

Instituto Politécnico de Lisboa
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

**Prevalência de incontinência urinária em mulheres do
Concelho de Seia e o seu impacto na qualidade de vida**

Aluno: Sara Raquel Simões Vilão, Aluno N° 2021036

Orientador: Mestre Pedro Jorge Lapa Rebelo

Orientadora: Mestre Patrícia da Silva Martins

Júri:

Presidente: Doutora Maria Teresa Barreiros Caetano Tomás

Arguente: Doutora Telma Filipa Pereira Pires

Orientador: Mestre Patrícia da Silva Martins

**Mestrado em Fisioterapia, ramo de Especialização
em Fisioterapia em Saúde da Mulher**

(esta versão incluiu as críticas e sugestões feitas pelo júri)

Lisboa, 2023

Instituto Politécnico de Lisboa
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

**Prevalência de incontinência urinária em mulheres do
Concelho de Seia e o seu impacto na qualidade de vida**

Aluno: Sara Raquel Simões Vilão, Aluno N° 2021036

Orientador: Mestre Pedro Jorge Lapa Rebelo

Orientadora: Mestre Patrícia da Silva Martins

Júri:

Presidente: Doutora Maria Teresa Barreiros Caetano Tomás

Arguente: Doutora Telma Filipa Pereira Pires

Orientador: Mestre Patrícia da Silva Martins

**Mestrado em Fisioterapia, ramo de Especialização
em Fisioterapia em Saúde da Mulher**

(esta versão incluiu as críticas e sugestões feitas pelo júri)

Lisboa, 2023



Agradecimentos e Dedicatória

Pelo presente dirijo os meus mais sinceros agradecimentos a todos os professores envolvidos ao longo deste Mestrado, que de uma forma ou outra contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Agradeço especialmente aos meus Professores Orientadores da presente dissertação, Professor Pedro Rebelo e Professora Patrícia Maia Silva, por toda a reflexão crítica, apoio incansável e motivação no desenvolvimento do trabalho. Dirijo também palavras de apreço à Professora Margarida Pocinho, pelo acompanhamento na análise estatística, pela sua boa-vontade na partilha de conhecimentos e paciência.

Sair da zona de conforto revelou-se uma decisão desafiante mas muito recompensadora. Foram dois anos numa autêntica montanha-russa de emoções. Se não fossem as “minhas pessoas”, as que já eram e as que conheci neste percurso, não teria chegado onde cheguei. Por isto, agradeço profundamente num abraço muito apertado às “minhas pessoas”, na certeza de que continuarei a caminhar com elas.

No entanto, vou apenas dedicar todo este trabalho que no fundo resume todo um esforço de dois anos, à minha Petra para que ela encontre força e coragem para alcançar todos os seus sonhos e ser muito feliz!

Para ti, Petra.

ILY



Resumo

Introdução: A Organização Mundial de Saúde identificou a incontinência urinária (IU) como uma das prioridades em saúde que tem impacto na qualidade de vida (QdV) das pessoas porque afeta diferentes aspetos da vida e conduz a uma série de consequências psicológicas, sociais e físicas.

Objetivos: Identificar a prevalência de IU em mulheres no concelho de Seia e avaliar o impacto da IU na qualidade de vida dessas mulheres.

Metodologia: Estudo do tipo observacional descritivo e de características analíticas, com uma amostra de conveniência de entre a população feminina do concelho de Seia (n=416), com uma subamostra das mulheres incontinentes (n=117). Foram utilizados um questionário e o instrumento de medida Contilife®. A análise inferencial foi realizada pelo teste Qui-Quadrado, teste t de Student e medida de *Likelihood Ratio* (LR). A consistência interna foi avaliada pelo *Alfa de Cronbach*.

Resultados: A prevalência de IU entre os participantes foi de 28,1%, correspondendo a uma prevalência de 1,02% para a população de Seia, com uma associação significativa entre a paridade e a presença de IU tendo o valor de LR grande. A IU tem impacto na QdV das mulheres (59%), medida pelo Contilife (média 7,59 na QdV global), sendo que a IU mista foi o tipo que causou mais impacto (73,3%).

Conclusão: A IU feminina tem impacto na qualidade de vida com valores estatisticamente significativos em todas as dimensões do Contilife, embora classificado como impacto baixo. A fisioterapia pode melhorar o bem-estar psicológico, físico e social destas mulheres, levando a uma melhor qualidade de vida tornando os fisioterapeutas como primeira linha de contacto, não só na quantificação destas mulheres como também na prevenção e tratamento desta condição.

Palavras-chave: Incontinência Urinária; Prevalência; Qualidade de Vida; Impacto; Fisioterapia.

Abstract

Introduction: The World Health Organization has identified urinary incontinence (UI) as a health priority that impacts people's quality of life (QoL) because it affects different aspects of life and leads to a series of psychological, social and physical consequences.

Objectives: To identify the prevalence of UI in women in the municipality of Seia and assess the impact of UI on their quality of life.

Methodology: Observational descriptive study with analytical characteristics, with a convenience sample from the female population of the municipality of Seia (n=416), with a sub-sample of incontinent women (n=117). A questionnaire and the Contilife® measuring instrument were used. Inferential analysis was performed by the Chi-square test, Student's t-test and Likelihood Ratio (LR) measure. Internal consistency was assessed by Cronbach's alpha.

Results: The prevalence of UI among the participants was 28.1%, corresponding to a prevalence of 1.02% for the population of Seia, with a significant association between parity and the presence of UI having the LR value large. UI has an impact on the QoL of women (59%), measured by the Contilife (mean 7.59 in overall QoL), with mixed UI being the type that caused the most impact (73.3%).

Conclusion: Female UI has an impact on quality of life with statistically significant values on all dimensions of the Contilife, although classified as low impact. Physical Therapy can improve the psychological, physical and social well-being of these women, leading to a better quality of life making physiotherapists as the first line of contact, not only in the quantification of these women but also in the prevention and treatment of this condition.

Keywords: Urinary Incontinence; Prevalence; Quality of Life; Impact; Physical Therapy.





Índice

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUÇÃO | 1 |
| Capítulo I - Enquadramento Teórico..... | 3 |
| 1. Incontinência Urinária Feminina..... | 3 |
| 2. Prevalência da Incontinência Urinária..... | 8 |
| 3. Qualidade de Vida | 10 |
| 4. Fisioterapia na Incontinência Urinária | 13 |
| Capítulo II - Metodologia | 17 |
| 5. Materiais e Métodos..... | 17 |
| 5.1. Objetivos do estudo..... | 17 |
| 5.2. Desenho da Investigação..... | 18 |
| 5.3. População e Amostra | 18 |
| 5.4. Apresentação dos Instrumentos de Medida..... | 19 |
| 5.5. Questões éticas e de confidencialidade | 20 |
| 5.6. Recolha de dados..... | 21 |
| 5.7. Análise de dados | 21 |
| Capítulo III - Resultados | 23 |
| 6. Apresentação e análise dos dados..... | 23 |
| 6.1. Caracterização geral da amostra | 23 |
| 6.2. Prevalência de incontinência urinária..... | 26 |
| 6.3. Caracterização das mulheres com incontinência urinária | 31 |
| 6.4. Impacto na qualidade de vida..... | 35 |
| 6.4.1. Análise da Consistência Interna e Estatística Descritiva | 35 |
| 6.4.2. Análise do impacto na Qualidade de Vida nas diferentes dimensões | 36 |
| 6.4.3. Análise da associação de variáveis com a qualidade de vida | 39 |
| 6.4.4. Análise da associação do tipo de IU com a qualidade de vida | 41 |
| Capítulo IV – Discussão | 46 |
| CONCLUSÃO | 52 |
| LIMITAÇÕES E CONSTRANGIMENTOS | 53 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 55 |
| APÊNDICES e ANEXOS..... | 67 |





Índice de Figuras

| | |
|---------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 - Presença/Ausência de Incontinência Urinária | 25 |
| Figura 2 - Distribuição por faixa etária | 27 |
| Figura 3 - Profissionais referidos na procura de ajuda especializada..... | 35 |

Índice de Tabelas

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1 - Distribuição dos dados por Faixas Etárias e IMC (n=416)..... | 23 |
| Tabela 2 - Distribuição dos dados relativos à Escolaridade e Situação Profissional (n=416)..... | 24 |
| Tabela 3 - Distribuição dos dados relativos à Postura diária e Esforço diário (n=416). 24 | |
| Tabela 4 - Distribuição dos dados relativos à Paridade, Trânsito Intestinal e Menopausa (n=416)..... | 25 |
| Tabela 5 - Prevalência em Seia..... | 26 |
| Tabela 6 - Distribuição da amostra face aos dados do INE..... | 28 |
| Tabela 7 - Prevalência de IU por faixa etária | 28 |
| Tabela 8 - Associação entre Índice de Massa Corporal e Presença de Incontinência Urinária..... | 29 |
| Tabela 9 - Associação entre Paridade e Presença de Incontinência Urinária | 30 |
| Tabela 10 - Associação entre Trânsito Intestinal e Presença de Incontinência Urinária30 | |
| Tabela 11 - Caracterização da amostra (N = 117) | 31 |
| Tabela 12 - Distribuição dos dados relativos ao Índice de Massa Corporal..... | 32 |
| Tabela 13 - Distribuição dos dados relativos à Postura Diária e Esforços Diários | 32 |
| Tabela 14 - Distribuição dos dados relativos à Paridade | 33 |
| Tabela 15 - Distribuição dos dados relativos ao Trânsito Intestinal..... | 33 |
| Tabela 16 - Distribuição dos dados relativos ao Tipo de Incontinência Urinária | 33 |
| Tabela 17 - Distribuição dos dados relativos à Duração da Incontinência Urinária..... | 34 |
| Tabela 18 - Análise da Consistência Interna..... | 35 |
| Tabela 19 - Estatísticas descritivas (CONTILIFE) | 36 |
| Tabela 20 - Impacto na Dimensão Atividades Quotidianas | 37 |
| Tabela 21 - Impacto na Dimensão Situações de Esforço | 37 |
| Tabela 22 - Impacto na Dimensão Auto-Imagem | 37 |
| Tabela 23 - Impacto na Dimensão Impacto Emocional | 38 |
| Tabela 24 - Impacto na Dimensão Sexualidade | 38 |
| Tabela 25 - Impacto na Dimensão Bem Estar Geral..... | 38 |
| Tabela 26 – Impacto na Qualidade de Vida Global..... | 39 |
| Tabela 27 – Associação entre variáveis em estudo e dimensões do Contilife | 40 |
| Tabela 28 – Frequências absolutas da Paridade nas dimensões do Contilife | 41 |
| Tabela 29 – Associação entre o Tipo de Incontinência Urinária e a Qualidade de Vida42 | |
| Tabela 30 – Relação entre os Tipos de Incontinência Urinária e Atividades Quotidianas | 42 |
| Tabela 31 - Relação entre os Tipos de Incontinência Urinária e Situações de Esforço 43 | |
| Tabela 32 - Relação entre os Tipos de Incontinência Urinária e Auto-Imagem..... | 43 |



| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 33 - Relação entre os Tipos de Incontinência Urinária e Impacto Emocional.... | 44 |
| Tabela 34 - Relação entre os Tipos de Incontinência Urinária e Sexualidade..... | 44 |
| Tabela 35 - Relação entre os Tipos de Incontinência Urinária e Bem Estar Geral..... | 45 |
| Tabela 36 - Relação entre os Tipos de Incontinência Urinária e a Qualidade de Vida Global | 45 |



Lista de Abreviaturas, Siglas e Símbolos

App – Aplicação digital

CE – Comissão de Ética

CES – Comissão de Ética para a Saúde

cmH₂O – centímetros de água (unidade de medida de pressão)

DP – Desvio Padrão

EFMPP – Exercícios de Fortalecimento dos Músculos do Pavimento Pélvico

ESTeSL – Escola Superior de Tecnologia e Saúde de Lisboa

EUA – Estados Unidos da América

gl – Grau de Liberdade

H – Hipótese

ICIQ-LUTSqol – International Consultation on Incontinence Questionnaire Lower Urinary Tract Symptoms Quality of Life

ICS – International Continence Society

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

IU – Incontinência Urinária

IUE – Incontinência Urinária de Esforço

IUGA – International Urogynecologic Association

IUM – Incontinência Urinária Mista

IUU – Incontinência Urinária de Urgência

KHQ – King's Health Questionnaire

LR – Likelihood Ratio

LUTS – Lower Urinary Tract Symptoms

M – Média

MPP – Músculos do Pavimento Pélvico

NUT – Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIA – Pressão Intra-Abdominal

QdV – Qualidade de Vida

Sars Cov-2 – Coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2



SPSS – Statistical Program for the Social Science

UE – União Europeia

ULS – Unidade Local de Saúde

WC – casa de banho (water closet)

WCPT – World Confederation for Physical Therapy

% - Percentagem

♀ - Símbolo que representa as mulheres



INTRODUÇÃO

A presente dissertação encontra-se dividida em quatro capítulos – Enquadramento Teórico, Metodologia, Resultados, Discussão – seguida de uma conclusão com uma reflexão sobre os resultados e estudos futuros. O artigo foi redigido e submetido à revista *British Journal of Urology (BJU International)*. (Apêndice I)

A incontinência urinária ou perda involuntária de urina é um problema de saúde frequente e preocupante que pode ser subdividida em três tipos mais comuns: a incontinência urinária de esforço, de urgência ou mista.(Pintos-Díaz et al., 2019)

Existe vasta literatura sobre a incontinência urinária e a sua prevalência, sendo que apresenta uma grande amplitude nos valores da sua taxa devido a diferentes características dos estudos epidemiológicos. A IU é uma condição de saúde que tem sido associada a diversos fatores de risco como a idade, a obesidade e fatores relacionados com a gravidez e com o parto.(Otmani et al., 2020)

A Organização Mundial de Saúde identificou a incontinência urinária como uma das prioridades em saúde que tem impacto na qualidade de vida das pessoas porque afeta diferentes aspetos da vida e conduz a uma série de consequências psicológicas, sociais e físicas.(Najafi et al., 2022)

Embora as perdas urinárias influenciem negativamente a saúde e a qualidade de vida das mulheres, existe uma elevada percentagem que desconhece os tratamentos disponíveis e que acredita que a incontinência urinária faz parte da vida, principalmente associada ao processo natural do envelhecimento. Considerando este contexto, torna-se importante identificar e quantificar essas mulheres para que sejam devidamente orientadas para um especialista da área.(Abreu-Freire et al., 2021)

O fisioterapeuta, como especialista na saúde da mulher, pode escolher diferentes programas de tratamento para diferentes condições e para cada mulher de forma individualizada. A atuação do fisioterapeuta tem por objetivo a prevenção de deficiências, limitações funcionais e a promoção e manutenção da saúde, qualidade de vida e aptidão física, com a melhor evidência científica disponível.(Bø, Berghmans, Mørkved, et al., 2015)

Posto isto, o presente estudo tem como objetivos principais identificar a prevalência de incontinência urinária em mulheres no concelho de Seia e avaliar o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida dessas mulheres, em diferentes dimensões: atividades quotidianas, situações de esforço, autoimagem, impacto emocional, sexualidade e qualidade de vida geral.

Seia, é uma cidade pequena da região centro do país, na zona oeste do distrito da Guarda, e apresenta uma forte ruralidade e um acentuado isolamento. Os residentes do concelho de Seia deparam-se com diversos problemas como a insuficiência de transportes públicos face às necessidades da população, o envelhecimento, o desemprego e cuidados de saúde especializados. Deste modo, estão em causa os acessos aos cuidados de saúde, que também eles na área da fisioterapia já são escassos. Este estudo, neste preciso contexto de Seia, torna-se então muito pertinente pois poderá fornecer indicações epidemiológicas importantes sobre a saúde das mulheres relativamente à problemática da IU e fornecer informações sobre a sua qualidade de vida, ou seja, dar uma fotografia da saúde pública feminina de Seia.

Desta forma, pretende-se com este trabalho, identificar a realidade das mulheres com incontinência urinária, com o propósito de contribuir para uma melhoria no acesso a cuidados de fisioterapia especializados, tornando a fisioterapia como a primeira linha no tratamento conservador e na promoção da saúde destas mulheres.



Capítulo I - Enquadramento Teórico

1. Incontinência Urinária Feminina

A saúde da mulher apresenta cada vez mais aspetos a ter em consideração por uma equipa interdisciplinar, com relevância nos cuidados de saúde primários, na promoção da saúde e na prevenção da doença. A incontinência urinária (IU) é uma das condições que afeta as mulheres e, por isso, de interesse para o fisioterapeuta.

As estruturas anatómicas que previnem a IU durante o aumento da pressão abdominal são primeiramente as estruturas esfínterianas e seguidamente os sistemas de suporte miofascial. Desta forma, podemos entender a uretra feminina como um órgão curto mas complexo, intimamente ligado à bexiga e ao pavimento pélvico e o esfíncter uretral o principal responsável pela manutenção da continência urinária, juntamente com as interações entre o musculo elevador do ânus e a fáschia endopélvica.(Bø, Berghmans, Morkved, et al., 2015) A função e definições relacionadas com a bexiga, têm sido estudadas ao longo dos tempos, de acordo com a presença ou ausência de sintomas do trato urinário (*LUTS - Lower Urinary Tract Symptoms*) e estudos urodinâmicos funcionais.(Lowder et al., 2019)

Nas associações internacionais preocupadas com esta temática, podemos encontrar diversa informação científica: a *International Continence Society* (ICS) informa sobre as LUTS; a *International Urogynecologic Association* (IUGA) e o relatório comum da ICS informam sobre a disfunção do pavimento pélvico feminino; a *International Children's Continence Society* (ICCS), fornece excelentes recursos para a terminologia LUTS e disfunções do pavimento pélvico para mulheres de todas as idades.(Lowder et al., 2019)

Os sintomas do trato urinário inferior são divididos em três grupos: armazenamento, eliminação e pós micção. Nos sintomas durante a fase de armazenamento vesical incluem-se aspetos como frequência diurna e noctúria, nos de eliminação temos a percepção da redução do fluxo de urina, dificuldade em iniciar a micção e esforço para iniciar a micção e, por fim, os sintomas pós-micção estão relacionados com sensação incompleta de esvaziamento e gotejamento pós-miccional (Abrams et al., 2003; Haylen et al., 2010).(ICS Standardisation Steering Committee, 2020)



Segundo a ICS, a incontinência urinária é definida como perda involuntária de urina (Haylen et al., 2010). Pode afetar ambos os sexos, sendo que, nos homens está intimamente relacionada com problemas prostáticos e nas mulheres está tipicamente relacionada com a disfunção dos músculos da bexiga e/ou do pavimento pélvico e associada à gravidez, parto e menopausa.(Aoki et al., 2018)

A incontinência urinária pode ser classificada quanto à sua origem em IU extrauretral - quando tem por base condições clínicas como as fístulas genitourinárias - e IU intrauretral, sendo que, esta última classificação, tem sido associada a alterações ao nível do detrusor, a alterações de origem neurológica que levam a instabilidade neurosensorial e a alterações de pressão intravesical e uretral.(Quintana et al., 2009)

Existe vasta literatura a definir os tipos de incontinência urinária, mas predominam dois tipos: IU de esforço (IUE) e IU de urgência (IUU).(Haylen et al., 2010) Estes dois tipos de incontinência são tão comuns e muitas vezes coexistem, como uma combinação de sintomas chamados de incontinência urinária mista (IUM). (Aoki et al., 2018)

A grande maioria dos estudos reportam-se à terminologia da IUGA/ICS definindo nos seguintes termos: a IUE é a perda involuntária de urina no esforço, perda ao esforço físico, espirros ou tosse; a IUU decorre de, ou é imediatamente precedida de, urgência; a IUM é definida como a queixa de perda involuntária de urina associada à urgência mas também ao esforço, espirros ou tosse.(Abrams et al., 2017)(ICS Standardisation Steering Committee, 2020)

Na IUE a mulher perde urina involuntariamente em atividades que promovem aumento de pressão intra-abdominal como tossir, rir, levantar objetos ou fazer esforço físico, ou seja, há uma associação nítida entre os esforços e as perdas de urina em que a pressão intravesical ultrapassa a pressão uretral.(Botelho et al., 2007)

Durante o esforço, as vísceras pélvicas são empurradas para baixo e a sustentação é feita pela musculatura e ligamentos flexíveis íntegros, ou seja, qualquer defeito dessas estruturas vai gerar disfunção do pavimento pélvico (Bertoldi et al., 2014), surgindo então uma alteração do mecanismo de continência responsável por incontinência genuína de esforço.(Coelho & Vilaça, 2009).

A IUU está intimamente ligada a fatores como a hiperatividade do músculo detrusor durante a fase de enchimento, pois uma bexiga que apresente contrações involuntárias ou que apresente elevação progressiva da pressão é chamada de hiperativa. (Bø, 2004) (Júnior et al., 2010)(Coelho & Vilaça, 2009) Esta incontinência é geralmente causada por essas contrações involuntárias do músculo detrusor em momentos inapropriados, e pode ser desencadeada por simples ocorrências diárias, tais como o som da água corrente, a exposição a temperaturas frias, ou o consumo de bebidas frias.(Radzimińska et al., 2018)

A IUM aparece em vasta literatura como uma junção dos sinais e sintomas das duas componentes de perdas por esforço e por urgência, estando os fatores etiológicos subjacentes a cada subtipo de IU. A IUM torna-se por vezes difícil de perceber, quando questionamos as mulheres com este tipo de IU, pois as respostas na sua maioria são incertas quanto à distinção entre o esforço e a urgência.(Bø, Berghmans, Morkved, et al., 2015)

Um estudo nos EUA teve como objetivo investigar a relação dos tipos de IU com vários fatores como aspetos sociodemográficos, estilo de vida, fatores relacionados com a saúde e fatores ginecológicos e concluíram que a idade, a obesidade, o tabagismo, as comorbilidades e a terapia hormonal pós-menopausa estavam associados a uma maior prevalência de todos os tipos de IU.(Abufaraj et al., 2021)

A esperança média de vida no mundo está a aumentar e, em alguns países, cerca de 25% têm atualmente 65 anos de idade, tornando-se previsível o aumento correspondente do número de mulheres com IU.(Milsom & Gyhagen, 2019) Com o envelhecimento, as mulheres acima dos 65 anos podem ser consideradas mais vulneráveis se apresentarem diminuição da atividade física, mobilidade, equilíbrio, força muscular e sensação de fadiga.(Cho & Kim, 2021)

A idade está associada a uma diminuição da complacência vesical e à diminuição do nível dos estrogénios, assim como ao aparecimento de outras comorbilidades, tornando a idade um fator de risco associado à IU.(Higa et al., 2008)

A menopausa é um dos fatores que pode estar relacionado com a presença de IU, no entanto, há estudos que não conseguem encontrar uma correlação significativa entre as mulheres menopausicas e não menopausicas e a presença de IU.(Wei et al., 2022) Relativamente à terapia hormonal, a evidência científica sugere que a terapia hormonal sistémica pode piorar a incontinência urinária (Lukacz, 2021), no entanto, em

alguns ensaios clínicos com administração local de estrogénios revelaram algumas melhorias da IU.(JD. et al., 2012) Os estrogénios aumentam o trofismo e a vascularização dos músculos do pavimento pélvico (MPP) e o seu défice pode estar relacionado com problemas urogenitais. (Batista et al., 2010)

Tendo em conta a tosse como estando associada a perdas urinárias, podemos perceber que fenómenos como uma tosse severa conduzem a uma contração forte do diafragma e dos abdominais, aumentando transitoriamente a pressão intraabdominal para $150\text{cmH}_2\text{O}$ (Bø, Berghmans, Morkved, et al., 2015), podendo estar associada a episódios de incontinência urinária como verificado num estudo, realizado na China, onde a incidência de IU em mulheres com tosse crónica foi de 50,1%.(Yang et al., 2022)

Um estudo português, (M. F. Silva et al., 2021) percebeu uma associação significativa da IU com a obstipação e o excesso de peso, apesar de que na literatura a obstipação surge como um fator de risco divergente (Wei et al., 2022). A obstipação crónica afeta a função urológica, uma vez que a força realizada durante a evacuação intestinal pode causar lesões no pavimento pélvico (Higa et al., 2008) para além de também aumentar a pressão intraabdominal.

A relação entre a obesidade e a incontinência urinária tem sido bem documentada em diversos estudos (populacionais, longitudinais, coortes) estando associada a episódios mais frequentes de IU e a uma maior prevalência de IUE, especificamente.(Fuselier et al., 2018) (Mosca et al., 2022) Ao olhar para este factor, podemos perceber que o aumento da pressão intraabdominal (PIA) pode contribuir para o aparecimento de IU devido ao aumento do diâmetro abdominal sagital. Sendo assim, a associação entre o aumento do índice de massa corporal (IMC) e o aumento de PIA pode ter impacto na presença de IU (Fuselier et al., 2018), sendo um IMC igual ou superior a 30 identificado como estando positivamente associado a IU.(Almoussa & Bandin van Loon, 2018) Entenda-se que o IMC é calculado e categorizado de acordo com as classificações gerais da OMS.(Lamerton et al., 2021) Numa revisão sistemática e metanálise foi comprovado que o IMC materno pode ser um fator de risco e as grávidas com um IMC elevado apresentam um risco maior de IUE; o ganho de peso da mulher durante a gravidez pode ser um fator de risco no pós-parto e quanto maior for esse ganho maior o risco de IUE; o IMC atual pode não ser um fator de risco mas os estudos apontam que as mulheres com um IMC mais elevado apresentam uma maior fator de risco para IUE num pós-parto.(Wang et al., 2020)

Outros fatores de risco como a paridade e tipo de parto são frequentemente discutidos na literatura. Em *Nanjing*, na China, realizou-se um estudo durante a gravidez até às seis semanas de pós-parto (com uma média de idade das mulheres com IU no pós-parto imediato de 30,00 anos $\pm 3,57$) e através de uma análise multivariada verificaram que a idade avançada, um maior IMC, a macrosomia, a multiparidade e o parto vaginal foram fatores de risco de incontinência urinária no pós-parto.(Jia et al., 2021)

Relativamente à idade materna como fator de risco, numa recente metanálise realizada com o objetivo de perceber a relação entre a idade da grávida e o risco de IU pós-parto, verificaram que idade igual ou superior a 32 anos aumenta esse risco.(Ren et al., 2022).Pensa-se que possa estar associada à diminuição da sensibilidade, à atividade de detrusor e à capacidade da bexiga. (Wei et al., 2022)

O tipo de parto também foi analisado como fator de risco e averiguou-se que o parto vaginal assim como procedimentos como a episiotomia, podem ser factores de risco de IUE no pós-parto. (Wang et al., 2020) Também de acordo com outros autores partos por cesariana podem ter carácter protetivo do pavimento pélvico (Jia et al., 2021) e evitar ou apresentar um risco significativamente menor de IU no pós-parto. (Blomquist et al., 2018)(Kokabi & Yazdanpanah, 2017) No entanto, há literatura que aponta que a cesariana não pode ser aconselhada para prevenção de disfunções do pavimento pélvico (Ducarme et al., 2019) e é um método ainda muito questionável para prevenir incontinência urinária.(Živković et al., 2016)

Em 2013, também foi realizado um estudo retrospectivo em 242 mulheres no pós-parto imediato, no sentido de averiguar a prevalência de IU no terceiro trimestre gestacional e verificar as variáveis associadas à IU nesse período. Os autores concluíram que a prevalência de IU no terceiro trimestre de gestação foi de 59,5% e que apenas 9,5% destas mulheres já eram incontinentes antes da gravidez.(Sacomori et al., 2013).

Num estudo com desenho de corte transversal, nos Países Baixos, apurou-se que as mulheres primíparas reportaram uma prevalência global de incontinência urinária significativamente mais baixa do que as mulheres múltíparas, 52,0% e 61,9% respetivamente.(Moosdorff-Steinhauser et al., 2021)

Uma vez que os fatores de risco, inerentes aos comportamentos, podem ser modificáveis, torna-se importante evitar comportamentos sedentários que contribuem para aumentar a propensão de doenças.

