
Pouco	12	21,8	7	19,4	19	20,9
Moderadamente	12	21,8	5	13,9	17	18,7
Muito	23	41,8	11	30,6	34	37,4
Muitíssimo	5	9,1	4	11,1	9	9,9

### Caracterização da Dimensão Impacto Emocional

	<= 49anos		>=50anos		Total	
	N =	%	N =	%	N =	%
<b>Devido às perdas de urina, com que frequência se sentiu desmotivada?</b>	<b>55</b>		<b>36</b>		<b>91</b>	
Nunca	6	10,9	7	19,4	13	14,3
Raramente	9	16,4	5	13,9	14	15,4
Por vezes	21	38,2	11	30,6	32	35,2
Frequentemente	17	30,9	9	25,0	26	28,6
Sempre	2	3,6	4	11,1	6	6,6
<b>Devido às perdas de urina, com que frequência perdeu a paciência?</b>						
Nunca	7	12,7	10	27,8	17	18,7
Raramente	11	20,0	3	8,3	14	15,4
Por vezes	20	36,4	16	44,4	36	39,6
Frequentemente	15	27,3	5	13,9	20	22,0
Sempre	2	3,6	2	5,6	4	4,4
<b>Devido às perdas de urina, com que frequência se sentiu preocupada?</b>						
Nunca	2	3,6	3	8,3	5	5,5
Raramente	5	9,1	3	8,3	8	8,8
Por vezes	18	32,7	16	44,4	34	37,4
Frequentemente	23	41,8	4	11,1	27	29,7
Sempre	7	12,7	10	27,8	17	18,7
<b>Devido às perdas de urina, com que frequência teve a sensação de não conseguir controlar as suas reações?</b>						
Nunca	7	12,7	5	13,9	12	13,2
Raramente	6	10,9	7	19,4	13	14,3
Por vezes	18	32,7	16	44,4	34	37,4
Frequentemente	17	30,9	4	11,1	21	23,1
Sempre	7	12,7	4	11,1	11	12,1

<b>Apesar das perdas de urina, com que frequência os seus problemas urinários constituíram uma obsessão ou pavor para si?</b>						
Nunca	11	20,0	3	8,3	14	15,4
Raramente	9	16,4	8	22,2	17	18,7
Por vezes	17	30,9	17	47,2	34	37,4
Frequentemente	10	18,2	4	11,1	14	15,4
Sempre	8	14,5	4	11,1	12	13,2
<b>Devido às perdas de urina, com que frequência teve de programar levar proteções (pensos) antes de sair de casa?</b>						
Nunca	3	5,5	5	13,9	8	8,8
Raramente	2	3,6	5	13,9	7	7,7
Por vezes	15	27,3	9	25,0	24	26,4
Frequentemente	15	27,3	8	22,2	23	25,3
Sempre	20	36,4	9	25,0	29	31,9

### Caracterização da Dimensão Sexualidade

	<b>&lt;= 49anos</b>		<b>&gt;=50anos</b>		<b>Total</b>	
<b>Devido às suas perdas de urina, sentiu-se ansiosa com a ideia de ter relações sexuais?</b>	<b>N = 55</b>	<b>%</b>	<b>N = 36</b>	<b>%</b>	<b>N = 91</b>	<b>%</b>
Não	17	30,9	18	50,0	35	38,5
Pouco	15	27,3	6	16,7	21	23,1
Moderadamente	11	20,0	1	2,8	12	13,2
Muito	9	16,4	7	19,4	16	17,6
Muitíssimo	3	5,5	4	11,1	7	7,7
<b>Devido às suas perdas de urina, alterou o seu comportamento sexual?</b>						
Não	28	50,9	20	55,6	48	52,7
Pouco	7	12,7	4	11,1	11	12,1
Moderadamente	5	9,1	2	5,6	7	7,7
Muito	10	18,2	4	11,1	14	15,4
Muitíssimo	5	9,1	6	16,7	11	12,1
<b>Devido às suas perdas de urina, recebeu ter perdas durante as relações sexuais?</b>						
Não	15	27,3	19	52,8	34	37,4
Pouco	14	25,5	2	5,8	16	17,6
Moderadamente	6	10,9	1	2,8	7	7,7
Muito	13	23,6	7	19,4	20	22,0
Muitíssimo	7	12,7	7	19,4	14	15,4

### Caracterização da Dimensão Qualidade de Vida

	<b>&lt;= 49anos</b>		<b>&gt;=50anos</b>		<b>Total</b>	
<b>Tendo em conta as suas perdas de urina, como avalia atualmente a sua Qualidade de Vida?</b>	<b>N = 55</b>	<b>%</b>	<b>N = 36</b>	<b>%</b>	<b>N = 91</b>	<b>%</b>
Má	4	7,3	7	19,4	11	12,1
Fraca	15	27,3	6	16,7	21	23,1
Moderada	29	52,7	16	44,4	45	49,5
Boa	5	9,1	7	19,4	12	13,2
Excelente	2	3,6	0	0,0	2	2,2

**APÊNDICE X – Resultados da Análise Inferencial - Qual a influência das variáveis sociodemográficas, em estudo, na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária no período pré e pós-menopausa?**

- Síntese dos resultados da aplicação do teste Coeficiente de Correlação de Pearson entre a V.I.: Idade (n=91) e a V.D.: Qualidade de Vida
- Síntese dos resultados da aplicação do Teste ANOVA entre a V.I.: Estado Civil e a V.D.: Qualidade de Vida
- Síntese dos resultados da aplicação do Teste ANOVA entre a V.I.: Situação Profissional e a V.D.: Qualidade de Vida
- Síntese dos resultados da aplicação do Teste ANOVA entre a V.I.: Nível de Escolaridade e a V.D.: Qualidade de Vida
- Síntese dos resultados da aplicação do Teste ANOVA entre a V.I.: Área de Residência e a V.D.: Qualidade de Vida

**Síntese dos resultados da aplicação do teste Coeficiente de Correlação de Pearson entre a V.I.: Idade (n=91) e a V.D.: Qualidade de Vida**

Escalas	Idade	
	R	p
Dimensão “Atividades Quotidianas”	0,114	0,281
Dimensão “Situações de Esforço”	0,169	0,109
Dimensão “Auto-Imagem”	0,094	0,375
Dimensão “Impacto Emocional”	0,129	0,222
Dimensão “Sexualidade”	0,034	0,743
Dimensão “QdV em Geral”	1,23	0,245
<b>CONTILIFE® Total</b>	0,123	0,246

**Síntese dos resultados da aplicação do Teste ANOVA entre a V.I.: Estado Civil e a V.D.: Qualidade de Vida**

Escalas	Estado Civil	N	M	Dp	F	p
Dimensão “Atividades Quotidianas”	Solteira/divorciada	6	7,44	2,384	4,075	,003
	Casada/união de facto	82	6,38	2,269		
	Viúva	3	5,11	2,152		
Dimensão “Situações de Esforço”	Solteira/divorciada	6	5,83	2,457	,937	,464
	Casada/união de facto	82	4,44	2,472		
	Viúva	3	1,45	1,572		
Dimensão “Auto-Imagem”	Solteira/divorciada	6	6,07	2,443	,886	,497
	Casada/união de facto	82	5,15	2,145		
	Viúva	3	4,28	2,172		
Dimensão “Impacto Emocional”	Solteira/divorciada	6	5,48	2,318	2,066	,083
	Casada/união de facto	82	4,55	2,187		
	Viúva	3	3,75	1,502		
Dimensão “Sexualidade”	Solteira/divorciada	6	5,83	4,409	1,356	,255
	Casada/união de facto	82	6,45	3,338		
	Viúva	3	10,00	,000		
Dimensão “QdV em Geral”	Solteira/divorciada	6	3,00	,632	,386	,856
	Casada/união de facto	82	3,29	,936		
	Viúva	3	4,00	1,000		
<b>CONTILIFE® Total</b>	Solteira/divorciada	6	6,09	2,311	1,740	,140
	Casada/união de facto	82	5,28	1,961		
	Viúva	3	4,54	,649		