A atividade física regular é um fator chave de proteção para prevenção e controle das doenças não transmissíveis, beneficiando a saúde mental e contribuindo para a manutenção do peso saudável e do bem-estar geral.(World Health Organization, 2020) O aumento da pressão abdominal gerado pelo exercício físico promove uma contração reflexa dos MPP e melhora a função em indivíduos praticantes de atividade física.(Viana & Micussi, 2021)

Por outro lado, ao considerarmos a atividade física como potencial fator de risco, podemos perceber que numa pesquisa internacional, transversal, baseada em inquéritos online a 452 mulheres praticantes de *CrossFit*, verificou-se que 17,7% das mulheres só manifestaram incontinência urinária durante o exercício e não durante as atividades diárias.(Wikander et al., 2020) Comparando mulheres que praticam exercício com mulheres que não praticam, podemos perceber que a prevalência de IU é elevada mas, especificamente, nas mulheres que praticam exercício de alto impacto.(Almoussa & Bandin van Loon, 2018)

A IU pode ser elevada em atletas do sexo feminino sendo que os desportos de alto impacto podem aumentar o risco de IU. A IUE pode ser uma barreira à participação das mulheres no desporto e atividades de fitness e, conseqüentemente, diminuir a qualidade de vida das atletas.(T. Pires, Pires, Moreira, & Viana, 2020)

2. Prevalência da Incontinência Urinária

Internacionalmente, têm sido realizados ao longo dos tempos estudos observacionais de prevalência em incontinência urinária, quer seja numa população com atributos específicos, quer seja na população em geral.

Num estudo na Polónia, concluíram que 72,6% das mulheres sofriam de sintomas do trato urinário inferior como perdas de urina e frequência miccional (Przydacz et al., 2021) e numa revisão sistemática nos Países do Golfo a prevalência de IU apresentou uma amplitude entre 20,3% e 54,5%.(Hammad, 2021)

Num estudo realizado nos Países Baixos, em 415 mulheres desde as seis semanas até um ano após o parto, verificou-se que 57,1% apresentaram incontinência urinária (Moosdorff-Steinhauser et al., 2021), assim como na China, mais especificamente em *Nanjing*, com uma amostra de 6370 mulheres obtiveram uma taxa de prevalência de 29,76% durante a gravidez e de 12,5% nas seis semanas após o parto.(Jia et al.,



2021). Num estudo transversal no sul do Brasil, com 144 mulheres primíparas, observou-se que 58,7% apresentaram queixas de perda involuntária de urina.(Magajewski et al., 2013)

Relativamente à IUE, podemos observar em vários estudos que este tipo de perdas urinárias é o mais prevalente em mulheres. Num estudo realizado nos EUA, com o objetivo de determinar a prevalência e tendências associadas à incontinência urinária entre mulheres adultas, verificou-se que entre 2017 e 2018 a prevalência de IUE foi de 45,9% (Abufaraj et al., 2021) e nos Países Baixos atingiu cerca de 62,9% da amostra do estudo.(Moosdorff-Steinhauser et al., 2021) O estudo realizado por *Jia et al* mostra que a prevalência de IUE foi de 25,48% durante a gravidez e 8,49% no pós-parto.(Jia et al., 2021)

Foram também estudados e investigados outros aspetos relacionados com esta temática como a relação com a idade e a procura por ajuda profissional para o diagnóstico e para o tratamento da incontinência urinária.

No estudo epidemiológico e transversal realizado na Polónia, em que o objetivo era examinar a prevalência e os desconfortos específicos associados aos sintomas do trato urinário inferior, e avaliar o impacto desses sintomas no comportamento relativamente ao tratamento, concluíram que as mulheres com idade igual ou superior a 40 anos não prosseguem com tratamento desses mesmos sintomas. Inclusivamente, as mulheres com medo de perdas de urina por urgência e aumento da frequência miccional foram as que mais estavam propensas a receber tratamento, embora que sintomas como intermitência e esforço miccional tenham sido os mais referidos em relação à procura de tratamento.(Przydacz et al., 2021)

Torna-se então de extrema importância gerar conhecimentos sobre os obstáculos para a procura de cuidados de saúde sendo que as mulheres mais jovens, com perdas urinárias, são as que têm maior facilidade em ultrapassá-los. O constrangimento e a preocupação associada ao diagnóstico médico levam a que as mulheres com menor nível de escolaridade não procurem ajuda profissional.(Jarbøl et al., 2021)

Num estudo realizado nos Países Baixos, em que a média de idade das participantes foi de 30,6 anos, 25% das mulheres procuram ajuda profissional, sendo que a ajuda de um fisioterapeuta foi solicitada por 92% destas mulheres.(Moosdorff-Steinhauser et al., 2021)

Na literatura também foram identificadas três razões principais para não procurar ajuda de um profissional de saúde: constrangimento em consultar um profissional, a crença de que a IU é uma doença comum ou normal na velhice e a crença de que é uma doença incurável e sem tratamento disponível.(Hammad, 2021)

Em Portugal, já surgiu entre a comunidade científica o desejo de aprofundar este tema, sendo já possível observar alguns dados epidemiológicos, como é o caso do estudo transversal efetuado na região do Porto e Vila Nova de Gaia, com uma amostra de 290 mulheres. Neste estudo a prevalência de incontinência urinária foi de 25,2%, sendo que a IU de esforço foi verificada em 13,6%, a IU mista em 5,6% e a IU de urgência em 5,2%. Da amostra de mulheres incontinentes constatou-se que 28,6% procuraram ajuda médica.(M. F. Silva et al., 2021) Também entre os anos 2013 e 2014 foi realizado um estudo observacional no Centro Hospitalar Tâmega e Sousa onde concluíram que a multiparidade e a ocorrência de IU na gravidez surgem como possíveis fatores de risco no aparecimento desta condição. Neste estudo, a prevalência de IU na gravidez foi de 51,59% e das mulheres que apresentaram IU no pós-parto (n=82) 31,69% apresentaram incontinência urinária de novo e 68,31% das mulheres já apresentavam sintomatologia durante a gravidez.(Rocha et al., 2017a)

3. Qualidade de Vida

A qualidade de vida (QdV) é definida pela OMS como "a percepção dos indivíduos sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valor em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". Trata-se de um conceito abrangente, que incorpora de forma complexa a saúde física das pessoas, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e as suas relações com características do ambiente.(WHO, 1998)

A definição do termo "qualidade de vida relacionada à saúde" traz dois conceitos, com definições em plena mutação: qualidade de vida e saúde. Ele é utilizado em duas vertentes: na linguagem quotidiana (população em geral, jornalistas, políticos, área de comunicação) e no contexto da pesquisa científica.(Vasconcelos et al., 2020)

A QdV relacionada com a saúde foi definida como sendo o resultado de condições de saúde que avaliam o impacto na qualidade de vida de uma pessoa, no seu estado de saúde, nos cuidados de saúde e na sua capacidade de alcançar/manter um nível de

independência, juntamente com a autopercepção da sua saúde física e psicológica e a relação com o seu ambiente.(Ramírez et al., 2022)

A terminologia de incontinência urinária da ICS relaciona a queixa de perdas com assuntos da QdV.(ICS Standardisation Steering Committee, 2020)

A IU pode ter consequências graves na qualidade de vida, resultando em comportamentos evasivos e limitadores sociais, causando sentimentos de vergonha e inadequação, bem como baixa auto-estima.(Caruso et al., 2017)

Dependendo das circunstâncias sociais e expectativas subjetivas, a reação de um indivíduo às perdas involuntárias de urina pode mudar consoante a situação em que se encontra, o que pode provocar uma deterioração da qualidade de vida em maior ou menor grau, ou seja, perdas involuntárias de urina mesmo que muito ligeiras podem ter um impacto devastador num indivíduo, enquanto perdas mais severas podem ser encaradas com menor importância para outras pessoas.(Radoja & Degmečić, 2019)

As mulheres com IU raramente falam sobre o seu problema e, quando questionadas, muitas vezes procuram omitir sintomas por se sentirem constrangidas e dificilmente procuram tratamento.(Magajewski et al., 2013) Existem diferentes interpretações sobre o que é normal e o que não é, relativamente aos graus de perda involuntária de urina dentro de diferentes grupos culturais, sociais, etários e sexuais, e o seu grau de influência sobre a qualidade de vida do indivíduo.(Radoja & Degmečić, 2019) Nos Países Baixos, em 57,1% de mulheres incontinentes, cerca de 38% referiram sentir-se incomodadas com as perdas de urina.(Moosdorff-Steinhauser et al., 2021) Em 2013, foi realizado um estudo retrospectivo em 242 mulheres no pós-parto imediato e 25,7% das mulheres, com sintomas de perdas urinárias, referiram que tal condição não interferia na qualidade de vida, (Sacomori et al., 2013) e outros autores, num estudo transversal com 144 mulheres primíparas, 13,1% referiram um impacto muito grave na sua qualidade de vida. (Magajewski et al., 2013)

Há fortes evidências de que a incontinência urinária - nas suas diferentes formas - afeta negativamente a função sexual feminina.(Frigerio et al., 2022) A incontinência urinária relacionada com o coito tem sido classificada em duas categorias: IU com a penetração (associada a IUE) e IU com o orgasmo (associada a IUU).(Mosca et al., 2022)

Num estudo realizado em mulheres com idade igual ou superior a 55 anos com IU, cerca de 25% sentiam-se restringidas na sua atividade sexual ou evitavam essa



atividade devido às perdas de urina.(Visser et al., 2014) Estas perdas involuntárias de urina podem ter influência na sexualidade dependendo de uma variedade de fatores, incluindo fatores físicos, psicológicos, sociais, e culturais.(Mosca et al., 2022) Também *Hammad 2021*, no seu estudo, constatou que a IU demonstrou ter um grande impacto na sexualidade e nos atos religiosos e que, a maior parte das mulheres ainda tem vergonha de discutir o assunto com profissionais de saúde, principalmente se forem profissionais do sexo masculino.(Hammad, 2021)

Num estudo realizado no Brasil, com o objetivo de avaliar o impacto do isolamento social devido a SARS-CoV-2 na prevalência e gravidade da incontinência urinária e a correlação com a qualidade de vida das mulheres nulíparas avaliadas (numa faixa etária entre os 18-35 anos), constatou-se que a prevalência de IU diminuiu com o isolamento social imposto pela pandemia, principalmente as mulheres com componente de urgência (45,46% na avaliação inicial para 23,10% na avaliação final), uma vez que as mulheres estando em casa conseguiam recorrer mais facilmente ao WC, tanto para urinar como para a sua higiene íntima. Constatou-se também que quanto maior a gravidade da IU detectada, pior a qualidade de vida obtida nos domínios de percepção geral de saúde, limitações físicas e limitações sociais.(Brilhante et al., 2022)

Os estudos sobre a IU, quanto à prevalência, impacto social e procura de ajuda profissional, são escassos principalmente quanto ao uso de questionários internacionais validados.(Hammad, 2021) Os questionários apesar de serem métodos subjetivos de avaliação, têm-se tornado uma ferramenta frequente em estudos clínicos e procuram estimar o quanto a doença pode afetar a qualidade de vida do paciente e, ainda, quais aspetos da sua vida são mais prejudicados.(Viana & Micussi, 2021)

Num estudo realizado nos Países Baixos, onde foi aplicado o questionário ICIQ-LUTSqol (*International Consultation on Incontinence Questionnaire Lower Urinary Tract Symptoms Quality of Life*), constatou-se que as mulheres relataram pior qualidade de vida com as perdas urinárias em três domínios: na atividade física (como passear, correr ou praticar desporto), na necessidade de mudar de roupa e na sensação de mau-cheiro.(Moosdorff-Steinhauser et al., 2021)

Em 2012, num estudo português, foi aplicado o King's Health Questionnaire (KHQ), a 505 mulheres com incontinência e ao verificar a qualidade de vida global, cerca de 211 (41,8%) mulheres referiram uma QdV fraca, enquanto 175 (34,7%) e 91 (18,0%) indicaram uma QdV elevada e moderada, respetivamente.(Amaral et al., 2015)

Em Portugal, numa amostra de conveniência em Setúbal, Évora e Funchal, foi realizado um estudo para avaliar o impacto na qualidade de vida, de mulheres com IU, através do questionário CONTILIFE® que é um instrumento que se refere ao estado de saúde da utente nas últimas 4 semanas, constituído por seis dimensões específicas susceptíveis de serem afetadas pela condição, tendo sido adaptado e validado para a população feminina portuguesa.(Paiva et al., 2010) Nesse estudo português, das 101 mulheres com IU, 46,5% não revelaram impacto, 30,7% das mulheres revelaram baixo impacto e 18,8% médio impacto.(Melo et al., n.d.)

Sabendo que a IU é uma condição de saúde que afeta as esferas não só da saúde como também as esferas social, emocional e económica importam utilizar recursos para ampliar o conhecimento nestas áreas. Nesse sentido, a gama de questionários para a avaliação dos sintomas e do impacto na qualidade de vida das mulheres com IU é útil na compreensão dessa condição de saúde, e auxilia no processo de reabilitação, uma vez que pode ser medida antes e após o tratamento.(Viana & Micussi, 2021)

4. Fisioterapia na Incontinência Urinária

A WCPT descreve a Fisioterapia como uma profissão que presta serviços a pessoas e populações com a finalidade de desenvolver, manter e restaurar o máximo da capacidade funcional e do movimento ao longo de todo o ciclo de vida.(Vital et al., 2020)

A saúde feminina é olhada de perto por muitos profissionais de saúde e, ao longo dos anos, também tem particular atenção por parte dos fisioterapeutas. Nos últimos tempos, a avaliação e o tratamento de fisioterapia na área da saúde da mulher tiveram uma grande evolução, com cada vez mais evidência científica associada à prática dos fisioterapeutas.

Na área da saúde da mulher e pavimento pélvico, o fisioterapeuta especialista deve demonstrar competências como clínico, académico, gestor, líder, comunicador, colaborador e promotor do profissionalismo cuja prática clínica deve seguir as orientações da definição da OMS de saúde. (Vicente et al., 2021)

No tratamento de disfunções do pavimento pélvico, a base da fisioterapia é a educação sobre a disfunção, informação sobre intervenções no estilo de vida, técnicas

manuais e treino dos MPP. Este treino pode ser ensinado com ou sem o uso de *biofeedback* ou outras terapias adjuvantes, tais como a estimulação eléctrica ou agentes mecânicos e inclui o ensino de contracção correta, consciência muscular e corporal, coordenação e controlo motor, força muscular e resistência, e relaxamento.(Bø, Berghmans, Mørkved, et al., 2015) O treino dos MPP apresentam nível 1 de evidência científica no tratamento da incontinência urinária, contudo é necessário que as mulheres tenham a capacidade de realizar uma correta contracção dos músculos do pavimento pélvico.(Mateus-Vasconcelos et al., 2018)

Num estudo experimental, em Portugal, com mulheres com IUE, um grupo experimental foi submetido a um programa de treino intensivo dos MPP e programa de treino domiciliário orientado por fisioterapeuta, enquanto um grupo controlo foi submetido unicamente ao programa de treino no domicílio. Concluíram que os programas de treino dos MPP contribuíram para melhorar a QdV e para a redução da frequência das perdas urinárias, nas mulheres com IUE ligeira e moderada, e que existe associação entre a melhoria da condição e o impacto positivo na QdV.(M. Ferreira & Santos, 2012)

Os MPP não são responsáveis por movimentos de maior amplitude, mas trabalham em sinergia com outros músculos do tronco e por conseguinte, a disfunção do pavimento pélvico pode levar a sintomas durante o movimento e a percepção de restrição na capacidade para se manter fisicamente ativa.(Bø, Berghmans, Mørkved, et al., 2015)

Numa revisão sistemática com o objetivo de identificar o protocolo e/ou os parâmetros de treino mais eficazes no tratamento da IUE feminina, autores portugueses concluíram que o protocolo de treino mais eficaz consiste nos exercícios de fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico (EFMPP), por palpação digital e supervisão combinados com *biofeedback* e cones vaginais, incluindo os parâmetros de treino de 12 semanas de duração, dez repetições por série e em distintas posições comparados com os EFMPP isolados ou sem tratamento.(Oliveira et al., 2017) Outros autores, em Portugal, também verificaram que o treino dos MPP durante a gravidez previne a IU durante a gravidez e após o parto.(T. F. Pires, Pires, Costa, & Viana, 2020)

A palpação digital é então considerada uma das intervenções mais eficazes para a consciencialização do pavimento pélvico, facilitando a contracção voluntária dos MPP, e melhorando a incontinência urinária.(Mateus-Vasconcelos et al., 2018)

Os tratamentos para a maioria dos tipos de incontinência incluem modificações do estilo de vida e exercício muscular do pavimento pélvico, juntamente com treino da bexiga em mulheres com IUU e em algumas mulheres com IUE.(Lukacz, 2021) Desta forma, percebemos que um programa de treino pode melhorar esses sintomas (Abu Raddaha & Nasr, 2022), uma vez que a contração dos MPP pode inibir a contração do detrusor e as perdas urinárias.(Bo et al., 2020)

As temáticas das disfunções do pavimento pélvico apresentam uma natureza sensível para as mulheres e, aliado a este fator o conhecimento correto da execução dos exercícios e a necessidade de supervisão no treino dos MPP faz com que a incontinência urinária não seja, muitas vezes, relatada nos estudos revistos. (Romero-Franco et al., 2021)

Ao mesmo tempo, considera-se que por ser uma temática dotada de maior sensibilidade deve ser reforçado junto dos profissionais de saúde a importância dos cuidados multidisciplinares e da educação para a saúde (Rocha et al., 2017b) uma vez que os exercícios terapêuticos melhoram a contração voluntária máxima dos MPP assim como diminuem a perda involuntária de urina.(Romero-Franco et al., 2021)

Com a evolução tecnológica a ganhar terreno temos cada vez mais de estar atentos às possibilidades que existem no mercado, no sentido de ajudar as mulheres com incontinência urinária. As aplicações para *smartphones* podem ser uma mais-valia, no entanto, devem ser criteriosamente avaliadas.

Num estudo randomizado realizado na Suécia, para mulheres com IUU e IUM divididas em dois grupos (grupo de tratamento com a *app* móvel e grupo de informação sem tratamento), concluíram que a possibilidade de realizar um programa de tratamento que não exija contacto presencial com os profissionais de saúde pode facilitar o aumento da procura de cuidados, e que ferramentas como aplicações para *smartphone* podem ser adaptadas para um utilizador específico, com conselhos personalizados, notificações e lembretes dos programas de tratamento.(Wadensten et al., 2021)

Também na Suécia, num estudo randomizado com mulheres com IUE, verificaram que o tratamento através de uma *app* móvel levou a melhorias clinicamente relevantes, tornando esta ferramenta uma forma de facilitar o acesso aos tratamentos de primeira linha e uma ferramenta que permite aumentar a adesão aos programas de treino dos MPP.(Asklund et al., 2017)

Uma tensão muscular normal do pavimento pélvico é a chave para regular o aumento excessivo da pressão intraabdominal, sendo uma ajuda para prevenir a incontinência urinária. Torna-se então necessário que as mulheres trabalhem a funcionalidade dos músculos do seu pavimento pélvico, durante a rotina diária, de forma a diminuir a incidência de incontinência urinária.(Yang et al., 2022)

Ensinar as mulheres como contrair corretamente os seus MPP é uma das tarefas mais desafiantes para o fisioterapeuta que trabalha na saúde da mulher.(L. de A. Ferreira et al., 2020) Desta forma, o fisioterapeuta enquanto educador pode ter um desempenho excelente no ensino de como contrair corretamente os MPP, através de instruções verbais baseadas no conhecimento da função do pavimento pélvico, no sentido de melhorar o suporte estrutural e assegurar uma forte contração durante um aumento da pressão abdominal, utilizando expressões simples como “contrair e elevar”.(Bø, Berghmans, Morkved, et al., 2015)

Em jeito de resumo, o primeiro passo para se iniciar um programa de treino é instruir a mulher a identificar, contrair e relaxar os músculos do pavimento pélvico (Cho & Kim, 2021) e dado que a incontinência urinária apresenta uma elevada carga socioeconómica (custos com pensos, fraldas, tratamentos hospitalares por complicações associadas às perdas urinárias), o tratamento nos cuidados de saúde primários devem ser prontamente iniciados, com o encaminhamento para a respetiva especialidade quando não há efetividade nos tratamentos conservadores.(Wood & Anger, 2014)



Capítulo II - Metodologia

5. Materiais e Métodos

5.1. Objetivos do estudo

O presente estudo teve como objetivos identificar a prevalência de incontinência urinária em mulheres no concelho de Seia e avaliar o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida dessas mulheres, em diferentes dimensões: atividades quotidianas, situações de esforço, autoimagem, impacto emocional, sexualidade e qualidade de vida geral.

Para atingir os objetivos colocámos as seguintes questões:

- a) Qual a prevalência da incontinência urinária feminina no Concelho de Seia?
- b) Qual o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida das mulheres?

De forma a responder à questão *“Qual a prevalência da incontinência urinária feminina no Concelho de Seia?”* procedeu-se à análise da prevalência através dos dados obtidos a partir da amostra.

Para a questão *“Qual o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida das mulheres?”* estabeleceu-se a seguinte hipótese de estudo:

H: A incontinência urinária tem impacto na qualidade de vida das mulheres, medido pelo instrumento Contilife.

No decorrer da análise de dados tornou-se pertinente dar resposta a outras questões:

- c) Existe associação entre variáveis antropométricas, quotidianas e clínicas e a presença de incontinência urinária?
- d) Existe associação entre variáveis antropométricas, quotidianas e clínicas e a qualidade de vida global das mulheres com IU?
- e) De que forma se relacionam as dimensões atividades quotidianas, situações de esforço, auto-imagem, impacto emocional, sexualidade, bem-estar geral e qualidade de vida global com os tipos de IU?



5.2. Desenho da Investigação

O estudo realizado foi do tipo observacional descritivo e de características analíticas, que permitiu observar, mensurar e analisar variáveis específicas com a finalidade de descrever as características das participantes, avaliando assim, a prevalência de incontinência urinária no concelho de Seia e o impacto dessa condição na qualidade de vida.

5.3. População e Amostra

O concelho de Seia pertence ao Distrito da Guarda e enquadra-se na região *NUT II - Centro*. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), os Recenseamentos da População e da Habitação – CENSOS – são as maiores operações estatísticas realizadas e destinam-se a obter informação sobre toda a população residente, as famílias e o parque habitacional. Ao consultar os dados definitivos dos CENSOS 2021 pudemos verificar que, no Concelho de Seia, a população residente era de 21.755 das quais 11.459 eram mulheres.

Através do acesso online <https://pt.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/> de uma calculadora de tamanho ideal de amostra, para 11459 mulheres com um intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 5%, obtivemos 372 como o tamanho da amostra com resultados estatisticamente relevantes.

A amostra, de conveniência, foi então constituída tendo em conta as mulheres que cumpriam os **critérios de inclusão**:

- ter idade igual ou superior a 18 anos;
- residir no Concelho de Seia;
- ter capacidade intelectual para preencher o questionário.

Como **critério de exclusão**, a equipa de investigação definiu que as mulheres com condições do foro neurológico como Acidente Vascular Cerebral, Esclerose Múltipla, patologia vertebromedular, patologia neurológica da bexiga, doença de Parkinson e algaliação crónica, não poderiam ser contabilizadas na amostra do estudo.

A forma de acesso à amostra foi trabalhada previamente à aplicação do instrumento de medida, tendo sido pedida a respetiva autorização. As instituições que aprovaram o pedido de realização deste estudo de investigação foram: Unidade Local de Saúde da Guarda – Hospital Nossa Senhora da Assunção/Centros de Saúde de Seia e extensão de São Romão; Agrupamento de Escolas do concelho de Seia; Escola Profissional da Serra da Estrela; Escola Profissional Evaristo Nogueira; Escola Superior de Turismo e Hotelaria – Instituto Politécnico da Guarda; Câmara Municipal de Seia; Santa Casa da Misericórdia de Seia; Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de Seia. Para além destas instituições também foram usadas as redes sociais e rede sociofamiliar.

5.4. Apresentação dos Instrumentos de Medida

Para este estudo foi criado um questionário para conhecer os dados sociodemográficos, realizado exclusivamente para o estudo, com o objetivo de recolher a informação subjetiva de cada mulher que preenchem os critérios de inclusão.

Todos estes dados sociodemográficos encontravam-se incluídos na **Secção I**, em 13 questões sobre idade, peso, altura, escolaridade, situação profissional, esforço e postura diária, paridade e gravidez atual, trânsito intestinal, menopausa e continência urinária. (Apêndice II) Na **Secção II**, apenas para as mulheres com incontinência urinária, estavam incluídas 5 questões sobre cirurgias ou tratamentos abdominal e/ou pélvico, duração das perdas urinárias, tipo de perdas e procura de ajuda profissional/profissional procurado. (Apêndice II)

A **Secção III** foi relativa ao Questionário CONTILIFE®. (Anexo I)

O CONTILIFE® foi desenvolvido e testado em França, tendo sido desenhado para mulheres com incontinência urinária de esforço, de urgência e mista e correspondeu aos requisitos psicométricos a serem utilizados como uma medida válida, fiável e sensível da qualidade de vida das pacientes. (Amarenco et al., 2003)

Este questionário encontra-se também validado para a população portuguesa, através de um estudo realizado em 2010 (Paiva et al., 2010). Trata-se de um questionário que permite avaliar o impacto que a IU tem na QdV, a qual é avaliada através de 28 questões que se distribuem por seis dimensões distintas: atividades de vida



quotidiana, situações de esforço, auto-imagem, impacto emocional, sexualidade e qualidade de vida geral. Em cada dimensão é obtida uma pontuação, sendo que as opções de resposta se traduzem em escalas de Likert de 5 ou 6 pontos e que correspondem a indicadores de frequência e de intensidade, ou seja, as opções de resposta variam respectivamente de 1 a 5 e de 0 a 5. A pontuação total é calculada através da soma das pontuações obtidas em cada dimensão e varia entre os 0 e os 10 pontos, correspondendo o maior resultado a um maior índice de QdV. Relativamente à última questão sobre a qualidade de vida geral, a pontuação varia entre 1 e 5 pontos, correspondendo uma menor pontuação a um melhor índice de QdV. O somatório de todas as dimensões constitui o score total da escala. Os resultados, quer por dimensão quer relativamente ao score global, são convertidos numa escala onde os valores variam entre 0 e 10 pontos, em que 0 significa uma baixa qualidade de vida e 10 representa uma boa qualidade de vida.

Para a aplicação deste questionário validado para a população portuguesa, foi previamente pedida a respetiva autorização. (Anexo II)

No que concerne à interpretação de resultados, e como se tornou pertinente perceber o impacto que a IU tem na qualidade de vida, optou-se por usar os resultados obtidos e compará-los com os intervalos encontrados em literatura, classificando assim o impacto em impacto muito alto; impacto alto; impacto médio; impacto baixo; sem impacto. (Melo et al., n.d.)

A pontuação da classificação dos intervalos, para fins estatísticos, foi a seguinte: impacto muito alto (0-1,99); impacto alto (2-3,99); impacto médio (4-5,99); impacto baixo (6-7,99); sem impacto (8-10).

Para além destes intervalos, a equipa de investigação optou também por usar a seguinte classificação na interpretação de resultados: com impacto (0-7,99) e sem impacto (8-10).

5.5. Questões éticas e de confidencialidade

Este estudo teve início após a aprovação pelo Conselho de Administração da ULS Guarda (Ata n.º 42/2022, de 27 de outubro de 2022 onde consta o despacho da CES da ULS Guarda de 18/10/2022), aprovação pela Comissão de Ética da ESTeSL (CE-

ESTeSL) com referência interna do projeto **ce-estesl-nº. 74-2022**, em email datado de 29 de novembro de 2022. (Anexo III)

A formação da base de dados para análise estatística, respeitou a proteção de dados e a anonimização das participantes, garantido a confidencialidade dos dados recolhidos, como previsto na Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, que assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016. A base de dados será destruída aquando da finalização do estudo e após defesa da dissertação.

Todos os procedimentos deste estudo estiveram de acordo com padrões éticos e cumpriram os princípios da Declaração de Helsínquia e a equipa de investigação declarou não apresentar conflitos de interesses na investigação.

5.6. Recolha de dados

O instrumento foi aplicado através dum formulário personalizado pelo aplicativo *Google Forms – formulário online*. Em formato papel, juntamente com urna fechada, foi disponibilizado às utentes do Hospital Nossa Senhora da Assunção, Centros de Saúde de Seia e São Romão e disponibilizado à rede sociofamiliar da investigadora. O formulário online foi enviado para os emails institucionais, juntamente com um pedido de colaboração da direção de cada instituição, no sentido de reencaminhar para os respetivos funcionários.

Foi também publicado nas redes sociais o acesso ao formulário online. Tanto o formulário online como em formato de papel continham o respetivo consentimento informado e critérios de inclusão. (Anexo I)

A recolha de dados teve início a 29 de novembro de 2022 e término a 31 de janeiro de 2023. Todos os questionários preenchidos cumpriam os critérios de inclusão, obtendo-se uma amostra de 416 mulheres.