**Síntese dos resultados da aplicação do Teste ANOVA entre a V.I.: Situação Profissional e a V.D.: Qualidade de Vida**

Escalas	Situação Profissional	N	M	Dp	F	p
Dimensão “Atividades Quotidianas”	Empregada	66	6,37	2,273	,084	,919
	Desempregada	19	6,57	2,093		
	Reformada	6	6,19	3,175		
Dimensão “Situações de Esforço”	Empregada	66	4,38	2,541	,371	,691
	Desempregada	19	4,80	2,320		
	Reformada	6	3,85	3,072		
Dimensão “Auto-Imagem”	Empregada	66	5,15	2,119	,241	,786
	Desempregada	19	5,43	2,343		
	Reformada	6	4,76	2,277		
Dimensão “Impacto Emocional”	Empregada	66	4,55	2,089	,107	,899
	Desempregada	19	4,78	2,478		
	Reformada	6	4,37	2,468		
Dimensão “Sexualidade”	Empregada	66	6,72	3,280	,642	,529
	Desempregada	19	6,31	3,158		
	Reformada	6	5,13	5,333		
Dimensão “QdV em Geral”	Empregada	66	3,18	,892	3,522	<b>,034</b>
	Desempregada	19	3,42	,768		
	Reformada	6	4,16	1,329		
CONTILIFE® Total	Empregada	66	5,36	1,946	,273	,762
	Desempregada	19	5,53	1,784		
	Reformada	6	4,85	2,702		

**Síntese dos resultados da aplicação do Teste ANOVA entre a V.I.: Nível de Escolaridade e a V.D.: Qualidade de Vida**

Escalas	Nível de Escolaridade	N	M	Dp	F	p
Dimensão “Atividades Quotidianas”	1º Ciclo	18	,456	1,096	0,238	0,945
	2º Ciclo	6	-,456	1,096		
	3º Ciclo	16	-,791	,799		
	Ensino Secundário (12ºAno)	35	-,277	,674		
	Ensino Profissional	3	-,058	,846		
	Ensino Superior	13	-,396	1,450		

<b>Dimensão “Situações de Esforço”</b>	1º Ciclo	18	1,527	1,187	0,922	0,471
	2º Ciclo	6	-1,527	1,187		
	3º Ciclo	16	-1,605	,865		
	Ensino Secundário (12ºAno)	35	-,724	,730		
	Ensino profissional	3	-,069	1,571		
	Ensino Superior	13	-1,239	,917		
<b>Dimensão “Auto-Imagem”</b>	1º Ciclo	18	1,924	1,011	1,210	0,311
	2º Ciclo	6	,338	,647		
	3º Ciclo	16	-,689	,737		
	Ensino Secundário (12ºAno)	35	-,351	,622		
	Ensino Profissional	3	1,349	1,33		
	Ensino Superior	13	-,198	,781		
<b>Dimensão “Impacto Emocional”</b>	1º Ciclo	18	,833	1,039	0,064	0,769
	2º Ciclo	6	-,833	1,039		
	3º Ciclo	16	-,486	,757		
	Ensino Secundário (12ºAno)	35	-,007	,639		
	Ensino Profissional	3	-,069	1,375		
	Ensino Superior	13	,603	,802		
<b>Dimensão “Sexualidade”</b>	1º Ciclo	18	1,851	1,596	1,124	0,354
	2º Ciclo	6	-1,432	1,496		
	3º Ciclo	16	-2,407	1,163		
	Ensino Secundário (12ºAno)	35	-,419	,982		
	Ensino Profissional	3	-1,018	2,112		
	Ensino Superior	13	-,933	1,232		
<b>Dimensão “QdV em Geral”</b>	1º Ciclo	18	-,222	,442	0,510	0,768
	2º Ciclo	6	,438	,414		
	3º Ciclo	16	,479	,448		
	Ensino Secundário (12ºAno)	35	-,215	,271		
	Ensino Profissional	3	,512	,600		
	Ensino Superior	13	-,290	,341		
<b>CONTILIFE® Total</b>	1º Ciclo	18	1,210	,927	0,679	0,640
	2º Ciclo	6	,271	,941		
	3º Ciclo	16	-,938	,676		
	Ensino Secundário (12ºAno)	35	-,290	,570		
	Ensino Profissional	3	,084	1,227		
	Ensino Superior	13	-,185	,716		

**Síntese dos resultados da aplicação do Teste ANOVA entre a V.I.: Área de Residência e a V.D.: Qualidade de Vida**

<b>Escalas</b>	<b>Área de Residência</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>Dp</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Dimensão “Atividades Quotidianas”</b>	Aldeia	38	6,38	2,138	1,084	,343
	Vila	28	5,99	2,315		
	Cidade	25	6,91	2,424		
<b>Dimensão “Situações de Esforço”</b>	Aldeia	38	4,17	2,339	1,733	,183
	Vila	28	4,08	2,745		
	Cidade	25	5,22	2,426		
<b>Dimensão “Auto-Imagem”</b>	Aldeia	38	5,02	2,245	,319	,728
	Vila	28	5,15	1,952		
	Cidade	25	5,47	2,297		
<b>Dimensão “Impacto Emocional”</b>	Aldeia	38	4,40	2,322	,934	,397
	Vila	28	4,39	1,994		
	Cidade	25	5,10	2,142		
<b>Dimensão “Sexualidade”</b>	Aldeia	38	6,73	3,261	,636	,532
	Vila	28	5,93	3,483		
	Cidade	25	6,90	3,556		
<b>Dimensão “QdV em Geral”</b>	Aldeia	38	3,39	,823	,959	,387
	Vila	28	3,35	1,129		
	Cidade	25	3,08	,812		
<b>CONTILIFE® Total</b>	Aldeia	38	5,20	1,854	1,205	,305
	Vila	28	5,01	1,950		
	Cidade	25	5,81	2,095		

**APÊNDICE XI – Resultados da Análise Inferencial - Qual a influência das variáveis obstétricas, em estudo, na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária no período pré e pós-menopausa?**

- Síntese dos resultados da aplicação do teste Coeficiente de Correlação de Pearson entre a V.I.: Peso das Participantes (n=91) e a V.D.: Qualidade de Vida
- Síntese dos resultados da aplicação do Teste ANOVA entre a V.I.: Índice de Massa Corporal e a V.D.: Qualidade de Vida
- Síntese dos resultados da aplicação do Teste ANOVA entre a V.I.: Paridade e a V.D.: Qualidade de Vida
- Síntese dos resultados da aplicação do Teste ANOVA entre a V.I.: Tipo de Parto e a V.D.: Qualidade de Vida
- Síntese dos resultados da aplicação o Coeficiente de Correlação de Pearson entre a V.I.: Horas Trabalho de Parto no 1º Filho (n=89) e a V.D.: Qualidade de Vida
- Resultados da aplicação do Teste t de *Student* para grupos independentes V.I.: Lesões Pélvicas e a V.D.: Qualidade de Vida
- Resultados da aplicação do Teste t de *Student* para grupos independentes V.I.: Peso do Recém-Nascido e a V.D.: Qualidade de Vida
- Síntese dos resultados da aplicação do Teste ANOVA entre a V.I.: Horas Sentada por Dia e a V.D.: Qualidade de Vida

**Síntese dos resultados da aplicação do teste Coeficiente de Correlação de Pearson entre a V.I.: Peso das Participantes (n=91) e a V.D.: Qualidade de Vida**

Escalas	Peso das participantes	
	r	p
Dimensão “Atividades Quotidianas”	,066	,533
Dimensão “Situações de Esforço”	,152	,151
Dimensão “Auto-Imagem”	-,062	,557
Dimensão “Impacto Emocional”	-,026	,619
Dimensão “Sexualidade”	-,026	,804
Dimensão “QdV em Geral”	-,001	,992
CONTILIFE® Total	,037	,729

**Síntese dos resultados da aplicação do Teste ANOVA entre a V.I.: Índice de Massa Corporal e a V.D.: Qualidade de Vida**

Escalas	IMC	N	M	Dp	F	p
Dimensão “Atividades Quotidianas”	Normal	24	-,121	,588	,650	,585
	Pré-Obeso	41	,763	1,559		
	Obeso Grau I	20	-,235	,693		
	Obeso Grau II	6	1,588	1,150		
Dimensão “Situações de Esforço”	Normal	24	-,714	,647	,843	,474
	Pré-Obeso	41	-,338	,647		
	Obeso Grau I	20	,828	,763		
	Obeso Grau II	6	-,491	,801		
Dimensão “Auto-Imagem”	Normal	24	-,169	,559	,515	,673
	Pré-Obeso	41	,163	,559		
	Obeso Grau I	20	-,497	,658		
	Obeso Grau II	6	,461	,993		
Dimensão “Impacto Emocional”	Normal	41	,435	,563	,497	,685
	Pré-Obeso	41	,052	1,001		
	Obeso Grau I	20	-,435	,563		
	Obeso Grau II	6	-,735	,664		
Dimensão “Sexualidade”	Normal	24	-,291	,424	,456	,714
	Pré-Obeso	41	-,144	,881		
	Obeso Grau I	20	-,708	1,038		
	Obeso Grau II	6	,937	1,565		

<b>Dimensão “QdV em Geral”</b>	Normal	24	,287	,239	,613	,609
	Pré-Obeso	41	,058	,281		
	Obeso Grau I	20	-,058	,281		
	Obeso Grau II	6	,291	,424		
<b>CONTILIFE® Total</b>	Normal	24	-,121	,505	,513	,675
	Pré-Obeso	41	,121	,505		
	Obeso Grau I	20	-,297	,595		
	Obeso Grau II	6	,788	,897		

**Síntese dos resultados da aplicação do Teste ANOVA entre a V.I.: Paridade e a V.D.: Qualidade de Vida**

<b>Escalas</b>	<b>Paridade</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>Dp</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Dimensão “Atividades Quotidianas”</b>	Nulípara	2	8,92	1,010	,958	,416
	Primípara	20	6,33	2,471		
	Múltipara	67	6,32	2,244		
	Grande múltipara	2	7,32	1,262		
<b>Dimensão “Situações de Esforço”</b>	Nulípara	2	6,56	2,209	,912	,439
	Primípara	20	3,87	2,956		
	Múltipara	67	4,56	2,391		
	Grande múltipara	2	3,75	2,209		
<b>Dimensão “Auto-Imagem”</b>	Nulípara	2	6,25	2,272	,682	,565
	Primípara	20	5,01	2,144		
	Múltipara	67	5,26	2,191		
	Grande múltipara	2	3,39	,252		
<b>Dimensão “Impacto Emocional”</b>	Nulípara	2	5,6250	2,062	,214	,886
	Primípara	20	4,7333	2,058		
	Múltipara	67	4,5336	2,252		
	Grande múltipara	2	4,1667	1,767		
<b>Dimensão “Sexualidade”</b>	Nulípara	2	6,2500	5,303	,065	,978
	Primípara	20	6,2708	3,745		
	Múltipara	67	6,6294	3,347		
	Grande múltipara	2	6,2500	1,767		
<b>Dimensão “QdV em Geral”</b>	Nulípara	2	2,50	,707	,606	,613
	Primípara	20	3,40	,882		
	Múltipara	67	3,28	,950		
	Grande múltipara	2	3,50	,707		
<b>CONTILIFE® Total</b>	Nulípara	2	6,83	2,209	,444	,722
	Primípara	20	5,21	2,059		
	Múltipara	67	5,38	1,949		
	Grande múltipara	2	4,91	,883		

**Síntese dos resultados da aplicação do Teste ANOVA entre a V.I.: Tipo de Parto e a V.D.: Qualidade de Vida**

Escalas	Tipo de Parto	N	M	Dp	F	p
<b>Dimensão “Atividades Quotidianas”</b>	Eutócico	70	6,5204	2,216	3,053	,052
	Distócico fórceps e ventosa	11	6,6234	2,121		
	Distócico cesariana	8	4,5089	2,337		
<b>Dimensão “Situações de Esforço”</b>	Eutócico	70	4,5714	2,570	3,635	<b>,031</b>
	Distócico fórceps e ventosa	11	4,8295	1,938		
	Distócico cesariana	8	2,1875	1,602		
<b>Dimensão “Auto-Imagem”</b>	Eutócico	70	5,3520	2,245	2,652	,076
	Distócico fórceps e ventosa	11	5,1623	1,320		
	Distócico cesariana	8	3,5268	1,795		
<b>Dimensão “Impacto Emocional”</b>	Eutócico	70	4,7333	2,248	2,133	,125
	Distócico fórceps e ventosa	11	4,6212	1,530		
	Distócico cesariana	8	3,0729	1,978		
<b>Dimensão “Sexualidade”</b>	Eutócico	70	6,6369	3,450	,133	,875
	Distócico fórceps e ventosa	11	6,1364	3,768		
	Distócico cesariana	8	6,2500	2,519		
<b>Dimensão “QdV em Geral”</b>	Eutócico	70	3,3000	,983	,568	,569
	Distócico fórceps e ventosa	11	3,1818	,404		
	Distócico cesariana	8	3,6250	,916		
<b>CONTILIFE® Total</b>	Eutócico	70	5,4972	1,964	2,970	,057
	Distócico fórceps e ventosa	11	5,4464	1,605		
	Distócico cesariana	8	3,7723	1,662		

**Síntese dos resultados da aplicação o Coeficiente de Correlação de Pearson entre a V.I.: Horas Trabalho de Parto no 1º Filho (n=89) e a V.D.: Qualidade de Vida**

Escala	Horas Trabalho de Parto no 1º Filho	
	r	p
Dimensão "Atividades Quotidianas"	,186	,089
Dimensão "Situações de Esforço"	,115	,296
Dimensão "Auto-Imagem"	-,025	,817
Dimensão "Impacto Emocional"	,044	,690
Dimensão "Sexualidade"	,075	,493
Dimensão "QdV em Geral"	-,036	,743
<b>CONTILIFE® Total</b>	,094	,394

**Resultados da aplicação do Teste t de Student para grupos independentes V.I.: Lesões Pélvicas e a V.D.: Qualidade de Vida**

Escala	Lesões Pélvicas	N	M	Dp	t	p
Dimensão "Atividades Quotidianas"	Sim	62	6,6763	2,21066	,030	,862
	Não	27	5,6085	2,25837		
Dimensão "Situações de Esforço"	Sim	62	4,5363	2,47926	,041	,840
	Não	27	4,0509	2,59652		
Dimensão "Auto-Imagem"	Sim	62	5,2823	2,06548	1,474	,228
	Não	27	4,8942	2,39131		
Dimensão "Impacto Emocional"	Sim	62	4,7177	1,98723	4,110	,046
	Não	27	4,2315	2,58791		
Dimensão "Sexualidade"	Sim	62	6,5860	3,49574	,970	,327
	Não	27	6,4352	3,19491		
Dimensão "QdV em Geral"	Sim	62	3,2581	,86717	2,288	,134
	Não	27	3,4444	1,05003		
<b>CONTILIFE® Total</b>	Sim	62	5,5098	1,85079	1,004	,319
	Não	27	4,9364	2,12921		

**Resultados da aplicação do Teste t de Student para grupos independentes V.I.:  
Peso do Recém-Nascido e a V.D.: Qualidade de Vida**