5.7. Análise de dados

O método de análise dos dados recolhidos implicou a utilização de suportes informáticos nomeadamente o *Microsoft Excel®* e o *Statistical Program for the Social*

Science (SPSS), versão 26.0 para *Windows*, que permitiram otimizar e relacionar as variáveis. A equipa de investigação desenvolveu especificamente uma base de dados, em *Microsoft Excel*®, para o estudo e um sistema de codificação do instrumento aplicado.

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. Para avaliar a medida de consistência interna do questionário utilizado, ou seja, o grau de inter-relação dos itens foi usado o *Alpha de Cronbach*.(Hill & Hill, 2005)

Na estatística inferencial, utilizou-se o teste Qui-Quadrado de Aderência, que permite comparar dados amostrais com dados de populações conhecidas, verificando-se que a frequência observada difere significativamente da frequência esperada (Pocinho, 2018); o teste Qui-Quadrado de Independência que se utiliza quando os dados são qualitativos e se pretende saber como é que se comportam os dados quando as variáveis se cruzam, isto é qual a contingência entre as variáveis; o teste t de Student para uma amostra. A medida de *Likelihood Ratio* determina a magnitude e o sentido de variação da mudança de probabilidade e os seus valores são classificados como Grande (LR maior que 10), Moderado (LR entre 5 e 10), Mínimo (LR entre 2 e 5) e Nenhum (LR igual a 1).(Beck et al., 2009)

O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $\alpha \leq ,05$.

Capítulo III - Resultados

6. Apresentação e análise dos dados

A apresentação e a análise dos dados têm como finalidade apresentar os resultados obtidos ao longo da investigação, em função dos objetivos traçados no estudo, das questões e da natureza da investigação.

Inicia-se esta apresentação com a caracterização geral da amostra e o cálculo de prevalência de incontinência urinária nas mulheres do concelho de Seia. De seguida, procede-se à caracterização da amostra das mulheres com incontinência urinária e todos os resultados relacionados com o impacto dessa condição clínica na qualidade de vida.

6.1. Caracterização geral da amostra

A amostra foi constituída por 416 mulheres, cuja média de idade foi de $47,85 \pm 13,84$ anos e com um Índice de Massa Corporal com valor de média $25,95 \pm 4,60$. Ao considerar a classificação do IMC, conforme tabela 1, pudemos observar que 44,7% (n=186) das mulheres encontravam-se com uma ponderação de peso normal.

Tabela 1 - Distribuição dos dados por Faixas Etárias e IMC (n=416)

| | n | % | Média | Desvio Padrão |
|-----------------|-----|------|--------------|---------------|
| Idade | | | 47,85 | 13,84 |
| [18-19] | 2 | 0,5 | | |
| [20-29] | 35 | 8,4 | | |
| [30-39] | 95 | 22,8 | | |
| [40-49] | 102 | 24,5 | | |
| [50-59] | 88 | 21,2 | | |
| [60-69] | 70 | 16,8 | | |
| [70-79] | 20 | 4,8 | | |
| [80-89] | 4 | 1,0 | | |
| IMC | | | 25,95 | 4,60 |
| Baixo peso | 9 | 2,2 | | |
| Normoponderal | 186 | 44,7 | | |
| Excesso de Peso | 137 | 32,9 | | |
| Obesidade | 84 | 20,2 | | |

IMC – Índice de Massa Corporal

As habilitações académicas e a situação/estado profissional podem ser analisadas na tabela 2, onde se pôde observar que a maioria das inquiridas tinham nível de ensino secundário (n=141) e cerca de 81,7% (n=340) encontravam-se empregadas.

Tabela 2 - Distribuição dos dados relativos à Escolaridade e Situação Profissional (n=416)

| | n | % |
|---------------------------------|-----|------|
| Escolaridade | | |
| 1º ciclo | 51 | 12,3 |
| 2º ciclo | 19 | 4,6 |
| 3º ciclo | 58 | 13,9 |
| Ensino Secundário | 141 | 33,9 |
| Bacharelato | 16 | 3,8 |
| Licenciatura | 80 | 19,2 |
| Pós-graduação | 24 | 5,8 |
| Mestrado/Doutoramento | 27 | 6,5 |
| Situação Profissional | | |
| Estudante | 4 | 1,0 |
| Ativa em situação de emprego | 340 | 81,7 |
| Ativa em situação de desemprego | 15 | 3,6 |
| Reformada/pensionista | 57 | 13,7 |

Em termos de postura diária, um pouco mais de metade das inquiridas passava a maior parte do seu dia em movimento (55%, n=229). Relativamente ao esforço diário predominante, este podia ser descrito como moderado (52,9%, n=220) ou com pouco esforço (33,9%, n=141). Todos os dados relativos à postura e ao esforço diário podem ser observados na tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos dados relativos à Postura diária e Esforço diário (n=416)

| | n | % |
|-------------------------|-----|------|
| Postura Diária | | |
| Sentada | 135 | 32,5 |
| Em pé, mais parada | 52 | 12,5 |
| Em movimento | 229 | 55,0 |
| Esforços diários | | |
| Pouco esforço | 141 | 33,9 |
| Esforço moderado | 220 | 52,9 |
| Muito esforço | 55 | 13,2 |

A maioria das mulheres da amostra tinha filhos, sendo que 40,1% (n=167) tinham um filho e 38,5% (n=160) dois filhos, conforme tabela 4. Na mesma tabela ainda pudemos observar a distribuição dos dados relativos ao trânsito intestinal e à menopausa. Desta

forma, constatou-se que a maioria das mulheres apresentava um trânsito intestinal com tendência a regular (62,7%, n=261) e um pouco mais de metade não se encontrava na menopausa.

Tabela 4 - Distribuição dos dados relativos à Paridade, Trânsito Intestinal e Menopausa (n=416)

| | | n | % |
|----------------------------|-------------------------------|-----|------|
| Paridade | Sem filhos | 50 | 12,0 |
| | Um filho | 167 | 40,1 |
| | Dois filhos | 160 | 38,5 |
| | Três ou mais filhos | 39 | 9,4 |
| Trânsito Intestinal | Tendência a intestinos soltos | 19 | 4,6 |
| | Tendência a regular | 261 | 62,7 |
| | Tendência a obstipada | 136 | 32,7 |
| Menopausa | Sim | 187 | 45,0 |
| | Não | 229 | 55,0 |

A gravidez, no momento do preenchimento do questionário, foi questionada às participantes deste estudo. Das 416 mulheres, apenas 9 (2,2%) estavam grávidas, das quais 2 estavam no primeiro trimestre de gravidez, 4 no segundo trimestre e 3 no terceiro trimestre.

Quando questionadas se tiveram alguma perda involuntária de urina sem controlo no último mês, cerca de 28,1% (n=117) das mulheres responderam afirmativamente e 71,8% (n=299) responderam negativamente, conforme demonstrado na Fig.1.

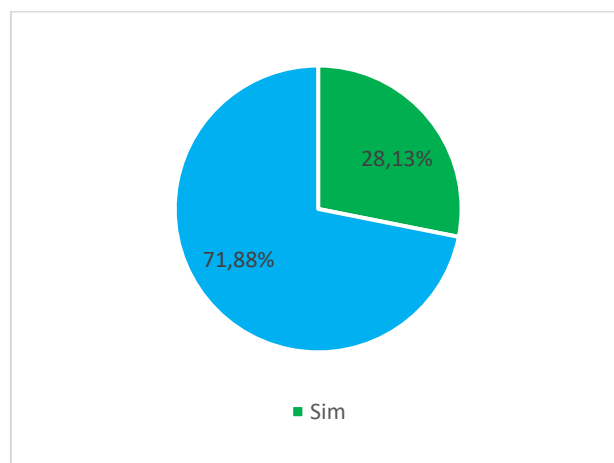


Figura 1 - Presença/Ausência de Incontinência Urinária

6.2. Prevalência de incontinência urinária

Tendo em conta a população de 11459 mulheres residentes no concelho de Seia e a frequência absoluta de mulheres com incontinência urinária da amostra, procedemos ao cálculo da prevalência.

À questão colocada “Qual a prevalência da incontinência urinária feminina no Concelho de Seia?” pudemos identificar que a prevalência global no Concelho de Seia foi de 1,02%, conforme tabela 5.

Tabela 5 - Prevalência em Seia

| Concelho de Seia | Presença IU ♀ | Prevalência | P (k=100) |
|------------------|------------------|------------------------------|-----------|
| ♀ 11459 | n=117 | $\frac{117}{11459} = 0,0102$ | 1,02% |

♀ - mulheres; IU – Incontinência Urinária

Considerando que para o presente estudo tivemos como critério de inclusão mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, procedemos à análise dos dados excluindo as faixas etárias [0-9] e [10-19]. As faixas etárias acima dos 90 anos também foram excluídas uma vez que o máximo encontrado na amostra foi de 88 anos.

Para perceber se a amostra tinha uma distribuição representativa em todos os grupos etários comparámos os dados do INE com os que recolhemos em Seia e observámos a sua distribuição. O gráfico de pirâmide (Fig.2) que se segue mostra como se distribuíram por faixas etárias.

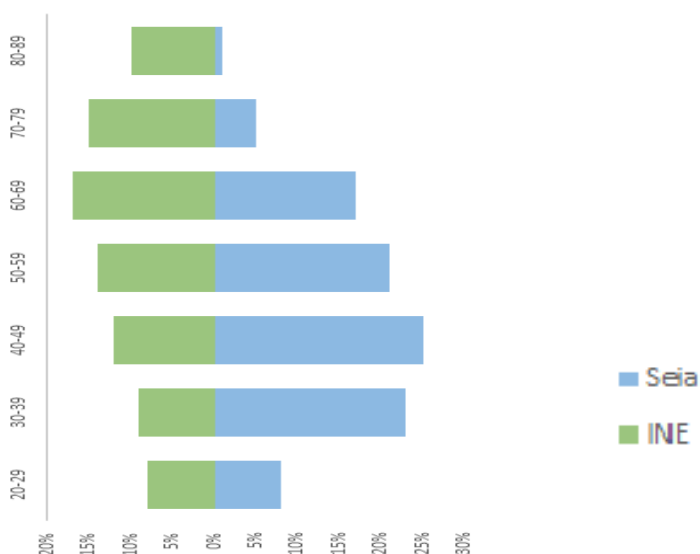


Figura 2 - Distribuição por faixa etária

Para verificar se as diferenças de distribuição são estatisticamente significativas, ou pelo contrário aceitamos a H_0 , procedemos ao teste X^2 de Aderência, que nos permite comparar dados amostrais com dados de populações conhecidas, verificando se a frequência observada difere significativamente da frequência esperada.

Sabendo que para a amostra ser semelhante, o valor do X^2 de Aderência deverá ser inferior a 3,84 para 1 Grau de Liberdade e 5% de Margem de Erro, e ao analisar a tabela 6 pudemos concluir que a amostra, em termos quantitativos, é representativa nas faixas etárias assinaladas.

Tabela 6 - Distribuição da amostra face aos dados do INE

| Faixas etárias | INE_2021 | | Seia | | X ² da aderência | Valor Crítico (5%) para gl=1 | Valor p |
|----------------|-------------|------------|-----------|------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------|
| | n | % | n | % | Valor observado | | |
| <19 | 1423 | 12% | 2 | 0% | a) | | |
| 20-29 | 860 | 8% | 35 | 8% | 0,000 | 3,84 | >0,05 |
| 30-39 | 978 | 9% | 95 | 23% | 6,125 | 3,84 | <0,05 |
| 40-49 | 1392 | 12% | 102 | 25% | 4,568 | 3,84 | <0,05 |
| 50-59 | 1636 | 14% | 88 | 21% | 1,4 | 3,84 | >0,05 |
| 60-69 | 1960 | 17% | 70 | 17% | 0,000 | 3,84 | >0,05 |
| 70-79 | 1715 | 15% | 20 | 5% | 5 | 3,84 | <0,05 |
| 80-89 | 1183 | 10% | 4 | 1% | 7,364 | 3,84 | <0,05 |
| 90-99 | 299 | 3% | 0 | 0% | a) | | |
| ≥100 | 13 | 0% | 0 | 0% | a) | | |
| Total | 11459 | 100% | 416 | 100% | | | |

a) excluído da amostra; INE – Instituto Nacional de Estatística; gl – grau de liberdade

Analisando as faixas etárias estabelecidas pelo INE e frequências absolutas de mulheres em cada faixa, pudemos identificar a prevalência de IU, conforme tabela 7, estando destacadas as faixas etárias com maior prevalência.

Tabela 7 - Prevalência de IU por faixa etária

| Faixa etária | ♀ (INE) | ♀ (Seia) Com IU | Prevalência (k=100) |
|--------------|---------|-----------------|---------------------|
| 20-29 | n=860 | n=6 | 0.69% |
| 30-39 | n=978 | n=25 | 2.55% |
| 40-49 | n=1392 | n=30 | 2.15% |
| 50-59 | n=1636 | n=22 | 1.3% |
| 60-69 | n=1960 | n=19 | 0.96% |
| 70-79 | n=1715 | n=12 | 0.69% |
| 80-89 | n=1183 | n=3 | 0.25% |

De forma a responder à questão “*Existe associação entre variáveis antropométricas, quotidianas e clínicas e a presença de incontinência urinária?*” analisámos a relação dessas mesmas variáveis com a incontinência urinária, conforme as tabelas a seguir apresentadas de forma a poder verificar as seguintes hipóteses:

H₁: A presença de incontinência urinária está relacionada com variáveis antropométricas, quotidianas e clínicas como ...:

H_{1A}: ... a idade; **H_{1B}:** ... o IMC; **H_{1C}:** ... a postura; **H_{1D}:** ... os esforços diários; **H_{1E}:** ... a gravidez; **H_{1F}:** ... a paridade; **H_{1G}:** ... o trânsito intestinal; **H_{1H}:** ... a menopausa.

Olhando para a amostra, na sua generalidade, recorreu-se à análise de correlações entre as variáveis e a presença/ausência de IU e verificou-se o valor de teste *Likelihood Ratio* para perceber a probabilidade de um factor estar presente numa mulher com IU em comparação com uma mulher sem IU. (Anexo IV)

Ao verificar a relação entre a idade e a presença de incontinência urinária, pudemos verificar que não existe associação significativa entre a idade e a presença de IU, pelo que **rejeitamos** a hipótese H_{1A} : **A presença de incontinência urinária está relacionada com variáveis antropométricas, quotidianas e clínicas como a idade.** (Anexo IV)

Da tabela 8, pudemos verificar que existe uma associação significativa entre IMC e a presença de IU sendo que as mulheres de baixo peso são as que menos sofrem desta condição, com LR (efeito da variável na condição) moderado. Podemos então **confirmar** a hipótese H_{1B} : **A presença de incontinência urinária está relacionada com variáveis antropométricas, quotidianas e clínicas como o IMC.**

Tabela 8 - Associação entre Índice de Massa Corporal e Presença de Incontinência Urinária

| IMC | Presença IU | LR | Valor p |
|-----------------|-------------|-------|---------|
| Baixo | 1,2% | 9,928 | 0,019 |
| Normoponderal | 9,6% | | |
| Excesso de peso | 10,1% | | |
| Obesidade | 7,2% | | |

IMC – Índice de Massa corporal; IU – Incontinência Urinária; LR – Likelihood Ratio

Ao observar os dados relativos à postura diária, esforço diário e gravidez atual verificámos que não existe associação significativa entre essas variáveis e a presença de IU (Anexo IV). Concluimos então que **rejeitamos** as hipóteses:

H_{1C} : **A presença de incontinência urinária está relacionada com variáveis antropométricas, quotidianas e clínicas como a postura diária.**

H_{1D} : **A presença de incontinência urinária está relacionada com variáveis antropométricas, quotidianas e clínicas como o esforço diário.**

H_{1E} : **A presença de incontinência urinária está relacionada com variáveis antropométricas, quotidianas e clínicas como a gravidez.**

Da tabela 9, pudemos constatar que existe uma associação significativa entre a paridade e a presença de IU sendo que as mulheres sem filhos são as que menos sofrem desta condição, com LR (efeito da variável na condição) grande. Podemos então **confirmar** a hipótese H_{1F} : **A presença de incontinência urinária está relacionada com variáveis antropométricas, quotidianas e clínicas como a paridade.**

Tabela 9 - Associação entre Paridade e Presença de Incontinência Urinária

| Paridade | Presença IU | LR | Valor p |
|---------------------|-------------|--------|---------|
| Sem filhos | 1% | 19,280 | 0,000 |
| Um filho | 10,3% | | |
| Dois filhos | 12,7% | | |
| Três ou mais filhos | 4,1% | | |

IU – Incontinência Urinária; LR – Likelihood Ratio

Relativamente à tabela 10, pudemos verificar que existe uma associação tendencialmente significativa (0,05-0,1) entre o trânsito intestinal e a presença de IU, onde quem está mais protegido são as pessoas que referem ter tendência para intestinos soltos, com LR (efeito da variável na condição) moderado. Podemos então **confirmar** a hipótese H_{1G} : **A presença de incontinência urinária está relacionada com variáveis antropométricas, quotidianas e clínicas como o trânsito intestinal.**

Tabela 10 - Associação entre Trânsito Intestinal e Presença de Incontinência Urinária

| Trânsito Intestinal | Presença IU | LR | Valor p |
|-------------------------------|-------------|-------|---------|
| Tendência a intestinos soltos | 2,4% | 5,704 | 0,058 |
| Tendência a regular | 17,5% | | |
| Tendência a obstipação | 8,2% | | |

IU – Incontinência Urinária; LR – Likelihood Ratio

Quanto à relação entre a variável menopausa e a presença de IU, pudemos verificar que, não existe associação entre estas variáveis, pelo que **rejeitamos** a hipótese H_{1H} : **A presença de incontinência urinária está relacionada com variáveis antropométricas, quotidianas e clínicas como a menopausa.** (Anexo IV)

6.3. Caracterização das mulheres com incontinência urinária

Das 416 mulheres que responderam ao questionário, cerca de 117 apresentavam incontinência urinária, correspondendo a 28,1% da amostra.

Considerando n=117 pudemos verificar que a média de idades era de 51,1 anos, variando entre um mínimo de 20 e um máximo de 88 anos. A maioria tinha habilitações académicas correspondente ao nível de ensino secundário (26,5%, n=31) e encontrava-se empregada (74,4%, n=87).

Tabela 11 - Caracterização da amostra (N = 117)

| | N | % |
|---------------------------------|-------------|-------------|
| Idade (M; DP) | 51,1 | 14,7 |
| 20-29 anos | 6 | 5,1 |
| 30-39 anos | 25 | 21,4 |
| 40-49 anos | 30 | 25,6 |
| 50-59 anos | 22 | 18,8 |
| 60-69 anos | 19 | 16,2 |
| 70-79 anos | 12 | 10,3 |
| 80-89 anos | 3 | 2,6 |
| Escolaridade | | |
| 1º ciclo | 27 | 23,1 |
| 2º ciclo | 5 | 4,3 |
| 3º ciclo | 17 | 14,5 |
| Ensino Secundário | 31 | 26,5 |
| Bacharelato | 4 | 3,4 |
| Licenciatura | 16 | 13,7 |
| Pós-Graduação | 9 | 7,7 |
| Mestrado/Doutoramento | 8 | 6,8 |
| Situação profissional | | |
| Estudante | 1 | ,9 |
| Ativa em situação de emprego | 87 | 74,4 |
| Ativa em situação de desemprego | 4 | 3,4 |
| Reformada/Pensionista | 25 | 21,4 |

M- Média; DP – Desvio Padrão

As restantes variáveis clínicas e quotidianas foram analisadas e estão descritas nas seguintes tabelas.

A maioria das mulheres tinha um IMC classificado como excesso de peso (35,9%, n=42), valor muito próximo das mulheres normoponderais (34,2%, n=40).

Tabela 12 - Distribuição dos dados relativos ao Índice de Massa Corporal

| | Média | Desvio Padrão | n | % |
|-----------------|--------------|----------------------|----------|----------|
| IMC | 26,6 | 4,8 | | |
| Baixo Peso | | | 5 | 4,3 |
| Normoponderal | | | 40 | 34,2 |
| Excesso de Peso | | | 42 | 35,9 |
| Obesidade | | | 30 | 25,6 |
| Total | | | 117 | 100,0 |

IMC – Índice de Massa Corporal

Em termos de postura diária, um pouco mais de metade das inquiridas passava a maior parte do seu dia em movimento (54,7%, n=64) e 30,8% (n=36) passavam a maior parte do seu dia sentadas. O esforço diário predominante podia ser descrito como moderado (48,7%, n=57) ou com pouco esforço (35,9%, n=42).

Tabela 13 - Distribuição dos dados relativos à Postura Diária e Esforços Diários

| | n | % |
|-------------------------|----------|----------|
| Postura Diária | | |
| Sentada | 36 | 30,8 |
| Em pé, mais parada | 17 | 14,5 |
| Em movimento | 64 | 54,7 |
| Esforços diários | | |
| Pouco esforço | 42 | 35,9 |
| Esforço moderado | 57 | 48,7 |
| Muito esforço | 18 | 15,4 |

A maioria das mulheres teve 2 partos (45,3%, n=53) e cerca de 36,8% (n=43) das mulheres apenas tiveram um filho. Duas mulheres com incontinência urinária (1,7%) encontravam-se grávidas. (Anexo IV)

Tabela 14 - Distribuição dos dados relativos à Paridade

| | n | % |
|---------------------|----|------|
| Paridade | | |
| Sem filhos | 4 | 3,4 |
| Um filho | 43 | 36,8 |
| Dois filhos | 53 | 45,3 |
| Três ou mais filhos | 17 | 14,5 |

Relativamente ao trânsito intestinal, mais de metade das mulheres inquiridas apresentavam um trânsito intestinal regular (62,4%, n=73).

Tabela 15 - Distribuição dos dados relativos ao Trânsito Intestinal

| | n | % |
|-------------------------------|----|------|
| Trânsito Intestinal | | |
| Tendência a intestinos soltos | 10 | 8,5 |
| Tendência a regular | 73 | 62,4 |
| Tendência a obstipada | 34 | 29,1 |

Ao verificar se as mulheres se encontravam no período de menopausa pudemos constatar que um pouco mais de metade das mulheres encontrava-se na situação de menopausa (51,3%, n=60).

Os tipos de incontinência mais frequentes foram a incontinência urinária de esforço (56,4%, n=66) e incontinência urinária mista (25,6%, n=30).

Tabela 16 - Distribuição dos dados relativos ao Tipo de Incontinência Urinária

| | n | % |
|------------------------------------|----|------|
| Tipos de IU | | |
| Incontinência urinária de Urgência | 21 | 17,9 |
| Incontinência urinária de Esforço | 66 | 56,4 |
| Incontinência urinária mista | 30 | 25,6 |

IU- Incontinência urinária

A maioria das mulheres tinha incontinência urinária há 1-3 anos (31,6%, n=37) ou há menos de 1 ano (29,1%, n=34).

Tabela 17 - Distribuição dos dados relativos à Duração da Incontinência Urinária

| | n | % |
|-------------------|----|------|
| Duração IU | | |
| Menos de um ano | 34 | 29,1 |
| 1-3 anos | 37 | 31,6 |
| 4-6 anos | 18 | 15,4 |
| 7-10 anos | 12 | 10,3 |
| Mais de 10 anos | 16 | 13,7 |

IU- Incontinência urinária

Uma proporção de 28,2% (n=33) das mulheres tinha-se submetido a cirurgia ou tratamento abdominal e/ou pélvico (exemplo tratamento da incontinência urinária, remoção do útero/ovários, radioterapia pélvica, apendicectomia, operação aos intestinos, etc).

Apenas 31,6% (n=37) das mulheres solicitou ajuda profissional, sendo os profissionais mais referidos o Ginecologista/Obstetra (32,4%, n=12) ou o Médico Clínica Geral (27%, n=10) conforme Fig.3. De salientar que a procura por ajuda de fisioterapeuta foi reportada apenas por 6 mulheres.

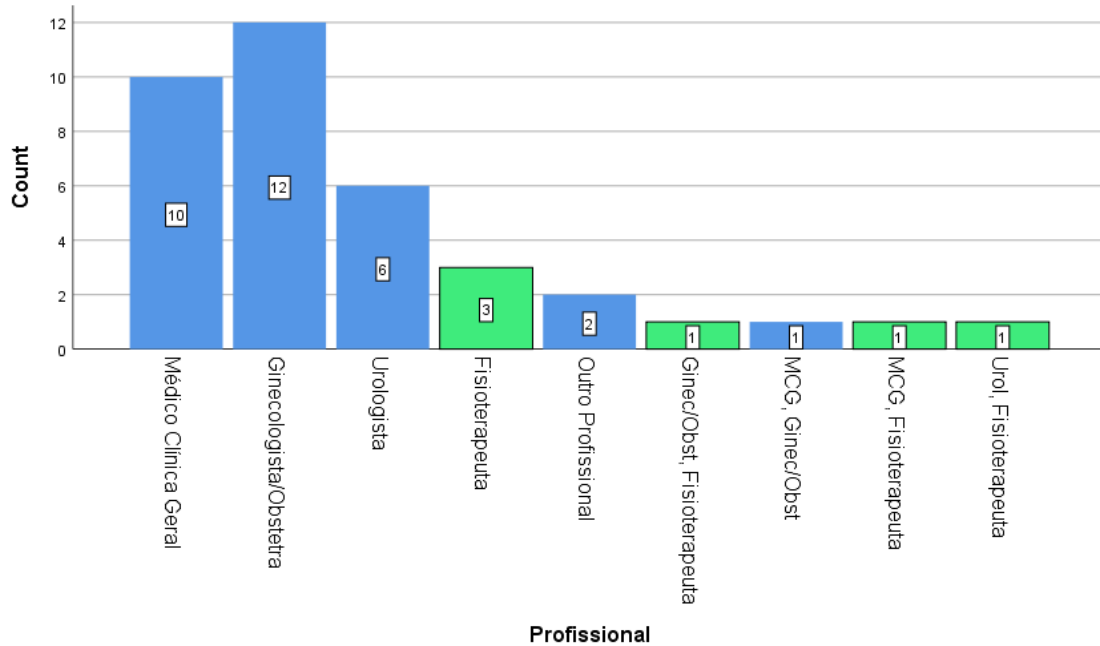


Figura 3 - Profissionais referidos na procura de ajuda especializada

6.4. Impacto na qualidade de vida

6.4.1. Análise da Consistência Interna e Estatística Descritiva

A consistência interna das dimensões do CONTILIFE, analisada com o coeficiente de consistência interna *Alfa de Cronbach*, variou entre um mínimo de .591 (fraco, mas aceitável) na dimensão Auto-Imagem a um máximo de .880 (bom) na dimensão Sexualidade, conforme tabela 18.

Tabela 18 - Análise da Consistência Interna

| | Alpha Cronbach | Número de itens |
|-------------------------------|----------------|-----------------|
| Atividades Quotidianas | .744 | 7 |
| Situações de esforço | .614 | 4 |
| Auto-imagem | .591 | 7 |
| Impacto Emocional | .880 | 6 |
| Sexualidade | .708 | 3 |
| Score Global | .854 | 28 |

As estatísticas descritivas dos valores obtidos nas dimensões do CONTILIFE podem ser observadas na tabela 19. Nela, indicámos os valores mínimos e máximos, média e respetivos desvios padrão. Relativamente à qualidade de vida global a média é de $7,59 \pm 1,56$, classificada então como impacto baixo na qualidade de vida. Nas dimensões Atividades Quotidianas e Sexualidade a média obtida traduz-se na classificação sem impacto na QdV; nas restantes dimensões o impacto na QdV é baixo, atendendo aos valores da média. Todos os valores obtidos são estatisticamente significativos. (Anexo IV)

Tabela 19 - Estatísticas descritivas (CONTILIFE)

| | Mínimo | Máximo | Média | Desvio padrão | p |
|------------------------|--------|--------|-------------|---------------|-------|
| Atividades Quotidianas | 1,43 | 10,00 | 8,21 | 1,76 | 0,000 |
| Situações de Esforço | 0,00 | 10,00 | 7,05 | 2,11 | 0,000 |
| Auto-imagem | 0,71 | 10,00 | 6,73 | 2,35 | 0,000 |
| Impacto Emocional | 0,00 | 10,00 | 6,97 | 2,23 | 0,000 |
| Sexualidade | 1,67 | 10,00 | 8,97 | 1,91 | 0,000 |
| Bem Estar Geral | 0,00 | 10,00 | 6,32 | 2,29 | 0,000 |
| QV Global | 2,54 | 9,93 | 7,59 | 1,56 | 0,000 |

6.4.2. Análise do impacto na Qualidade de Vida nas diferentes dimensões

À questão colocada “Qual o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida das mulheres?” estabeleceu-se a seguinte hipótese:

H₂: A incontinência urinária tem impacto na qualidade de vida das mulheres, medido pelo instrumento Contilife.