Escalas	Peso do Recém-Nascido	N	M	Dp	t	p
Domínio "Atividades Quotidianas"	>= ou igual a 4 kilos	18	6,8056	2,09496	,096	,757
	< a 4 kilos	71	6,2374	2,30811		
Domínio "Situações de Esforço"	>= ou igual a 4 kilos	18	4,0625	2,29139	,160	,690
	< a 4 kilos	71	4,4718	2,57184		
Domínio "Auto-Imagem"	>= ou igual a 4 kilos	18	4,7024	2,05072	,001	,970
	< a 4 kilos	71	5,2817	2,18906		
Domínio "Impacto Emocional"	>= ou igual a 4 kilos	18	4,3750	2,12579	,436	,511
	< a 4 kilos	71	4,6197	2,20968		
Domínio "Sexualidade"	>= ou igual a 4 kilos	18	6,9444	2,47537	11,028	<b>,001</b>
	< a 4 kilos	71	6,4378	3,59245		
Domínio "QdV em Geral"	>= ou igual a 4 kilos	18	3,4444	,92178	,056	,814
	< a 4 kilos	71	3,2817	,92864		
CONTILIFE® Total	>= ou igual a 4 kilos	18	5,2778	1,70838	,689	,409
	< a 4 kilos	71	5,3506	2,01180		

**Síntese dos resultados da aplicação do Teste ANOVA entre a V.I.: Horas Sentada por Dia e a V.D.: Qualidade de Vida**

Escalas	Horas Sentada por Dia	N	M	Dp	F	p
Dimensão "Atividades Quotidianas"	0-1 hora	10	6,00	1,932	,288	,834
	2-4 horas	44	6,31	2,183		
	5-8 horas	27	6,54	2,519		
	9-12 horas	10	6,85	2,535		
Dimensão "Situações de Esforço"	0-1 hora	10	4,43	2,008	,295	,829
	2-4 horas	44	4,65	2,537		
	5-8 horas	27	4,07	2,490		
	9-12 horas	10	4,43	3,138		
Dimensão "Auto-Imagem"	0-1 hora	10	4,14	1,906	1,030	,384
	2-4 horas	44	5,21	2,161		
	5-8 horas	27	5,34	2,026		
	9-12 horas	10	5,71	2,677		

<b>Dimensão "Impacto Emocional"</b>	0-1 hora	10	3,95	1,261	,643	,590
	2-4 horas	44	4,67	2,257		
	5-8 horas	27	4,44	2,272		
	9-12 horas	10	5,25	2,333		
<b>Dimensão "Sexualidade"</b>	0-1 hora	10	4,91	3,501	1,605	,194
	2-4 horas	44	6,38	3,493		
	5-8 horas	27	7,51	2,956		
	9-12 horas	10	6,16	3,689		
<b>Dimensão "QdV em Geral"</b>	0-1 hora	10	3,30	,823	,105	,957
	2-4 horas	44	3,31	,958		
	5-8 horas	27	3,22	,933		
	9-12 horas	10	3,40	,966		
<b>CONTILIFE® Total</b>	0-1 hora	10	4,65	1,497	,461	,710
	2-4 horas	44	5,34	1,913		
	5-8 horas	27	5,42	2,046		
	9-12 horas	10	5,57	2,418		

**APÊNDICE XII – Resultados da Análise Inferencial - Qual a influência das variáveis ginecológicas, em estudo, na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária no período pré e pós-menopausa?**

- Síntese dos resultados da aplicação do teste Coeficiente de Correlação de Pearson entre a V.I.: Anos de Perda de Urina (n=91) e a V.D.: Qualidade de Vida
- Resultados da aplicação do Teste t de *Student* para grupos independentes entre a V.I.: Primeira Instância Saúde a que recorreu e a V.D.: Qualidade de Vida
- Síntese dos resultados da aplicação do Teste ANOVA entre a V.I.: Tempo que Levou a Recorrer aos Serviços de Saúde e a V.D.: Qualidade de Vida
- Resultados da aplicação do Teste t de *Student* para grupos independentes para a V.I.: Infecções Vaginais e a V.D.: Qualidade de Vida
- Resultados da aplicação do Teste t de *Student* para grupos independentes para V.I.: Uso de Pensos Absorventes e a V.D.: Qualidade de Vida
- Síntese dos resultados da aplicação do Teste ANOVA entre a V.I.: Início da Perda de Urina em Algum Momento da Vida e a V.D.: Qualidade de Vida
- Síntese dos resultados da aplicação do Teste ANOVA entre a V.I.: Exercício de Kegel e a V.D.: Qualidade de Vida
- Síntese dos resultados da aplicação do Teste ANOVA entre a V.I.: Carregar Pesos Superiores a 3Kg e a V.D.: Qualidade de Vida

**Síntese dos resultados da aplicação do teste Coeficiente de Correlação de Pearson entre a V.I.: Anos de Perda de Urina (n=91) e a V.D.: Qualidade de Vida**

Escala	Anos de perda de Urina	
	r	p
Dimensão "Atividades Quotidianas"	-,256	,014
Dimensão "Situação de Esforço"	-,281	,007
Dimensão "Auto-Imagem"	-,219	,037
Dimensão "Impacto Emocional"	-,210	,046
Dimensão "Sexualidade"	-,124	,241
Dimensão "QdV em Geral"	,321	,002
<b>CONTILIFE® Total</b>	-,275	,008

**Resultados da aplicação do Teste t de Student para grupos independentes entre a V.I.: Primeira Instância Saúde a que recorreu e a V.D.: Qualidade de Vida**

Escala	Grupos	N	M	Dp	t	p
Dimensão "Atividades Quotidianas"	Médico de família	57	6,3659	2,25990	,232	,631
	Médico ginecologista	34	6,4811	2,33472		
Dimensão "Situação de Esforço"	Médico de família	57	4,4189	2,68786	,724	,397
	Médico ginecologista	34	4,4669	2,23041		
Dimensão "Auto-Imagem"	Médico de família	57	4,9624	2,17941	,000	,995
	Médico ginecologista	34	5,5672	2,09934		
Dimensão "Impacto Emocional"	Médico de família	57	4,3289	2,14420	,052	,821
	Médico ginecologista	34	5,0368	2,18651		
Dimensão "Sexualidade"	Médico de família	57	5,9722	3,59237	5,907	,017
	Médico ginecologista	34	7,4755	2,85365		
Dimensão "QdV em Geral"	Médico de família	57	3,4211	,88534	,534	,467
	Médico ginecologista	34	3,0882	,96508		
<b>CONTILIFE® Total</b>	Médico de família	57	5,1704	2,04105	,755	,387
	Médico ginecologista	34	5,7012	1,76642		

**Síntese dos resultados da aplicação do Teste ANOVA entre a V.I.: Tempo que Levou a Recorrer aos Serviços de Saúde e a V.D.: Qualidade de Vida**

Escalas	Tempo que Levou a Recorrer ao Serviço de Saúde	N	M	Dp	F	p
Dimensão “Atividades Quotidianas”	0-1 ano	65	6,60	2,346	2,806	,066
	2-3 anos	9	7,10	2,108		
	>=4 anos	17	5,29	1,773		
Dimensão “Situações de Esforço”	0-1 ano	65	4,38	2,570	,968	,384
	2-3 anos	9	5,48	2,395		
	>=4 anos	17	4,08	2,339		
Dimensão “Auto-Imagem”	0-1 ano	65	5,01	2,233	1,719	,185
	2-3 anos	9	6,42	1,923		
	>=4 anos	17	5,18	1,847		
Dimensão “Impacto Emocional”	0-1 ano	65	4,50	2,248	,890	,414
	2-3 anos	9	5,50	1,569		
	>=4 anos	17	4,43	2,154		
Domínio “Sexualidade”	0-1 ano	65	6,41	3,480	,135	,874
	2-3 anos	9	6,75	3,521		
	>=4 anos	17	6,86	3,180		
Dimensão “QdV em Geral”	0-1 ano	65	3,33	,940	,280	,756
	2-3 anos	9	3,11	,781		
	>=4 anos	17	3,23	,970		
CONTILIFE® Total	0-1 ano	65	5,27	2,091	1,002	,371
	2-3 anos	9	6,15	1,611		
	>=4 anos	17	5,05	1,501		

**Resultados da aplicação do Teste t de Student para grupos independentes para a V.I.: Infecções Vaginais e a V.D.: Qualidade de Vida**

Escalas	Infeções Vaginais	N	M	Dp	t	p
Dimensão “Atividades Quotidianas”	Sim	29	6,5517	2,34442	,049	,826
	Não	62	6,3422	2,25940		
Dimensão “Situação de Esforço”	Sim	29	4,6336	2,53611	,093	,762
	Não	62	4,3448	2,51895		
Dimensão “Auto-Imagem”	Sim	29	5,1724	2,11638	,026	,873
	Não	62	5,1959	2,19461		

Dimensão "Impacto Emocional"	Sim	29	4,3966	2,41057	,551	,460
	Não	62	4,6855	2,07067		
Dimensão "Sexualidade"	Sim	29	6,3218	3,58096	,720	,398
	Não	62	6,6331	3,33530		
Dimensão "QdV em Geral"	Sim	29	3,4483	,86957	,062	,804
	Não	62	3,2258	,94815		
CONTILIFE® Total	Sim	29	5,3510	2,08725	,274	,602
	Não	62	5,3770	1,90021		

**Resultados da aplicação do Teste t de Student para grupos independentes para V.I.: Uso de Pensos Absorventes e a V.D.: Qualidade de Vida**

Escalas	Uso de Pensos Absorventes	N	M	Dp	t	p
Dimensão "Atividades Quotidianas"	Sim	68	6,1660	2,17952	,638	,427
	Não	23	7,1273	2,44958		
Dimensão "Situação de Esforço"	Sim	68	4,1912	2,41714	,016	,898
	Não	23	5,1630	2,70612		
Dimensão "Auto-Imagem"	Sim	68	4,9212	1,94331	3,421	,068
	Não	23	5,9783	2,58487		
Dimensão "Impacto Emocional"	Sim	68	4,3333	2,05879	,711	,401
	Não	23	5,3623	2,37139		
Dimensão "Sexualidade"	Sim	68	6,1458	3,46250	3,073	,083
	Não	23	7,6812	2,98308		
Dimensão "QdV em Geral"	Sim	68	5,1021	1,83661	,528	,470
	Não	23	6,1568	2,10127		
CONTILIFE® Total	Sim	68	5,1021	1,83661	1,910	,170
	Não	23	6,1568	2,10127		

**Síntese dos resultados da aplicação do Teste ANOVA entre a V.I.: Início da Perda de Urina em Alguem Momento da Vida e a V.D.: Qualidade de Vida**

Escalas	Momento da Vida	N	M	Dp	F	p
Dimensão "Atividades Quotidianas"	Parto	29	5,59	2,014	2,042	,081
	Desporto	2	6,07	1,010		
	Esforço no trabalho	9	5,99	2,574		
	Cirurgia ginecológica	6	7,32	1,406		
	Menopausa	5	5,42	1,774		
	Não	40	7,09	2,407		

<b>Dimensão “Situação de Esforço”</b>	Parto	29	3,59	2,245	1,845	,113
	Desporto	2	3,75	4,419		
	Esforço no trabalho	9	4,16	2,460		
	Cirurgia ginecológica	6	4,06	2,702		
	Menopausa	5	3,62	2,270		
	Não	40	5,29	2,515		
<b>Dimensão “Auto- Imagem”</b>	Parto	29	4,79	1,706	2,345	<b>,048</b>
	Desporto	2	3,21	1,010		
	Esforço no trabalho	9	5,27	2,695		
	Cirurgia ginecológica	6	5,59	2,501		
	Menopausa	5	3,00	1,396		
	Não	40	5,76	2,199		
<b>Dimensão “Impacto Emocional”</b>	Parto	29	3,98	1,907	1,778	,126
	Desporto	2	3,95	1,473		
	Esforço no trabalho	9	5,00	2,864		
	Cirurgia ginecológica	6	3,81	2,131		
	Menopausa	5	3,41	2,212		
	Não	40	5,23	2,109		
<b>Dimensão “Sexualidade”</b>	Parto	29	6,13	3,131	1,075	,380
	Desporto	2	6,25	1,767		
	Esforço no trabalho	9	7,50	3,004		
	Cirurgia ginecológica	6	7,63	3,887		
	Menopausa	5	9,16	1,863		
	Não	40	6,12	3,715		
<b>Dimensão “QdV em Geral”</b>	Parto	29	3,37	,978	,860	,512
	Desporto	2	3,50	,707		
	Esforço no trabalho	9	3,22	,833		
	Cirurgia ginecológica	6	3,00	1,414		
	Menopausa	5	4,00	,707		
	Não	40	3,20	,853		
<b>CONTILIFE® Total</b>	Parto	29	4,76	1,672	1,566	,179
	Desporto	2	4,50	1,325		
	Esforço no trabalho	9	5,44	2,319		
	Cirurgia ginecológica	6	5,62	1,888		
	Menopausa	5	4,42	1,154		
	Não	40	5,91	2,070		

**Síntese dos resultados da aplicação do Teste ANOVA entre a V.I.: Exercício de Kegel e a V.D.: Qualidade de Vida**

Escalas	Exercício de Kegel	N	M	Dp	F	p
Dimensão “Atividades Quotidianas”	Nunca	64	6,62	2,151	2,851	,063
	1 a várias vezes por dia	14	5,10	2,456		
	1 a 3 vezes por semana	13	6,73	2,377		
Dimensão “Situação de Esforço”	Nunca	64	4,48	2,379	,074	,929
	1 a várias vezes por dia	14	4,19	2,925		
	1 a 3 vezes por semana	13	4,47	2,885		
Dimensão “Auto-Imagem”	Nunca	64	5,33	2,074	2,115	,127
	1 a várias vezes por dia	14	4,13	2,248		
	1 a 3 vezes por semana	13	5,60	2,293		
Dimensão “Impacto Emocional”	Nunca	64	4,70	2,201	1,569	,214
	1 a várias vezes por dia	14	3,69	2,161		
	1 a 3 vezes por semana	13	5,03	1,942		
Dimensão “Sexualidade”	Nunca	64	6,62	3,270	,635	,532
	1 a várias vezes por dia	14	5,65	3,978		
	1 a 3 vezes por semana	13	7,05	3,479		
Dimensão “QdV em Geral”	Nunca	64	3,28	,916	1,684	,192
	1 a várias vezes por dia	14	3,64	,928		
	1 a 3 vezes por semana	13	3,00	,912		
CONTILIFE® Total	Nunca	64	5,50	1,821	2,058	,134
	1 a várias vezes por dia	14	4,42	2,139		
	1 a 3 vezes por semana	13	5,73	2,205		

**Síntese dos resultados da aplicação do Teste ANOVA entre a V.I.: Carregar Pesos Superiores a 3Kg e a V.D.: Qualidade de Vida**

Escalas	Carregar Pesos Superiores a 3Kg	N	M	Dp	F	p
Dimensão “Atividades Quotidianas”	Nunca	6	8,5714	,931	1,944	,095
	Várias vezes por dia	59	5,9685	2,227		
	1 vez por dia	10	6,6786	2,940		
	2 ou 3 vezes por semana	12	7,1131	1,664		
	1 vez por semana	2	6,4286	4,040		
	Quinze em quinze dias	2	7,3214	1,262		