Os resultados presentes nas seguintes tabelas foram obtidos através dos intervalos qualitativos relativamente à intensidade do impacto na QdV em cada dimensão do Contilife e na presença/ausência de impacto.

Na dimensão **Atividades Quotidianas**, 61,5% (n=72) das inquiridas não referiram impacto na sua QdV e 38,5% (n=45) referiram impacto, sendo que 34 mulheres apenas apontaram baixo impacto na qualidade de vida.

Tabela 20 - Impacto na Dimensão Atividades Quotidianas

| Atividades Quotidianas | | | | | |
|-------------------------------|----------|----------|--------------------|-----------|--------------|
| | N | % | | N | % |
| Impacto muito alto | 1 | 0,9% | | | |
| Impacto alto | 3 | 2,6% | | | |
| Impacto médio | 7 | 6,0% | | | |
| Impacto baixo | 34 | 29,1% | Com Impacto | 45 | 38,5% |
| Sem Impacto | 72 | 61,5% | Sem Impacto | 72 | 61,5% |
| Total | 117 | 100% | Total | 117 | 100% |

Na dimensão **Situações de Esforço**, 56,4% (n=66) referiram impacto na QdV sendo que a maioria apresentava baixo impacto e 43,6% (n=51) sem impacto.

Tabela 21 - Impacto na Dimensão Situações de Esforço

| Situações de Esforço | | | | | |
|-----------------------------|----------|----------|--------------------|-----------|--------------|
| | N | % | | N | % |
| Impacto muito alto | 3 | 2,6% | | | |
| Impacto alto | 7 | 6,0% | | | |
| Impacto médio | 23 | 19,7% | | | |
| Impacto baixo | 33 | 28,2% | Com Impacto | 66 | 56,4% |
| Sem Impacto | 51 | 43,6% | Sem Impacto | 51 | 43,6% |
| Total | 117 | 100% | Total | 117 | 100% |

Na dimensão **Auto-imagem**, a maioria das mulheres referiu impacto na QdV, ou seja cerca de 70,1% (n=82). Destas mulheres, 36,8% (n=43) apresentaram baixo impacto na QdV.

Tabela 22 - Impacto na Dimensão Auto-Imagem

| Auto-imagem | | | | | |
|---------------------------|----------|----------|--------------------|-----------|--------------|
| | N | % | | N | % |
| Impacto muito alto | 5 | 4,3% | | | |
| Impacto alto | 11 | 9,4% | | | |
| Impacto médio | 23 | 19,7% | | | |
| Impacto baixo | 43 | 36,8% | Com Impacto | 82 | 70,1% |
| Sem Impacto | 35 | 29,9% | Sem Impacto | 35 | 29,9% |
| Total | 117 | 100% | Total | | |

Na dimensão **Impacto Emocional**, 63,2% (n=74) apresentaram impacto em que a maioria referiu médio e baixo impacto e 36,8% (n=43) não apresentou impacto na QdV.

Tabela 23 - Impacto na Dimensão Impacto Emocional

| Impacto Emocional | | | | | |
|---------------------------|----------|----------|--------------------|-----------|--------------|
| | N | % | | | |
| Impacto muito alto | 2 | 1,7% | | | |
| Impacto alto | 9 | 7,7% | | | |
| Impacto médio | 31 | 26,5% | | | |
| Impacto baixo | 32 | 27,4% | Com Impacto | 74 | 63,2% |
| Sem Impacto | 43 | 36,8% | Sem Impacto | 43 | 36,8% |
| Total | 117 | 100% | Total | 117 | 100% |

Na dimensão **Sexualidade**, a maioria das mulheres incontinentes referiu que nesta dimensão a incontinência não tinha impacto na QdV e apenas 19,7% (n=23) referiram impacto.

Tabela 24 - Impacto na Dimensão Sexualidade

| Sexualidade | | | | | |
|---------------------------|----------|----------|--------------------|-----------|--------------|
| | N | % | | N | % |
| Impacto muito alto | 1 | 0,9% | | | |
| Impacto alto | 3 | 2,6% | | | |
| Impacto médio | 7 | 6,0% | | | |
| Impacto baixo | 12 | 10,3% | Com Impacto | 23 | 19,7% |
| Sem Impacto | 94 | 80,3% | Sem Impacto | 94 | 80,3% |
| Total | 117 | 100% | Total | 117 | 100% |

Na dimensão **Bem Estar Geral**, 86,3% (n=101) das inquiridas referiam impacto na QdV, sendo que a maioria atribuiu uma classificação de médio e baixo impacto.

Tabela 25 - Impacto na Dimensão Bem Estar Geral

| Bem Estar Geral | | | | | |
|---------------------------|----------|----------|--------------------|------------|--------------|
| | N | % | | N | % |
| Impacto muito alto | 3 | 2,6% | | | |
| Impacto alto | 9 | 7,7% | | | |
| Impacto médio | 44 | 37,6% | | | |
| Impacto baixo | 45 | 38,5% | Com Impacto | 101 | 86,3% |
| Sem Impacto | 16 | 13,7% | Sem Impacto | 16 | 13,7% |
| Total | 117 | 100% | Total | 117 | 100% |

Ao analisar o score global do Contilife, ou seja, a Qualidade de Vida Global, a maioria das mulheres com incontinência urinária referiu impacto na sua qualidade de vida constituindo cerca de 59% (n=69) da amostra, sendo que 45,3% (n=53) apresentou um baixo impacto na QdV. De referir que, globalmente, as mulheres não apontaram impacto muito alto na sua qualidade de vida.

Tabela 26 – Impacto na Qualidade de Vida Global

| Qualidade de Vida global | | | | | |
|--------------------------|-----|-------|-------------|-----|-------|
| | N | % | | N | % |
| Impacto muito alto | 0 | 0% | | | |
| Impacto alto | 4 | 3,4% | | | |
| Impacto médio | 12 | 10,3% | | | |
| Impacto baixo | 53 | 45,3% | Com Impacto | 69 | 59,0% |
| Sem Impacto | 48 | 41,0% | Sem Impacto | 48 | 41,0% |
| Total | 117 | 100% | Total | 117 | 100% |

Através destes resultados e tendo em conta a hipótese traçada “**A incontinência urinária tem impacto na qualidade de vida das mulheres, medido pelo instrumento Contilife.**” podemos **confirmar** a hipótese atendendo aos resultados obtidos na Qualidade de Vida Global. De salientar que nas dimensões Atividades Quotidianas e Sexualidade, a maioria das mulheres não apresentaram impacto na QdV.

6.4.3. Análise da associação de variáveis com a qualidade de vida

Com a questão estabelecida anteriormente “*Existe associação entre variáveis antropométricas, quotidianas e clínicas e a qualidade de vida global das mulheres com IU?*” estabeleceram-se as seguintes hipóteses:

H₃: A qualidade de vida global das mulheres com incontinência urinária difere em função de variáveis antropométricas, quotidianas e clínicas como ...:

H_{3A}: ... a idade; **H_{3B}:** ... o IMC; **H_{3C}:** ... a postura; **H_{3D}:** ... os esforços diários; **H_{3E}:** ... a paridade; **H_{3F}:** ... o trânsito intestinal; **H_{3G}:** ... a menopausa.

Para verificar estas hipóteses procederam-se a testes de Correlação X^2 de Pearson e obtiveram-se resultados estatisticamente significativos conforme tabela 27. A associação é estatisticamente significativa nas dimensões e variáveis assinaladas, onde se destaca a variável paridade que apresenta associação significativa na qualidade de vida global e em três das seis dimensões do Contilife. (Anexo IV)

Tabela 27 – Associação entre variáveis em estudo e dimensões do Contilife

| | Idade | IMC | Postura Diária | Esforços Diários | Paridade | Trânsito Intestinal | Menopausa |
|--------------------------|--------|--------|----------------|------------------|----------|---------------------|-----------|
| Atividades Quotidianas | 0,058* | - | - | - | - | - | - |
| Situações de Esforço | - | - | - | - | 0,039* | - | - |
| Auto-imagem | - | 0,012* | - | - | 0,021* | - | - |
| Impacto Emocional | - | - | - | - | - | - | - |
| Sexualidade | - | - | - | - | - | - | - |
| Bem Estar geral | - | 0,054* | - | - | 0,001** | - | - |
| Qualidade de Vida global | - | - | - | - | 0,037* | - | - |

* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.001$; IMC – Índice de Massa Corporal

Através da análise da tabela anterior podemos **confirmar** a hipótese **A qualidade de vida global das mulheres com incontinência urinária difere em função da paridade**. Todas as outras hipóteses são rejeitadas.

Dado que as mulheres incontinentes apresentaram maior associação entre a paridade e impacto na qualidade de vida, podemos observar as respetivas frequências nas diferentes dimensões, conforme tabela 28, tendo em consideração as mulheres com IU nulíparas (sem filhos), primíparas (um filho) e multíparas (dois, três ou mais filhos). Destacam-se na tabela as frequências onde se regista maior impacto, nas dimensões onde os resultados são estatisticamente significativos.

Tabela 28 – Frequências absolutas da Paridade nas dimensões do Contilife

| | Nulíparas | | Primíparas | | Multíparas | | Valor p |
|---------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|---------|
| | Com impacto N | Sem impacto N | Com impacto N | Sem impacto N | Com impacto N | Sem impacto N | |
| Atividades Quotidianas | 2 | 2 | 15 | 28 | 28 | 42 | - |
| Situações de Esforço | 2 | 2 | 23 | 20 | 41 | 29 | 0,039* |
| Auto-imagem | 1 | 3 | 27 | 16 | 54 | 16 | 0,021* |
| Impacto Emocional | 1 | 3 | 27 | 16 | 46 | 24 | - |
| Sexualidade | 0 | 4 | 11 | 32 | 12 | 58 | - |
| Bem Estar geral | 1 | 3 | 37 | 6 | 63 | 7 | 0,001** |
| Qualidade de Vida global | 1 | 3 | 24 | 19 | 44 | 26 | 0,037* |
| N Total (n=117) | | 4 | | 43 | | 70 | |

* p≤.05 ** p≤.001

6.4.4. Análise da associação do tipo de IU com a qualidade de vida

Com a questão estabelecida anteriormente “*De que forma se relacionam as dimensões atividades quotidianas, situações de esforço, auto-imagem, impacto emocional, sexualidade, bem estar geral e qualidade de vida global com os tipos de IU?*” procederam-se às seguintes análises.

Ao analisar a tabela 29 pudemos verificar que os resultados são estatisticamente significativos quando se associa os tipos de IU e o impacto da IU na qualidade de vida, na dimensão Atividades Quotidianas.

Tabela 29 – Associação entre o Tipo de Incontinência Urinária e a Qualidade de Vida

| Tipo de IU | |
|---------------------------------|---------------|
| | Valor p |
| Atividades Quotidianas | 0,004* |
| Situações de Esforço | 0,200 |
| Auto-imagem | 0,213 |
| Impacto Emocional | 0,403 |
| Sexualidade | 0,339 |
| Bem Estar geral | 0,070 |
| Qualidade de Vida global | 0,176 |

* p ≤.05; IU – Incontinência Urinária

A relação entre os diferentes tipos de IU (IUU, IUE e IUM) e cada dimensão do Contilife estão apresentadas nas tabelas seguintes.

Ao associar os tipos de IU e a Dimensão Atividades Quotidianas pudemos verificar que a maioria das mulheres incontinentes não apresentou impacto na sua qualidade de vida (61,5%, n=72). Ao analisar os tipos de IU pudemos apurar que, nesta dimensão, a maioria das mulheres com impacto na QdV tinha incontinência urinária mista.

Tabela 30 – Relação entre os Tipos de Incontinência Urinária e Atividades Quotidianas

| | Atividades Quotidianas | | | | | |
|--------------|------------------------|--------------|-------------|--------------|------------|-------------|
| | Com impacto | | Sem impacto | | Total | |
| | N | % Tipo IU | N | % Tipo IU | N | % |
| IUU | 10 | 47,6% | 11 | 52,4% | 21 | 17,9% |
| IUE | 17 | 28,8% | 49 | 74,2% | 66 | 56,4% |
| IUM | 18 | 60,0% | 12 | 40,0% | 30 | 25,6% |
| Total | 45 | 38,5% | 72 | 61,5% | 117 | 100% |

IU – Incontinência Urinária; IUU - Incontinência Urinária de Urgência; IUE - Incontinência Urinária de Esforço; IUM - Incontinência Urinária Mista

Ao associar os tipos de IU e a Dimensão Situações de Esforço pudemos verificar que a maioria das mulheres incontinentes apresentou impacto na sua QdV (56,45%, n=66). Ao analisar os tipos de IU pudemos apurar que, nesta dimensão, a maioria das mulheres com impacto na QdV tinha incontinência urinária mista.

Tabela 31 - Relação entre os Tipos de Incontinência Urinária e Situações de Esforço

| | Situações de Esforço | | | | | |
|--------------|----------------------|--------------|-------------|--------------|------------|-------------|
| | Com impacto | | Sem impacto | | Total | |
| | N | %Tipo IU | N | %Tipo IU | N | % |
| IUU | 10 | 47,6% | 11 | 52,4% | 21 | 17,9% |
| IUE | 35 | 53,0% | 31 | 47,0% | 66 | 56,4% |
| IUM | 21 | 70,0% | 9 | 30,0% | 30 | 25,6% |
| Total | 66 | 56,4% | 51 | 43,6% | 117 | 100% |

IU – Incontinência Urinária; IUU - Incontinência Urinária de Urgência; IUE - Incontinência Urinária de Esforço; IUM - Incontinência Urinária Mista

Ao associar os tipos de IU e a Dimensão Auto-imagem pudemos verificar que a maioria das mulheres incontinentes apresentou impacto na sua QdV (70,1%, n=82). Ao analisar os tipos de IU pudemos apurar que, nesta dimensão, a maioria das mulheres com impacto na QdV tinha incontinência urinária mista.

Tabela 32 - Relação entre os Tipos de Incontinência Urinária e Auto-Imagem

| | Auto-imagem | | | | | |
|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|------------|-------------|
| | Com impacto | | Sem impacto | | Total | |
| | N | %Tipo IU | N | %Tipo IU | N | % |
| IUU | 12 | 57,1% | 9 | 42,9% | 21 | 17,9% |
| IUE | 46 | 69,7% | 20 | 30,3% | 66 | 56,4% |
| IUM | 24 | 80,0% | 6 | 20,0% | 30 | 25,6% |
| Total | 82 | 70,1% | 35 | 29,9% | 117 | 100% |

IU – Incontinência Urinária; IUU - Incontinência Urinária de Urgência; IUE - Incontinência Urinária de Esforço; IUM - Incontinência Urinária Mista

Ao associar os tipos de IU e a Dimensão Impacto Emocional pudemos verificar que a maioria das mulheres incontinentes apresentou impacto na sua QdV (63,2%, n=74). Ao analisar os tipos de IU pudemos apurar que, nesta dimensão, a maioria das mulheres com impacto na QdV tinha incontinência urinária mista.

Tabela 33 - Relação entre os Tipos de Incontinência Urinária e Impacto Emocional

| | Impacto Emocional | | | | | |
|--------------|-------------------|--------------|-------------|--------------|------------|-------------|
| | Com impacto | | Sem impacto | | Total | |
| | N | %Tipo IU | N | %Tipo IU | N | % |
| IUU | 13 | 61,9% | 8 | 38,1% | 21 | 17,9% |
| IUE | 39 | 59,1% | 27 | 40,9% | 66 | 56,4% |
| IUM | 22 | 73,3% | 8 | 26,7% | 30 | 25,6% |
| Total | 74 | 63,2% | 43 | 36,8% | 117 | 100% |

IU – Incontinência Urinária; IUU - Incontinência Urinária de Urgência; IUE - Incontinência Urinária de Esforço; IUM - Incontinência Urinária Mista

Ao associar os tipos de IU e a Dimensão Sexualidade pudemos verificar que a maioria das mulheres incontinentes não apresentou impacto na sua QdV (80,3%, n=94). Ao analisar os tipos de IU pudemos apurar que, nesta dimensão, a maioria das mulheres com impacto na QdV tinha incontinência urinária de urgência.

Tabela 34 - Relação entre os Tipos de Incontinência Urinária e Sexualidade

| | Sexualidade | | | | | |
|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|------------|-------------|
| | Com impacto | | Sem impacto | | Total | |
| | N | %Tipo IU | N | %Tipo IU | N | % |
| IUU | 6 | 28,6% | 15 | 71,4% | 21 | 17,9% |
| IUE | 10 | 15,2% | 56 | 84,8% | 66 | 56,4% |
| IUM | 7 | 23,3% | 23 | 76,7% | 30 | 25,6% |
| Total | 23 | 19,7% | 94 | 80,3% | 117 | 100% |

IU – Incontinência Urinária; IUU - Incontinência Urinária de Urgência; IUE - Incontinência Urinária de Esforço; IUM - Incontinência Urinária Mista

Ao associar os tipos de IU e a Dimensão Bem Estar Geral pudemos verificar que a maioria das mulheres incontinentes apresentou impacto na sua QdV (86,3%, n=101). Ao analisar os tipos de IU pudemos apurar que, nesta dimensão, a maioria das mulheres com impacto na QdV tinha incontinência urinária mista.

Tabela 35 - Relação entre os Tipos de Incontinência Urinária e Bem Estar Geral

| | Bem Estar Geral | | | | | |
|--------------|-----------------|--------------|-------------|--------------|------------|-------------|
| | Com impacto | | Sem impacto | | Total | |
| | N | %Tipo IU | N | %Tipo IU | N | % |
| IUU | 15 | 71,4% | 6 | 28,6% | 21 | 17,9% |
| IUE | 58 | 87,9% | 8 | 12,1% | 66 | 56,4% |
| IUM | 28 | 93,3% | 2 | 6,7% | 30 | 25,6% |
| Total | 101 | 86,3% | 16 | 13,7% | 117 | 100% |

IU – Incontinência Urinária; IUU - Incontinência Urinária de Urgência; IUE - Incontinência Urinária de Esforço; IUM - Incontinência Urinária Mista

Ao associar os tipos de IU e a Qualidade de Vida Global, medida pelo Score global do Contilife, pudemos verificar que a maioria das mulheres incontinentes apresentou impacto na sua QdV (59%, n=69). Ao analisar os tipos de IU pudemos apurar que, nesta dimensão, a maioria das mulheres com impacto na QdV tinha incontinência urinária mista.

Tabela 36 - Relação entre os Tipos de Incontinência Urinária e a Qualidade de Vida Global

| | Qualidade de Vida Global | | | | | |
|--------------|--------------------------|--------------|-------------|--------------|------------|-------------|
| | Com impacto | | Sem impacto | | Total | |
| | N | %Tipo IU | N | %Tipo IU | N | % |
| IUU | 11 | 52,4% | 10 | 47,6% | 21 | 17,9% |
| IUE | 36 | 54,5% | 30 | 45,5% | 66 | 56,4% |
| IUM | 22 | 73,3% | 8 | 26,7% | 30 | 25,6% |
| Total | 69 | 59,0% | 48 | 41,0% | 117 | 100% |

IU – Incontinência Urinária; IUU - Incontinência Urinária de Urgência; IUE - Incontinência Urinária de Esforço; IUM - Incontinência Urinária Mista

Capítulo IV – Discussão

Refletindo sobre as questões principais deste estudo, ou seja, a prevalência da IU nas mulheres do concelho de Seia e o impacto dessa condição na sua qualidade de vida verificamos que a prevalência é de 1,02% e que tem impacto, embora baixo, na qualidade de vida das mulheres, medido pelo instrumento Contilife.

A incontinência urinária é um problema comum a homens e mulheres, em todo o mundo, e a sua taxa de prevalência varia dependendo da população estudada e de diversos fatores. Em Portugal, a prevalência de IU tem sido abordada em estudos transversais e apontam para uma taxa de prevalência entre 20-30% da população portuguesa, sendo que acima dos 40 anos afeta cerca de 33% de mulheres.(Pereira et al., 2019)(Carvalho et al., 2021)

Tendo em conta a amostra do presente estudo, 28,1% das mulheres inquiridas referiram incontinência urinária, correspondendo a uma taxa de prevalência para o concelho de Seia de 1,02%. No entanto, verificámos que a amostra não é representativa da população de Seia, na sua globalidade, apesar de ser representativa nas mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 29 anos e entre os 50 e os 69 anos. Também verificámos que entre os 30 e os 49 anos a prevalência de IU é mais elevada. Tanto em estudo internacionais como nacionais as taxas de prevalência nas amostras dos estudos estão em consonância com os nossos resultados.(Alves et al., 2017) (Gamsizkan et al., 2021)

A probabilidade de um fator de risco estar presente numa mulher com IU em comparação com uma mulher sem IU foi tida em consideração no presente estudo, onde pudemos verificar que os fatores mais associados foram o IMC, a paridade e o tipo de trânsito intestinal. Quanto ao IMC pudemos verificar que as mulheres de baixo peso são as que sofrem menos de IU, com um valor moderado de $LR_{(3)}=9,928$, $p=0,019$ e relativamente à paridade, as mulheres múltiparas apresentaram maior probabilidade de IU com valor grande de $LR_{(3)}=19,280$, $p=0,000$. Autores referem que as mulheres com IMC mais elevado são as que reportam prevalência também mais elevada de IU.(T. Pires, Pires, Moreira, Gabriel, et al., 2020)(Schreiber Pedersen et al., 2017) A paridade é igualmente um fator associado à IU mas, segundo *Wuytack et al*, apesar dos estudos realizados apresentarem alguns riscos de enviesamento os

profissionais de saúde devem ter em consideração que as mulheres nulíparas apresentam menor probabilidade de ter IU em relação às primíparas e múltiparas.(Wuytack et al., 2022)

O trânsito intestinal foi um dos fatores cujos resultados são mais contraditórios com a literatura, que costuma associar a tendência a obstipação como um fator de risco para IU (Biswas et al., 2017)(Xue et al., 2020). No presente estudo, verificámos que as mulheres com um trânsito intestinal regular apresentam maior probabilidade em ter perdas de urina com valor moderado $LR_{(2)}=5,704$, $p=0,058$. Estes resultados poderão estar enviesados pela forma como foi contruída a questão, pois um indivíduo também pode ter um trânsito intestinal regular, mas, dentro da regularidade até poderá ter uma tendência à obstipação ou até mesmo a intestinos soltos.

Conhecer a prevalência de IU nas mulheres do concelho de Seia foi um dos objetivos principais deste estudo, pois ao identificar esta condição podemos enquanto fisioterapeutas estar mais atentos à população que necessitam dos nossos cuidados. A IU feminina tem um impacto que pode ser significativo na qualidade de vida das mulheres levando o nosso estudo ao segundo objetivo que foi avaliar esse impacto.

Importa, pois, enquanto fisioterapeutas perceber que a IU tem impacto na qualidade de vida das mulheres com consequências físicas, psicológicas e sociais. Analisando a consistência interna do instrumento utilizado para o presente estudo verificámos que o valor global de *Alpha de Cronbach* foi de 0,854 e nas dimensões Auto-imagem e Situações de Esforço obtivemos um valor mínimo de 0,591 e 0,614 respetivamente. No estudo de validação deste instrumento para a população portuguesa, o valor global de *Alpha de Cronbach* foi de 0,946 e os valores mínimos foram nas dimensões Situações de Esforço e Sexualidade com 0,551 e 0,689, respetivamente, numa amostra de 37 mulheres.(Paiva et al., 2010)

O instrumento utilizado permitiu obter resultados sobre o impacto na qualidade de vida em diferentes dimensões, com valores estatisticamente significativos ($p=0,000$) relativamente à média obtida em cada dimensão (com maior impacto na dimensão Bem Estar geral) e à média obtida na qualidade de vida global. Na sequência destes resultados, e percebendo que a qualidade de vida das mulheres está afetada pela incontinença, importou-nos perceber a classificação do impacto de forma mais pormenorizada, em cada dimensão.

Posto isto, e tendo em conta a classificação do impacto em muito alto, alto, médio, baixo e sem impacto importou agrupar as mulheres em duas grandes classificações: com impacto e sem impacto na qualidade de vida.

Deste modo, conseguimos perceber que nas dimensões Situações de Esforço, Auto-imagem, Impacto Emocional e Bem Estar Geral a maioria das mulheres apresentou impacto na sua qualidade de vida devido à IU, assim como a qualidade de vida global, que reflete o score global do instrumento. De salientar que na dimensão Bem Estar geral, 86,3% das mulheres referiu impacto na sua qualidade de vida, com média de 6,32 sendo a mais baixa de todas as dimensões, logo maior impacto. Esta dimensão é constituída por uma única questão em que as mulheres classificam a sua QdV no geral quanto às perdas urinárias, ou seja, numa perspetiva pessoal de cada mulher independentemente dos resultados apontarem maioritariamente para um impacto baixo é importante ressaltar que, na generalidade, a maioria das mulheres sente constrangimentos e relaciona a IU com menos qualidade de vida. Também num estudo português, a IU interferiu de uma forma moderada na qualidade de vida das mulheres com uma média de 6,7/10 na QdV global, medida pelo Contilife. (A. I. Silva et al., 2013)

Refletindo sobre os valores da consistência interna e da presença/ausência de impacto na QdV das mulheres incontinentes do presente estudo, surgiu uma questão secundária sobre a possibilidade de determinados fatores poderem estar associados a este impacto, ou seja, a qualidade de vida global medida pelo score global do instrumento, poderá ser diferente se estiver associado determinado fator. Posto isto, obtivemos valores estatisticamente significativos para a idade na dimensão Atividades Quotidianas, para o IMC nas dimensões Auto-imagem e Bem Estar geral, e para a paridade em todas as dimensões exceto Atividades Quotidianas e Impacto Emocional. Os resultados do presente estudo são coerentes com os resultados de outros estudos (Amaral et al., 2015)(Najafi et al., 2022).

A idade das mulheres incontinentes é um factor que está associado a um impacto significativo ($p=0,058$) na dimensão Atividades Quotidianas e se atentarmos às questões colocadas percebemos que são atividades do dia-a-dia das mulheres quando estão fora de casa, a conduzir, a fazer compras abordando também aspetos como a interrupção da sua atividade e do sono pelas perdas urinárias. Ao verificar a distribuição dos dados relativos às faixas etárias nas diferentes dimensões, as mulheres com idade compreendida entre 40 e 49 anos foram as que mais apontaram impacto nestas atividades.



Ao observar os dados relativos ao IMC, verificámos que a maioria das mulheres apresentava excesso de peso/obesidade e teve uma associação significativa nas dimensões Auto-imagem e Bem Estar geral. Na dimensão Auto-Imagem abordam-se questões sobre receios que a mulher possa ter sobre as perdas urinárias, como o receio de cheirar mal perante os outros e o reconhecimento dos outros sobre as suas perdas urinárias, inclusive a questão sobre se a mulher se sente bem consigo própria tendo em conta a IU. Apesar destes resultados apontarem para uma associação significativa, pode deixar dúvidas se a mulher ao responder ao questionário, tem mais em conta as perdas urinárias ou o excesso de peso/obesidade a elas associadas, neste domínio que é a percepção sobre a sua própria imagem corporal. Da mesma forma, pode levantar dúvidas na atribuição do impacto na dimensão Bem Estar geral, uma vez que apesar das questões serem sempre dirigidas quanto às suas perdas urinárias, as mulheres podem avaliar a sua QdV mais por questões associadas ao peso do que propriamente à IU.

A paridade, nas mulheres incontinentes, foi o fator que mais associações significativas teve em diferentes dimensões, tais como Situações de Esforço, Auto-imagem e Bem Estar geral, assim como na qualidade de vida global, sendo que foi na dimensão Bem Estar geral que a relação foi mais significativa com um $p=0,001$. De referir que a multiparidade foi um dos fatores com maior probabilidade de estar associado a mulheres incontinentes estando também associada a menor qualidade de vida quando correlacionado às perdas urinárias. Na literatura, o facto de ter filhos está associado a uma maior probabilidade de disfunções do pavimento pélvico que se podem repercutir em perdas urinárias (Alshenqeti et al., 2022), podendo-se traduzir em incontinência urinária de esforço, ou seja, perda de urina ao esforço físico com aumento da pressão intraabdominal, indo ao encontro do tipo de questões levantadas na dimensão Situações de Esforço.