<b>Dimensão “Situação de Esforço”</b>	Nunca	6	6,4583	1,963	1,853	,111
	Várias vezes por dia	59	4,0254	2,333		
	1 vez por dia	10	4,6250	3,775		
	2 ou 3 vezes por semana	12	4,8438	1,829		
	1 vez por semana	2	7,5000	3,535		
	Quinze em quinze dias	2	4,0625	,441		
<b>Dimensão “Auto- Imagem”</b>	Nunca	6	6,6667	1,773	2,081	,076
	Várias vezes por dia	59	4,7034	2,036		
	1 vez por dia	10	5,6786	2,505		
	2 ou 3 vezes por semana	12	6,0119	1,955		
	1 vez por semana	2	7,1429	4,040		
	Quinze em quinze dias	2	5,7143	1,515		
<b>Dimensão “Impacto Emocional”</b>	Nunca	6	5,5556	1,780	,835	,528
	Várias vezes por dia	59	4,2952	2,169		
	1 vez por dia	10	5,0000	2,169		
	2 ou 3 vezes por semana	12	4,8264	2,285		
	1 vez por semana	2	6,2500	4,124		
	quinze em quinze dias	2	5,4167	,589		
<b>Dimensão “Sexualidade”</b>	Nunca	6	9,3056	1,107	1,529	,189
	Várias vezes por dia	59	6,0240	3,444		
	1 vez por dia	10	7,0000	3,892		
	2 ou 3 vezes por semana	12	7,0833	2,550		
	1 vez por semana	2	5,0000	7,071		
	Quinze em quinze dias	2	9,1667	1,178		
<b>Dimensão “QdV em Geral”</b>	Nunca	6	2,6667	,516	,846	,521
	Várias vezes por dia	59	3,4068	,967		
	1 vez por dia	10	3,2000	1,032		
	2 ou 3 vezes por semana	12	3,1667	,577		
	1 vez por semana	2	3,5000	2,121		
	Quinze em quinze dias	2	3,0000	,000		
<b>CONTILIFE® Total</b>	Nunca	6	7,1379	,870	2,138	,069
	Várias vezes por dia	59	4,9002	1,829		
	1 vez por dia	10	5,6714	2,707		
	2 ou 3 vezes por semana	12	5,8507	1,396		
	1 vez por semana	2	6,4018	4,474		
	Quinze em quinze dias	2	6,1280	,761		

**APÊNDICE XIII – Resultados da Análise Inferencial - Qual a influência das variáveis estilos de vida, em estudo, na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária no período pré e pós-menopausa?**

- Síntese dos resultados da aplicação do Teste ANOVA entre a V.I.: Exercício Físico; V.D.: Qualidade de Vida
- Síntese dos resultados da aplicação do Teste ANOVA entre a V.I.: Quantidade de Água/Líquidos Ingeridos e a V.D.: Qualidade de Vida
- Síntese dos resultados da aplicação do Teste ANOVA entre a V.I.: Frequência das Dejeções e a V.D.: Qualidade de Vida
- Resultados da aplicação do Teste t de *Student* para grupos independentes entre a V.I.: Hábitos Tabágicos e a V.D.: Qualidade de Vida
- Resultados da aplicação do Teste t de *Student* para grupos independentes entre a V.I.: Hábitos Alcoólicos e a V.D.: Qualidade de Vida
- Síntese dos resultados da aplicação do Teste ANOVA entre a V.I.: Horas de sono por Dia e a V.D.: Qualidade de Vida
- Resultados da aplicação do Teste t de *Student* para grupos independentes entre a V.I.: Medicação e a V.D.: Qualidade de Vida

**Síntese dos resultados da aplicação do Teste ANOVA entre a V.I.: Exercício Físico; V.D.: Qualidade de Vida**

Escalas	Exercício físico	N	M	Dp	F	p
<b>Dimensão “Atividades Quotidianas”</b>	Nunca	32	6,0379	1,646	3,327	<b>,009</b>
	1 vez por dia	13	6,6484	2,961		
	2 a 3 vezes por semana	27	5,7143	2,373		
	1 vez por semana	13	8,5165	1,521		
	De quinze em quinze dias	2	6,7857	1,515		
	1 vez por mês	4	6,2500	2,834		
<b>Dimensão “Situação de Esforço”</b>	Nunca	32	4,1016	2,057	2,488	<b>,037</b>
	1 vez por dia	13	4,6154	2,926		
	2 a 3 vezes por semana	27	3,7037	2,363		
	1 vez por semana	13	6,2981	2,344		
	De quinze em quinze dias	2	6,5625	1,325		
	1 vez por mês	4	4,3750	4,050		
<b>Dimensão “Auto-Imagem”</b>	Nunca	32	4,8103	1,856	3,003	<b>,015</b>
	1 vez por dia	13	5,6868	2,717		
	2 a 3 vezes por semana	27	4,7487	2,014		
	1 vez por semana	13	6,9780	1,853		
	De quinze em quinze dias	2	5,1786	,757		
	1 vez por mês	4	3,7500	2,112		
<b>Dimensão “Impacto Emocional”</b>	Nunca	32	3,8411	1,744	4,106	<b>,002</b>
	1 vez por dia	13	4,8718	2,213		
	2 a 3 vezes por semana	27	4,4167	2,105		
	1 vez por semana	13	6,7628	2,231		
	De quinze em quinze dias	2	4,3750	,294		
	1 vez por mês	4	3,9583	2,217		
<b>Dimensão “Sexualidade”</b>	Nunca	32	5,6771	3,841	1,728	<b>,137</b>
	1 vez por dia	13	6,5385	3,565		
	2 a 3 vezes por semana	27	6,2191	3,107		
	1 vez por semana	13	8,5897	2,341		
	De quinze em quinze dias	2	7,5000	,000		
	1 vez por mês	4	8,3333	2,357		
<b>Dimensão “QdV em Geral”</b>	Nunca	32	3,5313	,841	2,073	<b>,077</b>
	1 vez por dia	13	2,8462	1,214		
	2 a 3 vezes por semana	27	3,4074	,843		
	1 vez por semana	13	2,8462	,800		
	De quinze em quinze dias	2	3,0000	,000		
	1 vez por mês	4	3,7500	,957		
<b>CONTILIFE® Total</b>	Nunca	32	4,8605	1,448	4,129	<b>,002</b>
	1 vez por dia	13	5,6799	2,277		
	2 a 3 vezes por semana	27	4,8967	1,973		
	1 vez por semana	13	7,3352	1,512		
	De quinze em quinze dias	2	5,8482	,820		
	1 vez por mês	4	4,9777	2,489		

**Síntese dos resultados da aplicação do Teste ANOVA entre a V.I.: Quantidade de Água/Líquidos Ingeridos e a V.D.: Qualidade de Vida**

Escalas	Quantidade de Água/Líquidos Ingeridos	N	M	Dp	F	p
<b>Dimensão “Atividades Quotidianas”</b>	Nenhuma	2	6,07	,505	,504	,733
	Até 500ml	24	6,96	2,044		
	Até 1litro	23	6,08	2,353		
	Até 1,5 litro	32	6,28	2,354		
	Até 2 litros	10	6,28	2,694		
<b>Dimensão “Situação de Esforço”</b>	Nenhuma	2	3,75	1,767	,240	,915
	Até 500ml	24	4,81	2,275		
	Até 1litro	23	4,34	2,654		
	Até 1,5 litro	32	4,21	2,781		
	Até 2 litros	10	4,56	2,244		
<b>Dimensão “Auto-Imagem”</b>	Nenhuma	2	3,03	,252	1,669	,164
	Até 500ml	24	5,86	2,090		
	Até 1litro	23	4,54	2,448		
	Até 1,5 litro	32	5,31	1,788		
	Até 2 litros	10	5,07	2,524		
<b>Dimensão “Impacto Emocional”</b>	Nenhuma	2	1,45	2,062	1,182	,325
	Até 500ml	24	4,91	2,033		
	Até 1litro	23	4,58	2,197		
	Até 1,5 litro	32	4,58	2,073		
	Até 2 litros	10	4,50	2,682		
<b>Dimensão “Sexualidade”</b>	Nenhuma	2	6,66	1,178	,503	,734
	Até 500ml	24	6,94	3,583		
	Até 1litro	23	5,97	3,681		
	Até 1,5 litro	32	6,90	3,134		
	Até 2 litros	10	5,62	3,596		
<b>Dimensão “QdV em Geral”</b>	Nenhuma	2	4,00	,000	,589	,671
	Até 500ml	24	3,37	,875		
	Até 1litro	23	3,26	,864		
	Até 1,5 litro	32	3,31	,965		
	Até 2 litros	10	3,00	1,154		
<b>CONTILIFE® Total</b>	Nenhuma	2	3,98	,387	,663	,620
	Até 500ml	24	5,75	1,740		
	Até 1litro	23	5,02	2,063		
	Até 1,5 litro	32	5,32	1,981		
	Até 2 litros	10	5,17	2,332		

**Síntese dos resultados da aplicação do Teste ANOVA entre a V.I.: Frequência das Dejeções e a V.D.: Qualidade de Vida**

Escalas	Frequência das Dejeções	N	M	Dp	F	p
Dimensão “Atividades Quotidianas”	Diariamente	57	6,51	2,300	,809	,449
	2 em 2dias	32	6,12	2,277		
	Semanalmente	2	8,03	,757		
Dimensão “Situação de Esforço”	Diariamente	57	4,64	2,703	,553	,577
	2 em 2dias	32	4,06	2,193		
	Semanalmente	2	4,37	1,767		
Dimensão “Auto-Imagem”	Diariamente	57	5,39	2,068	,868	,423
	2 em 2dias	32	4,78	2,344		
	Semanalmente	2	5,71	1,010		
Dimensão “Impacto Emocional”	Diariamente	57	4,67	2,141	,997	,373
	2 em 2dias	32	4,33	2,194		
	Semanalmente	2	6,45	3,240		
Dimensão “Sexualidade”	Diariamente	57	6,46	3,551	,608	,546
	2 em 2dias	32	6,48	3,201		
	Semanalmente	2	9,16	1,178		
Dimensão “QdV em Geral”	Diariamente	57	3,21	,958	,902	,409
	2 em 2dias	32	3,46	,879		
	Semanalmente	2	3,00	,000		
CONTILIFE® Total	Diariamente	57	5,43	2,101	,850	,431
	2 em 2dias	32	5,02	1,707		
	Semanalmente	2	6,54	,471		

**Resultados da aplicação do Teste t de Student para grupos independentes entre a V.I.: Hábitos Tabágicos e a V.D.: Qualidade de Vida**

Escalas	Hábitos tabágicos	N	M	Dp	t	p
Dimensão “Atividades Quotidianas”	Sim	12	6,6071	1,83693	,963	,329
	Não	79	6,3788	2,34385		
Dimensão “Situação de Esforço”	Sim	12	4,1667	2,54691	,097	,756
	Não	79	4,4778	2,52279		

Dimensão "Auto-Imagem"	Sim	12	5,0298	1,79193	,810	,370
	Não	79	5,2125	2,21750		
Dimensão "Impacto Emocional"	Sim	12	4,4792	2,06526	,006	,939
	Não	79	4,6108	2,20373		
Dimensão "Sexualidade"	Sim	12	6,8750	3,53777	,039	,844
	Não	79	6,4821	3,39732		
Dimensão "QdV em Geral"	Sim	12	3,1667	,83485	,989	,323
	Não	79	3,3165	,94114		
CONTILIFE® Total	Sim	12	5,3646	1,77980	1,039	,311
	Não	79	5,3693	1,98524		

Resultados da aplicação do Teste t de *Student* para grupos independentes entre a V.I.: Hábitos Alcoólicos e a V.D.: Qualidade de Vida

Escalas	Hábitos Alcoólicos	N	M	Dp	t	p
Dimensão "Atividades Quotidianas"	Sim	31	5,96	2,228	,299	,586
	Não	60	6,63	2,284		
Dimensão "Situação de Esforço"	Sim	31	3,79	1,989	1,517	,221
	Não	60	4,77	2,701		
Dimensão "Auto-Imagem"	Sim	31	4,98	1,890	1,517	,221
	Não	60	5,29	2,292		
Dimensão "Impacto Emocional"	Sim	31	4,58	2,145	,663	,418
	Não	60	4,59	2,208		
Dimensão "Sexualidade"	Sim	31	5,87	3,509	,040	,841
	Não	60	6,87	3,317		
Dimensão "QdV em Geral"	Sim	31	3,41	,922	,044	,834
	Não	60	3,23	,927		
CONTILIFE® Total	Sim	31	5,03	1,817	,658	,419
	Não	60	5,54	2,007		

Síntese dos resultados da aplicação do Teste ANOVA entre a V.I.: Horas de sono por Dia e a V.D.: Qualidade de Vida

Escalas	Horas de Sono por Dia	N	M	Dp	F	p
Dimensão "Atividades Quotidianas"	5-6 horas	23	5,76	2,197	2,445	,093
	7-8 horas	61	6,76	2,304		
	9-10horas	7	5,40	1,667		

Dimensão “Situações de Esforço”	5-6 horas	23	4,48	2,767	,357	,701
	7-8 horas	61	4,50	2,474		
	9-10horas	7	3,66	2,177		
Dimensão “Auto-Imagem”	5-6 horas	23	4,86	2,421	,608	,547
	7-8 horas	61	5,36	2,072		
	9-10horas	7	4,74	2,110		
Dimensão “Impacto Emocional”	5-6 horas	23	4,38	2,207	,342	,712
	7-8 horas	61	4,72	2,233		
	9-10horas	7	4,16	1,631		
Dimensão “Sexualidade”	5-6 horas	23	5,68	3,922	1,325	,271
	7-8 horas	61	6,70	3,209		
	9-10horas	7	7,85	2,960		
Dimensão “QdV em Geral”	5-6 horas	23	3,17	,886	1,517	,225
	7-8 horas	61	3,27	,933		
	9-10horas	7	3,85	,899		
CONTILIFE® Total	5-6 horas	23	5,00	2,125	,885	,416
	7-8 horas	61	5,55	1,953		
	9-10 horas	7	4,89	1,083		

**Resultados da aplicação do Teste t de *Student* para grupos independentes entre a V.I.: Medicação e a V.D.: Qualidade de Vida**

Escalas	Medicação	N	M	Dp	t	p
Dimensão “Atividades Quotidianas	Sim	56	6,58	2,318	,303	,584
	Não	35	6,13	2,210		
Dimensão “Situação de Esforço”	Sim	56	4,74	2,645	1,630	,205
	Não	35	3,94	2,236		
Dimensão “Auto-Imagem”	Sim	56	5,29	2,250	,477	,492
	Não	35	5,02	2,022		
Dimensão “Impacto Emocional”	Sim	56	4,62	2,223	,087	,769
	Não	35	4,53	2,126		
Dimensão “Sexualidade”	Sim	56	6,28	3,603	4,426	<b>,038</b>
	Não	35	6,92	3,050		
Dimensão “QdV em Geral”	Sim	56	3,32	,936	,561	,456
	Não	35	3,25	,918		
CONTILIFE® Total	Sim	56	5,46	2,029	,484	,489
	Não	35	5,22	1,835		

**APÊNDICE XIV – Resultados da Análise Inferencial - Qual a influência do impacto da IU na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária no período pré e pós-menopausa?**

- Síntese dos resultados da aplicação do teste Coeficiente de Correlação de Pearson entre as variáveis independentes do questionário ICIQ\_SF - Frequência com que perde urina; ICIQ\_SF - Quantidade de urina que perde; ICIQ\_SF - A perda de urina interfere na sua vida e o ICIQ-SF Total e a Qualidade de Vida (n=91)
- Síntese dos resultados da aplicação do Teste ANOVA entre a V.I.: Situações em que Perde Urina e a V.D.: Qualidade de Vida