Uma vez que estávamos a estudar o impacto da IU na qualidade de vida das mulheres do concelho de Seia, surgiu uma última questão acerca dos tipos de IU, ou seja, tentámos perceber se as mulheres com IU apresentaram impacto na qualidade de vida, dependendo do tipo de incontinência. A IUM foi o tipo mais relacionado com impacto na QdV. Este tipo de incontinência, como abarca sintomas tanto da IUE como da IUU, pode levantar questões sobre qual dos sintomas é que a mulher sente como mais predominante, no entanto, estudos sugerem que a IUM pode estar associada a uma menor qualidade de vida em comparação com os outros tipos. (Long et al., 2022)

Ao relacionar os tipos de IU e as diferentes dimensões do Contilife obtivemos resultados estatisticamente significativos apenas na dimensão Atividades Quotidianas, com um $p=0,004$. Nesta dimensão, a maioria das mulheres não apresentou impacto, mas das que apresentaram, o tipo de IU que causou maior impacto foi a incontinência urinária mista. Na dimensão Sexualidade, apesar dos resultados não serem estatisticamente significativos, a maioria das mulheres não apresentou impacto na sua QdV quanto ao tipo de IU associado, mas a componente de urgência foi a mais apontada entre as mulheres com impacto na sua QdV. Esta componente de urgência pode estar mais associada à fase orgásmica por alterações comuns no síndrome de bexiga hiperativa.(Preda & Moreira, 2019)

A incontinência urinária feminina pode ter um impacto socioeconómico significativo nas mulheres afectadas, nas suas famílias, e na sociedade em geral. Na literatura podemos encontrar uma associação entre a incontinência urinária e o aumento dos custos dos cuidados de saúde, a redução da produtividade no trabalho, a diminuição da qualidade de vida, o aumento da necessidade de assistência familiar ou prestadores de cuidados e a estigmatização e exclusão social com impacto na saúde mental (Zhang et al., 2023)(Ackah et al., 2022).

Enquanto fisioterapeutas, ao conhecer a realidade da população que está aos nossos cuidados, podemos ter as ferramentas necessárias para uma atuação mais focada a quem sofre de perdas urinárias. Autores portugueses verificaram que o treino dos MPP pode melhorar os sintomas urinários ao diminuir as perdas de urina e o sucesso desse treino depende da capacidade de identificar os MPP e da integração da região perineal no esquema corporal, da consciência da contração correcta e da adesão ao protocolo de exercícios.(T. F. Pires, Pires, Moreira, Gabriel, et al., 2020)

Num estudo francês, com o objetivo de avaliar a mudança na qualidade de vida com treino dos músculos do pavimento pélvico, verificou-se um aumento na média global do Contilife traduzindo-se numa melhoria da QdV.(Jochum et al., 2022) Sabemos que um tratamento eficaz da incontinência urinária pode ajudar a reduzir o impacto socioeconómico da condição nas mulheres afectadas, nas suas famílias e na sociedade. Por conseguinte, é importante procurar aconselhamento profissional para uma avaliação e tratamento adequados. No presente estudo, das 117 mulheres que reportaram perdas de urina, apenas 37 procuraram ajuda junto aos profissionais de saúde, 6 das quais um fisioterapeuta. Estudos referem que as mulheres que procuram

saber mais sobre a sua condição física também apresentam melhor qualidade de vida.(Chien et al., 2022)

A fisioterapia já demonstrou ser uma opção de tratamento eficaz para melhorar os sintomas e a qualidade de vida nas mulheres com incontinência urinária tendo um impacto positivo nas consequências socioeconómicas. A fisioterapia pode ser uma opção de tratamento não invasiva e rentável que pode diminuir a necessidade de intervenções mais invasivas e dispendiosas, tais como a cirurgia. Ao melhorar os sintomas e reduzir a necessidade de consultas médicas, a fisioterapia pode ajudar a reduzir os custos dos cuidados de saúde associados à incontinência urinária.

CONCLUSÃO

A incontinência urinária nas mulheres do concelho de Seia apresenta uma prevalência de 1,02%, no entanto, a amostra não é representativa da população. Desta forma, analisando a frequência das mulheres incontinentes da amostra verificámos que a prevalência é de 28,1%.

Os fatores de risco com maior probabilidade em estar presentes nas mulheres com IU foram o excesso de peso e obesidade e a multiparidade, e contrariamente ao expectável verificámos que o trânsito intestinal com tendência a regular foi um fator de risco para IU.

A IU feminina tem um impacto que pode ser significativo na qualidade de vida e constatámos que os valores são estatisticamente significativos em todas as dimensões do Contilife, classificando o impacto como baixo.

Ao tentar perceber se os tipos de IU poderiam interferir no impacto da QdV observámos que, apesar da maioria dos resultados não serem estatisticamente significativos, a IU Mista foi o tipo que causou mais impacto.

Relativamente ao novo ponto de corte utilizado (com impacto/sem impacto) e considerando a QdV global, medida pelo instrumento Contilife, concluímos que a maioria das mulheres incontinentes apresenta impacto na sua qualidade de vida.

Refletindo sobre todos os resultados podemos ter uma ação mais concertada, enquanto fisioterapeutas, na população pois a fisioterapia pode ajudar as mulheres a gerir mais eficazmente os seus sintomas, melhorando a produtividade e reduzindo o impacto socioeconómico da condição. Ao ajudar as mulheres a gerir mais eficazmente os seus sintomas, a fisioterapia pode reduzir a carga sobre os membros da família ou prestadores de cuidados.

Dado a quantidade de mulheres senenses que sofrem de IU e dado que a sua qualidade de vida, de uma forma ou outra, se encontra diminuída devido às perdas de urina, este estudo traz um enorme contributo para implementar projetos de atuação para a prevenção/tratamento da IU e aumento da literacia nesta área, pois só assim é que podemos melhorar a qualidade de vida destas mulheres.

LIMITAÇÕES E CONSTRANGIMENTOS

Embora o tamanho da amostra ideal, para obter resultados estatisticamente relevantes, tenha sido ultrapassado não conseguimos obter representatividade da população feminina do concelho de Seia. No entanto, o tamanho da amostra permitiu obter alguns resultados estatisticamente significativos no que respeitou à associação de variáveis com a presença de IU e à análise do impacto da IU na qualidade de vida.

O instrumento Contilife parece apresentar como desvantagem o facto de ser extenso, mas em comparação com outros instrumentos não é tão restritivo na avaliação de situações específicas. Na Secção I do questionário foi detetado um erro na construção da questão J, com atribuição errada no número de semanas correspondentes aos trimestres da gravidez, tendo por isso sido eliminada esta variável na estatística inferencial. Também relativamente à questão H da Secção II, poderá existir um viés nos resultados quanto à classificação do tipo de IU, pois pode ser redutor chegar a essa classificação apenas tendo em conta apenas uma questão sobre as situações que causam as perdas.

Na amostra de mulheres incontinentes, duas estavam grávidas no momento da recolha de dados. Tal facto, levou-nos a refletir sobre a variável gravidez e optou-se por excluir esta variável na análise dos fatores de risco vs impacto na QdV, para evitar a possível contaminação dos dados.

Em estudos futuros, para além de ser importante alargar a toda a população de Seia seria interessante realizar um estudo semelhante a todo o distrito da Guarda, pois em todos os centros de saúde deste distrito, está presente um fisioterapeuta o que se tornaria uma mais-valia para serem uma primeira linha de contacto.

Acresce a estes principais focos da quantificação de mulheres com IU, a intervenção específica da fisioterapia e a avaliação dessa mesma intervenção, apurando de uma forma prospetiva o impacto que a fisioterapia pode ter na qualidade de vida destas mulheres, realizando estudos experimentais nesta área avaliando o impacto da fisioterapia antes e após a intervenção.

Para que seja possível chegar a uma fatia mais alargada da população torna-se importante a comunicação entre profissionais, ou seja, enquanto fisioterapeutas

especialistas na saúde da mulher devemos informar os profissionais ligados diretamente a esta área (ginecologia, obstetrícia, urologia) e medicina geral e familiar para que possam abordar as mulheres com esta condição e encaminhar para tratamento conservador com a fisioterapia. Só assim será possível o sucesso na implementação de projetos de prevenção/tratamento da IU assim como rastreios na comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., Van Kerrebroeck, P., Victor, A., & Wein, A. (2003). The standardisation of terminology in lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*, *61*(1), 37–49.
[https://doi.org/10.1016/S0090-4295\(02\)02243-4](https://doi.org/10.1016/S0090-4295(02)02243-4)
- Abrams, P., Cardozo, L., Wagg, A., & Wein, A. (2017). Incontinence. In ICS; ICUD (Ed.), *6th International Consultation on Incontinence, Tokyo, September 2016* (6ª Edição). https://doi.org/10.1007/978-3-030-82351-1_2
- Abreu-Freire, N. de souza, Oliveira, L. F., Landim, G. C., Amaral, L. C., & Silva, L. I. da. (2021). Prevalence of Urinary Incontinence and Impact on Quality of Life: Observational Study in a Higher Education Institution. *Archives of Physiotherapy and Rehabilitation*, *4*, 005–011. <https://doi.org/10.26502/fapr0019>
- Abu Raddaha, A. H., & Nasr, E. H. (2022). Kegel Exercise Training Program among Women with Urinary Incontinence. *Healthcare (Switzerland)*, *10*(12), 1–12.
<https://doi.org/10.3390/healthcare10122359>
- Abufaraj, M., Xu, T., Cao, C., Siyam, A., Isleem, U., Massad, A., Soria, F., Shariat, S. F., Sutcliffe, S., & Yang, L. (2021). Prevalence and trends in urinary incontinence among women in the United States, 2005–2018. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *225*(2), 166.e1-166.e12.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.03.016>
- Ackah, M., Ameyaw, L., Salifu, M. G., OseiYeboah, C., Serwaa Ampomaa Agyemang, A., Acquaaah, K., Koranteng, Y. B., & Opare-Appiah, A. (2022). Estimated burden, and associated factors of Urinary Incontinence among Sub-Saharan African women aged 15–100 years: A systematic review and meta-analysis. *PLOS Global Public Health*, *2*(6), e0000562. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000562>
- Almoussa, S., & Bandin van Loon, A. (2018). The prevalence of urinary incontinence in nulliparous adolescent and middle-aged women and the associated risk factors: A systematic review. *Maturitas*, *107*(June 2017), 78–83.
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.10.003>
- Alshenqeti, A. M., Almutairi, R. E., & Keram, A. M. (2022). Impact of Urinary

- Incontinence on Quality of Life Among Women of Childbearing Age in Al Madinah Al Munawara, Saudi Arabia. *Cureus*, 14(5), 1–15.
<https://doi.org/10.7759/cureus.24886>
- Alves, J. O., Luz, S. T. Da, Brandão, S., Da Luz, C. M., Jorge, R. N., & Da Roza, T. (2017). Urinary Incontinence in Physically Active Young Women: Prevalence and Related Factors. *International Journal of Sports Medicine*, 38(12), 937–941.
<https://doi.org/10.1055/s-0043-115736>
- Amaral, M. O. P., Coutinho, E. C., Nelas, P. A. A. B., Chaves, C. M. B., & Duarte, J. C. (2015). Risk factors associated with urinary incontinence in Portugal and the quality of life of affected women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 131(1), 82–86. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.03.041>
- Amarenco, G., Arnould, B., Carita, P., Haab, F., Labat, J. J., & Richard, F. (2003). European psychometric validation of the CONTILIFE®: A quality of life questionnaire for urinary incontinence. *European Urology*, 43(4), 391–404.
[https://doi.org/10.1016/S0302-2838\(03\)00054-X](https://doi.org/10.1016/S0302-2838(03)00054-X)
- Aoki, Y., Brown, H. W., Brubaker, L., Cornu, J. N., Daly, J. O., Cartwright, R., Diego, S., Hospital, C. N., Health, W., & Place, N. (2018). Urinary incontinence in women. *Nature Reviews Disease Primers*, 1–44.
<https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.42.Urinary>
- Asklund, I., Nyström, E., Sjöström, M., Umefjord, G., Stenlund, H., & Samuelsson, E. (2017). Mobile app for treatment of stress urinary incontinence: A randomized controlled trial. *Neurourology and Urodynamics*, 36(5), 1369–1376.
<https://doi.org/10.1002/nau.23116>
- Batista, R. L. D. A., Souza, F. D. O., Dias, L. A. R., Rosa, A. C. J. D. S., Maurício Mesquita Sabino de Ferreira, M. F. S. D. S., & Ferreira, C. H. J. (2010). Revisão sistemática das influências do hipoestrogenismo e do treinamento sobre a incontinência urinária Resumo. *Femina*, 38(3), 135–140.
<https://repositorio.usp.br/item/001997409>
- Beck, S. T., Silva, J. C. N., Schimlt, S., Fleck, J., & Dos Santos, R. S. (2009). Taxa de probabilidade como guia de interpretação do FAN-HEp-2 na pesquisa de autoanticorpos no lúpus eritematoso sistêmico. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, 45(4), 275–283. <https://doi.org/10.1590/s1676->



24442009000400004

- Bertoldi, J. T., Ghisleri, A. Q., & Piccinini, B. M. (2014). Physical therapy in stress urinary incontinence : a literature review. *Cinergis*, 15(4), 224–229.
https://redib.org/Record/oai_articulo775673
- Biswas, B., Bhattacharyya, A., Dasgupta, A., Karmakar, A., Mallick, N., & Sembiah, S. (2017). Urinary incontinence, its risk factors, and quality of life: A study among women aged 50 years and above in a rural health facility of West Bengal. *Journal of Mid-Life Health*, 8(3), 130–136. https://doi.org/10.4103/jmh.JMH_62_17
- Blomquist, J. L., Muñoz, A., Carroll, M., & Handa, V. L. (2018). Association of Delivery Mode with Pelvic Floor Disorders after Childbirth. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 320(23), 2438–2447.
<https://doi.org/10.1001/jama.2018.18315>
- Bø, K. (2004). Urinary Incontinence, Pelvic Floor Dysfunction, Exercise and Sport. *Sports Medicine*, 34(7), 451–464. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15233598/>
- Bø, K., Berghmans, B., Morkved, S., & Kampen, M. Van. (2015). Evidence-based physical therapy for the pelvic floor: Bridging science and clinical practice. In Elsevier (Ed.), *Physical Therapy in Sport* (Second Edi, Vol. 20).
<https://doi.org/10.1016/j.ptsp.2016.02.004>
- Bø, K., Berghmans, B., Mørkved, S., & Kampen, M. Van. (2015). Evidence-based physical therapy for the pelvic floor: Bridging science and clinical practice. In *Elsevier Ltd* (2ª). <https://doi.org/10.1016/j.ptsp.2016.02.004>
- Bo, K., Fernandes, A. C. N. L., Duarte, T. B., Brito, L. G. O., & Ferreira, C. H. J. (2020). Is pelvic floor muscle training effective for symptoms of overactive bladder in women? A systematic review. *Physiotherapy (United Kingdom)*, 106(January 2021), 65–76. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2019.08.011>
- Botelho, F., Silva, C., Cruz, F., Complementar, I., & Hospitalar, A. (2007). Incontinência Urinária Feminina Definição e Epidemiologia Tipos de incontinência. *Acta Urológica*, 24, 79–82. <https://www.academia.edu/19908849>
- Brilhante, M. M. S., Marinho, M. de F. D., Magalhães, A. G., & Correia, G. N. (2022). Impacto da pandemia de SARS-CoV-2 na incontinência urinária e qualidade de vida de mulheres nulíparas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 43, 1–11.



<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20200479.pt>

Caruso, S., Brescia, R., Matarazzo, M. G., Giunta, G., Rapisarda, A. M. C., & Cianci, A. (2017). Effects of Urinary Incontinence Subtypes on Women's Sexual Function and Quality of Life. *Urology*, *108*, 59–64.

<https://doi.org/10.1016/j.urology.2017.06.025>

Carvalho, C. G. de, Araújo, M. P. de, Sartori, M. G. F., Oliveira, C., & Santos, P. C. (2021). Avaliação da relação entre o grau de literacia em incontinência urinária e o nível de atividade física em mulheres com idade igual ou superior a 55 anos do norte de Portugal. *Internatonal Congress on 21st Century Literacies (ICCL2021) - Livro de Atas*. <https://hdl.handle.net/10216/131866>

Chien, C. H., Huang, X. Y., Hsu, S. P., Yen, Y. H., Pan, H. S., & Yen, F. C. (2022). Self-efficacy and positive thinking as predictors of health-related quality of life in women with stress urinary incontinence. *BMC Women's Health*, *22*(1), 1–10.

<https://doi.org/10.1186/s12905-022-02025-0>

Cho, S. T., & Kim, K. H. (2021). Pelvic floor muscle exercise and training for coping with urinary incontinence. *Journal of Exercise Rehabilitation*, *17*(6), 379–387.

<https://doi.org/10.12965/jer.2142666.333>

Coelho, M. M., & Vilaça, M. (2009). Reabilitação da incontinência urinária. *Acta Urológica*, *26*(1), 27–32. <https://www.apurologia.pt/acta/1-2009/reab-inc-urin.pdf>

Ducarme, G., Pizzoferrato, A. C., de Tayrac, R., Schantz, C., Thubert, T., Le Ray, C., Riethmuller, D., Verspyck, E., Gachon, B., Pierre, F., Artzner, F., Jacquetin, B., & Fritel, X. (2019). Perineal prevention and protection in obstetrics: CNGOF clinical practice guidelines. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, *48*(7), 455–460. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2018.12.002>

Ferreira, L. de A., Fitz, F. F., Gimenez, M. M., Matias, M. M. P., Bortolini, M. A. T., & Castro, R. A. (2020). The role of vaginal palpation in motor learning of the pelvic floor muscles for women with stress urinary incontinence: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *21*(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04624-4>

Ferreira, M., & Santos, P. C. (2012). Impacto dos programas de treino na qualidade de vida da mulher com incontinência urinária de esforço. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, *30*(1), 3–10. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2011.12.001>

- Frigerio, M., Barba, M., Cola, A., Braga, A., Celardo, A., Munno, G. M., Schettino, M. T., Vagnetti, P., De Simone, F., Di Lucia, A., Grassini, G., & Torella, M. (2022). Quality of Life, Psychological Wellbeing, and Sexuality in Women with Urinary Incontinence—Where Are We Now: A Narrative Review. *Medicina (Lithuania)*, 58(4). <https://doi.org/10.3390/medicina58040525>
- Fuselier, A., Hanberry, J., Margaret Lovin, J., & Gomelsky, A. (2018). Obesity and Stress Urinary Incontinence: Impact on Pathophysiology and Treatment. *Current Urology Reports*, 19(1). <https://doi.org/10.1007/s11934-018-0762-7>
- Gamsizkan, Z., Sungur, M. A., Kaya, A. E., & Cayir, Y. (2021). Urinary Incontinence in Women Living in Rural Areas and Reflections on Quality of Life. *Middle Black Sea Journal of Health Science*, 7(April), 32–37. <https://doi.org/10.19127/mbsjohs.836518>
- Hammad, F. T. (2021). Prevalence, social impact and help-seeking behaviour among women with urinary incontinence in the Gulf countries: A systematic review. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 266, 150–156. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.10.005>
- Haylen, B. T., De Ridder, D., Freeman, R. M., Swift, S. E., Berghmans, B., Lee, J., Monga, A., Petri, E., Rizk, D. E., Sand, P. K., & Schaer, G. N. (2010). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *International Urogynecology Journal*, 21(1), 5–26. <https://doi.org/10.1007/s00192-009-0976-9>
- Higa, R., Lopes, M. H. B. de M., & Reis, M. J. dos. (2008). Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 42(1), 187–192. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342008000100025>
- Hill, M. M., & Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário* (Edições Sílabo (ed.); 2ª Edição).
- ICS Standardisation Steering Committee. (2020). Tradução em português validada da estandardização da International Continence Society da terminologia dos sintomas do trato urinário inferior. In *ICS Documents*. <https://www.ics.org/folder/committees/standardisation-public-documents/translated-terminology-documents/portuguese/d/core-luts-portuguese>



- Jarbøl, D. E., Haastrup, P. F., Rasmussen, S., Søndergaard, J., & Balasubramaniam, K. (2021). Women's barriers for contacting their general practitioner when bothered by urinary incontinence: a population-based cross-sectional study. *BMC Urology*, 21(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12894-021-00864-x>
- JD., C., ML., J., K., R., B., M., & A., H. (2012). Oestrogen therapy for urinary incontinence in post-menopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 10. Art. No.: CD001405*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001405.pub3>.
- Jia, G., Jiang, C., Wang, K., Zhu, L., Zhu, K., Yang, S., & Jiang, H. (2021). Epidemiological investigation of urinary incontinence in peri- and postpartum women from Nanjing, China. *LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms*, 13(4), 481–489. <https://doi.org/10.1111/luts.12399>
- Jochum, F., Garbin, O., Godet, J., Ragueneau, M., Meyer, C., Billecocq, S., Lecointre, L., Akladios, C., & Host, A. (2022). Prospective evaluation of the connected biofeedback EMY Kegel trainer in the management of stress urinary incontinence. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 51(2). <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2021.102280>
- Júnior, A. N., Filho, M. Z., & Reis, R. B. dos. (2010). Urologia Fundamental. In A. N. Júnior, M. Z. Filho, & R. B. dos Reis (Eds.), *Urologia Fundamental*. Sociedade Brasileira de Urologia; PlanMark Editora. <https://sbu-sp.org.br/admin/upload/os1688-completo-urologiafundamental-09-09-10.pdf>
- Kokabi, R., & Yazdanpanah, D. (2017). Effects of delivery mode and sociodemographic factors on postpartum stress urinary incontinency in primipara women: A prospective cohort study. *Journal of the Chinese Medical Association*, 80(8), 498–502. <https://doi.org/10.1016/j.jcma.2016.06.008>
- Lamerton, T. J., Mielke, G. I., & Brown, W. J. (2021). Urinary incontinence, body mass index, and physical activity in young women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 225(2), 164.e1-164.e13. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.02.029>
- Long, Z., Chen, H., Yu, S., Wang, X., & Liu, Z. (2022). Effect of Acupuncture for Mixed Urinary Incontinence in Women: A Systematic Review. *Frontiers in Public Health*, 10(March). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.827853>
- Lowder, J. L., Bavendam, T. G., Berry, A., Brady, S. S., Fitzgerald, C. M., Fok, C. S.,



- Goode, P. S., Lewis, C. E., Mueller, E. R., Newman, D. K., Palmer, M. H., Rickey, L., Stapleton, A., & Lukacz, E. S. (2019). Terminology for bladder health research in women and girls: Prevention of Lower Urinary Tract Symptoms transdisciplinary consortium definitions. *Neurourology and Urodynamics*, 38(5), 1339–1352. <https://doi.org/10.1002/nau.23985>
- Lukacz, E. S. (2021). *Tratamento da incontinência urinária em mulheres*. [https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-urinary-incontinence-in-females?search=Tratamento da incontinência urinária em mulheres&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-urinary-incontinence-in-females?search=Tratamento+da+incontinência+urinária+em+mulheres&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
- Magajewski, F. R. L., Beckhauser, M. T., & Grott, Y. (2013). Prevalence of urinary incontinence in primigravidae in a hospital in southern Brazil. *Arquivos Catarinenses De Medicina*, 42(3), 54–58. <http://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/1244.pdf>
- Mateus-Vasconcelos, E. C. L., Brito, L. G. O., Driusso, P., Silva, T. D., Antônio, F. I., & Ferreira, C. H. J. (2018). Effects of three interventions in facilitating voluntary pelvic floor muscle contraction in women: a randomized controlled trial. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 22(5), 391–399. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2017.12.006>
- Melo, I., Robalo, L., Leiria, S., Rodrigues, S., Valente, T., & Encarnação, V. (n.d.). *Impact of Urinary Incontinence on Quality of Life of Users and their relation to Socio Demographic Characteristics and the Characteristics of the Condition*. <https://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/>
- Milsom, I., & Gyhagen, M. (2019). The prevalence of urinary incontinence. *Climacteric*, 22(3), 217–222. <https://doi.org/10.1080/13697137.2018.1543263>
- Moosdorff-Steinhauser, H. F. A., Berghmans, B. C. M., Spaanderman, M. E. A., & Bols, E. M. J. (2021). Urinary incontinence 6 weeks to 1 year post-partum: prevalence, experience of bother, beliefs, and help-seeking behavior. *International Urogynecology Journal*, 32(7), 1817–1824. <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04644-3>
- Mosca, L., Riemma, G., Braga, A., Frigerio, M., Ruffolo, A. F., Dominoni, M., Munno, G. M., Uccella, S., Serati, M., Raffone, A., Salvatore, S., & Torella, M. (2022). Female

- Sexual Dysfunctions and Urogynecological Complaints: A Narrative Review. *Medicina (Lithuania)*, 58(8), 1–17. <https://doi.org/10.3390/medicina58080981>
- Najafi, Z., Morowatisharifabad, M. A., Jambarsang, S., Rezaeipandari, H., & Hemayati, R. (2022). Urinary incontinence and related quality of life among elderly women in Tabas, South Khorasan, Iran. *BMC Urology*, 22(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12894-022-01171-9>
- Oliveira, M., Ferreira, M., Azevedo, M. J., Firmino-Machado, J., & Santos, P. clara. (2017). Pelvic floor muscle training protocol for stress urinary incontinence in women: A systematic review. *Revista Da Associacao Medica Brasileira*, 63(7), 642–650. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.07.642>
- Otmani, N., Benaicha, N., & Filankembo, A. (2020). Urinary Incontinence Prevalence in Women in Morocco. *Asian Journal of Research and Reports in Urology*, 3(2), 5-16. https://www.researchgate.net/publication/341903025_Urinary_Incontinence_Prevalence_in_Women_in_Morocco
- Paiva, C., Silva, A., & Robalo, L. (2010). Contributo 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 Feminina. *Ifisionline*, 1(1), 7–17. <http://hdl.handle.net/10400.26/8696>
- Pereira, M. G., Lynch, B., Hall-Faul, M., & Pedras, S. (2019). Quality of life of women with urinary incontinence in rehabilitation treatment. *Journal of Health Psychology*, 24(2), 254–263. <https://doi.org/10.1177/1359105316650615>
- Pintos-Díaz, M. Z., Alonso-Blanco, C., Parás-Bravo, P., Fernández-De-las-peñas, C., Paz-Zulueta, M., Fradejas-Sastre, V., & Palacios-Ceña, D. (2019). Living with urinary incontinence: potential risks of women’s health? A qualitative study on the perspectives of female patients seeking care for the first time in a specialized center. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19), 1–15. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193781>
- Pires, T. F., Pires, P. M., Costa, R., & Viana, R. (2020). Effects of pelvic floor muscle training in pregnant women. *Porto Biomedical Journal*, 5(5), e077. <https://doi.org/10.1097/j.pbj.0000000000000077>
- Pires, T. F., Pires, P. M., Moreira, M. H., Gabriel, R. E. C. D., João, P. V., Viana, S. A.,

- & Viana, R. A. (2020). Pelvic Floor Muscle Training in Female Athletes: A Randomized Controlled Pilot Study. *International Journal of Sports Medicine*, 41(14), e10. <https://doi.org/10.1055/a-11114-8196>
- Pires, T., Pires, P., Moreira, H., Gabriel, R., Viana, S., & Viana, R. (2020). Assessment of pelvic floor muscles in sportswomen: Quality of life and related factors. *Physical Therapy in Sport*, 43, 151–156. <https://doi.org/10.1016/j.ptsp.2020.02.015>
- Pires, T., Pires, P., Moreira, H., & Viana, R. (2020). Prevalence of Urinary Incontinence in High-Impact Sport Athletes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Human Kinetics*, 73(1), 279–288. <https://doi.org/10.2478/hukin-2020-0008>
- Pocinho, M. (2018). (Bio) *Estatística : Teoria e exercicios passo-a-passo* (Vol. 328493301, Issue June). https://www.researchgate.net/publication/328493301_Bio_Estatistica_teorias_e_exercicios_passo_a_passo/references
- Preda, A., & Moreira, S. (2019). Stress urinary incontinence and female sexual dysfunction: The role of pelvic floor rehabilitation. *Acta Medica Portuguesa*, 32(11), 721–726. <https://doi.org/10.20344/amp.12012>
- Przydacz, M., Chlosta, M., & Chlosta, P. (2021). Relationship between Lower Urinary Tract Symptoms and Treatment-Related Behavior in an Eastern European Country: Findings from the LUTS POLAND Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(11). <https://doi.org/10.3390/jcm10112314>
- Quintana, E., Fajardo, V., Rodríguez-antolín, J., & Aguilera, U. (2009). Fisiopatología de la incontinencia urinaria femenina. *Salud En Tabasco*, 15(1), 839–844. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48712088004>
- Radoja, I., & Degmečić, D. (2019). Quality of life and female sexual dysfunction in croatian women with stress-, urgency-and mixed urinary incontinence: results of a cross-sectional study. *Medicina (Lithuania)*, 55(6). <https://doi.org/10.3390/medicina55060240>
- Radzimińska, A., Strączyńska, A., Weber-Rajek, M., Styczyńska, H., Strojek, K., & Piekorz, Z. (2018). The impact of pelvic floor muscle training on the quality of life of women with urinary incontinence: a systematic literature review. *Clinical Interventions in Aging*, 13, 957–965. <https://doi.org/10.2147/CIA.S160057>