Síntese dos resultados da aplicação do teste Coeficiente de Correlação de Pearson entre as variáveis independentes do questionário ICIQ\_SF - Frequência com que perde urina; ICIQ\_SF - Quantidade de urina que perde; ICIQ\_SF - A perda de urina interfere na sua vida e o ICIQ-SF Total e a Qualidade de Vida (n=91)

Escalas	ICIQ_SF_ Frequência com que perde urina		ICIQ_SF_ Quantidade de urina que perde		ICIQ_SF_ A perda de urina interfere na sua vida		ICIQ-SF Total	
	r	p	r	p	r	p	R	p
Dimensão “Atividades Quotidianas”	-,433	,000	-,461	,000	,342	,001	-,210	,046
Dimensão “Situações de Esforço”	-,471	,000	-,562	,000	,339	,001	-,172	,102
Dimensão “Auto-Imagem”	-,394	,000	-,482	,000	,425	,000	-,168	,112
Dimensão “Impacto Emocional”	-,416	,000	-,504	,000	-,361	,000	-,186	,077
Dimensão “Sexualidade”	-,300	,004	-,241	,021	,167	,113	-,153	,148
Dimensão “QdV em Geral”	,443	,000	,365	,000	-,373	,000	,174	,099
CONTILIFE® Total	-,497	,000	-,462	,000	,421	,000	-,220	,036

Síntese dos resultados da aplicação do Teste ANOVA entre a V.I.: Situações em que Perde Urina e a V.D.: Qualidade de Vida

Escalas	ICIQ-SF - Situações em que Perde Urina	N	M	Dp	F	p
Dimensão “Atividades Quotidianas”	Nunca	2	6,25	5,808	4,126	,001
	Perco antes de chegar a casa de banho	30	5,36	2,152		
	Perco quando tusso ou espirro	51	7,00	1,951		
	Perco quando estou a fazer atividade física	5	8,83	,736		
	Perco constantemente	3	3,03	,252		
Dimensão “Situações de Esforço”	Nunca	2	5,31	6,629	1,220	,304
	Perco antes de chegar a casa de banho	30	4,47	2,697		
	Perco quando tusso ou espirro	51	4,32	2,252		
	Perco quando estou a fazer atividade física	5	6,56	1,943		
	Perco constantemente	3	2,50	1,767		

<b>Dimensão “Auto- Imagem”</b>	Nunca	2	6,96	2,777	1,695	,132
	Perco antes de chegar a casa de banho	30	4,97	2,020		
	Perco quando tusso ou espirro	51	5,21	2,180		
	Perco quando estou a fazer atividade física	5	7,32	1,809		
	Perco constantemente	3	2,14	,505		
<b>Domínios “Impacto Emocional”</b>	Nunca	2	6,45	5,008	1,751	,119
	Perco antes de chegar a casa de banho	30	3,83	1,955		
	Perco quando tusso ou espirro	51	4,85	2,154		
	Perco quando estou a fazer atividade física	5	6,66	1,443		
	Perco constantemente	3	3,95	2,062		
<b>Dimensão “Sexualidade”</b>	Nunca	2	8,33	2,357	,942	,470
	Perco antes de chegar a casa de banho	30	6,22	3,214		
	Perco quando tusso ou espirro	51	6,52	3,566		
	Perco quando estou a fazer atividade física	5	9,37	1,250		
	Perco constantemente	3	6,25	5,303		
<b>Dimensão “QdV em Geral”</b>	Nunca	2	1,50	,707	2,297	,042
	Perco antes de chegar a casa de banho	30	3,36	1,033		
	Perco quando tusso ou espirro	51	3,37	,823		
	Perco quando estou a fazer atividade física	5	2,75	,500		
	Perco constantemente	3	4,00	,000		
<b>CONTILIFE® Total</b>	Nunca	2	6,68	4,309	2,221	<b>,049</b>
	Perco antes de chegar a casa de banho	30	4,86	1,979		
	Perco quando tusso ou espirro	51	5,46	1,820		
	Perco quando estou a fazer atividade física	5	7,56	,796		
	Perco constantemente	3	3,38	,702		

**APÊNDICE XV – Resultados da Análise Inferencial - Qual a influência do tipo de IU na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária no período pré e pós-menopausa?**

- Resultados da aplicação do Teste t de *Student* para grupos independentes entre a V.I.: Tipos de Incontinência Urinária (IUE e IUM) e a V.D.: Qualidade de Vida

**Resultados da aplicação do Teste t de *Student* para grupos independentes entre a V.I.: Tipos de Incontinência Urinária (IUE e IUM) e a V.D.: Qualidade de Vida**

<b>Escalas</b>	<b>Tipos de Incontinência Urinária</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>Dp</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Dimensão “Atividades Quotidianas”</b>	IUE	58	6,7549	2,23114	2,109	<b>0,015</b>
	IUM	33	5,8009	2,25882		
<b>Dimensão “Situação de Esforço”</b>	IUE	58	4,4504	2,69288	3,924	<b>0,041</b>
	IUM	33	4,4129	2,20384		
<b>Dimensão “Auto-Imagem”</b>	IUE	58	5,4741	2,20806	0,446	<b>0,050</b>
	IUM	33	4,6861	2,00199		
<b>Dimensão “Impacto Emocional”</b>	IUE	58	4,9224	2,19082	1,364	0,246
	IUM	33	4,0152	2,05401		
<b>Dimensão “Sexualidade”</b>	IUE	58	7,0187	3,36951	0,030	0,863
	IUM	33	5,6818	3,32978		
<b>Dimensão “QdV em Geral”</b>	IUE	58	3,2586	,94702	0,014	0,908
	IUM	33	3,3636	,89506		
<b>CONTILIFE® Total</b>	IUE	58	5,6539	2,01811	2,109	<b>0,015</b>
	IUM	33	4,8674	1,74195		

**APÊNDICE XVI – Resultados da Análise Inferencial - De que modo a IU influencia a qualidade de vida das mulheres no período pré e pós-menopausa nas várias dimensões?**

- Resultados da aplicação do Teste t de *Student* para grupos independentes entre a V.I.: Grupo de Mulheres no Período Pré e Pós-Menopausa e a V.D.: Qualidade de Vida

**Resultados da aplicação do Teste t de *Student* para grupos independentes entre a V.I.: Grupo de Mulheres no Período Pré e Pós-Menopausa e a V.D.: Qualidade de Vida**

<b>Escalas</b>	<b>Grupo Pré e Pós-Menopausa</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>Dp</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Dimensão “Atividades Quotidiana”</b>	Pré-menopausa <=49 anos	55	6,1429	2,23078	0,265	0,608
	Pós-menopausa >= 50 anos	36	6,8155	2,31514		
<b>Dimensão “Situações de Esforço”</b>	Pré-menopausa <=49 anos	55	3,9318	2,24920	1,921	0,169
	Pós-menopausa >= 50 anos	36	5,2083	2,72636		
<b>Dimensão “Auto-Imagem”</b>	Pré-menopausa <=49 anos	55	4,9805	1,88409	5,356	0,023
	Pós-menopausa >= 50 anos	36	5,5060	2,51580		
<b>Dimensão “Impacto Emocional”</b>	Pré-menopausa <=49 anos	55	4,3500	2,11016	0083	774
	Pós-menopausa >= 50 anos	36	4,9653	2,25017		
<b>Dimensão “Sexualidade”</b>	Pré-menopausa <=49 anos	55	6,4167	3,151	2,857	0,094
	Pós-menopausa >= 50 anos	36	6,7130	3,784		
<b>Dimensão “QdV em Geral”</b>	Pré-menopausa <=49 anos	55	3,2545	,86534	2,611	0,110
	Pós-menopausa >= 50 anos	36	3,3611	1,01848		
<b>CONTILIFE® Total</b>	Pré-menopausa <=49 anos	55	5,1165	1,79482	2,238	0,138
	Pós-menopausa >= 50 anos	36	5,7540	2,13449		