- Ramírez, J. A., Tirado, P. O., Samur, C. S., Gamboa, C. V., & Oliveres, X. C. (2022). Health-related quality of life in women aged 20-64 years with urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 0123456789. <https://doi.org/10.1007/s00192-022-05365-5>
- Ren, Y., Hu, Q., Zou, H., Xue, M., Tian, X., Cao, F., & Yang, L. (2022). Age at first birth and risk of urinary incontinence after delivery: a dose-response meta-analysis. *Scientific Reports*, 12(1), 16588. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-19809-x>
- Rocha, J., Brandão, P., Melo, A., Torres, S., Mota, L., & Costa, F. (2017a). Avaliação da Incontinência Urinária na Gravidez e no Pós-Parto : Estudo Observacional. *Acta Médica Portuguesa*, 7(8), 568–572. <https://doi.org/https://doi.org/10.20344/amp.7371>
- Rocha, J., Brandão, P., Melo, A., Torres, S., Mota, L., & Costa, F. (2017b). Avaliação da Incontinência Urinária na Gravidez e no Pós-Parto : Estudo Observacional. *Acta Médica Portuguesa*, 7(8), 568–572. <https://doi.org/https://doi.org/10.20344/amp.7371>
- Romero-Franco, N., Molina-Mula, J., Bosch-Donate, E., & Casado, A. (2021). Therapeutic exercise to improve pelvic floor muscle function in a female sporting population: a systematic review and meta-analysis. *Physiotherapy (United Kingdom)*, 113, 44–52. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2021.04.006>
- Sacomori, C., Böer, L., Sperandio, F. F., & Cardoso, F. L. (2013). Prevalence of variables associated with urinary incontinence in the third trimester of pregnancy. *Revista Brasileira de Saude Materno Infantil*, 13(3), 215–221. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292013000300003>
- Schreiber Pedersen, L., Lose, G., Høybye, M. T., Elsner, S., Waldmann, A., & Rudnicki, M. (2017). Prevalence of urinary incontinence among women and analysis of potential risk factors in Germany and Denmark. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96(8), 939–948. <https://doi.org/10.1111/aogs.13149>
- 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 Clínica Geral*, 29(6), 364–376. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v29i6.11197>
- Silva, M. F., Costa, R. P., Oliveira, C. M., & Moreira, S. (2021). A Incontinência Urinária



- em Mulheres Praticantes de Exercício Recreativo: Um Estudo Transversal. *Acta Médica Portuguesa*, 34(11), 724. <https://doi.org/10.20344/amp.14004>
- Vasconcelos, L. B. de, Santos, M. C. L., Silva, R. M. da, Filho, C. G., Santos, V. L., & Probo, D. R. G. (2020). *Qualidade De Vida Relacionada À Saúde: Análise Dimensional Do Conceito*. 226–238. <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.226-238>
- Viana, E. de S. R., & Micussi, M. T. A. B. C. (2021). *Incontinência urinária feminina: da avaliação à reabilitação* (EDUFRN – Editora da UFRN (ed.)). https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/32658/1/IncontinenciaUrinariaFeminina_Viana_Micussi_2021.pdf
- Vicente, S., Santos, P. C., Sancho, F., Sousa, M. L. de, & Valente, I. (2021). *Competências do Fisioterapeuta com especialização em Saúde da Mulher e Pavimento Pélvico*. http://www.apfisio.pt/grupos_interesse/saude-da-mulher/
- Visser, E., de Bock, G. H., Berger, M. Y., & Dekker, J. H. (2014). Impact of urinary incontinence on sexual functioning in community-dwelling older women. *Journal of Sexual Medicine*, 11(7), 1757–1765. <https://doi.org/10.1111/jsm.12544>
- Vital, E., Castro, M., Almeida, P., & Cruz, E. (2020). O Perfil de Competências do Fisioterapeuta. In Conselho Diretivo Nacional da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (Ed.), *Associação Portuguesa de Fisioterapeutas* (pp. 1–31). <http://www.apfisio.pt/documentos-estruturantes/>
- Wadensten, T., Nyström, E., Franzén, K., Lindam, A., Wasteson, E., & Samuelsson, E. (2021). A mobile app for self-management of urgency and mixed urinary incontinence in women: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 23(4), 1–16. <https://doi.org/10.2196/19439>
- Wang, K., Xu, X., Jia, G., & Jiang, H. (2020). Risk Factors for Postpartum Stress Urinary Incontinence: a Systematic Review and Meta-analysis. *Reproductive Sciences*, 27(12), 2129–2145. <https://doi.org/10.1007/s43032-020-00254-y>
- Wei, D., Meng, J., Zhang, Y., Chen, Y., Li, J., & Niu, X. (2022). Identification of potential associated factors for stress urinary incontinence in women: a retrospective study. *Annals of Translational Medicine*, 10(18), 965–965. <https://doi.org/10.21037/atm-22-3539>
- WHO. (1998). WHOQOL User Manual. In *PROGRAMME ON MENTAL HEALTH* (Vol.

- 106). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77932>
- Wikander, L., Kirshbaum, M. N., & Gahreman, D. E. (2020). Urinary incontinence and women crossfit competitors. *International Journal of Women's Health*, 12, 1189–1195. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S278222>
- Wood, L., & Anger, J. (2014). Urinary Incontinence in Women. *BMJ (Clinical Research Ed.)*. <https://doi.org/10.1136/bmj.g4531>
- World Health Organization. (2020). Diretrizes da OMS para a Atividade Física e Comportamento Sedentário. In *Who*. <https://doi.org/10.4324/9781315754635-20>
- Wuytack, F., Moran, P., Daly, D., & Begley, C. (2022). Is there an association between parity and urinary incontinence in women during pregnancy and the first year postpartum?: A systematic review and meta-analysis. *Neurourology and Urodynamics*, 41(1), 54–90. <https://doi.org/10.1002/nau.24785>
- Xue, K., Palmer, M. H., & Zhou, F. (2020). Prevalence and associated factors of urinary incontinence in women living in China: a literature review. *BMC Urology*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12894-020-00735-x>
- Yang, C., Feng, Z., Chen, Z., Xu, D., Li, Y., Lai, K., & Yi, F. (2022). The risk factors for urinary incontinence in female adults with chronic cough. *BMC Pulmonary Medicine*, 22(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12890-022-02069-w>
- Zhang, Y., Wang, C., Yu, X., Wan, L., Cheng, W., Xie, C., Chen, D., Cao, Y., Xue, J., Niu, Y., & Ding, H. (2023). Characteristics, scope of activity, and negative emotions in elderly women with urinary incontinence: Based on a longitudinal followup in Shanghai, China. *BioScience Trends*, 17(2), 172–176. <https://doi.org/10.5582/bst.2022.01507>
- Živković, K., Živković, N., Župić, T., Hodžić, D., Mandić, V., & Orešković, S. (2016). Effect of delivery and episiotomy on the emergence of urinary incontinence in women: Review of literature. *Acta Clinica Croatica*, 55(4), 615–624. <https://doi.org/10.20471/acc.2016.55.04.12>



APÊNDICES e ANEXOS



Apêndice I – Artigo submetido à Revista *British Journal of Urology (BJU International)*

Title:

***Prevalence of urinary incontinence and impact on quality of life
in women from Seia, Portugal***

Authors:

- 1- **Sara Raquel Simões Vilão**, Degree in Physical Therapy, <https://orcid.org/0009-0009-6411-6807>;
(Lisbon Higher School of Health Technology, Lisbon Polytechnic Institute; Local Health Unit in Guarda; vilaosara@gmail.com; +351 968343843)

- 2- **Patrícia Silva**, Master of Physical Therapy in Women's Health, <https://orcid.org/0000-0002-4830-8333>;
(Lisbon Higher School of Health Technology, Lisbon Polytechnic Institute, patricia.maia@estesl.ipl.pt; +351 913437111)

- 3- **Margarida Pocinho**, PhD in Mental Health, <https://orcid.org/0000-0002-2895-7934>;
(Coimbra Higher School of Health Technology, Coimbra Polytechnic Institute, margarida_pocinho@estesc.ipc.pt; +351 239802430)

- 4- **Pedro Rebelo**, Master in Social Communication, <https://orcid.org/0000-0003-1184-5810>;
(Lisbon Higher School of Health Technology, Lisbon Polytechnic Institute; pedro.rebelo@estesl.ipl.pt; +351 914418139)

Word count: 1997

Number of tables: 3

Number of figures: 1

Abstract

Objectives: To identify the prevalence of urinary incontinence (UI) in women in the municipality of Seia and evaluate the impact of UI on Quality of Life (QoL).

Materials and Methods: A descriptive observational study with analytical characteristics was conducted, using a convenience sample of women in the municipality of Seia (n=416), with a subsample of incontinent women (n=117). A sample characterization questionnaire and the Contilife® measurement instrument were used. Inferential analysis was performed using the Chi-Square test, Student's t-test, and Likelihood Ratio (LR) measure. Internal consistency was assessed using Cronbach's Alpha.

Results: The prevalence of UI among participants was 28.1%, corresponding to a prevalence of 1.02% for the population of Seia, with a significant association between parity and the presence of UI, with a large LR value. UI has an impact on women's QoL (59%), as measured by Contilife® (mean 7.59 in overall QoL), with mixed UI causing the most impact (73.3%).

Conclusion: Female UI has an impact on QoL with statistically significant values in all Contilife® dimensions, although classified as low impact. Physiotherapists can be first contact professionals, allowing the quantification of women with UI and acting in the prevention and treatment of this condition, leading to physiotherapy being a guideline for the improvement of quality of life.

Keywords: Urinary Incontinence; Prevalence; Quality of Life; Impact; Physiotherapy.

Introduction

Urinary Incontinence (UI) or involuntary loss of urine is a frequent and concerning health condition, which can be subdivided into three common types: stress, urge or mixed Urinary Incontinence [1].

The World Health Organization has identified UI as a health priority that has an impact on people's quality of life, because it affects different aspects of life and leads to a series of psychological, social and physical consequences [2].

Despite urinary losses negatively influencing women's health and quality of life, there is a high percentage of women who are unaware of available treatments and believe that UI is a natural part of the aging process. Considering this context, it becomes important to identify and quantify these women so that they can be properly referred to a specialist [3].

As a specialist in women's health, the physiotherapist can choose different treatment programs for different conditions, in accordance with the particularities of this population, with interventions aimed at preventing disabilities, improving functional limitations, and promoting and maintaining health, quality of life, and physical fitness, through use of the best available scientific evidence [4].

The main objectives of this study are to identify the prevalence of urinary incontinence in women in the municipality of Seia and to evaluate the impact of urinary incontinence on the quality of life of these women in different dimensions: daily activities, effort activities, self-image, emotional impact, sexuality, and well-being.

Materials and methods

The municipality of Seia belongs to the District of Guarda, Portugal, and according to the National Institute of Statistics - portuguese acronym INE - (data from 2021), the resident population was 21,755 of which 11,459 were women. Data collection was carried out in the period between 29 November 2022 and 31 January 2023. The convenience sample was constituted taking into account women who met the inclusion criteria: being aged 18 years or over; residing in the Municipality of Seia; have the intellectual capacity to complete the questionnaire. As an exclusion criterion, the research team defined that women with neurological conditions such as stroke, multiple

sclerosis, spinal cord pathology, bladder neurological pathology, Parkinson's disease and chronic catheterization could not be included in the study sample.

For this study, a questionnaire was created to gather subjective information from each woman who met the inclusion criteria and to collect sociodemographic data.

The sociodemographic data were included in Section I, with 13 questions about age, weight, height, education, professional situation, daily effort and posture, parity and current pregnancy, bowel movements, menopause and urinary continence. In Section II, directed only at those with urinary incontinence, 5 questions were included regarding abdominal and/or pelvic surgeries or treatments, duration of urinary losses, type of losses, and seeking professional help. Section III focused on the Contilife® Questionnaire [5]. This questionnaire has been validated for the Portuguese population, through a study conducted in 2010 [6]. It assesses the impact of UI on QoL through 28 questions distributed across six distinct dimensions: daily activities, effort activities, self-image, emotional impact, sexuality, and well-being. Scores ranged from 0 (low QoL) to 10 (high QoL).

The score of the range classification, for statistical purposes, was as follows: very high impact (0-1.99), high impact (2-3.99), medium impact (4-5.99), low impact (6-7.99) and without impact (8-10). In addition to these intervals, the research team also chose to use the following classification for result interpretation: with impact (0-7.99) and without impact (8-10).

The analysis of the collected data involved the use of computer software, specifically Microsoft Excel® and the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 26.0 for Windows, which allowed for optimization and correlation of variables. The research team specifically developed a database in Microsoft Excel® for the study and implemented a coding system for the applied instrument.

The variables for the study of correlations were: age, Body Mass Index (BMI) (underweight, normal weight, overweight, obesity), daily effort level (low, moderate, high), daily postures (sitting, standing mostly still, moving), current pregnancy status, parity (nulliparous, primiparous, multiparous), bowel movements (tendency towards loose stools, regular tendency, tendency towards constipation), menopause and presence of UI.

The statistical analysis involved descriptive statistics (absolute and relative frequencies, means, and respective standard deviations) and inferential statistics. To

assess the internal consistency of the questionnaire used, i.e., the degree of interrelatedness among items, Cronbach's Alpha was used [7]. In inferential statistics, the Chi-Square Test of Adherence was used, which allows comparing sample data with data from known populations, verifying that the observed frequency differs significantly from the expected frequency; the Chi-Square Test of Independence was used when the data were categorical, assessing the contingency between variables; Student's t-test for one sample. The Likelihood Ratio measure (LR) determines the magnitude and direction of variation of the probability change and its values are classified as Large (LR greater than 10), Moderate (LR between 5 and 10), Minimum (LR between 2 and 5) and None (LR equal to 1) [8].

The significance level to reject the null hypothesis was set at $\alpha \leq 0.05$.

Results

The sample consisted of 416 women, whose mean age was 47.85 ± 13.84 years. Of these women, 28.1% (n=117) reported urinary incontinence, corresponding to a prevalence of female UI for the municipality of Seia of 1.02%, taking into account the population of 11,459 female residents.

Knowing that for the sample to be similar, the value of the Chi-Square of Adherence must be less than 3.84 for 1 Degree of Freedom and 5% of Margin of Error, we could conclude that the sample in quantitative terms is representative in the age groups between the 20-29 years and 50-69 years (Table 1).

Looking at the overall sample (n=416), correlations were analyzed between variables (age, BMI, posture, daily effort, pregnancy, parity, bowel movements, menopause) and the presence/absence of UI. The Likelihood Ratio test value was examined to understand the probability of a factor being present in a woman with UI compared to a woman without UI. Significant associations were found for the variables BMI (LR(3)=9.928, p=0.019), parity (LR(3)=19.280, p=0.000), and bowel movements (LR(2)=5.704, p=0.058), indicating a higher likelihood of UI in overweight or obese women, multiparous women, and women with a tendency towards regular bowel movements.

Considering the women with urinary incontinence (n=117), it was found that the mean age was 51.1 years, ranging from a minimum of 20 to a maximum of 88 years. The

most common types of incontinence were stress urinary incontinence (SUI) (56.4%, n=66), followed by mixed urinary incontinence (MUI) (25.6%, n=30), and urge urinary incontinence (UUI) (17.9%, n=21). Only 31.6% (n=37) of the women sought professional help, with the most commonly mentioned professionals being the Gynecologist/Obstetrician (32.4%, n=12) or the General Practitioner (27%, n=10). It is worth noting that only 6 women reported seeking help from a physiotherapist.

The internal consistency of the Contilife® dimensions, analyzed using Cronbach's Alpha, ranged from a minimum of 0.591 in the Self-Image dimension to a maximum of 0.880 in the Sexuality dimension.

Regarding overall quality of life, the mean score was 7.59 ± 1.56 , indicating a low impact ($p=0.000$). In the dimensions of Daily Activities and Sexuality, the mean score indicated no impact on quality of life, while in the other dimensions, the impact was low based on the mean scores ($p=0.000$) (Table 2). When considering the cutoff point for with impact/without impact, it was found that 59% of women experienced an impact on their overall quality of life (Table 3).

Parity, among incontinent women, showed the most significant associations in different dimensions, such as Effort Activities, Self-Image, and Well-Being, as well as overall quality of life. The relationship was most significant in the Well-Being dimension, with a p-value of 0.001.

When associating the types of urinary incontinence with overall quality of life, measured by the global score of Contilife®, it was found that most incontinent women experienced an impact on their QoL (59%, n=69). Analyzing the types of urinary incontinence, it was observed that most women with an impact on QoL had mixed urinary incontinence in this dimension (Figure 1).

Discussion

Urinary incontinence in women in the municipality of Seia has a prevalence of 1.02%, however, the sample is not representative of the population. Thus, analyzing the frequency of incontinent women in the sample, we found that the prevalence is 28.1%. Both in international and national studies, the prevalence rates in the study samples are in line with our results [9–11].

The risk factors most likely to be present in women with UI were overweight and obesity, as well as multiparity. Contrary to expectations, we found that regular bowel movements were a risk factor for UI. According to *Pedersen et al.*, women with higher BMI report a higher prevalence of UI [12]. Additionally, according to *Wuytack et al.*, despite the studies carried out presenting some risks of bias, healthcare professionals should consider that nulliparous women have a lower likelihood of having UI compared to primiparous and multiparous women [13]. The relationship between bowel movements and UI is one of the factors where our findings contradict the literature, which typically associates a tendency toward constipation as a risk factor for UI [14,15].

Female UI has a significant impact on quality of life and we observed statistically significant values in all dimensions of Contilife®. The instrument used allowed us to obtain results regarding the impact on QoL in different dimensions, with statistically significant values compared to the average obtained in each dimension (with a greater impact in the well-being dimension) and compared to the average obtained in overall quality of life. In another Portuguese study, UI moderately affected the QoL of women, with an average score of 6.7/10 in the overall quality of life measured by Contilife® [16].

While examining whether different types of UI could interfere with the impact on quality of life, we observed that, although most results were not statistically significant, mixed urinary incontinence was the type that caused the most impact. Studies suggest that MUI may be associated with lower quality of life compared to other types [17].

Regarding the cutoff point used (with impact/without impact) and considering the overall quality of life measured by the Contilife® instrument, we concluded that most incontinent women demonstrate impact on their quality of life.

Reflecting on all the results, we can take a more concerted action as physiotherapists within the population. Physiotherapy helps women manage their symptoms more effectively, improving productivity, and reducing the socioeconomic impact of the condition. By assisting women in symptom management, physiotherapy also contributes to reducing the burden on family members or caregivers.

Furthermore, according to the literature, pelvic physiotherapy can increase the physical, psychological and social well-being of women with urinary incontinence, leading to a better quality of life [18] being an effective treatment option for UI, reducing the personal and socioeconomic impact of the condition on affected women, their families and caregivers, and society as a whole.

Acknowledgements

The authors would like to thank all the study participants and social-family network.

Disclosure of Interests

The authors declare that there are no conflicts of interest.

Declarations of Ethics

This study began after approval by the Board of Directors of the ULS Guarda (Ata n.º 42/2022, of October 27, 2022 where the order of the CES of the ULS Guarda of 18/10/2022 is included), approval by the Ethics Committee of ESTeSL (CE-ESTeSL) with internal reference of the project ce-estesl-nº. 74-2022, in an email dated November 29, 2022.

All participants read the informed consent and gave their consent for participation in this study. All procedures in this study were in accordance with ethical standards and complied with the principles of the Declaration of Helsinki.

Funding Sources

There are no funding sources for this study.

Authors' contribution

Sara Vilão: Data collection, data analysis and manuscript writing;

Patrícia Silva: Validation and supervision of the manuscript, critical review;

Margarida Pocinho: Data analysis, critical review;

Pedro Rebelo: Validation and supervision of the manuscript, critical review;

All authors have read and agreed with the manuscript version.

Data availability statement

Data supporting the conclusions of this study are available upon request to the author Sara Vilão.

References

1. Pintos-Díaz MZ, Alonso-Blanco C, Parás-Bravo P, Fernández-De-las-peñas C, Paz-Zulueta M, Fradejas-Sastre V, et al. Living with urinary incontinence: potential risks of women's health? A qualitative study on the perspectives of female patients seeking care for the first time in a specialized center. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019;16(19):1–15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31597365/>
2. Najafi Z, Morowatisharifabad MA, Jambarsang S, Rezaeipandari H, Hemayati R. Urinary incontinence and related quality of life among elderly women in Tabas, South Khorasan, Iran. *BMC Urol* [Internet]. 2022;22(1):1–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36587231/>
3. Abreu-Freire N de souza, Oliveira LF, Landim GC, Amaral LC, Silva LI da. Prevalence of Urinary Incontinence and Impact on Quality of Life: Observational Study in a Higher Education Institution. *Arch Physiother Rehabil* [Internet]. 2021;4:005–11. Available from: <https://www.fortuneonline.org/articles/prevalence-of-urinary-incontinence-and-impact-on-quality-of-life-observational-study-in-a-higher-education-institution.html?url=prevalence-of-urinary-incontinence-and-impact-on-quality-of-life-observational-study-in->
4. Bø K, Berghmans B, Mørkved S, Kampen M Van. Evidence-based physical therapy for the pelvic floor: Bridging science and clinical practice. 2^a. Elsevier Ltd. 2015.
5. Amarenco G, Arnould B, Carita P, Haab F, Labat JJ, Richard F. European psychometric validation of the CONTILIFE®: A quality of life questionnaire for urinary incontinence. *Eur Urol* [Internet]. 2003;43(4):391–404. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12667721/>



6. Paiva C, Silva A, Robalo L. Contribution to the Adaptation and Validation of the Measurement Instrument: “Questionnaire for the Assessment of Quality of Life in Women with Urinary Incontinence (CONTILIFE)” for the Portuguese Female Population. *Infonline* [Internet]. 2010;1(1):7–17. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.26/8696>
7. Hill MM, Hill A. *Questionnaire Investigation*. 2nd^{Edition}. Edições Sílabo, editor. Lisbon; 2005.
8. Beck ST, Silva JCN, Schimlt S, Fleck J, Dos Santos RS. Probability rate as a guide for the interpretation of ANA-HEp-2 in the investigation of autoantibodies in systemic lupus erythematosus. *J Bras Patol and Med Lab* [Internet]. 2009;45(4):275–83. Available from: https://www.researchgate.net/publication/239323085_Taxa_de_probabilidade_como_guia_de_interpretacao_do_FAN-HEp-2_na_pesquisa_de_autoantibodies_no_lupus_erythematosus_sistmico
9. Alves JO, Luz ST Da, Brandao S, Da Luz CM, Jorge RN, Da Roza T. Urinary Incontinence in Physically Active Young Women: Prevalence and Related Factors. *Int J Sports Med* [Internet]. 2017;38(12):937–41. Available from: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0043-115736>
10. Pereira MG, Lynch B, Hall-Faul M, Pedras S. Quality of life of women with urinary incontinence in rehabilitation treatment. *J Health Psychol* [Internet]. 2019;24(2):254–63. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27302604/>
11. Gamsizkan Z, Sungur MA, Kaya AE, Cayir Y. Urinary Incontinence in Women Living in Rural Areas and Reflections on Quality of Life. *Middle Black Sea J Heal Sci* [Internet]. 2021;7(April):32–7. Available from: https://www.researchgate.net/publication/351243648_Urinary_Incontinence_in_Women_Living_in_Rural_Areas_and_Reflections_on_Quality_of_Life
12. Schreiber Pedersen L, Lose G, Høybye MT, Elsner S, Waldmann A, Rudnicki M. Prevalence of urinary incontinence among women and analysis of potential risk factors in Germany and Denmark. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2017;96(8):939–48. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/aogs.13149>

13. Wuytack F, Moran P, Daly D, Begley C. Is there an association between parity and urinary incontinence in women during pregnancy and the first year postpartum?: A systematic review and meta-analysis. *Neurourol Urodyn* [Internet]. 2022;41(1):54–90. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34529861/>
14. Biswas B, Bhattacharyya A, Dasgupta A, Karmakar A, Mallick N, Sembiah S. Urinary incontinence, its risk factors, and quality of life: A study among women aged 50 years and above in a rural health facility of West Bengal. *J Midlife Health* [Internet]. 2017;8(3):130–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28983160/>
15. Xue K, Palmer MH, Zhou F. Prevalence and associated factors of urinary incontinence in women living in China: a literature review. *BMC Urol* [Internet]. 2020;20(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33054777/>
16. Silva AI, Almeida C, Aguiar H, Neves M, Teles MJ. Prevalence and impact of urinary incontinence on women's quality of life. *Rev Port General Clinic*. 2013;29(6):364–76.
17. Long Z, Chen H, Yu S, Wang X, Liu Z. Effect of Acupuncture for Mixed Urinary Incontinence in Women: A Systematic Review. *Front Public Heal* [Internet]. 2022;10(March). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35372235/>
18. Cavenaghi S, Lombardi B da S, Bataus SC, Machado BPB. Effects of physiotherapy on female urinary incontinence. *Rev Pesqui em Fisioter* [Internet]. 2020;10(4):658–65. Available from: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/3260>

Tables and Figures

Table 1

Table37– Sample distribution (n=416) compared to INE data

| Age groups | INE_2021 | | Seia | | X ² of adherence | Critical Value (5%) for gl=1 | p value |
|--------------|-------------|------------|-----------|------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------|
| | n | % | n | % | Observed value | | |
| <19 | 1423 | 12% | two | 0% | a) | | |
| 20-29 | 860 | 8% | 35 | 8% | 0.000 | 3.84 | >0.05 |
| 30-39 | 978 | 9% | 95 | 23% | 6.125 | 3.84 | <0.05 |
| 40-49 | 1392 | 12% | 102 | 25% | 4,568 | 3.84 | <0.05 |
| 50-59 | 1636 | 14% | 88 | 21% | 1.4 | 3.84 | >0.05 |
| 60-69 | 1960 | 17% | 70 | 17% | 0.000 | 3.84 | >0.05 |
| 70-79 | 1715 | 15% | 20 | 5% | 5 | 3.84 | <0.05 |
| 80-89 | 1183 | 10% | 4 | 1% | 7,364 | 3.84 | <0.05 |
| 90-99 | 299 | 3% | 0 | 0% | a) | | |
| ≥100 | 13 | 0% | 0 | 0% | a) | | |
| Total | 11459 | 100% | 416 | 100% | | | |

a) excluded from the sample; INE – Instituto Nacional de Estatística (portuguese acronym); gl – degree of freedom

Distribution of the sample in Seia, by age groups, compared with INE data and the respective Adherence Chi-Square test.

Table 2

Table 2– Descriptive statistics of Contilife and Student's t test

| | Minimum | Maximum | Mean | Standard deviation | t (116) | P value |
|--------------------------|---------|---------|-------------|--------------------|---------|---------|
| Daily Activities | 1.43 | 10.00 | 8.21 | 1.76 | 50.375 | 0.000 |
| Effort Activities | 0.00 | 10.00 | 7.05 | 2.11 | 36.077 | 0.000 |
| Self image | 0.71 | 10.00 | 6.73 | 2.35 | 31.007 | 0.000 |
| Emotional Impact | 0.00 | 10.00 | 6.97 | 2.23 | 33,832 | 0.000 |
| Sexuality | 1.67 | 10.00 | 8.97 | 1.91 | 50,786 | 0.000 |
| Well-being | 0.00 | 10.00 | 6.32 | 2.29 | 29,903 | 0.000 |
| Overall QoL | 2.54 | 9.93 | 7.59 | 1.56 | 52,633 | 0.000 |

t – student's t test; QoL – Quality of Life

Descriptive analysis in each dimension of the Contilife instrument and respective Student's t-test

Table 3

Table38– Impact on Overall Quality of Life

| Overall Quality of Life | | | | | |
|-------------------------|------------|-------------|-----------------------|------------|--------------|
| | N | % | | N | % |
| Very high impact | 0 | 0% | | | |
| High impact | 4 | 3.4% | | | |
| Medium impact | 12 | 10.3% | | | |
| Low impact | 53 | 45.3% | With Impact | 69 | 59.0% |
| Without impact | 48 | 41.0% | Without impact | 48 | 41.0% |
| Total | 117 | 100% | Total | 117 | 100% |

Assessment of the impact on overall quality of life through the global score of the Contilife instrument.

Figure 1

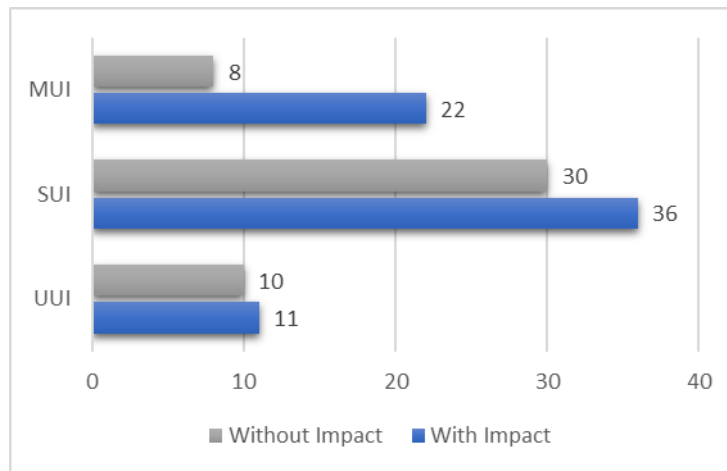


Figure4– Relationship between types of urinary incontinence and Overall Quality of Life (n=117)

MUI – Mixed Urinary Incontinence; SUI – Stress Urinary Incontinence; UUI - Urge Urinary Incontinence

Of the 117 women, 48 had no impact of urinary incontinence on overall quality of life. Of the 69 women who had an impact, mixed urinary incontinence was the one with the greatest impact.



Comprovativo de submissão



Sara Vilão <vilaosara@gmail.com>

Manuscript submitted - BJU-2023-0587

2 mensagens

BJUI Office <onbehalf@manuscriptcentral.com>
Responder a: editorial.office@bjui.info
Para: vilaosara@gmail.com

30 de maio de 2023 às 10:44

Dear Sara Raquel Simões Vilão,

Your manuscript entitled "Prevalence of urinary incontinence and impact on quality of life in women from Seia, Portugal" has now been submitted to BJU International. We will contact you when a decision is made on your paper. You can track the progress of your paper at <https://mc.manuscriptcentral.com/bjui>.

In addition to the usual decisions, we may also offer you the opportunity to transfer your submission to our new open access journal, BJUI Compass. You can find out more about BJUI Compass here <https://onlinelibrary.wiley.com/journal/26884526>

Please quote your manuscript number (BJU-2023-0587) in all correspondence.

Yours sincerely,

Editorial Office
BJU International



Apêndice II – Questionário (Secção I e II)

SECÇÃO I

- A. Idade _____ anos (preencher no espaço disponibilizado)
- B. Peso _____ Kg (preencher no espaço disponibilizado)
- C. Altura _____ cm (preencher no espaço disponibilizado)

Assinale a alínea correspondente colocando uma cruz (x) ou um círculo (O)

- D. Escolaridade:
 - a. 1º ciclo (1º-4ºano)
 - b. 2º ciclo (5º-6ºano)
 - c. 3º ciclo (7º-9ºano)
 - d. Ensino Secundário (10º-12ºano)
 - e. Bacharelato
 - f. Licenciatura
 - g. Pós-graduação
 - h. Mestrado
 - i. Doutoramento
- E. Qual a sua ocupação profissional?
 - a. Estudante
 - b. Ativa em situação de emprego
 - c. Ativa em situação de desemprego
 - d. Reformada/Pensionista
- F. Como passa a maior parte do seu dia, ou seja, mais de 50% do seu dia?
 - a. Sentada
 - b. Em pé, mais parada
 - c. Em movimento
- G. Acha que no seu dia-a-dia faz esforço físico (esforço físico como: atividade física, saltar, andar, correr, ou outros esforços das tarefas diárias/profissionais)?
 - a. Pouco esforço
 - b. Esforço moderado
 - c. Muito esforço
- H. Quantos partos já teve?
 - a. 0
 - b. 1
 - c. 2
 - d. 3 ou mais
- I. Neste momento está grávida?
 - a. Sim
 - b. Não
- J. **Se respondeu SIM** na pergunta anterior, assinale o trimestre da gravidez em que se encontra:
 - a. Primeiro trimestre (até às 13 semanas)
 - b. Segundo trimestre (14 - 30 semanas)



- c. Terceiro trimestre (a partir das 30 semanas)
- K. Como é o seu trânsito intestinal?
 - a. Tendência a regular
 - b. Tendência a obstipada (prisão de ventre)
 - c. Tendência a intestinos soltos (fezes mais moles)
- L. Encontra-se no período de pré-menopausa, menopausa ou pós menopausa?
 - a. Sim
 - b. Não
- M. Teve alguma perda involuntária de urina, ou seja, sem o seu controlo, **no último mês**?
 - a. Sim. (Se respondeu SIM continue a responder ao questionário)
 - b. Não. Caso a sua resposta seja NÃO, o preenchimento do questionário termina aqui. Agradecemos a sua colaboração!

Secção II

Assinale a alínea correspondente colocando uma cruz (x) ou um círculo (O)

- A. Já foi submetida a alguma cirurgia ou tratamento abdominal e/ou pélvico? (ex: tratamento da incontinência urinária, remoção do útero/ovários, radioterapia pélvica, apendicectomia, operação aos intestinos, etc)
 - a. Sim
 - b. Não
- B. Há quanto tempo tem perdas de urina:
 - a. Menos de 1 ano
 - b. 1-3 anos
 - c. 4-6 anos
 - d. 7-10 anos
 - e. Mais de 10 anos
- C. Em relação às suas perdas de urina:
 - a. As perdas de urina aconteceram quando teve vontade repentina de urinar
 - b. As perdas de urina aconteceram após um esforço físico (atividade física, saltar, andar, correr, tossir, rir, ou outros esforços das tarefas diárias/profissionais)
 - c. As perdas de urina aconteceram após um esforço e/ou com vontade repentina de urinar
- D. Por ter perdas de urina, contactou algum profissional de saúde para a ajudar?
 - a. Sim
 - b. Não
- E. **Se respondeu SIM**, qual foi o profissional que contactou? (Assinale um ou mais)
 - a. Médico Clínica Geral
 - b. Ginecologista/Obstetra
 - c. Urologista
 - d. Fisioterapeuta
 - e. Enfermeiro
 - f. Outro profissional



ANEXO I - Instrumento de Medida e Consentimento Informado

Prevalência de incontinência urinária em mulheres do Concelho de Seia e o seu impacto na qualidade de vida

O presente estudo tem como tema "Prevalência de incontinência urinária em mulheres do Concelho de Seia e o seu impacto na qualidade de vida" e surge no âmbito da Dissertação de Mestrado em Fisioterapia – Ramo de Especialização de Fisioterapia em Saúde da Mulher. A incontinência urinária é definida como qualquer perda involuntária de urina e é uma condição altamente prevalente, com uma profunda influência na funcionalidade da mulher, no seu bem-estar e na qualidade de vida, além de ser de imensa importância económica para o serviço de saúde. Desta forma, pretende-se com esta dissertação identificar a realidade das mulheres com incontinência urinária, no concelho de Seia, com o propósito de num futuro próximo contribuir para uma melhoria no acesso a cuidados de fisioterapia especializados nesta área, tornando a fisioterapia como a primeira linha no tratamento conservador e na promoção da saúde destas mulheres. Para que este trabalho possa ser realizado, será aplicado um questionário para caracterizar os dados sociodemográficos e o questionário *Contilife* para avaliar o impacto das perdas de urina na qualidade de vida. O preenchimento total tem uma duração de preenchimento aproximada de 10 minutos. Informa-se que o presente estudo não apresenta quaisquer riscos, a participação é voluntária e pode desistir em qualquer altura, sem consequências. Todos os dados obtidos neste estudo constarão numa base devidamente encriptada e cada participante terá um código de forma que as informações estejam totalmente anonimizadas. A base de dados irá ser desenvolvida pela investigadora no seu computador pessoal e os dados serão guardados até conclusão do mestrado, no entanto, cada participante tem o direito a solicitar a limitação do tratamento dos dados, de se opor ao seu tratamento e à portabilidade dos mesmos; todos os participantes têm o direito de apresentar reclamação do investigador principal. A investigadora informa que todos os resultados obtidos irão ser divulgados na ESTEsL; ULS – Guarda; Câmara Municipal de Seia através de plataformas disponibilizadas para o efeito.



A investigadora: Sara Raquel Simões Vilão
Fisioterapeuta na Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE – Hospital Nossa Senhora da Assunção
Telemóvel nº 96 83 43 843 Email – incuri2023@gmail.com

Consentimento informado

Declaro ter sido informado claramente sobre os objetivos e procedimentos do presente estudo.

Compreendo que, caso esta investigação venha a ser publicada, todos os dados serão mantidos anónimos e nenhuma informação será identificável como sendo minha. Expresso a minha concordância em participar no referido estudo, assumindo a responsabilidade de estar disponível para facultar a informação requerida pelo investigador, bem como estar disponível para a recolha de dados.

Compreendo que tenho o direito de colocar qualquer questão relacionada com o estudo. Declaro que participo neste estudo sem qualquer contrapartida. Exponho ainda que fui informado do direito de recusar a participação no estudo.

Sim, aceito participar no estudo. (Assinalar com uma cruz - x)

Para continuar a preencher o questionário deverá:

- Ser do género feminino;
- Residir no concelho de Seia;
- Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- Ter capacidade intelectual para preencher o questionário;
- **NÃO SOFRER** de doença do foro neurológico (por exemplo Acidente Vascular Cerebral, Esclerose Múltipla, patologia vertebromedular, patologia neurológica da bexiga, doença de Parkinson, algaliação crónica)

Sim, preencho todos os critérios acima referidos. (Assinalar com uma cruz - x)



SECÇÃO I

N. Idade _____ anos (preencher no espaço disponibilizado)

O. Peso _____ Kg (preencher no espaço disponibilizado)

P. Altura _____ cm (preencher no espaço disponibilizado)

Assinale a alínea correspondente colocando uma cruz (x) ou um círculo (O)

Q. Escolaridade:

- a. 1º ciclo (1º-4ºano)
- b. 2º ciclo (5º-6ºano)
- c. 3º ciclo (7º-9ºano)
- d. Ensino Secundário (10º-12ºano)
- e. Bacharelato
- f. Licenciatura
- g. Pós-graduação
- h. Mestrado
- i. Doutoramento

R. Qual a sua ocupação profissional?

- a. Estudante
- b. Ativa em situação de emprego
- c. Ativa em situação de desemprego
- d. Reformada/Pensionista

S. Como passa a maior parte do seu dia, ou seja, mais de 50% do seu dia?

- a. Sentada
- b. Em pé, mais parada
- c. Em movimento

T. Acha que no seu dia-a-dia faz esforço físico (esforço físico como: atividade física, saltar, andar, correr, ou outros esforços das tarefas diárias/profissionais)?

- a. Pouco esforço
- b. Esforço moderado
- c. Muito esforço

U. Quantos partos já teve?

- a. 0
- b. 1
- c. 2
- d. 3 ou mais

V. Neste momento está grávida?

- a. Sim
- b. Não

W. **Se respondeu SIM** na pergunta anterior, assinale o trimestre da gravidez em que se encontra:

- a. Primeiro trimestre (até às 13 semanas)
- b. Segundo trimestre (14 - 30 semanas)
- c. Terceiro trimestre (a partir das 30 semanas)

X. Como é o seu trânsito intestinal?



- a. Tendência a regular
 - b. Tendência a obstipada (prisão de ventre)
 - c. Tendência a intestinos soltos (fezes mais moles)
- Y. Encontra-se no período de pré-menopausa, menopausa ou pós menopausa?
- a. Sim
 - b. Não
- Z. Teve alguma perda involuntária de urina, ou seja, sem o seu controlo, **no último mês**?
- a. Sim. (Se respondeu SIM continue a responder ao questionário)
 - b. Não. Caso a sua resposta seja NÃO, o preenchimento do questionário termina aqui. Agradecemos a sua colaboração!

Secção II

Assinale a alínea correspondente colocando uma cruz (x) ou um círculo (O)

- F. Já foi submetida a alguma cirurgia ou tratamento abdominal e/ou pélvico? (ex: tratamento da incontinência urinária, remoção do útero/ovários, radioterapia pélvica, apendicectomia, operação aos intestinos, etc)
- a. Sim
 - b. Não
- G. Há quanto tempo tem perdas de urina:
- a. Menos de 1 ano
 - b. 1-3 anos
 - c. 4-6 anos
 - d. 7-10 anos
 - e. Mais de 10 anos
- H. Em relação às suas perdas de urina:
- a. As perdas de urina aconteceram quando teve vontade repentina de urinar
 - b. As perdas de urina aconteceram após um esforço físico (atividade física, saltar, andar, correr, tossir, rir, ou outros esforços das tarefas diárias/profissionais)
 - c. As perdas de urina aconteceram após um esforço e/ou com vontade repentina de urinar
- I. Por ter perdas de urina, contactou algum profissional de saúde para a ajudar?
- a. Sim
 - b. Não
- J. **Se respondeu SIM**, qual foi o profissional que contactou? (Assinale um ou mais)
- a. Médico Clínica Geral
 - b. Ginecologista/Obstetra
 - c. Urologista
 - d. Fisioterapeuta
 - e. Enfermeiro
 - f. Outro profissional



Secção III

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: incómodo 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. Em caso de engano, faça um círculo à volta do quadrado que de facto se aplica ao seu caso.

Exemplo: No decorrer das últimas 4 semanas...

| | | | | | | |
|-----------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | Não aplicável | | | | | |
| Questão 1 | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

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? | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 2.Enquanto conduzia ou viajava de carro? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 3.Quando subia ou descia escadas? | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 4.Ao fazer compras ou outras atividades semelhantes? | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 5.Quando esperava numa fila (exemplo: autocarro, cinema ou supermercado)? | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

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 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |



| | | | | | |
|------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| trabalho ou as suas atividades quotidianas? | | | | | |
| 7.Acordou urinada? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

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? | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 9.Ao praticar desporto? (exemplo: caminhadas, dança, ginástica) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 10.Quando se assoou, espirrou ou tossiu? | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 11.Ao rir? | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

AUTOIMAGEM

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? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 13.Teve receio de “cheirar mal”? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 14.Teve receio de que alguém se apercebesse da sua condição? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 15.Teve receio de manchar algo na casa de outros ou no trabalho? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 16.Teve de mudar de roupa? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |



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? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

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 | Muitíssimo |
|---------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 18. Sentiu-se incomodada por ter de utilizar proteções? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

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? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 20. Perdeu a paciência? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 21. Se sentiu preocupada? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 22. Teve a sensação de não conseguir controlar as suas reações? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 23. Os seus problemas urinários constituíram uma obsessão ou um pavor para si? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 24. Teve que programar levar proteções antes de sair? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

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? | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 26. Alterou o seu | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |



| | | | | | | |
|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| comportamento sexual? | | | | | | |
| 27.Receou ter perdas durante as relações sexuais? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

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 |



ANEXO II – Autorização para aplicação do instrumento de medida

Re: Contilife

 **De** [Redacted]
Para Sara Simoes Vilao <2021036@alunos.estesl.ipl.pt>
Data 2022-08-10 16:09



Boa tarde cara colega Sara Vilão,

Muito Obrigada pelo seu e-mail e pelo interesse no Contilife.

Autorizo a aplicação do questionário no âmbito do seu estudo de mestrado e ficarei ao dispor, no caso de necessitar de algum esclarecimento ou ajuda em relação ao instrumento.

Bom trabalho!

Melhores cumprimentos,

[Redacted]

De: Sara Simoes Vilao <2021036@alunos.estesl.ipl.pt>

Enviado: 28 de julho de 2022 18:40:25

Para: [Redacted]

Assunto: Contilife

ATENÇÃO: Este email foi originado fora do IPS. Por favor, não clique em links nem abra anexos, a não ser que conheça o remetente e saiba que o seu conteúdo é seguro.

Exm^a Sr^a Professora [Redacted]

Sara Raquel Simões Vilão, aluna do Mestrado em Fisioterapia, Ramo de Fisioterapia em Saúde da Mulher, na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa e a realizar a Dissertação sob o tema **Prevalência de incontinência urinária em mulheres do concelho de Seia e o seu impacto na qualidade de vida** vem por este meio pedir, a V. Ex^a, autorização para a aplicação do Questionário de avaliação da Qualidade de Vida em mulheres com Incontinência Urinária - Contilife.

A presente Dissertação de Mestrado tem como orientação o [Redacted]

O Questionário Contilife será uma mais valia no âmbito do meu estudo pois, pretende-se com esta dissertação identificar a realidade das mulheres com incontinência urinária, com o propósito de num futuro próximo contribuir para uma melhoria no acesso a cuidados de fisioterapia especializados nesta área, tornando a fisioterapia como primeira linha no tratamento conservador e na promoção da saúde das mulheres do concelho de Seia.

Com os mais respeitosos cumprimentos,

Sara Raquel Simões Vilão

Telemóvel nº [Redacted]



ANEXO III – Comissão de Ética da ESTeSL - IPL e CES ULS Guarda

CE-ESTeSL-Nº. 74-2022 – Sara Raquel Simões Vilão



 **De** Comissão Ética [redacted]
Para <2021036@alunos.estesl.ipl.pt>, [redacted]
Cc [redacted]
Data 2022-11-29 00:32

REFERÊNCIA INTERNA DO PROJETO: CE-ESTeSL-Nº. 74-2022 – Sara Raquel Simões Vilão

TÍTULO DO PROJETO: Prevalência de incontinência urinária em mulheres do Concelho de Seia e o seu impacto na qualidade de vida

Tipo de Projeto/Estudo: Investigação 2º ciclo

INVESTIGADOR/A RESPONSÁVEL: Sara Raquel Simões Vilão

Equipa: [redacted]

INSTITUIÇÃO PROMOTORA: Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Instituto Politécnico de Lisboa

Instituição(ões) envolvidas: Instituições públicas e privadas do concelho de Seia; Hospital Nossa Senhora da Assunção e Centro de Saúde de Seia (Unidade Local de Saúde da Guarda)

Exma. Senhora Profª [redacted]
Exma. Senhor Prof. [redacted]
Exma. Senhora Dra. Sara Raquel Simões Vilão, estudante de mestrado

Após esclarecimentos de 28 de outubro e de 14 de novembro, a Comissão de Ética da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (CE-ESTeSL) aprovou por unanimidade a emissão de parecer favorável.

O presente parecer tem em consideração a versão submetida do projeto e demais documentação enviada. Eventuais alterações nestes documentos determinam a necessidade de revisão do presente parecer.

Lembramos que todos os estudos que envolvem a autorização dos participantes e a recolha de amostras e dados anonimizados e/ou codificados têm de cumprir com o estabelecido no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados de 27 de abril de 2016.

Por último, solicita-se que, ao abrigo do artº 19 da Lei 21/2014 de 16 de abril e do disposto no nº 23 da atual versão da Declaração de Helsínquia, seja dado conhecimento à CE-ESTeSL do relatório final, com as conclusões do estudo, bem como de eventuais alterações ao protocolo de investigação e demais informações tidas por relevantes.

Aproveitamos ainda para desejar o maior sucesso no desenvolvimento deste trabalho.

Com os melhores cumprimentos

[redacted]



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Exma. Senhora
Enfermeira Diretora
Responsável pelo Pelouro da Unidade de Investigação
Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

Data 18-10-2022

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização de um trabalho de investigação subordinado ao tema: "Prevalência da incontinência urinária em mulheres do concelho de Seia e o seu impacto na qualidade de vida", apresentado por Sara Vilão

A Comissão de Ética para a Saúde da ULS Guarda E.P.E. (CES), reunida por videoconferência em 18 de outubro, reapreciou o projeto de investigação supracitado e, uma vez reexaminados todos os documentos em falta e esclarecidas as dúvidas surgidas, nada tem a opor à concretização do estudo.

Com os melhores cumprimentos

Per A Comissão de Ética para a Saúde



INFORMAÇÃO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

De: [Redacted] - Responsável pela Unidade de Investigação

Para: Conselho de Administração

Informação n.º 116/2022

Data: 24.10.2022

ASSUNTO: PROPOSTA DE AUTORIZAÇÃO - REALIZAÇÃO DE ESTUDO - PREVALÊNCIA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES DO CONCELHO DE SEIA E O SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

Na sequência de solicitação de autorização para a realização do estudo mencionado em *epigrafe*; tendo sido cumpridos os critérios exigíveis ao abrigo do Plano orientador dos documentos a apresentar para realização de Estudos/Projetos de Investigação Clínica na ULSG, foi o pedido submetido a parecer da Comissão de Ética para a Saúde (CES).

Neste âmbito, a CES analisou o pedido e registou em despacho que nada tinha a opor datado de 18/10/2022.

Assim, considerando o *supra* exposto, proponho ao Conselho de Administração a autorização para realização do presente estudo.

Com os melhores cumprimentos,



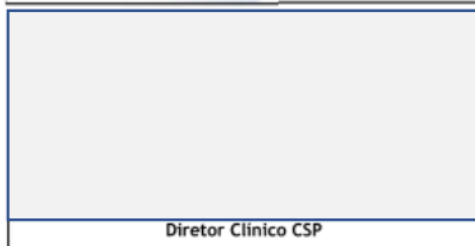
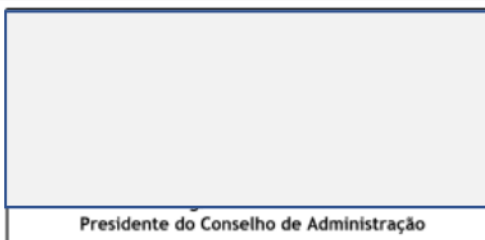
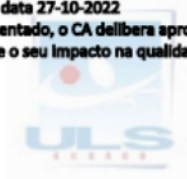
Responsável pelo Pelouro da Unidade de Investigação
Enfermeira Diretora

Despacho/ Deliberação



Ata N.º 42/2022, data 27-10-2022

Mediante o apresentado, o CA delibera aprovar a realização de estudo - Prevalência de Incontinência urinária em mulheres do concelho de Seia e o seu impacto na qualidade de vida nos termos propostos.



ANEXO IV – Resultados

Associação entre as faixas etárias e a Presença de Incontinência Urinária

| Idade | Presença IU | LR | Valor p |
|---------|-------------|--------|---------|
| [20-29] | 1,4% | 16,915 | 0,21 |
| [30-39] | 6,0% | | |
| [40-49] | 7,2% | | |
| [50-59] | 5,3% | | |
| [60-69] | 4,6% | | |
| [70-79] | 2,9% | | |
| [80-89] | 0,7% | | |

IU – Incontinência Urinária; LR – Likelihood Ratio

Associação entre Postura Diária e Presença de Incontinência Urinária

| Postura Diária | Presença IU | LR | Valor p |
|--------------------|-------------|-------|---------|
| Sentada | 8,7% | 0,068 | 0,716 |
| Em pé, mais parada | 4,1% | | |
| Em movimento | 15,4% | | |

IU – Incontinência Urinária; LR – Likelihood Ratio

Associação entre Esforço Diário e Presença de Incontinência Urinária

| Esforço Diário | Presença IU | LR | Valor p |
|------------------|-------------|-------|---------|
| Pouco esforço | 10,1% | 1,293 | 0,524 |
| Esforço moderado | 13,7% | | |
| Muito esforço | 4,3% | | |

IU – Incontinência Urinária; LR – Likelihood Ratio

Associação entre Gravidez atual e Presença de Incontinência Urinária

| Gravidez Atual | Presença IU | LR | Valor p |
|----------------|-------------|-------|---------|
| Sim | 0,55 | 0,166 | 0,684 |
| Não | 27,6% | | |

IU – Incontinência Urinária; LR – Likelihood Ratio

Associação entre Menopausa e Presença de Incontinência Urinária

| Menopausa | Presença IU | LR | Valor p |
|-----------|-------------|-------|---------|
| Sim | 14,4% | 2,628 | 0,105 |
| Não | 13,7% | | |

IU – Incontinência Urinária; LR – Likelihood Ratio



Associação entre variáveis antropométricas, quotidianas e clínicas e a presença de incontinência urinária

Presença IU * Faixa Etária Crosstabulation

| Faixa Etária | | Presença IU | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|------------|---------------|----------------------|-----------------------|------------|---------------|----------------------|-----------------------|------------|---------------|----------------------|-----------------------|------------|--|--|
| | | Sim | | | | | | Não | | | | Total | | | |
| | | Count | % within Presença IU | % within Faixa Etária | % of Total | Count | % within Presença IU | % within Faixa Etária | % of Total | Count | % within Presença IU | % within Faixa Etária | % of Total | | |
| Até 19 anos | 0 | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 2 | 0,7% | 100,0% | 0,5% | 2 | 0,5% | 100,0% | 0,5% | | | |
| 20-29 anos | 6 | 5,1% | 17,1% | 1,4% | 29 | 9,7% | 82,9% | 7,0% | 35 | 8,4% | 100,0% | 8,4% | | | |
| 30-39 anos | 25 | 21,4% | 26,3% | 6,0% | 70 | 23,4% | 73,7% | 16,8% | 95 | 22,8% | 100,0% | 22,8% | | | |
| 40-49 anos | 30 | 25,6% | 29,4% | 7,2% | 72 | 24,1% | 70,6% | 17,3% | 102 | 24,5% | 100,0% | 24,5% | | | |
| 50-59 anos | 22 | 18,8% | 25,0% | 5,3% | 66 | 22,1% | 75,0% | 15,9% | 88 | 21,2% | 100,0% | 21,2% | | | |
| 60-69 anos | 19 | 16,2% | 27,1% | 4,6% | 51 | 17,1% | 72,9% | 12,3% | 70 | 16,8% | 100,0% | 16,8% | | | |
| 70-79 anos | 12 | 10,3% | 60,0% | 2,9% | 8 | 2,7% | 40,0% | 1,9% | 20 | 4,8% | 100,0% | 4,8% | | | |
| 80-89 anos | 3 | 2,6% | 75,0% | 0,7% | 1 | 0,3% | 25,0% | 0,2% | 4 | 1,0% | 100,0% | 1,0% | | | |
| Total | 117 | 100,0% | 28,1% | 28,1% | 299 | 100,0% | 71,9% | 71,9% | 416 | 100,0% | 100,0% | 100,0% | | | |

Categorias IMC * Presença IU Crosstabulation

| Categorias IMC | | | Presença IU | | Total |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------|--------|--------|
| | | | Sim | Não | |
| Baixo Peso | Count | 5 | 4 | 9 | |
| | Expected Count | 2,5 | 6,5 | 9,0 | |
| | % within Categorias IMC | 55,6% | 44,4% | 100,0% | |
| | % within Presença IU | 4,3% | 1,3% | 2,2% | |
| | % of Total | 1,2% | 1,0% | 2,2% | |
| | Normoponderal | Count | 40 | 146 | 186 |
| | | Expected Count | 52,3 | 133,7 | 186,0 |
| | | % within Categorias IMC | 21,5% | 78,5% | 100,0% |
| | | % within Presença IU | 34,2% | 48,8% | 44,7% |
| | | % of Total | 9,6% | 35,1% | 44,7% |
| | Excesso de Peso | Count | 42 | 95 | 137 |
| | | Expected Count | 38,5 | 98,5 | 137,0 |
| | | % within Categorias IMC | 30,7% | 69,3% | 100,0% |
| | | % within Presença IU | 35,9% | 31,8% | 32,9% |
| | | % of Total | 10,1% | 22,8% | 32,9% |
| | Obesidade | Count | 30 | 54 | 84 |
| Expected Count | | 23,6 | 60,4 | 84,0 | |
| % within Categorias IMC | | 35,7% | 64,3% | 100,0% | |
| % within Presença IU | | 25,6% | 18,1% | 20,2% | |
| % of Total | | 7,2% | 13,0% | 20,2% | |
| Total | Count | 117 | 299 | 416 | |
| | Expected Count | 117,0 | 299,0 | 416,0 | |
| | % within Categorias IMC | 28,1% | 71,9% | 100,0% | |
| | % within Presença IU | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % of Total | 28,1% | 71,9% | 100,0% | |

Postura Diária * Presença IU Crosstabulation

| | | Presença IU | | Total | |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------|--------|--------|
| | | Sim | Não | | |
| Postura Diária | Sentada | Count | 36 | 99 | 135 |
| | | Expected Count | 38,0 | 97,0 | 135,0 |
| | | % within Postura Diária | 26,7% | 73,3% | 100,0% |
| | | % within Presença IU | 30,8% | 33,1% | 32,5% |
| | | % of Total | 8,7% | 23,8% | 32,5% |
| | Em pé, mais parada | Count | 17 | 35 | 52 |
| | | Expected Count | 14,6 | 37,4 | 52,0 |
| | | % within Postura Diária | 32,7% | 67,3% | 100,0% |
| | | % within Presença IU | 14,5% | 11,7% | 12,5% |
| | | % of Total | 4,1% | 8,4% | 12,5% |
| | Em movimento | Count | 64 | 165 | 229 |
| | | Expected Count | 64,4 | 164,6 | 229,0 |
| % within Postura Diária | | 27,9% | 72,1% | 100,0% | |
| % within Presença IU | | 54,7% | 55,2% | 55,0% | |
| % of Total | | 15,4% | 39,7% | 55,0% | |
| Total | Count | 117 | 299 | 416 | |
| | Expected Count | 117,0 | 299,0 | 416,0 | |
| | % within Postura Diária | 28,1% | 71,9% | 100,0% | |
| | % within Presença IU | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % of Total | 28,1% | 71,9% | 100,0% | |

Esforço Diário * Presença IU Crosstabulation

| | | Presença IU | | Total | |
|----------------|-------------------------|-------------------------|--------|--------|--------|
| | | Sim | Não | | |
| Esforço Diário | Pouco esforço | Count | 42 | 99 | 141 |
| | | Expected Count | 39,7 | 101,3 | 141,0 |
| | | % within Esforço Diário | 29,8% | 70,2% | 100,0% |
| | | % within Presença IU | 35,9% | 33,1% | 33,9% |
| | | % of Total | 10,1% | 23,8% | 33,9% |
| | Esforço moderado | Count | 57 | 163 | 220 |
| | | Expected Count | 61,9 | 158,1 | 220,0 |
| | | % within Esforço Diário | 25,9% | 74,1% | 100,0% |
| | | % within Presença IU | 48,7% | 54,5% | 52,9% |
| | | % of Total | 13,7% | 39,2% | 52,9% |
| | Muito esforço | Count | 18 | 37 | 55 |
| | | Expected Count | 15,5 | 39,5 | 55,0 |
| | | % within Esforço Diário | 32,7% | 67,3% | 100,0% |
| | | % within Presença IU | 15,4% | 12,4% | 13,2% |
| | | % of Total | 4,3% | 8,9% | 13,2% |
| Total | Count | 117 | 299 | 416 | |
| | Expected Count | 117,0 | 299,0 | 416,0 | |
| | % within Esforço Diário | 28,1% | 71,9% | 100,0% | |
| | % within Presença IU | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % of Total | 28,1% | 71,9% | 100,0% | |

Gravidez Atual * Presença IU Crosstabulation

| | | Presença IU | | Total | |
|----------------|-------------------------|-------------------------|--------|--------|--------|
| | | Sim | Não | | |
| Gravidez Atual | Sim | Count | 2 | 7 | 9 |
| | | Expected Count | 2,5 | 6,5 | 9,0 |
| | | % within Gravidez Atual | 22,2% | 77,8% | 100,0% |
| | | % within Presença IU | 1,7% | 2,3% | 2,2% |
| | | % of Total | 0,5% | 1,7% | 2,2% |
| | Não | Count | 115 | 292 | 407 |
| | | Expected Count | 114,5 | 292,5 | 407,0 |
| | | % within Gravidez Atual | 28,3% | 71,7% | 100,0% |
| | | % within Presença IU | 98,3% | 97,7% | 97,8% |
| | | % of Total | 27,6% | 70,2% | 97,8% |
| Total | Count | 117 | 299 | 416 | |
| | Expected Count | 117,0 | 299,0 | 416,0 | |
| | % within Gravidez Atual | 28,1% | 71,9% | 100,0% | |
| | % within Presença IU | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % of Total | 28,1% | 71,9% | 100,0% | |

Número de partos * Presença IU Crosstabulation

| | | Presença IU | | Total | |
|------------------|---------------------------|---------------------------|--------|--------|--------|
| | | Sim | Não | | |
| Número de partos | um | Count | 43 | 124 | 167 |
| | | Expected Count | 47,0 | 120,0 | 167,0 |
| | | % within Número de partos | 25,7% | 74,3% | 100,0% |
| | | % within Presença IU | 36,8% | 41,5% | 40,1% |
| | | % of Total | 10,3% | 29,8% | 40,1% |
| | dois | Count | 53 | 107 | 160 |
| | | Expected Count | 45,0 | 115,0 | 160,0 |
| | | % within Número de partos | 33,1% | 66,9% | 100,0% |
| | | % within Presença IU | 45,3% | 35,8% | 38,5% |
| | | % of Total | 12,7% | 25,7% | 38,5% |
| | 3 ou mais | Count | 17 | 22 | 39 |
| | | Expected Count | 11,0 | 28,0 | 39,0 |
| | | % within Número de partos | 43,6% | 56,4% | 100,0% |
| | | % within Presença IU | 14,5% | 7,4% | 9,4% |
| | | % of Total | 4,1% | 5,3% | 9,4% |
| | zero | Count | 4 | 46 | 50 |
| | | Expected Count | 14,1 | 35,9 | 50,0 |
| | | % within Número de partos | 8,0% | 92,0% | 100,0% |
| | | % within Presença IU | 3,4% | 15,4% | 12,0% |
| | | % of Total | 1,0% | 11,1% | 12,0% |
| Total | Count | 117 | 299 | 416 | |
| | Expected Count | 117,0 | 299,0 | 416,0 | |
| | % within Número de partos | 28,1% | 71,9% | 100,0% | |
| | % within Presença IU | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % of Total | 28,1% | 71,9% | 100,0% | |

Trânsito Intestinal * Presença IU Crosstabulation

| | | Presença IU | | Total | |
|---------------------|-------------------------------|------------------------------|--------|--------|--------|
| | | Sim | Não | | |
| Trânsito Intestinal | Tendência a regular | Count | 73 | 188 | 261 |
| | | Expected Count | 73,4 | 187,6 | 261,0 |
| | | % within Trânsito Intestinal | 28,0% | 72,0% | 100,0% |
| | | % within Presença IU | 62,4% | 62,9% | 62,7% |
| | | % of Total | 17,5% | 45,2% | 62,7% |
| | Tendência a obstipada | Count | 34 | 102 | 136 |
| | | Expected Count | 38,3 | 97,8 | 136,0 |
| | | % within Trânsito Intestinal | 25,0% | 75,0% | 100,0% |
| | | % within Presença IU | 29,1% | 34,1% | 32,7% |
| | | % of Total | 8,2% | 24,5% | 32,7% |
| | Tendência a intestinos soltos | Count | 10 | 9 | 19 |
| | | Expected Count | 5,3 | 13,7 | 19,0 |
| | | % within Trânsito Intestinal | 52,6% | 47,4% | 100,0% |
| | | % within Presença IU | 8,5% | 3,0% | 4,6% |
| | | % of Total | 2,4% | 2,2% | 4,6% |
| Total | Count | 117 | 299 | 416 | |
| | Expected Count | 117,0 | 299,0 | 416,0 | |
| | % within Trânsito Intestinal | 28,1% | 71,9% | 100,0% | |
| | % within Presença IU | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % of Total | 28,1% | 71,9% | 100,0% | |

Menopausa * Presença IU Crosstabulation

| | | Presença IU | | Total | |
|-----------|----------------------|----------------------|--------|--------|--------|
| | | Sim | Não | | |
| Menopausa | Sim | Count | 60 | 127 | 187 |
| | | Expected Count | 52,6 | 134,4 | 187,0 |
| | | % within Menopausa | 32,1% | 67,9% | 100,0% |
| | | % within Presença IU | 51,3% | 42,5% | 45,0% |
| | | % of Total | 14,4% | 30,5% | 45,0% |
| | Não | Count | 57 | 172 | 229 |
| | | Expected Count | 64,4 | 164,6 | 229,0 |
| | | % within Menopausa | 24,9% | 75,1% | 100,0% |
| | | % within Presença IU | 48,7% | 57,5% | 55,0% |
| | | % of Total | 13,7% | 41,3% | 55,0% |
| Total | Count | 117 | 299 | 416 | |
| | Expected Count | 117,0 | 299,0 | 416,0 | |
| | % within Menopausa | 28,1% | 71,9% | 100,0% | |
| | % within Presença IU | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % of Total | 28,1% | 71,9% | 100,0% | |

Caracterização das mulheres com IU – Gravidez atual

Gravidez Atual

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sim | 2 | 1,7 | 1,7 | 1,7 |
| | Não | 115 | 98,3 | 98,3 | 100,0 |
| Total | | 117 | 100,0 | 100,0 | |

Teste t-student para uma amostra

One-Sample Statistics

| | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|-----------------------------|-----|--------|----------------|-----------------|
| Score final AQ | 117 | 8,2051 | 1,76182 | ,16288 |
| Score final SE | 117 | 7,0459 | 2,11251 | ,19530 |
| Score final AI | 117 | 6,7338 | 2,34910 | ,21717 |
| Score final IE | 117 | 6,9729 | 2,22936 | ,20610 |
| Score final Sexualidade | 117 | 8,9672 | 1,90988 | ,17657 |
| Score final Bem Estar Geral | 117 | 6,3248 | 2,28782 | ,21151 |
| Score Global Contilife | 117 | 7,5850 | 1,55879 | ,14411 |

One-Sample Test

Test Value = 0

| | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
|-----------------------------|--------|-----|-----------------|-----------------|-------------------------------------------|--------|
| | | | | | Lower | Upper |
| Score final AQ | 50,375 | 116 | ,000 | 8,20513 | 7,8825 | 8,5277 |
| Score final SE | 36,077 | 116 | ,000 | 7,04594 | 6,6591 | 7,4328 |
| Score final AI | 31,007 | 116 | ,000 | 6,73382 | 6,3037 | 7,1640 |
| Score final IE | 33,832 | 116 | ,000 | 6,97293 | 6,5647 | 7,3812 |
| Score final Sexualidade | 50,786 | 116 | ,000 | 8,96724 | 8,6175 | 9,3170 |
| Score final Bem Estar Geral | 29,903 | 116 | ,000 | 6,32479 | 5,9059 | 6,7437 |
| Score Global Contilife | 52,633 | 116 | ,000 | 7,58501 | 7,2996 | 7,8704 |

Associação entre variáveis antropométricas, quotidianas e clínicas e a qualidade de vida global das mulheres com IU:

Idade e Atividades Quotidianas

Crosstab

| | | Atividades_quotidianas2 | | Total | |
|--------------|------------|----------------------------------|-------------|--------|--------|
| | | com impacto | sem impacto | | |
| Faixa Etária | 20-29 anos | Count | 2 | 4 | 6 |
| | | % within Atividades_quotidianas2 | 4,4% | 5,6% | 5,1% |
| | | % of Total | 1,7% | 3,4% | 5,1% |
| | 30-39 anos | Count | 7 | 18 | 25 |
| | | % within Atividades_quotidianas2 | 15,6% | 25,0% | 21,4% |
| | | % of Total | 6,0% | 15,4% | 21,4% |
| | 40-49 anos | Count | 14 | 16 | 30 |
| | | % within Atividades_quotidianas2 | 31,1% | 22,2% | 25,6% |
| | | % of Total | 12,0% | 13,7% | 25,6% |
| | 50-59 anos | Count | 6 | 16 | 22 |
| | | % within Atividades_quotidianas2 | 13,3% | 22,2% | 18,8% |
| | | % of Total | 5,1% | 13,7% | 18,8% |
| | 60-69 anos | Count | 5 | 14 | 19 |
| | | % within Atividades_quotidianas2 | 11,1% | 19,4% | 16,2% |
| | | % of Total | 4,3% | 12,0% | 16,2% |
| | 70-79 anos | Count | 9 | 3 | 12 |
| | | % within Atividades_quotidianas2 | 20,0% | 4,2% | 10,3% |
| | | % of Total | 7,7% | 2,6% | 10,3% |
| | 80-89 anos | Count | 2 | 1 | 3 |
| | | % within Atividades_quotidianas2 | 4,4% | 1,4% | 2,6% |
| | | % of Total | 1,7% | 0,9% | 2,6% |
| | Total | Count | 45 | 72 | 117 |
| | | % within Atividades_quotidianas2 | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | % of Total | 38,5% | 61,5% | 100,0% |

IMC e Auto-Imagem

Crosstab

| | | Autoimagem2 | | Total | |
|----------------|----------------------|----------------------|-------------|--------|-------|
| | | com impacto | sem impacto | | |
| Categorias IMC | Baixo Peso | Count | 4 | 1 | 5 |
| | | % within Autoimagem2 | 4,9% | 2,9% | 4,3% |
| | | % of Total | 3,4% | 0,9% | 4,3% |
| | Normoponderal | Count | 34 | 6 | 40 |
| | | % within Autoimagem2 | 41,5% | 17,1% | 34,2% |
| | | % of Total | 29,1% | 5,1% | 34,2% |
| | Excesso de Peso | Count | 22 | 20 | 42 |
| | | % within Autoimagem2 | 26,8% | 57,1% | 35,9% |
| | | % of Total | 18,8% | 17,1% | 35,9% |
| | Obesidade | Count | 22 | 8 | 30 |
| | | % within Autoimagem2 | 26,8% | 22,9% | 25,6% |
| | | % of Total | 18,8% | 6,8% | 25,6% |
| Total | Count | 82 | 35 | 117 | |
| | % within Autoimagem2 | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % of Total | 70,1% | 29,9% | 100,0% | |

IMC e Bem Estar Geral

Crosstab

| | | Bem_estar2 | | Total | |
|----------------|---------------------|---------------------|-------------|--------|-------|
| | | com impacto | sem impacto | | |
| Categorias IMC | Baixo Peso | Count | 5 | 0 | 5 |
| | | % within Bem_estar2 | 5,0% | 0,0% | 4,3% |
| | | % of Total | 4,3% | 0,0% | 4,3% |
| | Normoponderal | Count | 38 | 2 | 40 |
| | | % within Bem_estar2 | 37,6% | 12,5% | 34,2% |
| | | % of Total | 32,5% | 1,7% | 34,2% |
| | Excesso de Peso | Count | 36 | 6 | 42 |
| | | % within Bem_estar2 | 35,6% | 37,5% | 35,9% |
| | | % of Total | 30,8% | 5,1% | 35,9% |
| | Obesidade | Count | 22 | 8 | 30 |
| | | % within Bem_estar2 | 21,8% | 50,0% | 25,6% |
| | | % of Total | 18,8% | 6,8% | 25,6% |
| Total | Count | 101 | 16 | 117 | |
| | % within Bem_estar2 | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % of Total | 86,3% | 13,7% | 100,0% | |

Paridade e Situações de Esforço

Crosstab

| | | | Situações_esforço2 | | Total |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------|-------------|-------|
| | | | com impacto | sem impacto | |
| Número de partos | um | Count | 23 | 20 | 43 |
| | | % within Situações_esforço2 | 34,8% | 39,2% | 36,8% |
| | | % of Total | 19,7% | 17,1% | 36,8% |
| | dois | Count | 26 | 27 | 53 |
| | | % within Situações_esforço2 | 39,4% | 52,9% | 45,3% |
| | | % of Total | 22,2% | 23,1% | 45,3% |
| | 3 ou mais | Count | 15 | 2 | 17 |
| | | % within Situações_esforço2 | 22,7% | 3,9% | 14,5% |
| | | % of Total | 12,8% | 1,7% | 14,5% |
| | zero | Count | 2 | 2 | 4 |
| | | % within Situações_esforço2 | 3,0% | 3,9% | 3,4% |
| | | % of Total | 1,7% | 1,7% | 3,4% |
| Total | Count | 66 | 51 | 117 | |
| | % within Situações_esforço2 | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % of Total | 56,4% | 43,6% | 100,0% | |

Paridade e Auto-Imagem

Crosstab

| | | | Autoimagem2 | | Total |
|------------------|----------------------|----------------------|-------------|-------------|-------|
| | | | com impacto | sem impacto | |
| Número de partos | um | Count | 27 | 16 | 43 |
| | | % within Autoimagem2 | 32,9% | 45,7% | 36,8% |
| | | % of Total | 23,1% | 13,7% | 36,8% |
| | dois | Count | 38 | 15 | 53 |
| | | % within Autoimagem2 | 46,3% | 42,9% | 45,3% |
| | | % of Total | 32,5% | 12,8% | 45,3% |
| | 3 ou mais | Count | 16 | 1 | 17 |
| | | % within Autoimagem2 | 19,5% | 2,9% | 14,5% |
| | | % of Total | 13,7% | 0,9% | 14,5% |
| | zero | Count | 1 | 3 | 4 |
| | | % within Autoimagem2 | 1,2% | 8,6% | 3,4% |
| | | % of Total | 0,9% | 2,6% | 3,4% |
| Total | Count | 82 | 35 | 117 | |
| | % within Autoimagem2 | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % of Total | 70,1% | 29,9% | 100,0% | |

Paridade e Bem Estar Geral

Crosstab

| | | Bem_estar2 | | Total | |
|------------------|---------------------|---------------------|-------------|--------|-------|
| | | com impacto | sem impacto | | |
| Número de partos | um | Count | 37 | 6 | 43 |
| | | % within Bem_estar2 | 36,6% | 37,5% | 36,8% |
| | | % of Total | 31,6% | 5,1% | 36,8% |
| | dois | Count | 46 | 7 | 53 |
| | | % within Bem_estar2 | 45,5% | 43,8% | 45,3% |
| | | % of Total | 39,3% | 6,0% | 45,3% |
| | 3 ou mais | Count | 17 | 0 | 17 |
| | | % within Bem_estar2 | 16,8% | 0,0% | 14,5% |
| | | % of Total | 14,5% | 0,0% | 14,5% |
| | zero | Count | 1 | 3 | 4 |
| | | % within Bem_estar2 | 1,0% | 18,8% | 3,4% |
| | | % of Total | 0,9% | 2,6% | 3,4% |
| Total | Count | 101 | 16 | 117 | |
| | % within Bem_estar2 | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % of Total | 86,3% | 13,7% | 100,0% | |

Paridade e Qualidade de Vida Global

Crosstab

| | | QV_global2 | | Total | |
|------------------|---------------------|---------------------|-------------|--------|-------|
| | | com impacto | sem impacto | | |
| Número de partos | um | Count | 24 | 19 | 43 |
| | | % within QV_global2 | 34,8% | 39,6% | 36,8% |
| | | % of Total | 20,5% | 16,2% | 36,8% |
| | dois | Count | 29 | 24 | 53 |
| | | % within QV_global2 | 42,0% | 50,0% | 45,3% |
| | | % of Total | 24,8% | 20,5% | 45,3% |
| | 3 ou mais | Count | 15 | 2 | 17 |
| | | % within QV_global2 | 21,7% | 4,2% | 14,5% |
| | | % of Total | 12,8% | 1,7% | 14,5% |
| | zero | Count | 1 | 3 | 4 |
| | | % within QV_global2 | 1,4% | 6,3% | 3,4% |
| | | % of Total | 0,9% | 2,6% | 3,4% |
| Total | Count | 69 | 48 | 117 | |
| | % within QV_global2 | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % of Total | 59,0% | 41,0% | 100,0% | |

*Associação entre as dimensões atividades quotidianas, situações de esforço, auto-
imagem, impacto emocional, sexualidade, bem estar geral e qualidade de vida global
com os tipos de IU:*

Crosstab

| | | Atividades_quotidianas2 | | Total | |
|---------|------------------|-------------------------|-------------|--------|--------|
| | | com impacto | sem impacto | | |
| Tipo IU | IUU | Count | 10 | 11 | 21 |
| | | % within Tipo IU | 47,6% | 52,4% | 100,0% |
| | | % of Total | 8,5% | 9,4% | 17,9% |
| | IUE | Count | 17 | 49 | 66 |
| | | % within Tipo IU | 25,8% | 74,2% | 100,0% |
| | | % of Total | 14,5% | 41,9% | 56,4% |
| | IUM | Count | 18 | 12 | 30 |
| | | % within Tipo IU | 60,0% | 40,0% | 100,0% |
| | | % of Total | 15,4% | 10,3% | 25,6% |
| Total | Count | 45 | 72 | 117 | |
| | % within Tipo IU | 38,5% | 61,5% | 100,0% | |
| | % of Total | 38,5% | 61,5% | 100,0% | |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|---------------------------------|---------------------|----|-----------------------------------------|
| Pearson Chi-Square | 11,124 ^a | 2 | ,004 |
| Likelihood Ratio | 11,157 | 2 | ,004 |
| Linear-by-Linear Association | 1,715 | 1 | ,190 |
| N of Valid Cases | 117 | | |

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,08.

Crosstab

| | | Situações_esforço2 | | Total | |
|---------|------------------|--------------------|-------------|--------|--------|
| | | com impacto | sem impacto | | |
| Tipo IU | IUU | Count | 10 | 11 | 21 |
| | | % within Tipo IU | 47,6% | 52,4% | 100,0% |
| | | % of Total | 8,5% | 9,4% | 17,9% |
| | IUE | Count | 35 | 31 | 66 |
| | | % within Tipo IU | 53,0% | 47,0% | 100,0% |
| | | % of Total | 29,9% | 26,5% | 56,4% |
| | IUM | Count | 21 | 9 | 30 |
| | | % within Tipo IU | 70,0% | 30,0% | 100,0% |
| | | % of Total | 17,9% | 7,7% | 25,6% |
| Total | Count | 66 | 51 | 117 | |
| | % within Tipo IU | 56,4% | 43,6% | 100,0% | |
| | % of Total | 56,4% | 43,6% | 100,0% | |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|---------------------------------|--------------------|----|-----------------------------------------|
| Pearson Chi-Square | 3,220 ^a | 2 | ,200 |
| Likelihood Ratio | 3,299 | 2 | ,192 |
| Linear-by-Linear Association | 2,812 | 1 | ,094 |
| N of Valid Cases | 117 | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,15.

Crosstab

| | | Autoimagem2 | | Total | |
|---------|------------------|------------------|-------------|--------|--------|
| | | com impacto | sem impacto | | |
| Tipo IU | IUU | Count | 12 | 9 | 21 |
| | | % within Tipo IU | 57,1% | 42,9% | 100,0% |
| | | % of Total | 10,3% | 7,7% | 17,9% |
| | IUE | Count | 46 | 20 | 66 |
| | | % within Tipo IU | 69,7% | 30,3% | 100,0% |
| | | % of Total | 39,3% | 17,1% | 56,4% |
| | IUM | Count | 24 | 6 | 30 |
| | | % within Tipo IU | 80,0% | 20,0% | 100,0% |
| | | % of Total | 20,5% | 5,1% | 25,6% |
| Total | Count | 82 | 35 | 117 | |
| | % within Tipo IU | 70,1% | 29,9% | 100,0% | |
| | % of Total | 70,1% | 29,9% | 100,0% | |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|---------------------------------|--------------------|----|-----------------------------------------|
| Pearson Chi-Square | 3,089 ^a | 2 | ,213 |
| Likelihood Ratio | 3,096 | 2 | ,213 |
| Linear-by-Linear Association | 3,046 | 1 | ,081 |
| N of Valid Cases | 117 | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,28.

Crosstab

| | | Impacto_emocional2 | | Total | |
|---------|------------------|--------------------|-------------|--------|--------|
| | | com impacto | sem impacto | | |
| Tipo IU | IUU | Count | 13 | 8 | 21 |
| | | % within Tipo IU | 61,9% | 38,1% | 100,0% |
| | | % of Total | 11,1% | 6,8% | 17,9% |
| | IUE | Count | 39 | 27 | 66 |
| | | % within Tipo IU | 59,1% | 40,9% | 100,0% |
| | | % of Total | 33,3% | 23,1% | 56,4% |
| | IUM | Count | 22 | 8 | 30 |
| | | % within Tipo IU | 73,3% | 26,7% | 100,0% |
| | | % of Total | 18,8% | 6,8% | 25,6% |
| Total | Count | 74 | 43 | 117 | |
| | % within Tipo IU | 63,2% | 36,8% | 100,0% | |
| | % of Total | 63,2% | 36,8% | 100,0% | |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|---------------------------------|--------------------|----|-----------------------------------------|
| Pearson Chi-Square | 1,820 ^a | 2 | ,403 |
| Likelihood Ratio | 1,877 | 2 | ,391 |
| Linear-by-Linear Association | ,928 | 1 | ,335 |
| N of Valid Cases | 117 | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,72.

Crosstab

| | | Sexualidade2 | | Total | |
|---------|------------------|------------------|-------------|--------|--------|
| | | com impacto | sem impacto | | |
| Tipo IU | IUU | Count | 6 | 15 | 21 |
| | | % within Tipo IU | 28,6% | 71,4% | 100,0% |
| | | % of Total | 5,1% | 12,8% | 17,9% |
| | IUE | Count | 10 | 56 | 66 |
| | | % within Tipo IU | 15,2% | 84,8% | 100,0% |
| | | % of Total | 8,5% | 47,9% | 56,4% |
| | IUM | Count | 7 | 23 | 30 |
| | | % within Tipo IU | 23,3% | 76,7% | 100,0% |
| | | % of Total | 6,0% | 19,7% | 25,6% |
| Total | Count | 23 | 94 | 117 | |
| | % within Tipo IU | 19,7% | 80,3% | 100,0% | |
| | % of Total | 19,7% | 80,3% | 100,0% | |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|---------------------------------|--------------------|----|-----------------------------------------|
| Pearson Chi-Square | 2,162 ^a | 2 | ,339 |
| Likelihood Ratio | 2,110 | 2 | ,348 |
| Linear-by-Linear Association | ,074 | 1 | ,786 |
| N of Valid Cases | 117 | | |

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,13.

Crosstab

| | | | Bem_estar2 | | Total |
|---------|------------------|------------------|-------------|-------------|--------|
| | | | com impacto | sem impacto | |
| Tipo IU | IUU | Count | 15 | 6 | 21 |
| | | % within Tipo IU | 71,4% | 28,6% | 100,0% |
| | | % of Total | 12,8% | 5,1% | 17,9% |
| | IUE | Count | 58 | 8 | 66 |
| | | % within Tipo IU | 87,9% | 12,1% | 100,0% |
| | | % of Total | 49,6% | 6,8% | 56,4% |
| | IUM | Count | 28 | 2 | 30 |
| | | % within Tipo IU | 93,3% | 6,7% | 100,0% |
| | | % of Total | 23,9% | 1,7% | 25,6% |
| Total | Count | 101 | 16 | 117 | |
| | % within Tipo IU | 86,3% | 13,7% | 100,0% | |
| | % of Total | 86,3% | 13,7% | 100,0% | |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|---------------------------------|--------------------|----|-----------------------------------------|
| Pearson Chi-Square | 5,331 ^a | 2 | ,070 |
| Likelihood Ratio | 4,796 | 2 | ,091 |
| Linear-by-Linear Association | 4,568 | 1 | ,033 |
| N of Valid Cases | 117 | | |

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,87.

Crosstab

| | | QV_global2 | | Total | |
|---------|------------------|------------------|-------------|--------|--------|
| | | com impacto | sem impacto | | |
| Tipo IU | IUU | Count | 11 | 10 | 21 |
| | | % within Tipo IU | 52,4% | 47,6% | 100,0% |
| | | % of Total | 9,4% | 8,5% | 17,9% |
| | IUE | Count | 36 | 30 | 66 |
| | | % within Tipo IU | 54,5% | 45,5% | 100,0% |
| | | % of Total | 30,8% | 25,6% | 56,4% |
| | IUM | Count | 22 | 8 | 30 |
| | | % within Tipo IU | 73,3% | 26,7% | 100,0% |
| | | % of Total | 18,8% | 6,8% | 25,6% |
| Total | Count | 69 | 48 | 117 | |
| | % within Tipo IU | 59,0% | 41,0% | 100,0% | |
| | % of Total | 59,0% | 41,0% | 100,0% | |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|---------------------------------|--------------------|----|-----------------------------------------|
| Pearson Chi-Square | 3,469 ^a | 2 | ,176 |
| Likelihood Ratio | 3,598 | 2 | ,165 |
| Linear-by-Linear Association | 2,639 | 1 | ,104 |
| N of Valid Cases | 117 | | |

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,62.